

1.- INTRODUCCIÓN

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que 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.

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 que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas.

La discapacidad no debería ser un obstáculo para el éxito. El Profesor Stephen W Hawking ha sufrido de una neuropatía motora durante la

práctica totalidad de su vida adulta, y no por ello ha dejado de desarrollar una destacada carrera profesional como astrofísico y de tener una feliz vida familiar.

El Profesor Stephen W Hawking ha podido beneficiarse de un acceso a atención médica de primera clase, y depende de un equipo de asistentes personales que hacen posible que viva y trabaje con comodidad y dignidad. Su casa y su lugar de trabajo han sido adaptados para que le resulten accesibles. Expertos en computación lo han apoyado con un sistema de comunicación asistida y un sintetizador de habla, lo cual le permite preparar conferencias e informes y comunicarse con audiencias diversas.

En el país, actualmente se ha incorporado la palabra sensibilidad pública que refleja el respeto y la inclusión a la discapacidad, a nivel ciudadano como en el plano político.

Podemos mencionar que esta política de ayudas externas surge como resultado de la concepción que se tiene, en nuestra sociedad, de la discapacidad; una concepción que se la entiende como algo “anormal”, por contraposición a los estándares que estipulan la normalidad y que condena a la “dependencia” una concepción según lo cual la discapacidad es un hecho exclusivamente individual que una persona “padece” y que puede ser

interpretado como consecuencia mecánica de un lamentable “accidente” , sea éste genético o fruto de algún incidente traumático.

De esta manera, podemos considerar que la discapacidad de una persona se contempla como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y otros factores personales así como factores del medio social y físico. Así mismo la discapacidad está enfocada a representar un cambio fundamental a una capacidad física, sensorial o de desarrollo de oportunidades en la sociedad y a la importancia de la inclusión social.

Las personas con discapacidad al pasar de los años han tenido muchas desventajas y han sido uno de los grupos vulnerables más olvidados durante muchos años, las principales normativas emitidas por los organismos internacionales como: La Organización Mundial de la Salud en todo lo que respecta a la definición, clasificación de cada una de las discapacidades; logrando establecer un lenguaje universal para todos, de igual forma la Organización Internacional del Trabajo en la promulgación de varias políticas de trabajo y empleo; y en la promulgación de la equidad del trabajo para las personas con discapacidad, las mismas que se encuentran reflejadas en la Convención Interamericana de los Derechos de las Personas con Discapacidad efectuada en el año 2006.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del año 2010, se pudo determinar que en el Ecuador hay 14.483.499 habitantes, de los cuales 1.936.697 son personas que presentan algún grado de discapacidad a comparación con la Encuesta SIEH realizada en el año 2004 en donde había 1.608.334 personas con discapacidad.

2.-TEMA DE INVESTIGACIÓN

Normalización y Calificación de las Discapacidades en los Centros del Ministerio de Salud Pública que emiten los Certificados de Discapacidad en el Ecuador

3.-MARCO CONTEXTUAL

3.1 Contexto Nacional

En el Ecuador las personas con discapacidad registradas en el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), se le ha implementado algunas Políticas Sociales, se han reconocido derechos y elaborado determinadas normativas. Si bien estas conquistas pretenden mejorar el nivel de vida de las personas con discapacidad, en términos de integración social y acceso a beneficios, su cumplimiento y ejecución es relativa

La discapacidad, además ha sido tratada por diversos enfoques disciplinarios como problema de una persona o individuo con limitaciones físicas y/o mentales, prescindiendo de las relaciones sociales que se tejen a su alrededor. Así desde la ciencia médica o desde la visión ética/religiosa, la discapacidad es asumida por un lado, como un todo homogéneo y por otro lado referida únicamente a las personas con limitaciones físicas y/o mentales.

Aun cuando el Ecuador cuenta con un marco legal sobre discapacidades que reglamenta áreas como la salud, la vivienda, la educación, no es conocido por los/as miembros de la sociedad y por tanto su implementación se

obstaculiza. Además la existencia de prejuicios no permite avanzar en el cumplimiento de los derechos de este grupo de personas.

Sin embargo, la discapacidad va más allá de las personas con limitaciones, en tanto no solo se trata de un grupo heterogéneo desde el punto de vista socioeconómico, sino que también está atravesado por particulares expresiones de diferencias y desigualdades de género, clase, etnia, que dan cuenta de la complejidad del tema y también de relaciones de poder', marginación y exclusión, que influyen en las estrategias con que cada persona, en este caso las madres diferentes, enfrentan la discapacidad/diferencia en un contexto determinado.

En el Ecuador, el tema de las personas con discapacidades, se ha enfocado desde varias perspectivas, en las cuales son las personas con discapacidad, el eje de los discursos, prácticas, servicios y políticas, así:

En la Constitución Política de la República del Ecuador, en los artículos atinentes a las "Personas vulnerables" se establecen derechos tendientes a garantizar su incorporación a la sociedad en términos de equidad y justicia.

De la misma manera, desde el Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS, aun siendo un logro el que se haya cambiado el uso de la palabra

discapacidades y se hable de personas con limitaciones físicas y/o mentales, debido a las connotaciones negativas del término que inducen a juicios de valor; se visualizan las discapacidades como un tema multidisciplinario en torno a las personas con discapacidad.

Además, desde el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) se ha legislado, se han elaborado proyectos, programas de asistencia, de capacitación para las personas especiales, sin embargo se ha dejado por fuera el complejo mundo de la discapacidad en el que se interrelacionan afectos, conflictos y necesidades, más allá de las personas con limitaciones físicas y/o mentales.

En los medios de comunicación, prensa, radio y televisión al hablar de las personas con discapacidades se pondera los casos excepcionales de quienes han logrado éxitos, que si bien son meritorios, no reflejan las condiciones de vida de la gran mayoría de involucrados/as en esta realidad.

Desde el sentido común, en términos de derechos, se asume social y éticamente, como única prioridad la rehabilitación e integración, de las personas con limitaciones físicas y/o mentales. Desde la práctica médica, la condición de enfermedad de las personas con limitaciones físicas y/o mentales, es decir ella paciente, es el núcleo de su reflexión terapéutica.

Desde la ciencia psicológica, el equilibrio emocional y la aceptación de esta nueva experiencia, constituyen la tarea principal, siempre en torno a las personas con limitaciones, en donde las madres son patologizadas cuando no se acoplan a la situación.

Además muchas de las instituciones públicas y privadas que trabajan con niños/as, hombres y mujeres discapacitados/diferentes, asumen como pre-condición la familia nuclear, el matrimonio heterosexual y la división sexual de trabajo, como elementos universales y esenciales a las personas y orientan sus programas, sus proyectos, a satisfacer únicamente las necesidades materiales de los niños/as diferentes.

Sin embargo, las necesidades no solo hacen referencia a la “insuficiencia de ingresos”, a las “privaciones materiales”, sino también a las restricciones de oportunidades en tanto posibilidad de ser y hacer. En el contexto ecuatoriano, la discapacidad entendida como un campo en el que convergen una multiplicidad de sujetos, intereses, conocimientos, necesidades, se presenta como un espacio de ambigüedades y de conflictos tanto para las personas con limitaciones como para las madres diferentes, porque se ignoran requerimientos emocionales, de integración, de los propios niños/as, peor aún las necesidades particulares de las madres.

3.2 Contexto Local

La Calificación de las personas con algún tipo de Discapacidad en el Ecuador está a cargo de los diferentes Centros de Calificación de Discapacidades asignados por el Ministerio de salud Pública.

En la zona de Planificación cinco, estos centros cuentan para este propósito con personal médico, trabajadora social y Sociólogo. La mayoría de estos centros están catalogados como nivel 1 y nivel 2 de salud en el país, es decir que no cuentan con especialistas a cargo del sistema visual, auditivo, físico o mental.

El Conadis es la Institución encargada de entregar el carnet de discapacitados a las personas que lo ameritan y cuentan con oficinas en todas las capitales de provincias del país.

4.- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

De acuerdo al Art. 3 del Reglamento General a la Ley de Discapacidades del Ecuador, se considera persona con discapacidad a toda persona que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, y/o sensoriales, genéticas, 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.

Para llegar a determinar una discapacidad en el Ecuador, dentro del Sistema Nacional de Calificación de Discapacidad, el equipo calificador (médico, psicólogo y trabajadora social) previamente capacitados y autorizados por el CONADIS para el efecto, utilizan un instrumento internacional de evaluación denominado Texto de Valoración de las situaciones de Minusvalía del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), año 2000 edición Española.

Además, nuestros profesionales calificadores capacitados y autorizados, utilizan el instrumento técnico denominado CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD, diseñado por el CONADIS, que conjuntamente con las tablas de valoración unifican el lenguaje de la calificación de discapacidad en

el Ecuador, permitiéndonos así comparar datos técnicos fácilmente dentro del país, pudiendo incluso hacerlo fuera siempre que las mismas tablas de valoración porcentual sean aplicadas.

De ahí la importancia de mantener el Sistema Nacional de Calificación de la Discapacidad diseñado e implementado por el CONADIS, puesto que minimiza los errores al ser altamente objetivo y comprobable por diferentes profesionales especializados, siempre que éstos lo conozcan, estén capacitados en su uso y apliquen sus instrumentos técnicos, siendo indispensable que los profesionales calificadores del sistema mencionado verifiquen directamente la situación clínica de las personas con discapacidad en sus aspectos biológicos y psicológicos, y obtengan referencias de la situación social.

El médico general analiza los aspectos biológicos del usuario del sistema, busca las posibles deficiencias, discapacidades y minusvalías que presenta la persona, se emite un diagnóstico de ser necesario se hacen interconsultas de especialidad, sobre todo para los casos visuales, auditivos, mentales etc. ; se identifica la limitación funcional moderada (disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades del autocuidado), limitación funcional grave (disminución importante o

imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado), o limitación funcional muy grave (imposibilidad para la realización de las actividades de la vida diaria y dependencia de otras personas).

Todo esto pese a tratamientos clínicos o quirúrgicos, de acuerdo a edad, sexo, educación, entorno cultural, familiar y físico; diferenciando causas y origen genético, congénito o adquirido; identificando el o los tipos de discapacidad (psicológico, intelectual, visual, auditiva, del lenguaje, o física); y emitiendo recomendaciones direccionadas hacia una rehabilitación integral. Se señala un porcentaje de limitación biológica de acuerdo a la tabla de valoración porcentual, que se complementa con la valoración del sicólogo y del trabajador social para llegar a un porcentaje global.

El psicólogo analiza los aspectos psicológicos del usuario del sistema, emitiendo diagnóstico, limitaciones en su desenvolvimiento sico-social, recomendaciones hacia una rehabilitación integral. Se señala un porcentaje de limitación de acuerdo a la tabla de valoración porcentual, que se complementa con la información de los otros profesionales del equipo calificador.

El trabajador social analiza los aspectos sociales del usuario del sistema, en relación a factores familiares, económicos, laborales, culturales y del entorno (posibilidad de acceso a recursos de servicios comunitarios, barreras físicas, actitudinales y/o comunicacionales); emite recomendaciones y señala un puntaje de acuerdo a la tabla de valoración mencionada, que se sumará al porcentaje emitido por los dos profesionales anteriores. La calificación social tiene un límite de 15 puntos.

El porcentaje de discapacidad se relaciona con la severidad de la limitación funcional y de manera general se puede señalar los siguientes grados de evaluación:

- Grado 1: discapacidad nula (las secuelas son mínimas y no justifican una disminución de capacidad para las actividades de la vida diaria)= 0%
- Grado 2: discapacidad leve (secuelas justifican una disminución de capacidad para las actividades de la vida diaria= 1-24%
- Grado 3: discapacidad moderada (secuelas causan disminución importante de capacidad para las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado)= 25-49%
- Grado 4: discapacidad grave (secuelas causan disminución importante de capacidad para la mayoría de las actividades de la vida diaria,

pudiendo estar afectadas algunas de las actividades del autocuidado)
= 50-70%

- Grado 5: discapacidad muy grave (secuelas imposibilitan algunas de las actividades de la vida diaria y requieren ayuda de una tercera persona)=75% o más.

En el campo de la normativa el país es uno de los primeros en América, que cuenta con un conjunto de normas y disposiciones legales que orientan a casi todas las actividades en materia de discapacidades. Esto le ha merecido al país que en muchos casos, sea tomado como referente, por su estructura, organización, políticas y normativas en el campo de las discapacidades.

Es uno de los pocos países que cuenta con una Constitución en la que se mencione expresamente en varios artículos pero, especialmente en el 53, que el Estado garantiza la atención de las personas con discapacidad en todos los campos.

