

REPUBLICA DEL ECUADOR  
SECRETARIA GENERAL DEL CONSEJO  
DE SEGURIDAD NACIONAL  
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS  
NACIONALES



**TRABAJO DE INVESTIGACION INDIVIDUAL  
MASTERADO EN SEGURIDAD Y DESARROLLO**

**LA ATENCION AL DISCAPACITADO COMO POLITICA DE ESTADO  
PARA LA SEGURIDAD Y DESARROLLO DEL PAIS**

DRA. ROSA MENA FLORES

**XXV CURSO**

**1997 - 1998**

**REPUBLICA DEL ECUADOR**  
**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES**

**“LA ATENCION AL DISCAPACITADO COMO  
POLITICA DE ESTADO PARA LA SEGURIDAD Y  
DESARROLLO DEL PAIS”**

**Autor: Dra. Rosa Mena Flores**  
**Asesor Tutor: Dra. Nancy Cisneros de V.**

**Quito, 3 Julio 1998**

**REPUBLICA DEL ECUADOR**  
**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES**

**“LA ATENCION AL DISCAPACITADO COMO  
POLITICA DE ESTADO PARA LA SEGURIDAD Y  
DESARROLLO DEL PAIS”**

**Autora: Dra. Rosa Mena Flores**  
**Asesor Tutor: Dra. Nancy Cisneros de V.**

**Quito, 3 Julio 1998**

**“LA ATENCION AL DISCAPACITADO COMO POLITICA DE  
ESTADO PARA LA SEGURIDAD Y DESARROLLO DEL  
PAIS”**

**Por: Dra. Rosa Mena Flores**

**Tesis de Grado de Maestría aprobado (a) en nombre del Instituto de  
Altos Estudios Nacionales por el siguiente Tribunal, a los 3 días del  
mes de julio de 1998, Mención Honorífica (y) (o) Publicación.**

---

---

---

## **RECONOCIMIENTO**

Un especial reconocimiento al Ministerio de Bienestar Social, al Instituto de Altos Estudios Nacionales IAEN., y a la Dra. Nancy Cisneros de Villalba, estimada amiga y colega, por su asesoramiento técnico para la elaboración de esta Tesis.

# INDICE GENERAL

	pp.
<b>RESUMEN</b>	
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>CAPITULOS</b>	
<b>I MARCO LEGAL.....</b>	<b>3</b>
Antecedentes.....	3
Ley N°. 180 sobre Discapacidades y su Reglamento.....	8
Análisis e Interpretación del Marco Legal.....	51
<b>II MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>58</b>
Conceptos Básicos.....	62
Clasificación de las Deficiencias.....	65
Clasificación de las Discapacidades.....	77
Clasificación de las Minusvalías.....	79
Importancia y Aplicación.....	83
<b>III LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD SOCIAL, OBSTACU- LOS PARA EL DESARROLLO HUMANO.....</b>	<b>85</b>
Condiciones de Salud de la Población.....	87
Los Servicios de Salud.....	92
El Sistema Educativo.....	87
La Pobreza en el Ecuador.....	100
Análisis e Interpretación.....	106
<b>IV SITUACION ACTUAL DEL DISCAPACITADO EN EL ECUA- DOR.....</b>	<b>109</b>
Antecedentes.....	109
Conclusiones.....	149

	pp.
V LAS POLITICAS SOCIALES EN EL ECUADOR.....	153
Antecedentes.....	153
Política Social Redistributiva.....	154
Política Social Compensatoria.....	156
Política Social Asistencialista y Subsidiaria.....	158
Políticas Sociales para la Población Discapacitada.....	160
Análisis e Interpretación de las Políticas Sociales.....	180
VI PROPUESTA PARA LA ATENCION INTEGRAL AL DIS- CAPACITADO COMO POLITICA DE ESTADO PARA LA SEGURIDAD Y DESARROLLO.....	190
Objetivos.....	191
Descripción.....	192
VII VERIFICACION DE HIPOTESIS Y OBJETIVOS. CONCLU- SIONES Y RECOMENDACIONES.....	203
Procesamiento de Datos de la Encuesta.....	206
Conclusiones de la Encuesta.....	213
Conclusiones.....	216
Recomendaciones.....	222

## LISTA DE CUADROS

	PP.
CUADRO N° 1: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL ECUADOR.....	89
CUADRO N° 2: SITUACION ACTUAL DE LOS DISCAPACITADOS EN EL ECUADOR.....	112
CUADRO N° 3: TIPO DE DEFICIENCIAS EN MENORES DE 5 AÑOS.....	114
CUADRO N° 4: CAUSAS DE PROBLEMAS EN MENORES DE 5 AÑOS.....	115
CUADRO N° 5: DEFICIENCIAS EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS.....	116
CUADRO N° 6: TIPO DE DISCAPACIDADES EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS.....	117
CUADRO N° 7: MINUSVALIAS EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS.....	118
CUADRO N° 8: CAUSA DE LOS PROBLEMAS DISCAPACITANTES EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS.....	119
CUADRO N° 9: CARACTERISTICAS EDUCACIONALES SEGUN GRADO DE ESCOLARIDAD.....	121
CUADRO N° 10: ATENCIONES QUE HA RECIBIDO LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.....	122
CUADRO N° 11: HISTORIA OCUPACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	124
CUADRO N° 12: POBLACION DISCAPACITADA SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL.....	125
CUADRO N° 13: POBLACION CON DISCAPACIDAD SEGÚN CATEGORIA DE OCUPACION.....	126
CUADRO N° 14: TIPO DE CAPACITACION.....	127



pp.