Tiene además una ley específica, la Ley 180 de Discapacidades, la misma que fue reformada a través de la Ley No. 2000-25, expedida el 26 de septiembre de 2000. Esta ley establece un Sistema Nacional de Prevención de Discapacidades y de atención e integración de las personas con

discapacidades, norma, la organización y funcionamiento del CONADIS, contiene disposiciones sobre los derechos y beneficios de las personas con discapacidad y los procedimientos para sancionar a quienes no cumplen con la ley y a quienes discriminen a las personas por razones de discapacidad.

Se cuenta con el Reglamento vigente que en lo sustancial, define y dispone las atribuciones, responsabilidades y competencias de todas las instituciones y organismos responsables de la prevención, atención de las discapacidades. La Ley orgánica de las Discapacidades fue expedida el 25 de septiembre del 2012 y el reglamento a la ley orgánica de las discapacidades el 5 de Diciembre del 2013.

En el ámbito normativo cabe anotar también, que el país ha suscrito varios convenios internacionales sobre discapacidades, que también se convierten en normas para el Ecuador; los convenios de la OIT, sobre trabajo para personas con discapacidad, las Normas Uniformes de NNUU 1993, la Convención por la no discriminación de las personas por razones de discapacidad, (en proceso); la Declaración de Salamanca (UNESCO 1994) para la educación de niños y jóvenes con Necesidades Educativas Especiales, la Declaración de Managua (1994) por las políticas para niños y jóvenes con discapacidad, la Declaración de Cartagena (1992) sobre políticas integrales para personas con discapacidad y tercera edad.

A lo largo del desarrollo de la atención a las personas con discapacidad en el país, se han ido incorporando y modificando las concepciones acerca de lo que es la discapacidad y su forma de atención, pasando de la caridad y beneficencia al paradigma de la rehabilitación y de éste al de autonomía personal y al de inclusión y derechos humanos.

Sin embargo, en el país aún se mantienen las concepciones de paternalismo y beneficencia en algunos sectores y en algunas actividades, pero poco a poco nos vamos insertando en las acciones orientadas por los principios de normalización y equiparación de oportunidades que señalan que la atención de estas personas sea en los mismos sitios y sistemas de toda la población, procurando una verdadera inclusión, donde puedan ejercer sus derechos como personas.

La atención a las personas con discapacidad la realizan las instituciones del sector público y privado responsables, según la ley y reglamento de la prevención, atención e integración. Pero la realidad de las Unidades Operativas de calificación de las Discapacidades es esta:

- Los Centros de calificación de las Discapacidades del país son de nivel 1 y nivel 2 de salud

- Ausencia de especialistas para calificar las discapacidades en estos centros
- Falta de equipos necesarios para calificar las Discapacidades en estos centros
- Utilización de certificados de especialistas particulares para conseguir el objetivo de obtener un carnet de discapacitados
- Mal uso de carnet de discapacitados
- No existencia de una guía o Protocolo para la calificación de las discapacidades en el País
- Falta de un promedio de 32.000 especialistas para cubrir las demandas en el Ecuador (vistazo 2014)
- Fuga de cerebros, Muchos especialistas han migrado en busca de mejores condiciones económicas a países como Chile, Argentina, España etc.
- Paralización de los programas académico de Postgrado o escasos en las universidades al no ser calificadas para formar especialistas
- Desconocimientos por parte de los médicos generales de la terminología Discapacidad Funcional de las discapacidades para obtener el porcentaje de calificación
- Falta de control por parte del CONADIS

- La malla curricular de la carrera de Medicina en las materias de Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, y traumatología es modular, incluye 4 meses de estudio, tiempo insuficientes para adquirir conocimientos suficientes para calificar discapacidades visuales, auditivas, físicas o mentales.
- El cálculo del Porcentaje de Discapacidad es puramente subjetivo y debería ser objetivo.

La determinación de la deficiencia o condición discapacitante la realizarán los **médicos especialistas** del sistema nacional de salud, acreditados expresamente por la autoridad sanitaria nacional. En el certificado que se emita reconociendo tal situación, se hará constar obligatoriamente la fecha de caducidad del mismo, identificando la deficiencia o condición discapacitante y su porcentaje. En ningún caso su vigencia podrá ser superior a un año.

Los beneficios que se concedan por la ley serán reconocidos mientras se mantenga vigente el certificado o documento que acredita la condición discapacitante. La calificación de la discapacidad o de la deficiencia o condición discapacitante será gratuita.

Para el otorgamiento de los beneficios establecidos en la Ley, no se exigirá otro requisito además del documento que acredite la calificación de la discapacidad o la determinación de la deficiencia o condición discapacitante, en su caso. Como vemos, no se cumple ya que los que califican las discapacidades en el Ecuador son médicos generales y no especialistas como dice el reglamento de la ley de Discapacidades.

Esto es lo que vamos a investigar y Normalizar para en un futuro conocer el verdadero porcentaje de discapacitados del país y su realidad.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 Problema General o Básico

¿De qué forma las Normativas existentes de los centros de calificación del Ministerio de salud Pública influyen en la emisión de los Certificados de Discapacidad en el Ecuador?

5.2 Subproblemas o Derivados

- ¿Cómo las normativas vigentes inciden en la emisión de los Certificados otorgados por los Centros de calificación del Ministerio de Salud Pública?
- ¿Cuáles son las necesidades de los centros de calificación del Ministerio de salud Pública que emiten los Certificados de Discapacidad en el Ecuador?
- ¿Cómo el modelo de Gestión de los centros de calificación del Ministerio de salud Pública define la certificación de los Discapacitados?

6.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Temporal

De enero a Diciembre del 2014

Espacial

Institución: Centros autorizados del Ministerio de Salud para calificar las personas con Discapacidad

País: Ecuador

Unidades de Observación

Personal de las Unidades Operativas fijas del Ministerio de Salud que califica las personas con Discapacidad

7.- Justificación

El Conadis es la instancia rectora de las políticas en discapacidades del país, está organizada al más alto nivel y tiene como objetivos: dictar políticas, impulsar y realizar investigaciones, defender los derechos de las personas con discapacidad y coordinar las acciones que realizan las instituciones del sector público y privado que son responsables de la prevención de discapacidades y de la atención e integración de las personas con discapacidad.

Para el cumplimiento de sus funciones está organizado por:

- Un Directorio
- La Dirección Ejecutiva
- La Comisión Técnica

El Directorio constituido por el delegado del señor Presidente de la República, que es el Presidente del CONADIS, por 5 Ministros o sus subsecretarios, los 4 Presidentes de las Federaciones de Personas con

Discapacidad, el representante de la Federación de ONG que trabajan en discapacidad, la Presidenta del INNFA o su delegado.

La Comisión Técnica está formada por los directores o delegados permanentes del área técnica administrativa de discapacidades de los ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Bienestar Social, un representante del INNFA, un representante de la Asociación de Municipalidades, un representante de la Corporación Aduanera Nacional, un representante del Consejo Nacional de Educación CONESUP, un representante de los organismos no gubernamentales, un representante de cada una de las federaciones de personas con discapacidad, un representante de los Institutos de Seguridad Social del ISSPOL, ISSFA e IESS.

EI CONADIS para el cumplimiento de sus funciones a nivel provincial, cuenta con las Comisiones Provinciales de Discapacidad en cada provincia con una estructura similar al de la Comisión Técnicas que tienen responsabilidades puntuales dependiendo de su nivel de organización y recursos.

EI CONADIS ha organizado sus actividades a través de 9 grandes programas que contienen sus respectivos proyectos y actividades. Sus principales acciones se han dirigido a la elaboración del marco normativo en discapacidades, dictar políticas, coordinar acciones, canalizar recursos,

impulsar la investigación, descentralización de acciones, capacitación, calificación y registro de personas con discapacidad e instituciones, sensibilización y difusión, publicación

En el Ecuador la Vicepresidencia de la República creó el programa Ecuador Sin Barreras, que protege la verdadera inclusión de personas con discapacidad a la sociedad y de esta forma garantiza el cumplimiento de sus derechos.

Ecuador Sin Barreras busca también la debida sensibilización a la sociedad ecuatoriana acerca de la cruda realidad de la población más vulnerable del país, siendo así que otros gobiernos de turno no lo hacían.

Así mismo la Vicepresidencia de la República desarrolla proyectos en todo el país. Y de esta manera estas personas con diferentes discapacidades van superando poco a poco los obstáculos de la insensibilidad para conseguir una mayor conciencia social.

Otro de los proyectos que se destaca es la Misión Solidaria Manuela Espejo beneficiando a los discapacitados, no solo en el ámbito laboral sino también en brigadas médicas, entregando de esta forma ayuda técnica (sillas de ruedas, bastones, prótesis, y demás implementos) a los casos críticos y

además emprende programas de atención y prevención para la discapacidad, que antes nunca existieron.

La Misión Solidaria Manuela Espejo es una cruzada sin precedentes en la historia del Ecuador; es un estudio científico - médico para determinar las causas de las discapacidades y conocer la realidad biopsicosocial de esta población 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.

El presente tema de investigación se seleccionó con la finalidad de ayudar a las personas con Discapacidad al obtener un certificado de discapacidad y la obligación de ser evaluados por especialistas. Lo que le garantice su grado de discapacidad y de esta manera se podrá cumplir con la base legal de los beneficios de manera formal y en la sociedad misma.

En cuanto a la utilidad metodológica, es de vital importancia porque se crea normas para la calificación de las personas con discapacidad y que sirve como referencia para trabajos futuros

8.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

8.1.- Objetivo General

Determinar la aplicación de las Normativas existentes de los Centros de calificación del Ministerio de Salud Pública que influyen en la certificación de la Discapacidad en el Ecuador

8.2.- Objetivos Específicos

- Analizar las normativas vigentes que inciden en la emisión de los Certificados otorgados por los Centros de calificación del Ministerio de Salud Pública.
- Identificar las necesidades de los centros de calificación del Ministerio de Salud Pública que emiten los Certificados de Discapacidad en el Ecuador.
- Determinar el modelo de Gestión de Normativas que sirva de guía para la calificación de los diferentes porcentajes de Discapacidad en el Ecuador.

9.- MARCO TEÓRICO

9.1 Marco Conceptual

Normalización

Según la ISO (Organismo Internacional de Normalización) la normalización es, “El proceso de formular y aplicar reglas con el propósito de realizar en orden una actividad específica para el beneficio y con la obtención de una economía de conjunto óptimo teniendo en cuenta las características funcionales y los requisitos de seguridad. Se basa en los resultados consolidados de la ciencia, la técnica y la experiencia. Determina no solamente la base para el presente sino también para el desarrollo futuro y debe mantener su paso acorde con el progreso”.

Según Diego Espinoza; Normalización es el proceso por el cual se regulan las actividades de los sectores tanto privado como público en materia de salud, medio ambiente en general, seguridad al usuario, información comercial, así como prácticas de comercio, industrial y laboral. A través de

este proceso se establece la terminología, clasificación, directrices, especificaciones, atributos, características, y los métodos de prueba o las prescripciones aplicables a un producto, proceso o servicio.

La Asociación Estadounidense para Pruebas de Materiales (ASTM, por sus siglas en inglés) define la normalización como el proceso de formular y aplicar reglas para una aproximación ordenada a una actividad específica para el beneficio y con la cooperación de todos los involucrados.

La Real Academia Española define norma como: “regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etc.” La normalización o estandarización es la redacción y aprobación de normas.

La normalización es el proceso de elaboración, aplicación y mejora de las normas que se aplican a distintas actividades científicas, industriales o económicas con el fin de ordenarlas y mejorarlas

La normalización persigue fundamentalmente tres objetivos:

- Simplificación: Se trata de reducir los modelos quedándose únicamente con los más necesarios.
- Unificación: Para permitir la intercambio a nivel internacional.

- Especificación: Se persigue evitar errores de identificación creando un lenguaje claro y preciso

Discapacidad

Según el Diccionario ABC

Se designa con el término de discapacidad a aquella limitación que presentan algunas personas a la hora de llevar a cabo determinadas actividades y que puede estar provocada por una deficiencia física o psíquica.

“Se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida su participación o limitada su capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, las que pueden ser agravadas por el entorno económico, social, político o cultural.

Un reglamento señalará la forma de determinar la existencia de deficiencias que constituyen discapacidad, su calificación y cuantificación. Este

Reglamento deberá incorporar los instrumentos y criterios validados por la Organización Mundial de la salud”.

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

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por la ONU en 2006, define de manera genérica a quien posee una o más discapacidades como persona con discapacidad. En ciertos ámbitos, términos como "discapacitados", "ciegos", "sordos", etc, aun siendo correctamente empleados, pueden ser considerados despectivos o peyorativos, ya que para algunas personas dichos términos «etiquetan» a quien padece la discapacidad, lo cual interpretan como una forma de discriminación.

En esos casos, para evitar conflictos de tipo semántico, es preferible usar las formas «personas con discapacidad», «personas sordas», «personas con movilidad reducida» y otros por el estilo, pero siempre anteponiendo «personas» como un prefijo, a fin de hacer énfasis en sus derechos humanos y su derecho a ser tratados con igualdad.

Acaso como un eufemismo, se ha propuesto un término en ciertos espacios para referirse a las personas con discapacidad, el de mujeres y varones con diversidad funcional («personas con capacidades diferentes» en Argentina y México), a fin de eliminar la negatividad en la definición del colectivo de personas con discapacidad y reforzar su esencia de diversidad.

Los tipos de discapacidad pueden ser:

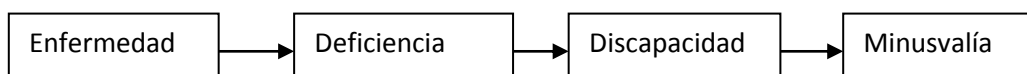
- Motriz: Se refiere a la pérdida o limitación de alguna persona para moverse.
- Visual: La pérdida de la vista o dificultad al ver con alguno de los ojos.
- Mental: Abarca la limitación del aprendizaje para nuevas habilidades.
- Auditiva: Pérdida o limitación del oído para poder escuchar.

Sin embargo, en 2001, la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de ofrecer una mayor unificación del concepto de discapacidad, establece una 2ª Clasificación Internacional, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud, en la que ofrece la siguiente definición: Como acertadamente señalan M. Crespo, M. Campo y M. A. Verdugo (2003), “una de las inquietudes de la mayoría de los organismos, asociaciones y

profesionales que trabajan en el ámbito de la discapacidad ha sido poder utilizar una terminología común para designar tanto a las personas con discapacidad como los diferentes tipos de discapacidades”.

Precisamente, el caos conceptual y terminológico existente dio lugar a que la OMS se propusiera desarrollar una clasificación que se convirtiera en un valioso instrumento para todos los profesionales que desarrollan su actividad en el campo de la discapacidad, y en el año 1980 publicó la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías conocida como CIDDM (Ministerio de Asuntos Sociales, 1997).

Esta clasificación propone un modelo médico que se establece a través del siguiente esquema:



Este esquema tiene como objetivo principal clasificar las consecuencias de la enfermedad y no tanto recopilar sus causas. Como observamos, la CIDDM plantea tres niveles o consecuencias de la enfermedad:

Deficiencia: es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

Una de las pretensiones básicas en el campo de la terminología aplicada a la discapacidad de esta clasificación, en la línea de neutralidad ideológica, fue la intención de evitar la supresión de un viejo hábito segregador que consiste en sustantivar situaciones adjetivas de la persona, lo que conduce al etiquetado y a la consolidación de la marginación.

Se trataba de mostrar al individuo antes como persona que como sujeto de una determinada situación limitante. La manera de lograrlo era anteponer siempre el “persona con.....” haciendo de esta manera más relevante la integridad individual que la situación adjetiva (por descriptiva) de una circunstancia personal concreta (Egea y Sarabia, 2004).

Pese a la indudable intencionalidad de la OMS de que los términos manejados fueran positivos y de ofrecer una panorámica que permitiese

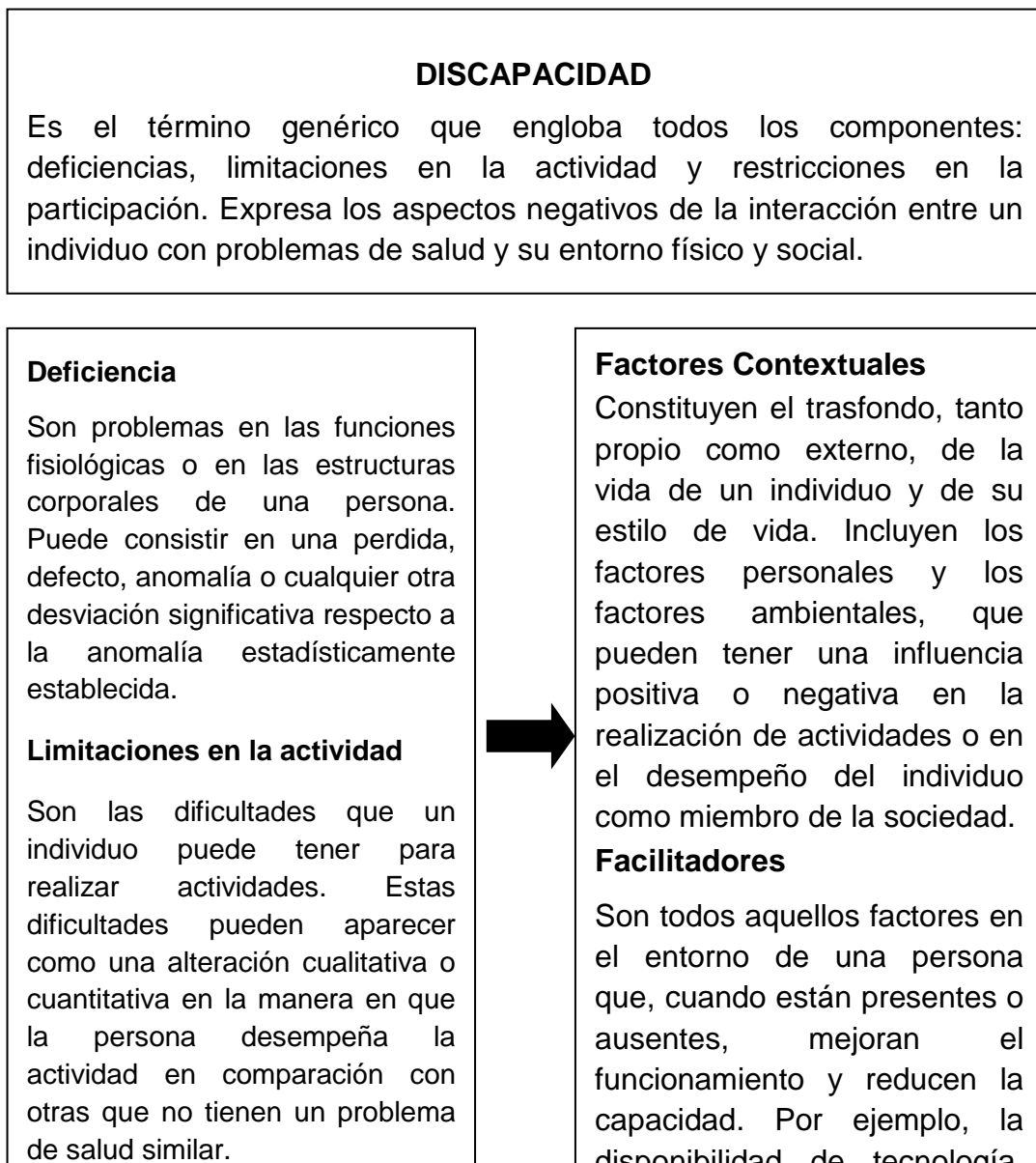
aglutinar toda una serie de conceptos en torno a la discapacidad, esta clasificación ha recibido algunas críticas (Crespo, Campo y Verdugo, 2003) como por ejemplo: no proporciona una información adecuada sobre la relación entre los conceptos de enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía; establece un modelo causal entre las distintas dimensiones; no refleja el papel del entorno, tanto social como físico; parece que clasifica lo negativo del funcionamiento de la persona; carece de utilidad para la intervención educativa y comunitaria.

Todo este conjunto de críticas que la CIDDM ha ido recibiendo a lo largo de los años desde su publicación, provocó que el 22 de mayo de 2001, en la 54ª Asamblea de la OMS se aprobara una nueva versión de esta clasificación con el nombre definitivo de “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud” más conocida por las siglas CIF.

Ya en sus primeras líneas la CIF enuncia su objetivo principal: “brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud”. De este modo, se abandona el enfoque primitivo de “consecuencias de la enfermedad”, para enfocar el objetivo hacia “la salud y los estados relacionados con la salud”.

En esta clasificación el concepto de Funcionamiento es un término global que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación; el concepto de Discapacidad engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad, o las restricciones en la participación. También enumera los Factores Ambientales que describen el contexto en el que vive una persona y que interactúan con todos esos constructos.

Figura 1.1 Marco conceptual del término “discapacidad” (OMS, 2001)



Restricciones en la participación.

Son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, tales como relaciones interpersonales, empleo, etc. En el contexto real en el que viven. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de la persona con discapacidad con la participación de una persona sin discapacidad en una situación análoga o comparable



Y también la existencia de servicios de apoyo que intentan aumentar la participación de las personas con discapacidad en determinadas áreas de la vida (educación, empleo...). Los facilitadores pueden prevenir o evitar que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación.

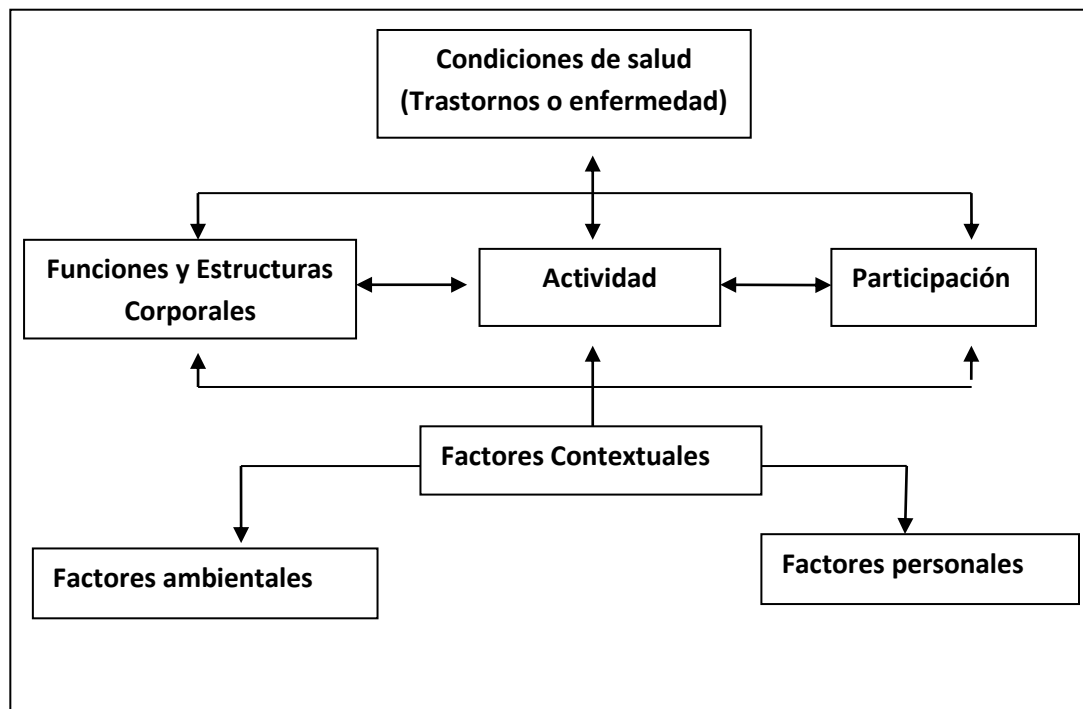
Barreras / obstáculos

Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, un producto no utilizable por todos o un servicio existente que, sin embargo, no es válido para las

Fuente: OMS (2001) "Clasificación del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud".

Aunque la CIF no establece un modelo para el proceso de funcionamiento y la discapacidad, en fechas recientes, Egea y Sarabia (2004) proponen un esquema de funcionamiento como sigue:

Figura 1.2. Interacciones entre los componentes de la CIF.



Presentamos finalmente, las conclusiones elaboradas por Crespo, Campo y Verdugo (2003) en un interesante trabajo de revisión sobre la historia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud.

Es indudable que el proceso que se ha seguido hasta llegar a la actual clasificación, CIF, ha sido muy laborioso y se ha necesitado de un gran esfuerzo y dedicación personal por parte de muchas personas implicadas. Merece la pena destacar que por primera vez se ha conseguido que el mundo de habla hispana esté presente en el desarrollo de una clasificación a nivel internacional y que sus puntos de vista estén representados en un instrumento tan decisivo como éste.

Las posibles ventajas que tiene este instrumento son:

- Puede ser un instrumento apto para ser aplicado en la práctica clínica, para la evaluación, así como con fines de investigación siendo, por tanto, útil en muchas disciplinas y para muchos profesionales de diferentes ámbitos relacionados con la discapacidad.
- Tiene repercusiones importantes no sólo para la evaluación, sino también para el modo de entender la discapacidad.
- Además de estas ventajas, también hay algunos inconvenientes:
- Es una clasificación que no puede ser manejada por cualquier persona, fundamentalmente porque todavía tiene demasiados términos médicos y psicológicos con los cuales no todo el mundo está familiarizado.