CUADRO N° 15: REGIONES DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES.....	128
CUADRO N° 16: PROVINCIAS EN DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE ATIENDEN A PERSONAS DISCAPACITADAS.....	130
CUADRO N° 17: NUMERO DE INSTITUCIONES PUBLICAS, SEMIPUBLICAS Y PRIVADAS POR TIPO DE DISCAPACIDAD QUE ATIENDEN Y POR REGIONES.....	131
CUADRO N° 18: NUMERO DE INSTITUCIONES DE SALUD QUE PRESTAN SERVICIOS PRIVADOS DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDADES.....	133
CUADRO N° 19: NUMERO DE INSTITUCIONES DE SALUD CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN PARA LA ATENCION A LAS PERSONAS DISCAPACITADAS.....	134
CUADRO N° 20: TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES.....	135
CUADRO N° 21: REGIONES EN DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR Y TRABAJO QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES.....	136
CUADRO N° 22: PROVINCIAS EN DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES.....	137
CUADRO N° 23: NUMERO DE INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO, PUBLICAS Y SEMIPUBLICAS QUE TIENEN SERVICIOS DE ATENCION A DISCAPACITADOS.....	138
CUADRO N° 24: NUMERO DE INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL QUE PRESTAN SERVICIOS PRIVADOS DE ATENCION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	139

	pp.
CUADRO N° 25: DISTRIBUCION DE LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL RELACIONADAS CON LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES.....	140
CUADRO N° 26: PROVINCIAS QUE SE ENCUENTRAN LAS ASOCIACIONES Y FUNDACIONES QUE ATIENDEN DISCAPACIDADES.....	141
CUADRO N° 27: NUMERO DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES POR TIPO DE DISCAPACIDAD Y POR TIPO DE REGIONES.....	143
CUADRO N° 28: NUMERO DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE ATENCION A DISCAPACITADOS.....	143
CUADRO N° 29: NUMERO DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES CON ACTIVIDADES QUE REALIZAN PARA LA ATENCION A DISCAPACITADOS.....	144
CUADRO N° 30: DISTRIBUCION DE LAS ASOCIACIONES Y FUNDACIONES RELACIONADOS CON LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO.....	145
CUADRO N° 31: TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LAS ASOCIACIONES Y FUNDACIONES.....	145
CUADRO N° 32: DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION ESPECIAL POR REGIONES.....	146
CUADRO N° 33: DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION ESPECIAL POR PROVINCIAS.....	147
CUADRO N° 34: DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE DE EDUCACION ESPECIAL POR REGION.....	148
CUADRO N° 35: DISTRIBUCION DE LAS ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL POR TIPO DE FINANCIAMIENTO.....	149

## LISTA DE GRAFICOS

	PP.
GRAFICO N° 1: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL ECUADOR.....	89
GRAFICO N° 2: SITUACION ACTUAL DE LOS DISCAPACITADOS EN EL ECUADOR.....	112
GRAFICO N° 3: TIPO DE DEFICIENCIAS EN MENORES DE 5 AÑOS.....	114
GRAFICO N° 4: CAUSAS DE PROBLEMAS EN MENORES DE 5 AÑOS.....	115
GRAFICO N° 5: DEFICIENCIAS EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS.....	116
GRAFICO N° 6: TIPO DE DISCAPACIDADES EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS.....	117
GRAFICO N° 7: MINUSVALIAS EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS.....	118
GRAFICO N° 8: CAUSA DE LOS PROBLEMAS DISCAPACITANTES EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS.....	119
GRAFICO N° 9: CARACTERISTICAS EDUCACIONALES SEGUN GRADO DE ESCOLARIDAD.....	121
GRAFICO N° 10: ATENCIONES QUE HA RECIBIDO LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.....	122
GRAFICO N° 11: HISTORIA OCUPACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	124
GRAFICO N° 12: POBLACION DISCAPACITADA SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL.....	125
GRAFICO N° 13: POBLACION CON DISCAPACIDAD SEGÚN CATEGORIA DE OCUPACION.....	126
GRAFICO N° 14: TIPO DE CAPACITACION.....	127

	pp.
GRAFICO N° 15: REGIONES DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES.....	128
GRAFICO N° 16: PROVINCIAS EN DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE ATIENDEN A PERSONAS DISCAPACITADAS.....	130
GRAFICO N° 17: NUMERO DE INSTITUCIONES PUBLICAS, SEMIPUBLICAS Y PRIVADAS POR TIPO DE DISCAPACIDAD QUE ATIENDEN Y POR REGIONES.....	131
GRAFICO N° 18: NUMERO DE INSTITUCIONES DE SALUD QUE PRESTAN SERVICIOS PRIVADOS DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDADES.....	133
GRAFICO N° 19: NUMERO DE INSTITUCIONES DE SALUD CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN PARA LA ATENCION A LAS PERSONAS DISCAPACITADAS.....	134
GRAFICO N° 20: TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES.....	135
GRAFICO N° 21: REGIONES EN DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR Y TRABAJO QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES.....	136
GRAFICO N° 22: PROVINCIAS EN DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES.....	137
GRAFICO N° 23: NUMERO DE INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO, PUBLICAS Y SEMIPUBLICAS QUE TIENEN SERVICIOS DE ATENCION A DISCAPACITADOS.....	138
GRAFICO N° 24: NUMERO DE INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL QUE PRESTAN SERVICIOS PRIVADOS DE ATENCION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	139

	pp.
GRAFICO N° 25: DISTRIBUCION DE LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL RELACIONADAS CON LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES.....	140
GRAFICO N° 26: PROVINCIAS QUE SE ENCUENTRAN LAS ASOCIACIONES Y FUNDACIONES QUE ATIENDEN DISCAPACIDADES.....	141
GRAFICO N° 27: NUMERO DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES POR TIPO DE DISCAPACIDAD Y POR TIPO DE REGIONES.....	143
GRAFICO N° 28: NUMERO DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE ATENCION A DISCAPACITADOS.....	143
GRAFICO N° 29: NUMERO DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES CON ACTIVIDADES QUE REALIZAN PARA LA ATENCION A DISCAPACITADOS.....	144
GRAFICO N° 30: DISTRIBUCION DE LAS ASOCIACIONES Y FUNDACIONES RELACIONADOS CON LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO.....	145
GRAFICO N° 31: TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LAS ASOCIACIONES Y FUNDACIONES.....	145
GRAFICO N° 32: DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION ESPECIAL POR REGIONES.....	146
GRAFICO N° 33: DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION ESPECIAL POR PROVINCIAS.....	147
GRAFICO N° 34: DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION ESPECIAL POR REGION.....	148
GRAFICO N° 35: DISTRIBUCION DE LAS ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL POR TIPO DE FINANCIAMIENTO.....	149

## **INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES**

### **“LA ATENCION AL DISCAPACITADO COMO POLITICA DE ESTADO PARA LA SEGURIDAD Y DESARROLLO DEL PAIS”**

**Autora:** Dra. Rosa Mena Flores  
**Asesor:** Dra. Nancy Cisneros de V.  
**Año:** 1998

#### **Resumen**

El Gobierno Nacional, mediante Decreto Ejecutivo No 553 del 4 de agosto de 1997, dispuso la elaboración consensuada del "Plan Estratégico de Desarrollo y Seguridad Nacional Ecuador 2025".