- Es una clasificación más fácil de utilizar cuando se trata de casos relativos a discapacidades físicas y sensoriales.
- Es una clasificación demasiado larga, que necesita mucho tiempo para ser aplicada, lo cual, en ocasiones, resulta poco práctico y, sería recomendable una versión más reducida para la labor asistencial diaria, lo cual, por otra parte se está elaborando.

9.2.- BASES TEORICAS

El principio de Normalización

La realidad social actual, en relación a las personas con discapacidad, presenta gran variedad de manifestaciones, contradictorias la mayoría de las veces: muestras de simpatía, solidaridad, aceptación, inclusión y, al mismo tiempo, rechazo, intolerancia y marginación.

No obstante este reconocimiento de contradicciones, sí se puede afirmar que, con luces y con sombras, percibimos síntomas de lo que se ha dado en llamar NORMALIZACIÓN y se constata que las relaciones sociales con las personas con discapacidad se inscriben en un marco social normalizador: salud, educación, familia, trabajo, ocio, viajes, vivienda, urbanismo...

El término "Normalización" se comienza a emplear en los países escandinavos; los pioneros de este concepto fueron Bank-Mikkelsen, Nirje y Wolfensberger: quienes propugnaron unas condiciones de vida para los deficientes lo más parecidas posibles a las condiciones de vida del resto de la sociedad, sobre todo en lo relativo a actividades a realizar, experiencias, derechos constitucionales, recursos económicos, etc. (Polaino-Lorente y otros, 1991: 59)

Es utilizado por primera vez por Bank-Mikkelsen, director de los servicios para Deficientes Mentales en Dinamarca. Lo explicó como "la posibilidad de que el deficiente mental desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible"(Bank-Mikkels en, 1969, citado por García García, 1988: 68). Para conseguir desarrollarla, se fija en las condiciones generales de vida (vivienda, trabajo y tiempo libre) y en los tratamientos específicos requeridos (que deben estar integrados en los servicios generales). Reclama para los deficientes mentales los mismos derechos civiles que disfrutaban el resto de seres humanos.

Nirje, secretario general de la Asociación Sueca para Retrasados Mentales, entiende el término normalización como "la mejora de la calidad de vida experimentada por los niños y adultos retrasados" (Nirje, 1980, citado por Dueñas, 1991: 31)

En 1968 presenta al Parlamento Sueco la Ley de Normalización para su aprobación. Define por primera vez el principio de normalización diciendo que consiste en:

Hacer accesibles a los deficientes mentales las pautas y condiciones de la vida cotidiana que sean tan próximas como posibles a las normas y pautas del cuerpo principal de la sociedad (Nirje, 1980, citado por Dueñas, 1991: 31).

Se pretende, por tanto, con la normalización de las condiciones de vida, eliminar las discapacidades añadidas, fruto de una inadecuada relación social y con el entorno, Se busca minimizar los efectos de la discapacidad, que cada persona con algún grado de minusvalía, desarrolle su proyecto vital de la forma más completa posible, asumiendo sus limitaciones, pero también explotando todas sus capacidades, con el máximo logro de su autonomía personal y social.

En concreto, Nirje especifica lo que entiende por Normalización del modo siguiente:

En primer lugar, la Normalización significa que se ponen al alcance de todas las personas deficientes mentales las formas de vida y condiciones de existencia cotidiana tan cercanas como sea posible a las circunstancias y género de vida de la sociedad a la cual pertenecen.

En segundo lugar, significa que se ofrece a la sociedad una ocasión de conocer y respetar a los deficientes mentales en la vida corriente, reduciendo los temores y mitos que han impulsado a la sociedad, en otras ocasiones, a marginar a estas personas (Nirje, 1976, citado por Polaino-Lorente, 1991: 59)

Wolfensberger, en Canadá, muy influido por las aportaciones anteriores, contribuye a generalizar el Principio de Normalización a todas las personas con deficiencia y crea una nueva perspectiva más amplia y compleja sobre este tema.

En 1983, Wolfensberger identifica la esencia del proceso de normalización con la expresión "valorización del rol social del deficiente", lo que lleva a unas implicaciones de orden práctico, recomendando: un ritmo normal de la jornada, de la semana y del año a lo largo de los diferentes ciclos vitales de la vida -infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y vejez-; exigiendo respeto y consideración normales a sus derechos, opciones, deseos y aspiraciones; una vida normal en un mundo heterosexual; rigiéndose por las mismas normas económicas que los demás y posibilidad de acceder al mundo del trabajo (véase Parrilla, 1992a: 37-38).

En resumen, normalización no significa eliminación de la discapacidad.

Consiste en reconocer su derecho a ser diferentes, apreciar su participación en la vida social y sentir que la sociedad puede enriquecerse con su aportación. Una sociedad que cuenta con ellos como con cualquier otro miembro de pleno derecho.

Una sociedad que se sabe diversa, que valora esa diversidad y que se preocupa y ocupa por atender las necesidades de todos sus componentes.

La normalización, por tanto, exige la creación de un entorno lo menos restrictivo posible, pero al mismo tiempo dotado de los recursos humanos y técnicos suficientes para un tratamiento integral de calidad, según las necesidades de cada individuo. Y todo esto no es posible sin un cambio de actitudes ante las personas con discapacidad.

Y precisamente, para que la vida pueda desarrollarse del modo más normalizado es preciso vivir integrado en la sociedad: en la familia, en la escuela, en el trabajo, en el ocio... Únicamente de ese modo la vida se normaliza.

En consecuencia, el principio de Normalización requiere para su puesta en práctica, la Integración Social. Y una de las manifestaciones de esa integración social la constituye la Integración Escolar.

Que es el INEN

Es el Servicio Ecuatoriano de Normalización – INEN, de acuerdo a las funciones determinadas en el Artículo 15, literal b) de la Ley No. 2007-76 del Sistema Ecuatoriano de la Calidad, reformada en la Novena Disposición Reformatoria del Código Orgánico de la Producción, Comercio e Inversiones publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 351 del 29 de diciembre de 2010, y siguiendo el trámite reglamentario establecido en el Artículo 29 inciso primero de la misma Ley, en donde manifiesta que:

“La reglamentación técnica comprende la elaboración, adopción y aplicación de reglamentos técnicos necesarios para precautelar los objetivos relacionados con la seguridad, la salud de la vida humana, animal y vegetal, la preservación del medio ambiente y la protección del consumidor contra

prácticas engañosas” ha identificado los siguientes Reglamentos y Proyectos de Reglamentos Técnicos Ecuatorianos para su aplicación y conocimiento.

Planifica, organiza, dirige, controla y evalúa los parámetros de la calidad, inocuidad y seguridad de los productos y servicios que se comercializan en el país, a través del desarrollo de documentos normativos necesarios acorde con el avance tecnológico, de tal forma que estos documentos se constituyan en el punto de referencia técnico-legal que garantice orden en las actividades a desarrollarse.

Discapacidad en el Ecuador

Análisis de la población con problemas de discapacidad en el Ecuador

Para el año 2010, el Ecuador realizó un censo en el cual se pudo determinar la población total según el Censo se tiene 14'483.499 habitantes y 4'654.054 viviendas, siendo los departamentos, el tipo de vivienda particular que más se incrementó de 9,1% en 2001 a 11,7% en 2010.

Como se puede apreciar en el Ecuador la población que presenta algún tipo de discapacidad es de 1'936.697 habitantes distribuidos en varias provincias de nuestro país, las provincias que presentan el mayor número de personas

con discapacidad son: Guayas con 489.093, Pichincha con 254.724, Manabí con 216.591, Azuay con 131.805 y Los Ríos con 112.181 entre las provincias más principales.

De acuerdo al siguiente gráfico podemos determinar que en el Ecuador el 13% de la población total tienen algún problema de discapacidad, mientras que el 87% de la población total del país no tiene ninguna clase de discapacidad.

CUADRO No.5
POBLACION DEL ECUADOR DE ACUERDO AL CENSO 2010

PROVINCIA	POSEE DISCAPACIDAD		TOTAL
	SI	NO	
AZUAY	131.805	580.322	712.127
BOLIVAR	30.012	153.629	183.641
CAÑAR	29.262	195.922	225.184
CARCHI	19.339	145.185	164.524
CHIMBORAZO	71.421	387.160	458.581
COTOPAXI	52.214	356.991	409.205
EL ORO	81.831	518.828	600.659
ESMERALDAS	85.770	448.322	534.092
GALAPAGOS	3.108	22.016	25.124
GUAYAS	489.093	3.156.390	3.645.483
IMBABURA	45.257	352.987	398.244
LOJA	64.604	384.362	448.966
LOS RIOS	112.181	665.934	778.115
MANABI	216.591	1.153.189	1.369.780
MORONA SANTIAGO	27.057	120.883	147.940
NAPO	14.597	89.100	103.697
ORELLANA	17.403	118.993	136.396
PASTAZA	9.867	74.066	83.933
PICHINCHA	254.724	2.321.563	2.576.287
SANTA ELENA	31.995	276.698	308.693
SANTO DOMINGO	44.066	323.947	368.013
SUCUMBIOS	26.432	150.040	176.472
TUNGURAHUA	63.342	441.241	504.583
ZAMORA CHINCHIPE	10.613	80.763	91.376
ZONAS NO DELIMITADAS	4.113	28.271	32.384
Total	1.936.697	12.546.802	14.483.499

FUENTE: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA (CPV 2010). INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS.
ELABORACION: AUTOR

Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad

Aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1993, es un instrumento normativo que guía la acción de las naciones con el objeto de garantizar que las personas con discapacidad puedan tener los mismos derechos y obligaciones que el resto de la sociedad. Son recomendaciones para que los Estados adopten las medidas necesarias para eliminar los obstáculos que impiden que las personas con discapacidad puedan desarrollarse en condiciones de igualdad en los distintos ámbitos sociales.

En cuanto a la igualdad de oportunidades, las Normas recomiendan mejorar las condiciones de participación, eliminar las barreras y equiparar las oportunidades en los ámbitos de la educación, el trabajo, la seguridad social, la vida en familia y la integridad personal, la cultura, la recreación, el deporte y la religión.

La Normas uniformes en su Parte II: Esferas previstas para la igualdad de participación, incluye en el artículo siete el Empleo, en el que se destaca que los Estados deben reconocer el principio de que las personas con discapacidad deben estar facultadas para ejercer sus derechos humanos, en particular en materia de empleo, debe haber igualdad de oportunidades para obtener un empleo productivo y remunerado en el mercado de trabajo. Cabe mencionar que para efectos de este estudio se señalarán los siguientes puntos de dicho artículo:

- Las disposiciones legislativas y reglamentarias del sector laboral no deben discriminar contra las personas con discapacidad ni interponer obstáculos a su empleo.
- Los Estados deben apoyar activamente la integración de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo.
- Los Estados, las organizaciones de trabajadores y los empleadores deben cooperar para asegurar condiciones equitativas en materia de políticas de contratación y ascenso, condiciones de empleo, tasas de remuneración, medidas encaminadas a mejorar el ambiente laboral a fin de prevenir lesiones y deterioro de la salud, y medidas para la rehabilitación de los empleados que hayan sufrido lesiones por motivos laborales.
- El objetivo debe ser siempre que las personas con discapacidad obtengan empleo en el mercado de trabajo abierto.

Gran parte de los países se han adscrito a estas Normas, como también a otras instancias internacionales que favorecen la inclusión social de este sector de la población como seres partícipes de los procesos sociales y no sólo como sujetos de atención.

En el Ecuador las personas con discapacidad y sus familias están amparadas por normativas nacionales e internacionales: La Constitución de la República (2008), Ley Orgánica de Discapacidades (2012) y su Reglamento; la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU-2006) y La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA-1999), establecen un marco normativo amplio y suficiente para la garantía y ejercicio de sus de derechos.

Los derechos de las personas con discapacidad han sido considerados al momento de construir los instrumentos de planificación nacional, el Plan Nacional del Buen Vivir 2014 a 2017 ubica en su objetivo número 2 el auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad; que guarda relación con el trabajo con los grupos de atención prioritaria entre los cuales están contempladas las personas con discapacidad.

En este sentido además del Plan Nacional del Buen vivir, se han generado instrumentos de planificación específicos que permitan brindar lineamientos para el trabajo concreto con grupos diversos, es así como a través de talleres participativos, fue construida la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades – ANID 2014-2017, con la participación del organismos y

entidades del Estado, sector privado y la sociedad civil y el aval de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES a través de sus Direcciones de Políticas Públicas y Reforma Democrática del Estado.

9.3.- Antecedentes de la Investigación

1.- Tesis: Estudio de la Situación Actual de las personas Adultas con discapacidad visual en la ciudad de Vinces y Análisis de Factibilidad de la Implementación del Programa de Rehabilitación Basada en la comunidad, trabajo realizado por Armas Calero Fanny y Llorente Paredes Rosa, 2012

El presente trabajo se realizó en respuesta a una problemática social existente en las personas adultas con discapacidad visual, que habitan en la ciudad de Vinces, sus derechos a la inclusión, al buen vivir se encontraban olvidados por la inasistencia de programas que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida.

La Rehabilitación basada en la comunidad se constituye como una metodología para dar respuesta a las necesidades de las personas con

diferentes discapacidades en el seno de su comunidad, y promover la corresponsabilidad y la integración social.

En el ámbito de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) que se implementó en Vinces, a partir de la identificación de los problemas y necesidades permitió establecer un plan de trabajo individualizado con metodología y actividades con la finalidad de ampliar las habilidades, destrezas y conocimientos en las personas con discapacidad visual, para ser incluidos a la sociedad.

La corresponsabilidad social, de las familias e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, permitió que el estudio de la factibilidad en la implementación de un programa para la atención a las personas adultas con discapacidad visual, con la metodología RBS, sea factible, y con buenas perspectivas para ser implementado a mediano tiempo.

2.- Tesis: El lenguaje Objeto-corporal - Maestría Diseño y Comunicación- Universidad de Palermo trabajo realizado por Novoa Montoya Andrés Ricardo el 18 de Junio del 2007.

La investigación busca resignificar la identidad de las personas con discapacidad profundizando en el objeto (Sillas de Rueda) como mediador

entre el sujeto y el entorno, partiendo de la relación e incorporación del objeto al cuerpo y buscando la inclusión social. Se ha realizado una investigación que toca varios aspectos: conceptos generales de discapacidad, el sujeto como generador de identidad, el cuerpo como receptor de la discapacidad y comunicador a través de los sentidos, y el objeto como mediador entre el sujeto y el entorno, replanteando el papel del diseñador, y la ausencia de investigación en los proyectos de diseño. El lenguaje Objeto-corporal, es un nuevo concepto que se da en el instante cuando la persona con discapacidad resignifica la identidad desde la relación entre el cuerpo y el objeto, y puede adaptarse al entorno y a las condiciones que este le presente.

3.- Tesis: Proyecto de inversión para la implementación de un centro de desarrollo para niños con capacidades diferentes (Síndrome de Down) trabajo realizado por G. Lopez, M. Usca, N. Lituma en Marzo, del 2010,Revista Tecnológica ESPOL

Este trabajo de investigación busca introducir al mercado al mercado guayaquileño un servicio nuevo denominado "HUELLAS" utilizando una estrategia que permita determinar los requerimientos del consumidos, para así ofrecerle un servicio nuevo que llene todas las expectativas de los padres con niños con capacidades diferentes (Síndrome de Down), con un enfoque

moderno e innovador. El valor agregado de este producto está en que a los jóvenes con S.D. se les dará talleres laborables para que así el joven no tenga miedo de salir al ámbito laboral que hoy en día es una obligación para todo empleador, el cual debe contar con por lo menos un 3% de colaboradores con diferentes capacidades.

Para esto se realizó encuestas de la ciudad de Guayaquil, esto quiere decir sin distinción de edad, estado civil, género, de todos los sectores de la ciudad. Se determinó que el lanzamiento de este servicio tendría mucha acogida y éxito, al determinar que el mayor porcentaje de las personas encuestadas tienen hijos o familiares con Síndrome de Down representado por el 53,66%, están en total acuerdo de inscribir a sus hijos o familiares en dicho centro, por otro lado el precio que se le ofreció tuvo mucha aceptación. También se pudo determinar mediante el estudio financiero que el producto es muy rentable y que el producto tiene grandes posibilidades de ser aceptado dentro del mercado, lo cual se ve reflejado en el nivel de ventas proyectadas y en el significado TIR que se obtuvo.

4.- Tesis: “Edificios Inteligentes para Personas con Discapacidad” trabajo realizado por Montalvo Loza Christian Hernán en Marzo del 2013 – Universidad Técnica del Norte – Facultad de Ingeniería en Ciencias Aplicadas – Escuela de Ingeniería en Sistemas Computacionales.

“Las barreras no son obstáculos, son retos a superar”

La elaboración de un proyecto que tiene como principal objetivo facilitar la accesibilidad al entorno a personas con discapacidad, me ha permitido comprender las innumerables injusticias que quienes hacemos la sociedad cometemos ante este sector vulnerable, al poder estar en contacto con estas personas es fácil comprender las dificultades que deben atravesar para movilizarse y acceder a los servicios dentro de cualquier edificio.

Las discapacidades en el Ecuador no son el inconveniente, la cuestión es que podemos hacer o que dejamos de hacer. Si no entendemos que existen personas con discapacidad y que estas personas tienen problemas de accesibilidad y movilidad, entonces el problema no es suyo, el problema es nuestro.

5.- Tesis: Los grupos Interactivos: Una práctica de las Comunidades de Aprendizaje para la Inclusión del alumnado con discapacidad, trabajo realizado por Molina Roldán, Silvia el 19 de julio del 2007 - Universidad: Universidad de Barcelona -Departamento: Teoría e Historia de la Educación.

Resumen: El alumnado con discapacidad ha sido tradicionalmente objeto de prácticas educativas segregadas y diferenciadas de las regulares que, sin embargo, no han demostrado tener buenos resultados. Esta tesis parte de la necesidad de las escuelas de asegurar una educación de calidad para todo el alumnado, y del reto que supone la inclusión de alumnado con especiales dificultades en su proceso educativo: el alumnado con discapacidad; asimismo, partimos de la existencia de las Comunidades de Aprendizaje como modelo de escuela inclusiva, cuyo objetivo es que todo el alumnado – independientemente de sus características individuales– desarrolle al máximo sus capacidades y tenga una convivencia solidaria y enriquecedora. El objetivo de esta tesis es identificar cómo las Comunidades de Aprendizaje contribuyen a la educación inclusiva del alumnado con discapacidad, y en concreto qué elementos de la práctica de los grupos interactivos que se desarrolla en sus aulas contribuyen a este objetivo.

A partir de un estudio de casos de orientación comunicativa crítica, se han analizado dos componentes de los grupos interactivos –la interacción entre iguales y la participación de la comunidad– y cómo éstos contribuyen a hacer una práctica inclusiva para el alumnado con discapacidad en términos de aprendizaje, participación e integración social.

Los grupos interactivos se basan en el trabajo en grupos heterogéneos de alumnado con la ayuda de una persona adulta voluntaria. Estos dos elementos facilitan, por un lado, la aceptación e integración social de todos y todas como miembros del grupo en igualdad con los demás; por otro, al abrir la escuela a la comunidad e incrementar los recursos del aula, potencian el aprendizaje a través de la interacción, la ayuda y la puesta en común de estrategias entre los diferentes miembros del grupo, haciendo más accesible el currículo ordinario a todos y todas.

En cuanto al alumnado con discapacidad, los resultados muestran que en estos grupos pasan un alto porcentaje del tiempo implicados en la tarea, que resulta ser una práctica motivadora para ellos y ellas, y que tienen más oportunidades para recibir ayuda (tanto de compañeros como de la persona voluntaria), así como de aprender por observación del resto de los compañeros.

La valoración de la diversidad en estos grupos como positiva para el aprendizaje y las altas expectativas depositadas en todo el alumnado también son elementos que contribuyen a su aprendizaje. Por otro lado, se ven aumentadas sus posibilidades de participación y de integración social en el grupo; el papel del voluntariado promoviendo la interacción, participación e integración y las mayores oportunidades para conocer mejor al alumnado

con discapacidad y cambiar percepciones y prejuicios hacia ellos y ellas son elementos que lo favorecen.

Los resultados permiten concluir que los grupos interactivos son una práctica inclusiva que hace posible el trabajo con alumnado con discapacidad sin modificar su funcionamiento, aportando beneficios a estos niños y niñas como extensión de los beneficios que aportan al alumnado en general.

9.4.- POSTURA TEÓRICA

Teoría de la discapacidad

De forma general se puede decir que existen tantas teorías como seres humanos, puesto que “teoría” es la idea que cada cual tiene sobre un tema, en este caso, sobre lo que es la discapacidad. Pero incluso en esta afirmación hay ideas colectivas, el mismo uso del término discapacidad implica una matización lingüística que responde a un determinado posicionamiento conceptual. Al realizar un acercamiento a las teorías de la discapacidad es preciso tener en cuenta varios factores de análisis.

Por una parte, considerar su procedencia: si surgen de la experiencia personal de la discapacidad, si derivan de los y las profesionales que trabajan directa o indirectamente con estas personas, o si se tratan de integrar ambas perspectivas. Otro elemento a considerar sería la relación entre pensamiento y acción: lo que la gente cree y entiende sobre una realidad está en relación con lo que hace.

Una tercera dimensión la constituye el propósito, la aplicabilidad de las teorías. Reconocer esta dimensión de la teoría es admitir que todas las teorías tienen un significado político. De acuerdo con Sally French, Maureen Gillman y John Swain:

No existe teoría alguna que sea neutra. Toda teoría acerca de la discapacidad aspira a una 'comprensión social' compartida, justifica prácticas y criterios determinados y es esencial para el fortalecimiento de las relaciones entre las personas (French, Gillman y Swain, 1997: 6).

No se puede, por tanto, obviar este hecho al abordar este intento de clarificación conceptual. Intentar definir una realidad supone situarse frente a ella, pero, además, implica de algún modo tomar partido en la actuación práctica, cuando se trata de un aspecto de la vida humana tan peculiar como es el tema que abordamos.

Hecha esta consideración, que alude además a aspectos éticos de la investigación, se deben hacer también otras relativas a la naturaleza concreta de la realidad que abordamos y el momento histórico que vivimos, lo que nos lleva a situarnos en unas coordenadas espacio-temporales determinadas que enmarcan el panorama científico sobre el tema.

El hecho de vivir en una etapa de “crisis” y cambio epistemológico, unido a la multidimensionalidad y complejidad de la temática de la discapacidad, hacen que esta labor de clarificación conceptual no sea fácil.

Hasta hace poco tiempo, la discapacidad era considerada como un problema, de nacimiento o adquirido, que presentaban ciertos sujetos, cuyo estudio y tratamiento correspondía a especialistas del área médica o psicológica (con orientación psico-patológica), al tratarse de situaciones caracterizadas por la anormalidad o la desviación.

Los grandes cambios sociales, culturales y científicos ocurridos en el siglo XX han puesto en cuestión muchas de las asunciones sobre la ciencia en general y sobre la discapacidad en particular, que han motivado la aparición de nuevos enfoques en la concepción de lo que es la discapacidad y, consiguientemente, en las prácticas profesionales de investigación y tratamiento de las personas con discapacidad.

Las ideologías y políticas dominantes en cada época histórica y en una determinada sociedad mantienen una relación dialéctica con las interpretaciones acerca de las diferencias humanas y las correspondientes prácticas o tratamientos dirigidos a los grupos sociales que conforman estas personas.

La génesis y construcción del conocimiento científico se sitúa en unas coordenadas espacio-temporales determinadas y está condicionado por las ideologías que, a su vez, son interdependientes con relación a la producción científica. Partiendo de esta imbricación permanente entre ideología y ciencia, y a la luz de las aproximaciones sociológicas, se pueden identificar tres etapas diferenciadas en la investigación y actuación práctica en el campo de la discapacidad.

Si bien conviene aclarar que, aunque se presentan de manera sucesiva en su momento de aparición y época de mayor esplendor, no han supuesto la sustitución o abandono de las anteriores. De hecho los trabajos correspondientes a las distintas perspectivas continúan coexistiendo y son defendidos por diferentes sectores científicos.

10.- HIPÓTESIS

10.1 Hipótesis General o Básica

Las Normativas de los centros de calificación de las Discapacidades del Ministerio de Salud Pública son insuficientes por disponer de personal no idóneo en la Certificación.