El diagnóstico de la situación actual en los diferentes sectores económicos y sociales, se ha establecido tomando como referencia los Objetivos Nacionales Permanentes dentro del marco del proceso de globalización de los sistemas económicos, examinando la perspectiva del Estado ecuatoriano para el futuro, y estableciendo la prospectiva del país para el largo plazo a través de construir los escenarios probables.

Es en este contexto que el presente estudio plantea que la Atención al Discapacitado sea considerada "Política de Estado" para la Seguridad y Desarrollo, ya que los problemas transversales de este sector están caracterizados por la inaplicabilidad de un marco jurídico, aplicación parcial de Políticas Sociales, limitada cobertura de atención, falta de recursos económicos y técnicos, sumada a una ausencia total de decisión política por atender con prioridad a este sector de la población.

En la elaboración de esta tesis se han considerado, siete Capítulos, los cinco primeros son el resultado de una investigación documental y bibliográfica, cuyo propósito es el dar a conocer el Marco Jurídico, definiciones sobre discapacidad, deficiencia y minusvalía; Políticas Sociales para el sector discapacitado, la realidad de la situación actual del

discapacitado en el Ecuador sobre la base de un contexto de pobreza y marginación .

El Capítulo Sexto es la Propuesta para que la Atención al Discapacitado sea considerada como Política de Estado para la Seguridad y Desarrollo, en ella se plantean como Objetivos Específicos: Revisar y actualizar el Marco Legal para lograr que se la considere Política de Estado así como buscar mecanismos para garantizar su vigencia y aplicación; Revisar y aplicar las Políticas Sociales; el Fortalecimiento Institucional y Organizacional: la ampliación de cobertura de atención con la participación de Gobiernos Seccionales, Organizaciones de Discapacitados y Sociedad civil; la Rehabilitación de la Infraestructura Física; Mejorar la calidad de los servicios existentes; Establecer mecanismos de financiamiento y el Organizar y Crear programas de Protección Social, Atención Legal, Unidades de Capacitación Profesional y Programas de Empleo.

El Capítulo Séptimo, se integra con: La Encuesta, procesamiento, análisis e interpretación de datos con las conclusiones respectivas; la verificación de hipótesis y Objetivos planteados en el Plan de Tesis; las Conclusiones y Recomendaciones.

Para la consecución de los Objetivos Nacionales Permanentes, es imprescindible que se elabore Políticas de Estado de atención a las personas con discapacidad; consensuadas y con una amplia participación social que involucre a: autoridades, beneficiarios, padres de familia y la comunidad en general, que esta propuesta sea considerada en el Plan Estratégico de Desarrollo y Seguridad Nacional Ecuador 2025 con el firme propósito de que este sector de la población logre su "igualdad " y "plena participación", solo allí estaremos coadyuvando para la Seguridad y Desarrollo del país.

## INTRODUCCION

El advenimiento del tercer milenio trae consigo varios desafíos a los cuales se podrá enfrentar con el conocimiento y la tecnología orientadas fundamentalmente hacia el desarrollo humano, somos testigos presenciales y en cierta medida actores no solo del fin de un siglo sino del fin de una era, el viejo orden internacional ha desaparecido y el nuevo esta en gestión, los modelos con los que interpretamos el mundo durante mucho tiempo ha dejado de tener vigencia y ello nos obliga a buscar nuevos planes, programas y estrategias con visión de futuro, flexibles a los cambios sociales y con posibilidades de ser revisados en función del tiempo.

El Plan Estratégico de Desarrollo y Seguridad Nacional, Ecuador 2025, nos abre una puerta para definir y planificar el país que queremos y aspiramos tener todos los ecuatorianos, en el que se conjuguen el bienestar para todos, la igualdad de oportunidades, un capital humano capacitado, donde el Estado garantice el cumplimiento de los Objetivos Nacionales Permanentes de Democracia, Desarrollo Integral y Justicia Social y solo en la medida en que estos se cumplan estaremos propiciando una sociedad más justa y humana en donde la meta sea el elevar la calidad de vida de



nuestra gente.

Hablar de Desarrollo implica reorientación del poder político y social, redistribución de los ingresos y una amplia participación de todos los sectores, de sus instituciones sociales y políticas, que rebasando los períodos de gobierno establezca un "modelo de desarrollo" cuyo objetivo primero y último este dado por el Bien Común, por la garantía de bienestar, por la igualdad de oportunidades, en donde la equidad sea el desafío del nuevo siglo, que no nos olvidemos que invertir en el capital humano es invertir para la Seguridad y Desarrollo del país.

Considero importante que la Comisión que está trabajando en el "Plan Estratégico de Desarrollo y Seguridad Nacional, Ecuador 2025" estudie, revise y analice este planteamiento "La atención al discapacitado como Política de Estado" cuyo único propósito es empezar a trabajar por la sociedad que los ecuatorianos aspiramos tener, que sirva de base para los grandes lineamientos del desarrollo que los gobiernos deban seguir; solo así lograremos un crecimiento humano sostenido, una apropiada distribución del ingreso, una adecuada inserción al proceso de globalización, solo así estaremos coadyuvando a la Seguridad y al Desarrollo del país.

## **CAPITULO I**

### **MARCO LEGAL**

#### **Antecedentes**

Una de las prioridades en el ordenamiento asistencial del minusválido en nuestro medio, era contar con una legislación específica orientada hacia el reconocimiento del derecho a una vida digna en igualdad de condiciones.

La Historia de la mayoría de las Leyes se ha iniciado con la participación activa de sus beneficiarios. La idea nace como una necesidad de reconocimiento social, es decir, del identificar su derecho a una vida digna con igualdad de oportunidades.

Para el caso de los discapacitados este hecho es digno de reconocerse puesto que, gracias a ellos, a sus continuos reclamos, a su preocupación

permanente han aparecido instrumentos legales paulatinamente en nuestro país, gracias igualmente a la preocupación de profesionales y legisladores que han colaborado y estimulado el ordenamiento legal sobre la minusvalía, es igualmente importante anotar el valioso aporte de los organismos internacionales, como las Naciones Unidas, que han orientado y estimulado en forma estratégica la elaboración de las leyes de protección al minusválido en gran parte de los países del mundo.