10.2 Subhipótesis o Derivadas

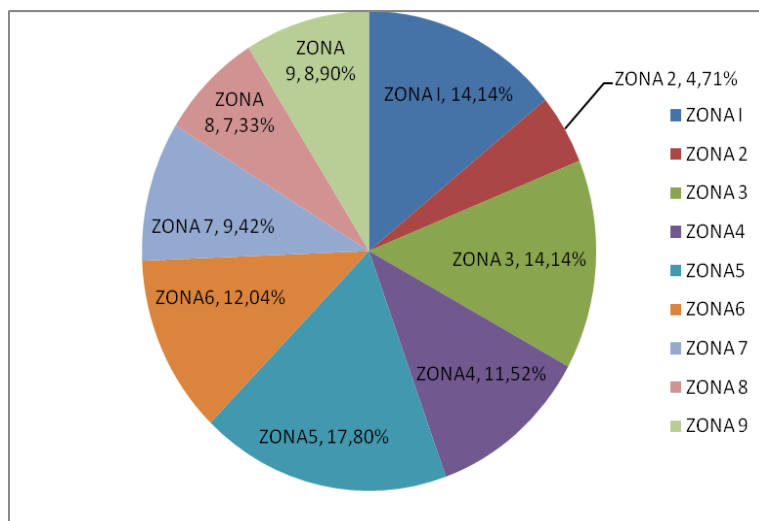
- La emisión de certificados con las Normativas vigentes conlleva a emitir certificaciones objetivos para su posterior verificación

- La dotación de equipos y de personal humano calificado permite obtener un óptimo cálculo de los porcentajes de Discapacidad
- La implementación de un modelo de Normativas que sirva de guía para la calificación de Discapacidades, eliminaría personas con discapacidad subjetiva.

CAPITULO IV

4.1 Resultados obtenidos de la Investigación

A Nivel nacional encontramos 9 zonas con un total de 191 Unidades Operativas para calificar las diferentes Discapacidades.



En el siguiente grafico se muestra el porcentaje de las zonas calificadoras a nivel Nacional.

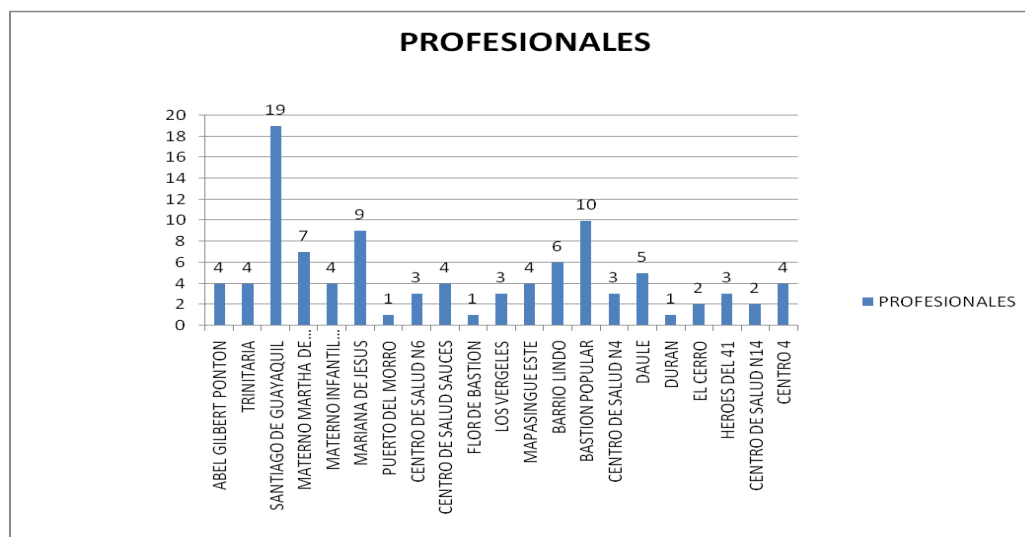
Las Unidades Operativas Calificadoras de personas con discapacidad a Nivel Nacional son 191 en total lo cual comprende en la zona 1 las provincias de Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Sucumbíos con un porcentaje representativo con el 14.14%. La zona 2 comprende las provincias de Orellana, Napo y Pichincha con un 4.71%. La zona 3 comprende las provincias de Cotopaxi, Pastaza, Tungurahua, Chimborazo con un total de 14.14%. La zona 4 comprende las provincias de Manabí, Santo Domingo con un total de 11.52%. Zona5 comprende la provincia del Guayas con sus cantones Alfredo Baquerizo Moreno, Simón Bolívar, Naranjal, Balzar, Colimes, Palestina, Daule, Nobol, Santa Lucia, El triunfo, Milagro, Pedro Carbo, Lomas de Sargentillo, Isidro Ayora, El Empalme, Salitre, Playas, Naranjito con un 17.80%. La zona 6 comprende las provincias de Azuay, Cañar, Morona Santiago con un total de 12.04%. La zona 7 comprende las provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe con un total de 9.42%.

La zona 8 comprende la Provincia del Guayas su cantón Guayaquil con una muestra representativa de 7.33% y por último la zona 9 comprende la provincia del Pichincha con un total de 8.90%.

POR ZONA	PROFESIONALES	CARGO
ABEL GILBERT PONTON	4	4 PSICOLOGAS
TRINITARIA	4	3 MEDICOS GENERALES Y 1 PSICOLOGO
SANTIAGO DE GUAYAQUIL	19	15 MEDICOS Y 4 PSICOLOGOS
MATERNAL MARTHA DE ROLDOS	7	2 MEDICOS, 2 PSICOLOGOS, 1 GERENTE EN SALUD Y 2 PEDIATRAS
MATERNAL INFANTIL FRANCISCO JACOME	4	4 MEDICOS
MARIANA DE JESUS	9	4 MEDICOS, 1 ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA, 1 ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL, 1 MAGISTER EN SALUD PUBLICA, 1 GERENTE EN SALUD 1 ESPECIALISTA EN SALUD COMUNITARIA
PUERTO DEL MORRO	1	1 MEDICO

CENTRO DE SALUD N6	3	1MEDICOS Y 2 PSICOLOGA CLINICA
CENTRO DE SALUD SAUCES	4	3 MEDICOS Y 1 PSICOLOGA CLINICA
FLOR DE BASTION	1	1 MEDICO
LOS VERGELES	3	2 MEDICOS Y 1 PSICOLOGA CLINICA
MAPASINGUE ESTE	4	4 MEDICOS
BARRIO LINDO	6	6 MEDICOS
BASTION POPULAR	10	10 MEDICOS
CENTRO DE SALUD N4	3	3 PSICOLOGAS
DAULE	5	5 MEDICOS
DURAN	1	1 PSICOLOGO
EL CERRO	2	2 MEDICOS
HEROES DEL 41	3	1 MEDICO, 1 PEDIATRA Y 1 GERENCIA DE SALUD
CENTRO DE SALUD N14	2	2 MEDICOS
CENTRO 4	4	3 MEDICO Y 1 MASTER EN NUTRICION
TOTAL	100	

2.- UNIDADES CALIFICADORAS DE DISCAPACIDAD ZONA 8 GUAYAQUIL



En este grafico se muestra las zonas y el total de los profesionales que trabajan en cada una de las mismas.

En Unidades Operativas Calificadoras de la Zona 8 tenemos los siguientes profesionales: Médicos Generales, Máster en Nutrición, Psicólogos Clínicos, Pediatras, Gerente en Salud, Especialista en Salud comunitaria, Especialista en Medicina Interna y Especialista en Cirugía General.

Las Zonas Calificadoras son: Santiago de Guayaquil con un 19% de profesionales, Bastión Popular con un 10%, Mariana de Jesús con un 9%, Materno Martha de Roldòs con un 7%, Barrio Lindo con un 6%, Daule 5%, Abel Gilbert Pontón 4%, Trinitaria 4%, Materno Infantil Francisco Jácome 4%, Centro de Salud Sauces 4%, Mapasingue Este 4%, Centro 4 con un 4%, Centro de Salud N6 3%, Vergeles 3%, Centro de salud n4 con un 3%, Héroes del 41 con un 3%, El cerro 2%, Centro de salud N14 con el 2%, Puerto del Morro con el 1%, Flor de bastión con el 1% y ultimo Duran con el 1%.

SEXO	PROFESIONALES
MASCULINO	37%
FEMENINO	63%
TOTAL	100%

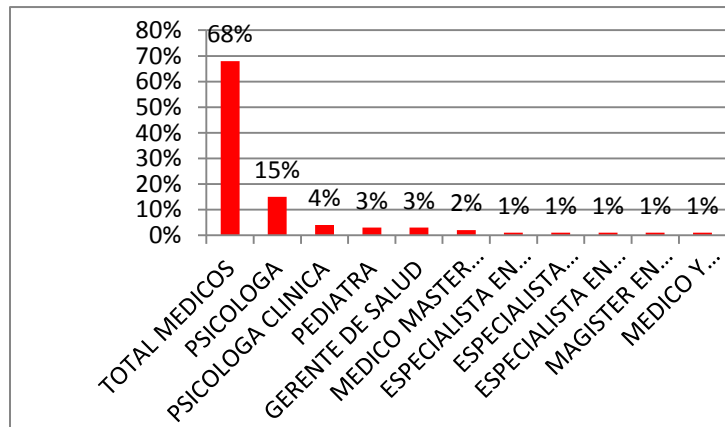


**3.- Profesionales que Califican las discapacidades en la Unidad Operativa
número 8**

En total 89 profesionales

Profesionales Calificadores	PORCENTAJES
TOTAL MEDICOS GENERALES	68%
PSICOLOGA	15%
PSICOLOGA CLINICA	4%
PEDIATRA	3%
MEDICOS CON MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD	3%

MEDICO MASTER EN NUTRICION	2%
ESPECIALISTA EN SALUD COMUNITARIA	1%
ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA	1%
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	1%
MAGISTER EN SALUD PUBLICA	1%
MEDICO PSICOLOGO	1%
TOTAL	100%



4.- Médicos especialistas para calificar las Discapacidades en las Unidades Operativas de Zona 8.

La mayoría de los profesionales son médicos generales sin ninguna especialidad. Los sitios de calificación de las discapacidades son Dispensarios u Hospitales de Nivel I o II del Sistema nacional de Salud.

Estos especialistas se encuentran en Los Hospitales de especialidades Nivel III.

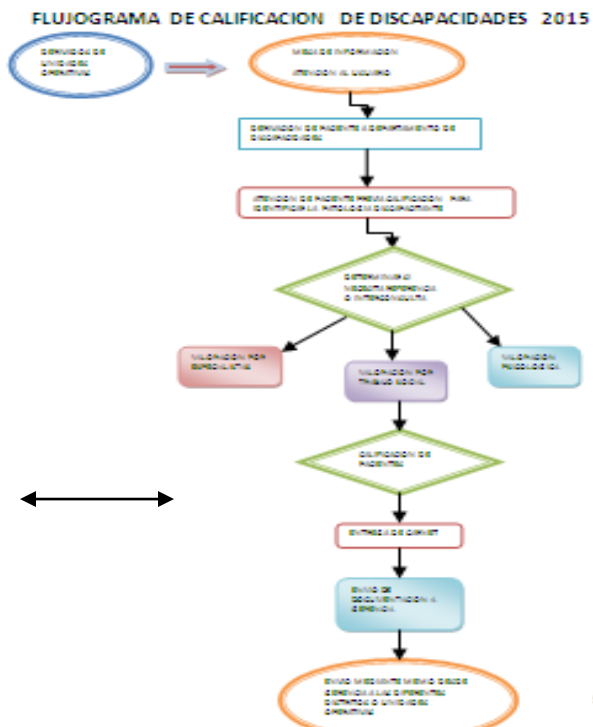
Profesionales Calificadores	Porcentaje
Oftalmólogos	0%
Otorrinolaringólogos	0%
Traumatólogos	0%
Psiquiatras	0%
5.- Neurólogos	0%
Fisiatrías	0%

Capacitación de cómo se debe calificar las Discapacidades

El 100% de los profesionales recibieron algún tipo de capacitación pero en cuanto a Reglamentación, beneficios de los Discapacitados, pero no sobre las normas y criterios de calificación de las Discapacidades visuales, auditivas, físicas o mentales

6.- Análisis de la Normativa de Calificación de las Discapacidades en la Unidades Operativas.

Recurren a
 Certificados de Médicos
 Especialistas Particulares



Por lo que se incumple el Reglamento de la Ley Orgánica de Discapacidades en su Capítulo II del Proceso de calificación. se menciona en el Artículo 3 de Reconocimiento y calificación: Que la determinación de la deficiencia o condición discapacitante la realizarán los médicos especialistas del sistema nacional de salud, acreditados expresamente por la autoridad sanitaria nacional.

CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDADES

¿En qué consiste?

Es un análisis elaborado por 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.

Se determina tipo, grado y porcentaje de discapacidad, se orienta una rehabilitación integral y se relaciona a la persona con los derechos y beneficios vigentes en el país, para equiparar sus oportunidades a fin de

lograr su máximo desarrollo y elevar la calidad de vida de la persona evaluada y calificada. La calificación identifica y certifica los elementos que permiten acceder a la "condición legal de persona con discapacidad", a fin de garantizar al usuario de este servicio el amparo de la ley y normativas sobre discapacidades vigentes en el país.