En el caso del Ecuador, aparentemente el primer documento elaborado para beneficio de un grupo de minusválidos corresponde al Decreto Presidencial No 1397 del 31 de octubre de 1966, publicado en el Registro Oficial No 151 sancionado por el Presidente Clemente Yerovi Indaburu, y que beneficia a las personas no videntes.

El 5 de agosto de 1982 en Registro Oficial No 301 se promulga la Ley No 099 de Protección al Minusválido, esta Ley ampara a todos los minusválidos sensoriales, físicos y mentales, sea por enfermedad, accidente, alteración física, mental o adquirida.

En el Art. 3 de esta Ley se señala que "El Estado garantizará el

desarrollo laboral del minusválido, en cualquier campo que se desempeñe, sea competitivo, normal, semicompetitivo, protegido, semiprotegido e independiente”

El Art. 5 “El Estado protegerá y prestará asistencia coordinada a los minusválidos a fin de que puedan desempeñar en la sociedad mediante su esfuerzo, un rol equivalente al que ejercen las personas normales, para el efecto, tomará las medidas correspondientes en las siguientes áreas: Asistencia médica y psicológica; Rehabilitación física y mental; Régimen Especial de Seguridad Social, Programas de Educación Especial para quienes no pueden concurrir a los establecimientos normales; Formación y rehabilitación laboral y profesional; prestaciones o subsidios destinados a facilitar su actividad laboral e intelectual; Transporte público para que puedan llegar a las unidades de asistencia médica, educativa y del trabajo; Formación de personal especializada para su orientación y rehabilitación; Sistema especial de becas, Estímulos para las entidades que lo contraten como sus trabajadores; Programas de difusión pública a favor de los minusválidos y; las demás que se encuentren establecidas en la Ley “.

El Art. 7 “El Ministerio de bienestar Social será el organismo rector de la

política nacional de rehabilitación integral del minusválido y coordinará con las demás instituciones todo lo relacionado con esta actividad”.

El Art. 8 “El Ministerio de Bienestar Social conjuntamente con el Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos, dictarán las políticas ocupacionales de los minusválidos, así mismo establecerán incentivos para las entidades del sector privado que contraten a minusválidos en calidad de trabajadores”.

Art. 9 “Las entidades del sector público y del sector privado están en la obligación de restituir o reubicar en el trabajo a los minusválidos rehabilitados”.

Art. 10 “Las vías y los edificios públicos, parques, campos deportivos y demás unidades sociales y recreativas se construirán con las facilidades necesarias a fin de garantizar el acceso y desenvolvimiento de los minusválidos, de acuerdo con el reglamento que se dictará para el efecto.”

Art. 11 “Los minusválidos , quedan exonerados del pago del impuesto a la renta, hasta el límite imponible de cuarenta y ocho salarios mínimos vitales

y anuales”.

Art. 12 “Exonérese del pago de la totalidad de los derechos arancelarios y del cinco por ciento de las transacciones mercantiles y la contribución del seis por ciento que dispone el Decreto Supremo No 479 del 2 de marzo de 1973, publicado en Registro Oficial No 302 del 9 de los mismos mes y año, a las importaciones de aparatos médicos y otros implementos similares que realicen los minusválidos, o para uso de ellos las instituciones o personas encargadas de su protección. Igual exoneración se concede a la importación de vehículos ortopédicos, calificados para uso personal, que realicen los minusválidos, por el valor que determine periódicamente el Ministerio de Finanzas “.

Para la ejecución de esta Ley, en acuerdo No 916 del 3 de diciembre de 1982 se crea la Dirección Nacional de Rehabilitación Integral del Minusválido como una Unidad Operativa del Ministerio de Bienestar Social, en cumplimiento al art. 7 de la Ley de Protección al Minusválido, que le confiere como el rector de las políticas nacionales de rehabilitación integral y ocupacional del minusválido y coordinador con los diferentes estamentos su aplicación.

Esta Ley, despertó gran expectativa en la población minusválida ecuatoriana que tuvo la esperanza de contar al fin con un instrumento legal que garantice sus aspiraciones y derechos, siendo ambiciosa esta Ley, se cumplió en parte, la Dirección de Rehabilitación Integral del Minusválido DINARIM, emprendió acciones puntuales y limitadas al no contar con la infraestructura necesaria ni los recursos económicos suficientes que posibiliten la aplicación, la misma que ni siquiera se la pudo reglamentar a excepción del Art. 12 relacionado a la importación de vehículos y que benefició exclusivamente a un sector élite dentro de los mismos discapacitados.

### **Ley N° 180 Sobre Discapacidades y su Reglamento (Vigente)**

En Registro Oficial No 996 del 10 de agosto de 1992, se promulga la Ley No 180 sobre Discapacidades, derogándose la Ley No 099 de Protección al Minusválido y pasando la Rectoría de las Políticas Nacionales de Rehabilitación Integral al Consejo Nacional de Discapacidades, organismo que se crea para el efecto.

Dada la importancia de esta Ley para nuestro análisis, me permito transcribirla:

### **Ley sobre Discapacidades**

Art. 1. OBJETIVO.- La presente Ley establece un sistema de prevención de las discapacidades, de atención e integración de las personas con discapacidades, que les permita equiparar las oportunidades para desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas.

Art. 2. PERSONAS AMPARADAS.- Esta Ley ampara a todas las personas con discapacidades sensoriales, físicas y mentales, sea por causa genética, congénita o adquirida, quienes gozarán de sus beneficios.

Art. 3. ALCANCE.- La presente Ley abarca todo lo relativo a prevención, atención e integración social de las personas con discapacidad.



Art. 4. PREVENCIÓN.- La prevención de discapacidades está relacionada con todas las medidas preventivas destinadas a:

- Reducir la aparición de deficiencias (prevención primaria)
- Limitar o anular la incapacidad producida por la deficiencia (prevención secundaria); y,
- Prevenir la transición a discapacidad o minusvalidez (prevención terciaria)

Art. 5. ATENCIÓN.- La atención comprende todas las medidas de salud, educación y bienestar social, orientadas a reducir los efectos de las afecciones que producen discapacidad, para facilitar a las personas con discapacidades su integración social a través de:

- Detección oportuna
- Atención precoz y eficaz
- Rehabilitación médico sicopedagógica institucional o comunitaria
- Educación regular y especial a través de sus diferentes modalidades; y,
- Formación, capacitación y perfeccionamiento de personal especializado para la prevención y atención de las discapacidades.

Art. 6. INTEGRACION SOCIAL.- Se orienta a la equiparación de oportunidades para satisfacer las necesidades sociales de las personas con discapacidad, a través de medidas como las siguientes:

- a) Sensibilización de la familia y la comunidad sobre los derechos de las personas con discapacidades.
- b) Eliminación de barreras físicas, psicológicas, sociales y comunicacionales;
- c) Formación, readaptación, capacitación, restitución o reubicación ocupacional en relación al mercado laboral formal o informal;

Establecimiento de estímulos a las empresas que contraten a la persona con discapacidad. Concesión de créditos preferenciales, líneas de crédito, subsidios y becas para programas de salud, trabajo, producción, vivienda y educación a las personas con discapacidad.

Creación de mecanismos que faciliten la accesibilidad de las personas con discapacidades elementos ortésicos, protésicos y otros, que suplan o reemplacen sus deficiencias; Establecimientos de facilidades y tarifas preferenciales en la transportación; Excenciones tributarias;

Educación en establecimientos regulares con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o creación de programas de educación especial para aquellos que no puedan asistir a establecimientos regulares de educación, en razón del grado de su discapacidad.

Creación de un sistema especial de seguridad social para las personas con discapacidad a cargo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y del Estado;

Fomento de las actividades culturales, deportivas y recreacionales de las personas con discapacidades; y,

Organización y fortalecimiento de los gremios de personas con discapacidad y de las asociaciones de padres que las representan.

Art. 7. CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES.- Créase con sede en la ciudad de Quito, el Consejo Nacional de Discapacidades, como persona jurídica de derecho público con autonomía operativa, patrimonio propio y presupuesto especial.

El Consejo ejerce sus atribuciones a nivel nacional y se encarga de dictar las políticas generales en materia de discapacidades, impulsar y realizar investigaciones y coordinar las labores de los organismos y entidades de los sectores público y privado a los que compete la prevención o atención de discapacidades o la integración social de la persona con discapacidad.

Art. 8. ORGANOS DEL CONSEJO.- Son Organos del Consejo Nacional de Discapacidades:

El Directorio

La Dirección Ejecutiva; y,

La Comisión Técnica

Art. 9 DIRECTORIO. - El Directorio estará integrado por:

El representante del Presidente de la República que lo presidirá;

El Ministro de Salud Pública o su Delegado

El Ministro de Educación Pública o su Delegado

El Ministro de Bienestar Social o su delegado

Un representante del Instituto Nacional del Niño y la Familia –INNFA

Un representante elegido por las Federaciones nacionales de personas con discapacidad; y,

Un representante de los organismos no gubernamentales que trabajan en el área de discapacidades.

Los miembros del Directorio, deberán ser ecuatorianos, poseer título profesional y reconocida experiencia y capacidad en el área de las discapacidades.

El Director Ejecutivo del Consejo Nacional de Discapacidades actuará como Secretario del Directorio, con derecho a voz.

Art. 10. FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DEL DIRECTORIO.- El Directorio ejercerá las siguientes funciones y atribuciones:

Diseñar las políticas nacionales en materia de discapacidades.

Formular, cumplir y hacer cumplir el Plan Nacional de Discapacidades, que contendrá las estrategias para la prevención, atención e integración

social de las personas con discapacidad, someterlo a consideración del Presidente de la República y coordinar su ejecución;

Aprobar el Plan Operativo del Consejo, supervisar y vigilar la ejecución del mismo y coordinarlo con las instituciones públicas y privadas cuyas actividades tengan relación con las discapacidades.

Designar al Director Ejecutivo del Consejo Nacional de Discapacidades.

Expedir los reglamentos internos y la estructura orgánico funcional del Consejo.

Requerir a las entidades u organismos de los sectores público y privado la entrega de información y colaboración en la ejecución de actividades relativas a discapacidades.

Emitir informe previo sobre la conveniencia de la suscripción de convenios internacionales en materia de discapacidades o la adhesión a los mismos;

Autorizar al Director Ejecutivo la suscripción de acuerdos de cooperación técnica y ayuda económica, con organismos nacionales e internacionales.

Elaborar anualmente el Proyecto de presupuesto de la institución y remitirlo para la aprobación del Presidente de la República; y,

Las demás atribuciones que establezca el Reglamento.

Art. 11. El Director Ejecutivo es nombrado por el Consejo Nacional de Discapacidades. Es el representante legal del Consejo Nacional de Discapacidades y tiene a su cargo la dirección técnica, la gestión administrativa y la coordinación con las demás instituciones encargadas del cumplimiento de esta Ley.

Para ser Director Ejecutivo, se requiere ser ecuatoriano, poseer título profesional relacionado con discapacidades y experiencia en funciones administrativas, de conformidad con el reglamento.

Art. 12. FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DEL DIRECTOR EJECUTIVO

Art. 13. COMISION TECNICA

Art. 14. CENTRO DE INFORMACION

Art. 15. PATRIMONIO

Art. 16. CALIFICACION DE DISCAPACIDADES

Para efectos de esta Ley, la calificación de discapacidades la realizará el Ministerio de Salud, a través de sus unidades autorizadas. En el caso de afiliados y jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y de miembros de las Fuerzas Armadas, la calificación la harán las unidades autorizadas del Instituto de Seguridad Social y del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas respectivamente.

En el Reglamento de esta Ley se establecerán las normas que deben seguirse para la calificación, así como los requisitos necesarios para que las personas con discapacidad puedan acogerse a los beneficios que se les concede.

El certificado de discapacidad, será documento único y suficiente para acreditar la discapacidad en los casos que sea necesario invocarla.



Art. 17. FACILIDADES EN EL TRANSPORTE.- Las empresas de transporte deberán contar con unidades libres de barreras y obstáculos para garantizar el fácil acceso y circulación en su interior de las personas con discapacidad. Se concederá tarifas especiales o la gratuidad de la transportación de las personas con discapacidades, y se reglamentará las comodidades que deben otorgarse. Solo se requerirá el certificado al que se refiere el artículo anterior para acceder a este beneficio.