Una vez "calificadas", las personas con discapacidad deberán inscribirse en el Registro Nacional de Discapacidades y obtener el Carné del Consejo Nacional de Discapacidades lo cual le permite acceder a la condición legal de " persona con discapacidad"

Interpretando los resultados, el sistema nacional de calificación de las diferentes Discapacidades no cuenta con Especialistas dedicados a la Calificación de las Discapacidades

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La determinación del porcentaje de discapacidad es tomado del Texto Valoración de las situaciones de Minusvalía del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), año 2000.

Tanto los grados de discapacidad como las actividades de la vida diaria constituyen patrones de referencia para la asignación del porcentaje de discapacidad. Este porcentaje se determinará de acuerdo con los criterios y clases que se especifican en cada uno de las diferentes enfermedades incluidas en los diferentes Sistemas o Aparatos del organismo humano.

Con carácter general se establecen cinco categorías o clases, ordenadas de menor a mayor porcentaje, según la importancia de la deficiencia y el grado de discapacidad que origina, calificada por los diferentes especialistas

Estas cinco clases se definen de la forma siguiente:

Clase I

Se encuadran en esta clase todas las deficiencias permanentes que han sido diagnosticadas, tratadas adecuadamente, demostradas mediante parámetros

objetivos (datos analíticos, radiográficos, etc., que se especifican dentro de cada aparato o sistema), pero que no producen discapacidad.

La calificación de esta clase es 0 %.

Clase II

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad leve.

A esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el 1 y el 24 %.

Clase III

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los sistemas o aparatos, originan una discapacidad moderada.

A esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el 25 y 49 %.

Clase IV

Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los aparatos o sistemas, producen una discapacidad grave.

El porcentaje que corresponde a esta clase está comprendido entre el 50 y 70 %.

Clase V

Incluye las deficiencias permanentes severas que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad muy grave.

Esta clase, por sí misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria, demostrada mediante la obtención de 15 o más puntos en el baremo específico.

A esta categoría se le asigna un porcentaje del 75 %.

Como conclusión los diferentes grados de discapacidad deben ser calificados por médicos especialistas.

Propuesta de aplicación de Resultados

El abordaje de la situación de las personas con discapacidad se plantea como una responsabilidad compartida por la sociedad en su conjunto.

Para este fin debemos garantizar la Calificación de las personas con Diferentes Discapacidades por lo que debe ser realizado por los especialistas que se encuentran en los Hospitales de Tercer nivel en el Ecuador o la contratación de un equipo de especialistas por parte de la Dirección Nacional de calificación de las discapacidades del Ministerio de Salud.

Alternativa Obtenida

En el Ecuador la realidad de la discapacidad es de 294.166, casos de discapacidades físicas, auditiva, visual o intelectual, de los 1.300.000 hogares visitados de 221 cantones de las 24 provincias, de julio de 2009 a noviembre de 2010 (16 meses), por la Misión Solidaria “Manuela Espejo” dirigido por el Vicepresidente Lenin Moreno.

La Organización Mundial de la salud OMS destacó que el 80% de discapacitados en el mundo se concentran en países pobres.

Este proyecto de ayuda humanitaria ubicó más de 26. 300 casos críticos, que se encuentran en extrema pobreza, y reciben ayudas técnicas de manera prioritaria de parte del mismo.

En la provincia del Guayas y Pichincha que son las más pobladas del país se reflejó la mayoría de discapacitados, en la región Costa provincia del Guayas con 74.833 casos y en la andina provincia de Pichincha 45.098; y su distribución por sexo es de 49,57 % mujeres y 50.43% hombres.

Este programa, en el que participan 232 especialistas cubanos y el financiamiento del gobierno de Venezuela, 120 médicos ecuatorianos y 500 militares; es el primer estudio biopsicosocial, clínico y genético de discapacidades en Ecuador.

Se denominó Manuela Espejo en homenaje a una de las precursoras de la independencia. Conjuntamente, los aspectos de salud son de gran importancia, para conocer las posibles contraindicaciones que tiene la persona al asumir determinadas actividades productivas.

Pero cuantos especialistas participaron en este estudio para clasificar tanto las discapacidades físicas, auditivas, visuales o intelectuales.

Definitivamente se da poca importancia a las diferentes especialidades tomándose en cuenta a médicos salubristas con poca experiencia en definir los diferentes grados o porcentajes de discapacidad.

5.2 Alcance de la Alternativa

La factibilidad se fundamenta de la siguiente manera:

- Factibilidad Técnica, Las instituciones Públicas cuentan con recursos económicos, humanos (materiales especializados y necesarios) y financieros por la cual estas entidades son sustentadas por el Gobierno y facilita la calificación de las Discapacidades de dichas Instituciones, teniendo muy en cuenta la gran responsabilidad y el cumplimiento de normas porque son aspectos de mayor relevancia.
- Factibilidad legal, está reflejado en Ley Orgánica de las Discapacidades donde se contempla los beneficios jurídicos de las personas con algún tipo de discapacidad.

5.3 Aspectos Básicos de la Alternativa

Antecedentes

La discapacidad Certificada

De todas formas, no alcanza con que una persona reconozca por sí misma las características objetivas que la definen como discapacitada, sino que para acceder a la protección estatal establecida por la ley, debe someterse a una certificación.

Este certificado "acreditará plenamente la discapacidad" y el organismo estatal mencionado "indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar". Este certificado se otorgaba en principio sin fecha de vencimiento, hecho que ratificaba también una certificación estatal de la imposibilidad de la persona para revertir su condición de discapacidad.

La discapacidad, descripta entonces como una esencia, encuentra su área de pertinencia: la salud. El enfoque médico especializado será utilizado aquí para la comprobación de la existencia de la discapacidad, la cual posee una naturaleza y se distingue mediante grados, aunque aquí se la presenta como

homogénea. Es el Estado también quien debe determinar las posibilidades de rehabilitación de la persona, calificada en este caso como afectado. Nuevamente se ubica a las personas por fuera del eje de la normalidad, al cual se accedería por rehabilitación, en el caso que fuera posible.

La "rehabilitación integral" se define como "el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada" y forma parte de los servicios que el Estado prestaría a los discapacitados en el caso de que éstos o su familia no puedan afrontar los gastos. Aquí se destaca por primera vez un rasgo positivo del discapacitado, que es el de tener capacidades, aunque las pueda desarrollar bajo la forma de una rehabilitación integral que revierta su condición de disminuido socialmente.

La norma es enunciada en un lenguaje de tipo administrativo y en el que la certificación oficial de la discapacidad se materializa en un carnet cuyo enunciado rígido representa la objetivación del individuo que lo porta.

Así, el discapacitado es reconocido socialmente por la apariencia de un defecto, aunque para recibir determinada ayuda deba ser designado objetivamente por una autoridad legítima.

Todos los beneficios del discapacitado dependen en grado o porcentaje de discapacidad como lo dice la tabla siguiente.

Artículo 2 del Reglamento de la Ley Orgánica de Discapacidades:

Tabla para la aplicación de porcentaje de beneficios

Grado de Discapacidad	Porcentaje para aplicación del beneficio
Del 40% al 49%	60%
Del 50% al 74%	70%
Del 75% al 84%	80%
Del 85% al 100%	100%

Justificación

Existe en el futuro Planes y programas vigentes para las personas con discapacidad. Entre los Planes y programas están los destinados a la inclusión laboral de las personas con discapacidad destacándose lo siguiente:

"Primer Registro Nacional Sobre Inclusión Laboral De Personas Con Discapacidad": Este proyecto, impulsado por la Vicepresidencia de la República pretende realizar una investigación en 7077 empresas privadas que en su nómina sobrepasen los 25 trabajadores, en las 24 provincias del Ecuador, con el objetivo de determinar el nivel de inclusión existente, en torno a la reforma de la ley de la República, que exige la inclusión laboral de personas con discapacidad en forma porcentual a las empresas públicas y privadas.

El Plan Nacional de Discapacidades, el cual propone un Marco Normativo, políticas generales y sectoriales y normativas nacionales de accesibilidad, la consolidación del CONADIS como organismo principal en el sector de las discapacidades: Dentro de esta propuesta se incluyen políticas de: Comunicación Social, Información y Sensibilización, Capacitación y Asistencia Técnica, Defensa de Derechos, Accesibilidad al Medio Ambiente, Movilidad, Atención a personas con discapacidad en situación de pobreza.

El empleador público o privado que cuente con un mínimo de veinte y cinco trabajadores, está obligado a contratar, al menos, a una persona con discapacidad, en labores permanentes que se consideren apropiadas en relación con sus conocimientos, condición física y aptitudes individuales, observándose los principios de equidad de género y diversidad de

discapacidad, en el primer año de vigencia de esta Ley, contado desde la fecha de su publicación en el Registro Oficial. En el segundo año, la contratación será del 1% del total de los trabajadores, en el tercer año el 2%, en el cuarto año el 3% hasta llegar al quinto año en donde la contratación será del 4% del total de los trabajadores, siendo ese el porcentaje fijo que se aplicará en los sucesivos años.

Las empresas e instituciones, públicas o privadas, para facilitar la inclusión de las personas con discapacidad al empleo, harán las adaptaciones a los puestos de trabajo de conformidad con las disposiciones de la Ley de Discapacidades, normas INEN sobre accesibilidad al medio físico y los convenios, acuerdos, declaraciones internacionales legalmente suscritos por el país. Las instituciones públicas y privadas, en un plazo no mayor a seis meses, deberán realizar las adecuaciones respectivas que garanticen a las personas con discapacidad, un ambiente de trabajo de productividad y permanencia.

El Estado garantizará la inclusión al trabajo de las personas con discapacidad, en todas las modalidades como empleo ordinario, empleo protegido o autoempleo tanto en el sector público como privado y dentro de este último en empresas nacionales y extranjeras, como también en otras modalidades de producción a nivel urbano y rural.

Lamentablemente, Ecuador no cuenta con estadísticas que le permitan conocer con certeza los niveles de inclusión laboral de las personas con discapacidad en las empresas, y así dar un seguimiento real a lo que establece la Constitución del Ecuador.

La encuesta ENEMDUR (Encuesta de empleo, desempleo y subempleo urbano y rural) no tiene una pregunta que aclare el tipo de discapacidad que sufre una persona. En esta circunstancia, la capacidad de un análisis estadístico a mediano y largo plazo y la elaboración de políticas específicas al tipo de discapacidad son limitadas.

Las estructuras y los programas "especiales", separados o paralelos, en general, aun cuando son necesarios e importantes, dan cobertura solamente a un 3 a 4% de las personas con discapacidad.

Para se cumpla todos estos Planes y programas debemos tener garantía de la certificación de los diferentes tipos y grados de Discapacidad

Resultados esperados de la Alternativa

Al tener Discapacitados emitidos por especialistas en los diferentes campos de la medicina:

- Sabremos el verdadero porcentaje de discapacitados en el país
- Se ahorrara el estado recursos físicos y económicos.
- Podremos realizar verdaderos Programas de prevención de la discapacidad
- La ley de las discapacidades será muy bien aplicada

CONCLUSIONES

Hoy en día, a más del reconocimiento y la garantía de los derechos de las personas discapacitadas consagrados en las respectivas Constituciones Políticas de cada uno de los países –especialmente los sudamericanos-, los estados han realizado notables esfuerzos por dotar de institucionalidad a éste sector, facilitando de éste modo, la instauración de instrumentos, políticas y programas que han hecho paulatinamente posible un servicio mucho más eficiente y efectivo hacia éste grupo de la población.

Ejemplos de éste tipo son: la conformación del Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), como órgano de coordinación y ejecución a nivel nacional de políticas específicas para discapacitados en el Ecuador, así como la formulación del "Plan Nacional de Discapacidades (1993 y 2005)" – por parte del CONADIS-, respaldado por el "Plan Nacional del Buen Vivir (2007-2010)" –elaborado por la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), órgano rector de la planificación a nivel nacional-. Así mismo está la instauración del Consejo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidades (CONADIS), ente formulador y operador del "Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Personas con

Discapacidad (2003-2007)" en el Perú y, la formulación e implementación del "Plan Nacional de Intervención en Discapacidad (2005-2007)" promovido por el "Programa de Apoyo a la Discapacidad", éste último eje esencial de la "Política Nacional de Discapacidades" en Colombia. Está también la conformación de la "Comisión Nacional Asesora para la Integración de personas Discapacitadas" en Argentina y, el establecimiento del "Servicio Nacional de la Discapacidad", rector del "Fondo Nacional de Discapacidades (2010)" encargado de brindar asistencia técnica a los discapacitados en Chile, entre otros.

El Ecuador es quizá el país latinoamericano que más avances ha alcanzado particularmente en los últimos tres años. El Estado ha abandonado el paternalismo al que se había acostumbrado y, de a poco ha empezado a cumplir con su rol como ente regulador y formulador de políticas públicas – por lo menos esa ha sido la intención-.