Art. 18. FACILIDADES EN CONSTRUCCION DE OBRAS.- En toda obra pública que se destine a actividades que supongan el acceso de público y que se ejecute con posterioridad a la vigencia de la presente ley, deberán proveerse accesos, medios de circulación e instalaciones adecuadas para personas con discapacidad. La misma previsión deberá efectuarse en los edificios destinados a empresas privadas de servicios públicos y en los que exhiban espectáculos públicos que en adelante se construyan reformen o modifiquen.

De la misma manera se tomarán en cuenta estas medidas de protección en la construcción y adecuaciones de unidades sociales y recreativas para uso comunitario. La reglamentación establecerá el alcance

de las obligación impuesta en este artículo, atendiendo a las características y destino de las construcciones referidas.

Art. 19. EXONERACION DE IMPUESTOS.- Se exonera del pago total de derechos arancelarios, impuestos adicionales e impuestos al valor agregado IVA, como también el impuesto a Consumos Especiales con excepción de tasas portuarias y almacenaje a las importaciones de aparatos médicos, instrumentos musicales, implementos artísticos, herramientas especiales y otros similares que realicen las personas con discapacidad para su uso, o las personas jurídicas encargadas de su protección.

Art. 20. VEHICULOS ORTOPEDICOS.- La importación de vehículos ortopédicos solo podrá ser autorizado por el Consejo Nacional de Discapacidades y gozará de las exoneraciones a las que se refiere el artículo anterior únicamente cuando se destinen y vayan a ser conocidos por personas con discapacidad que no puedan emplear otra clase de vehículos . Los vehículos ortopédicos para uso personal de las personas con discapacidad deberán llevar en un lugar visible el símbolo internacional de acceso con la leyenda "VEHÍCULO ORTOPEDICO" El distintivo o símbolo acreditará el derecho a franquicias de libre tránsito y estacionamiento en todo

el territorio nacional, de acuerdo a lo que establezca las ordenanzas y disposiciones de la Dirección Nacional de Tránsito.

Art. 21. OBLIGACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.- Todos los profesionales de la salud, tanto si laboran en el sector público como en el privado, están obligados a remitir al Ministerio de Salud la información que este requiera sobre discapacidades con fines epidemiológicos.

Art. 22. NORMAS SUPLETORIAS.- En todo lo que no estuviere previsto expresamente en esa Ley, se aplicarán como supletorias las disposiciones vigentes en otras leyes.

Art. 23. TRANSFERENCIA DE ATRIBUCIONES.- Todas las atribuciones que tuvieren los organismos y entidades del sector público en relación con el diseño y puesta en vigencia de políticas generales en materia de discapacidades se transfieren en virtud de esta Ley, al Consejo Nacional de Discapacidades.

Art. 24. En los Ministerios del Frente Social, en lo que existan

direcciones, divisiones o departamentos con actividades en el campo de discapacidades, se los mantendrán y en los que no existan se crearán los mismos.

Estas Unidades coordinarán entre sí sus actividades de acuerdo a esta Ley, su Reglamento y las políticas generales que dicte el Consejo Nacional de Discapacidades.

#### Art. 25. REGLAMENTO

Art. 26 REFORMA A LA LEY DE CONTRATACION PUBLICA.- "En el caso de obras públicas que se destinen a actividades que supongan el acceso de público, en el diseño definitivo deberá contemplarse la existencia de accesos, medios de circulación e instalaciones adecuadas para personas con discapacidad".

Art. 27.- REFORMA A LA LEY DE REGIMEN TRIBUTARIO INTERNO.- El numeral 16 del artículo 9 de la Ley de Régimen Tributario Interno, sustitúyase por el siguiente: "Los obtenidos por personas con discapacidad calificadas conforme lo establecido en la Ley de Discapacidades en un monto

de dos millones de sucres adicionales a la base imponible”.

Art. 28. DEROGATORIA.- Derógase todas las normas legales que se opongan a lo previsto en esta Ley; y, expresamente la Ley de Protección del Minusválido, publicada en Registro Oficial No 301 del 5 de agosto de 1982 y todas sus reformas.

ARTICULO FINAL.- La presente Ley entrará en vigencia desde la fecha de su publicación en el Registro Oficial.

### Reglamento General de la Ley N° 180 Sobre Discapacidades

#### De Los Objetivos y Ambito de Aplicación de este Reglamento.

Art. 1. El presente reglamento persigue los siguientes objetivos:

1. Regular las acciones tendientes a lograr la prevención de las discapacidades y a la atención e integración de las personas con discapacidades y facilitarles el ejercicio de los derechos constantes en la

Ley.

2. Organizar el funcionamiento de los niveles: Directivo, ejecutivo, asesor, administrativo y técnico operativo de Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS.

3. Conceder beneficios, exoneraciones y estímulos a las personas con discapacidad, y a las organizaciones que laboran en el ámbito de las discapacidades.

Art. 2.- Para efectos de la aplicación del presente Reglamento de la Ley sobre Discapacidades, se considerará como órgano responsable al Consejo Nacional de Discapacidades, quien actuará con la coordinación y apoyo sobre todo de entidades públicas, que dentro del ámbito de acción tienen relación con las discapacidades, e igualmente con las entidades privadas.

Art. 3.- Los organismos públicos y privados que tiene relación directa o indirecta con las discapacidades, deben interactuar de manera que racionalicen, optimicen y eviten duplicación de programas y acciones, debiendo sistematizar las derivaciones interinstitucionales pertenecientes

para dar continuidad al proceso de rehabilitación integral de las personas con discapacidad.

Para este fin existen tres niveles:

#### NIVEL 1 LIDERAZGO

Las instancias directivas de los Ministerios e Instituciones que actúan en el CONADIS, dirigirán los ámbitos acciones que son de su competencia básica. Esta función debe enmarcarse dentro de las políticas y normas del CONADIS, y le corresponderá a más de la Dirección, el diseño, a organización, coordinación ejecución, evaluación, seguimiento de programas y proyectos.

#### NIVEL 2 COOPERACION

Los Ministerios o dependencias que desarrollan programas, proyectos relacionados con las discapacidades que no necesariamente son de su primera responsabilidad, deben cooperar entre sí y con otras instancias afines, sin desvincularse de la dirección del primer nivel, y,

### NIVEL 3 APOYO

Las dependencias que realizan acciones que no son explícitamente en beneficio del sector de discapacidades, pero que a través de elevar la calidad de vida, favorecen a dicho sector, deben apoyar en los programas de prevención, atención e integración de las personas con discapacidad.

### DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Art. 4. Persona con Discapacidad.- Es la persona que a consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales, congénitas o adquiridas previsiblemente de carácter permanente se ve restringida, en su capacidad o en una o varias áreas, para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal, en el desempeño de sus funciones o actividades habituales.

De Los Ministerios del Estado y Otros Organismos Públicos o Privados  
en Relación con las Discapacidades

Art. 5. MINISTERIO DE SALUD.- El Ministerio de Salud a través de la



dependencia responsable de las discapacidades liderará programas de prevención primaria y secundaria, cooperará en acciones de prevención terciaria y apoyará en programas de educación, integración familiar, laboral y social.

Al Ministerio de Salud Pública especialmente le compete:

Liderar:

El desarrollo de mecanismos para la utilización del sistema de atención primaria de salud, a fin de llegar a todos los sectores de la población, particularmente rurales y urbano-marginales.

El fortalecimiento de los programas de inmunización, de atención prenatal, natal y postnatal, atacando las causas directas e indirectas que ocasionan las deficiencias priorizando grupos de alto riesgo.

El establecimiento de un sistema de consejería genética, y procurar la creación de un Instituto de Genética, para evitar el apareamiento de discapacidades.

La implementación de programas orientados a prevenir las situaciones potencialmente discapacitantes que devienen de agentes biológicos, de contaminación ambientales, de enfermedades degenerativas y crónicas y adoptar medidas para prevenir los trastornos psicológicos.

El establecimiento de programas para el diseño, producción y distribución de órtesis y prótesis y otras ayudas técnicas, que reemplacen o compensen discapacidades y que permitan a las personas con discapacidades tener facilidades para adquirir y mantener los mismos.

El establecimiento de un sistema nacional de calificación de discapacidades que deberá estar dentro de los parámetros señalados en el título IV de este reglamento.

Programa de Prevención de accidentes en el hogar, trabajo, tránsito, instituciones educativas y otros de su atención inmediata.

Medidas de control contra el uso indebido de drogas, estupefacientes y psicotrópicas, alcohol, tabaco, medicamentos en general a fin de prevenir el

daño individual y social en especial a los menores, mujeres embarazadas y personas de tercera edad.

La realización de estudios epidemiológicos encaminados a conocer los factores de riesgo y causa de las discapacidades.

El establecimiento de un sistema de atención oportuna para la detección, diagnóstico, intervención temprana y rehabilitación médico-funcional mediante programas que pongan al alcance de las personas con discapacidad los recursos y servicios de rehabilitación, de manera que reciban una atención integral individualizada, apropiada y continua preferentemente en su propio contexto socio-cultural.

La organización de programación a nivel nacional, regional y provincial de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento de las deficiencias con participación de la comunidad y de las organizaciones no gubernamentales, como un componente de los servicios generales.

La organización de un sistema de notificación obligatoria de nacimientos en condiciones de riesgo y un reporte obligatorio de secuelas de

procesos patológicos que puedan determinar el apareamiento de discapacidades.

El desarrollo de programas de promoción de salud de la población, estableciendo servicios de asesoramiento dirigidos a prevenir y atender situaciones de riesgo.

El diseño de programas para incluir conocimientos sobre discapacidades en la capacitación del personal de salud, que realiza prácticas o actividades en el sector rural, a fin de que se conviertan en agentes multiplicadores para la capacitación de líderes en la comunidad y en la familia, con el objeto de reducir la incidencia de las discapacidades, en especial en las zonas marginales y rurales.

#### COOPERAR:

En la ejecución y desarrollo de programas que creen condiciones adecuadas de salubridad e higiene habitacional, ambiental y de dotación de servicios de saneamiento.

Con el Ministerio de Bienestar Social, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Instituto del Niño y la Familia, en el desarrollo de programas de atención materno infantil relacionados con el crecimiento y desarrollo integral del niño, impulsar programas que ayuden a la prevención del maltrato infantil, y de capacitación y apoyo a las familias en el manejo de niños en riesgo de discapacidad.

Con los sectores pertinentes, en acciones encaminadas al conocimiento de alternativas de alimentación y cultivo adecuados, especialmente en zonas identificadas como de alto riesgo reconocidas por causas carenciales.

Con el Ministerio de Educación y Cultura e Instituto Nacional del Niño y la Familia y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en la implementación de programas e intervención y estimulación temprana con participación de la familia y la comunidad, especialmente en grupos poblacionales de riesgo;

Con el Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos en programas de salud ocupacional, especialmente en lo relacionado a la prevención de discapacidades; y;

**APOYAR:**

Las acciones de rehabilitación profesional e integración social , familiar y laboral que se ejecuten en beneficio de las personas con discapacidad.

Art. 6. MINISTERIO DE EDUCACION.- La competencia del Ministerio de Educación y Cultura, es: Liderar acciones que correspondan a la prevención terciaria, la educación es su auténtica y amplia acepción y la orientación ocupacional. Le corresponde cooperar con las instancias respectivas, públicas o privadas en acciones de prevención primaria, detección, diagnóstico, intervención temprana, rehabilitación funcional, formación ocupacional e integración. Este Ministerio apoyará acciones de capacitación, colocación y empleo y de protección social, jurídica y económica.

Al Ministerio de Educación y Cultura especialmente le compete:

**LIDERAR:**

El establecimiento de un sistema educativo para que los niños y

jóvenes que presenten discapacidades se integren a la educación general. En los casos que no sea posible, su educación la recibirán en instituciones especializadas, en donde los recursos humanos, materiales y técnicos se ajustarán a las necesidades de los alumnos para favorecer su desarrollo integral y la inserción socio-laboral, la educación debe ser integral, flexible, dinámica e individualizada.