No obstante, los resultados de las medidas adoptadas son aún inciertos, debido a que, el período de tiempo que llevan ejecución es de apenas 3 años, por lo que, es improbable que se pueda realizar una adecuada evaluación de sus efectos en tan corto plazo. Sin embargo, en términos generales, puede señalarse que la situación de estas personas es visiblemente mejor en comparación a la que se registraba no muy atrás.

Por supuesto, aún persisten signos que evidencian lo contrario sobretodo en el ámbito laboral en donde perduran elementos como la discriminación social, la carencia de oportunidades y el incumplimiento de leyes y normativas que buscan garantizarles acceso y estabilidad laboral. A pesar de esto, lo relevante de la situación ha sido la erradicación de la "invisibilidad" a la que fueron sometidos tiempo atrás y el empeño gubernamental por dotarles de lo indispensable para hacerlos productivos y competitivos en el mercado laboral tanto público como privado.

Entre los avances más relevantes se encuentran: La declaratoria de emergencia del "Sistema de Prevención de Discapacidades en 2008, por medio del cual, el Gobierno Nacional a través de la Vicepresidencia de la República toma a su cargo la formulación de la política pública sobre discapacidades como uno de los ejes transversales de la estructura del sector público, desarrollando su gestión en cooperación con instituciones como el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), el Ministerio de Inclusión Económica y Social, los Ministerios de Educación y Salud Pública y, el Ministerio de Relaciones Laborales.

Así mismo está la aprobación de la "Nueva Constitución Política del Ecuador" en 2008, instrumento mediante el cual se garantizaron derechos específicos

para las personas con discapacidades y adicionalmente se decretaron leyes, normativas y regulaciones tales como la "Ley sobre Discapacidades del Ecuador las "Regulaciones para el Registro de las Personas con Discapacidad" y la "Ley Reformatoria del Código Laboral todas estas en favor de la generación de nuevas plazas de trabajo, la garantía del acceso y la estabilidad laboral y el cumplimiento de normativas y leyes por parte de la empresa privada y el sector público.

Por otro lado, debe destacarse la implementación del programa gubernamental "Ecuador sin Barreras", cuya misión fundamentalmente se centra en la inclusión social de las personas discapacitadas, el control del cumplimiento de los derechos de éstas personas en la sociedad y generar las herramientas necesarias para mejorar su condición de vida. El programa consta de 8 ejes fundamentales, cinco de ellos directamente relacionados con la inclusión de estas personas al mercado laboral.

Finalmente, resulta pertinente el destacar las acciones de los programas "Misión Solidaria Manuela Espejo" y "Bono Joaquín Gallegos Lara", a través de los cuales se han identificado y han comenzado a atender a las personas con discapacidad en los rincones más recónditos del país. Éste último como una iniciativa de inversión en la atención de personas con discapacidad intelectual o física severa, mediante la entrega de un bono de USD 240 a los

familiares encargados de su cuidado, evitando que estos salgan a trabajar y más bien dediquen todos sus esfuerzos en su atención.

RECOMENDACIONES

La formulación de políticas públicas específicas sobre Discapacidad, requerirán de una visión lo suficientemente clara como para poder identificar aquellos problemas a los que se enfrentan día a día estas personas, con la finalidad de poder tener claro el objetivo de la política que se desee implementar, los instrumentos que se desean manejar para efectivizar éste objetivo, la temporalidad y la cobertura que tendrá esta y, finalmente, el resultado que se espera de ella.

Para certificarlos es necesario que los pacientes obtengan un carné en el que se especifiquen el porcentaje y tipo de discapacidad. Desde el 2013, esta competencia pasó a esa Cartera de Estado, ya que antes la manejaba el Consejo Nacional de Discapacidades (Conadis).

Paúl Onofre, médico general y calificador de discapacidad del Distrito 17 D05, indica que los especialistas manejan un instrumento de calificación denominado Baremo de Minusvalía o calificación de discapacidad, que es una literatura española que permite a los médicos ingresar los datos que

envían los médicos especialistas con el fin de establecer un porcentaje o número de discapacidad.

Esta se mide con base en la deficiencia que se encuentre en el organismo de los pacientes, ya sea visual, auditiva, física, intelectual o psicológica.

Onofre indica que para cada paciente el proceso es diferente, ya que se analizan varios parámetros dependiendo de las deficiencias que tenga. Por ello el tiempo que toma la emisión del documento es relativo.

Los carnés son entregados a partir del 30% de discapacidad. Sin embargo, si el paciente no llega a este porcentaje se emite un certificado de no acreditación. Los datos de esta persona deben ser registrados en el Sistema del Ministerio de Salud. “Por el hecho que no se le haya dado el carné no significa que no tiene discapacidad, sino que es de tipo leve”, dice Onofre.

En el tema de la recalificación de una discapacidad es importante tomar en cuenta que hay patologías que aumentan con el paso del tiempo. Para ello el paciente debe tener una secuela permanente, es decir que no tiene un retroceso ni tratamiento para su enfermedad.

El calificador de discapacidades señala que muchas personas acuden al centro para solicitar una nueva evaluación con el fin de que el porcentaje que tenían alcance el 40% y puedan tener beneficios establecidos en la Ley. Para evitar esto, se realizan nuevos exámenes para comprobar que la discapacidad haya aumentado.

Precisamente en el artículo 6 del Reglamento a la Ley Orgánica de discapacidades se establece que “los beneficios tributarios previstos en la Ley Orgánica de Discapacidades únicamente se aplicarán para aquellas personas cuya discapacidad sea igual o superior al 40%.”

Xavier Torres, presidente del Conadis, indica que las personas que tienen un 30% de discapacidad tienen más oportunidad de conseguir un trabajo. Esto significa que las limitaciones no son tan severas como las de las personas que tienen un porcentaje mayor.

Además señala que es importante entender que mientras más discapacidad tiene una persona, menos posibilidades tiene de incluirse laboralmente, ya que se va acentuando su discapacidad.

La calificación de la discapacidad no solo depende del comportamiento físico. Ya que intervienen tres componentes: económico o socioeconómico, médico y psicológico. Los tres parámetros dan un grado de discapacidad.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Aguado, A.L. (1995). Historia de las deficiencias. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE. Naciones Unidas (1994).
- ✓ Agencia Pública de Noticias de Ecuador y Suramérica (2009), "Ecuador impulsa políticas públicas a favor de los discapacitados", disponible en: <http://andes.info.ec/sociedad/ecuador-impulsa-politicas-publicas-a-favor-de-discapacitados-192.html>.
- ✓ Borthwick-Duffy, S. (1993). [Review of Mental retardation: Definition, classification and systems of supports (9th ed.)]. American Journal of Mental Retardation,
- ✓ Consejo Nacional de Discapacitados (CONADIS), "II Plan Nacional de Discapacidades", Gobierno Nacional del Ecuador, Quito, Noviembre 2005.
- ✓ Constitución de la República del Ecuador. 2008

- ✓ ESCOBAR, Guillermo (2008), "Situación de las Personas con Discapacidad en Iberoamérica", Federación Iberoamericana del Ombudsman.
- ✓ Gresham, F.M., MacMillan, D.L. & Siperstein, G.N. (1995). Critical analysis of the 1992 AAMR definition: Implications for school psychology. *School Psychology Quarterly*, 10, 1-19.
- ✓ Jacobson, J.W. & Mulick, J.A. (Eds.) (1996). *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- ✓ Luckasson, R., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M. y Stark, J.A. (1992 / 1997). *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyos*. (Traducción de M.A. Verdugo y C. Jenaro). Washington, DC / Madrid: American Association on Mental Retardation / Alianza Editorial.
- Switzky, H.N. y Greenspan, S. (2006). *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century*. (Revised and updated edition). Washington, D.C.: AMMR.
- ✓ Maldonado, S. (2005), "¿Exclusión o Discriminación? El Caso de las Personas con Discapacidad en el Mercado Laboral Peruano", *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, pp.14.

- ✓ Moreno, Lenin (2007), "Programa Ecuador sin Barreras", Vicepresidencia de la República del Ecuador, disponible en: <http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas>.
- ✓ Moreno, Lenin (2009), "Misión Manuela Espejo", Vicepresidencia de la República del Ecuador, disponible en: <tp://www.vicepresidencia.gob.ec/programas/manuelaespejo/mision>
- ✓ Verdugo, M.A. (1996). Programas Conductuales Alternativos: I. Habilidades de Orientación al Trabajo. Salamanca: Amarú.
- ✓ Verdugo, M.A. (1997). Programa de Habilidades Sociales (PHS). Programas Conductuales Alternativos. Salamanca: Amarú.
- ✓ Verdugo, M.A. (1999a). Research on Mental Retardation: an agenda for the future. Psychological Reports, 30(6), 5-11.
- ✓ Verdugo, M.A. (1999b). Avances conceptuales y del futuro inmediato: revisión de la definición de 1992 de la AAMR. Siglo Cero, 30(5), 27-32.
- ✓ Vos, R. (2000), "Ecuador 1999: Crisis económica y protección social", Estudios e informes del SIISE, Quito-Ecuador.

ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

**NORMALIZACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES EN
LOS CENTROS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA QUE EMITEN
LOS CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD EN EL ECUADOR**

Encuesta realizada al personal de las Unidades Operativas Fijas de Calificación de
Discapacitados del Ministerio de Salud Publica

A. DATOS DEL ENCUESTADO

Puesto

- Médico
- Médico especialista
- Trabajadora social
- Psicólogo

- especifique:.....

Años de servicio

- 1 – 5
- 5 – 10
- Más de 10

Recibió Capacitación sobre Calificación de las Discapacidades

- Si
- No

¿El personal médico que califica las discapacidades son Medico especialistas de cuarto Nivel?

Si [] No [] Desconozco []

¿Qué especialistas cuanta el Centro de Calificación de Discapacitados del MSP?

¿Defina cuáles?

Oftalmólogo Si [] No [] Desconozco []

Otorrinolaringólogo Si [] No [] Desconozco []

Psiquiatra o Psicólogo Si [] No [] Desconozco []

Traumatólogo Si [] No [] Desconozco []

¿El personal Médico recibió capacitación para calificar las discapacidades?

Si [] No [] Desconozco []

Donde recibió.....

¿Qué tiempo recibió su personal para la calificación de las Discapacidades?

Identifique cuáles?

- 1 semana
- 1 – 5 meses
- 5 – 10 meses
- Más de 10 meses

¿Cuenta con equipos para las diferentes especialidades la Unidad que califica las Discapacidades?

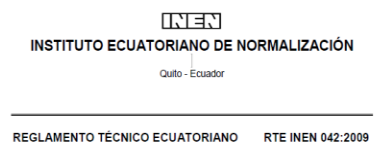
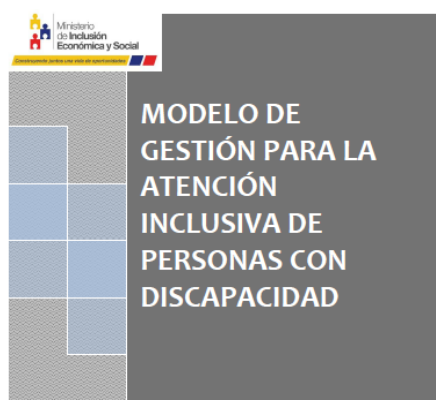
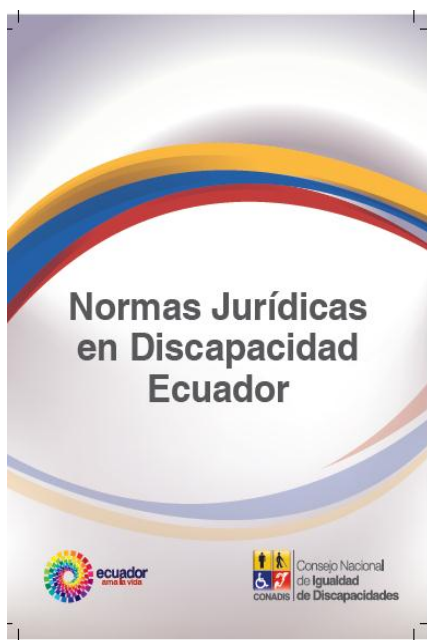
- Si [] No [] Desconozco []

¿Tiene una Guía o protocolo para calificar las Discapacidades?

- Si [] No [] Desconozco []

¿Si no está preparado para calificar una Discapacidad compleja donde lo remite?

- Médico especialista Privado Si [] No [] Desconozco []
- Hospital de Tercer Nivel Si [] No [] Desconozco []
- No lo remite Si [] No [] Desconozco []



ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y MOVILIDAD REDUCIDA AL MEDIO FÍSICO.

Primera Edición

FLUJOGRAMA DE CALIFICACION DE DISCAPACIDADES 2015