La acción educativa para las personas con discapacidad hacia una educación integral e integrada, orientada hacia el trabajo para lo cual en el mismo proceso educativo se detectarán las habilidades, destrezas y aptitudes vocacionales y se propiciarán experiencias educativas que fortalezcan la vocación y se les oriente ocupacional y profesionalmente;

La organización de programas educativos basándose en una evaluación integral, que permita identificar las potencialidades y limitaciones y organizar la respuesta educativa en base a las necesidades educativas especiales;

La realización de acciones de educación no formal para las personas con discapacidades. En relación con la educación de adultos con

discapacidades, ella deberá propender a su integración y participación social. La educación no formal será impartida también a las personas con discapacidades cuya estancia hospitalaria sea prolongada, con el fin de prevenir y evitar la marginación del proceso educativo a dichas personas;

El control del funcionamiento de la Educación Formal y no formal tanto de los sectores público como privado en esta área. Además les brindará asesoría, capacitación y recursos para optimizar la función;

La realización de acciones para la eliminación de barreras arquitectónicas y urbanísticas en los establecimientos educativos, a fin de permitir la integración de las personas con discapacidades al sistema regular de enseñanza, especialmente en los centros de integración;

La promoción, fomento y realización de investigaciones científicas realizadas con el diseño del currículum, métodos y técnicas de la educación integrada y especial, sistemas de evaluación y mecanismos de acción con base comunitaria;



**COOPERAR:**

Con el Ministerio de Bienestar Social y el Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos en la organización de programas de rehabilitación profesional y reintegración socio-laboral de la personas con discapacidad, partiendo de la realidad y recursos de la comunidad y proyectándose hacia ella.

Con el Ministerio de Salud Pública en los programas de prevención primaria y secundaria especialmente a través de programas educativos.

A través de sus unidades con el Ministerio de Salud en la atención integral de la persona con discapacidad en cuanto a la detección, diagnóstico e intervención temprana;

Todas las acciones del Ministerio de Trabajo concernientes a capacitación, colocación y empleo cuando dicho Ministerio lo requiera, y,

Programas y acciones de protección social, jurídica y económica que

organice el Ministerio de Bienestar Social.

Art. 7. MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL.- Sus competencias y funciones son: Liderar acciones que corresponden a la integración familiar y social, protección social, jurídica y económica. Le corresponde cooperar con las instancias respectivas públicas y privadas en acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, intervención temprana, rehabilitación funcional, educación, orientación ocupacional, capacitación e integración laboral. A este Ministerio le compete apoyar acciones de detección, diagnóstico y de colocación y empleo.

Le corresponde al Ministerio de Bienestar Social:

Liderar:

El diseño y ejecución de políticas sociales en bienestar individual y social de las personas con discapacidad.

El establecimiento de programas de recreación, deportivo, culturales, de ocio y tiempo libre para personas con discapacidad, procurando que se

realicen siempre que sea posible en las instalaciones y con medios ordinarios de la comunidad con miras a la integración social;

Programas de Información, sensibilización y capacitación a la comunidad, que promuevan un mayor conocimiento, respeto y apoyo a las personas con discapacidad y los programas que se desarrollan para ellos;

La creación de un sistema de seguridad social que brinden apoyo económico a las personas con discapacidad para lo cual se diseñará un reglamento específico;

La organización y realización de investigaciones sobre aspectos sociales, económicos, jurídicos y de participación que influyan en la vida de las personas con discapacidad y sus familias. Dichas investigaciones deben incluir la oportunidad y eficacia de los programas existentes y la necesidad de desarrollar servicios y medidas de apoyo;

El diseño y ejecución de programas de capacitación y apoyo a las familias y a la comunidad en el manejo de personas con discapacidades;

El diseño y desarrollo de programas de asistencia legal, para las personas con discapacidad y sus representantes;

**COOPERAR:**

Con el Ministerio de Salud, en programas de prevención, información y sensibilización sobre discapacidades, optimizando los recursos de la comunidad.

Con el Ministerio de Salud, en programas de estimulación e intervención temprana con la participación de la familia y de la comunidad, especialmente en grupos poblacionales de riesgo;

Con el Ministerio de Educación y Cultura en programas educativos, culturales y deportivos;

En el fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidades;

Con programas de rehabilitación funcional y profesional que facilite la

integración socio-laboral de la persona con discapacidad y la participación activa de la comunidad y del usuario.

Con el Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos a fin de procurar beneficios sociales y económicos para la rehabilitación profesional de las personas con discapacidad más gravemente afectadas y sin recursos; y,

**APOYAR:**

Al Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos en las acciones de integración socio-laboral, de protección social, económica y jurídica.

**Art. 8. MINISTERIO DE TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS.-** Le compete liderar acciones que corresponden a la rehabilitación profesional y el mantenimiento del empleo. Le corresponde cooperar con las instancias respectivas públicas o privadas en acciones de prevención primaria en el campo de la salud ocupacional y enfermedades del trabajo, prevención secundaria, orientación ocupacional, integración social y familiar, protección social, jurídica y económica.

A este Ministerio le compete apoyar acciones de detección, intervención temprana, rehabilitación funcional, educación y evaluación en el área laboral. El Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos observará y hará cumplir a las entidades y organismos de su competencia las resoluciones adoptadas en los Convenios III, I42, y I59; y las Recomendaciones 99 y I68 de las Normas Internacionales del Trabajo sobre la Readaptación Profesional para las personas con discapacidad.

El Ministerio de trabajo y Recursos Humanos, tendrá como finalidad fundamental la rehabilitación profesional y la ubicación laboral, promoviendo la integración de las personas con discapacidad al sistema general de trabajo.

Le corresponde:

a) Liderar:

La rehabilitación profesional de la persona con discapacidad, de conformidad con las necesidades y de estas en relación con los requerimientos y posibilidades del mercado de trabajo con el fin de permitir e

incrementar su inserción laboral y mejora de ingreso.

El desarrollo de programas de empleo para personas con discapacidad, teniendo en cuenta las capacidades, preparación e intereses del beneficiario.

El establecimiento de medidas especiales de apoyo que faciliten su integración laboral; podrán consistir en subvenciones o préstamos para adaptación de puestos de trabajo, eliminación de barreras arquitectónicas que dificultan sus accesos y movilidad en centros de producción, posibilidad de establecerse como trabajadores autónomos, pago total de los aportes al IESS promoción de microempresas, de cooperativas y otras que faciliten la colocación de las personas con discapacidad;

La adopción de medidas para proporcionar servicios de capacitación, colocación y empleo y otros afines, para que las personas con discapacidad puedan obtener, conservar un empleo y progresar en el mismo. En lo posible se utilizarán los servicios existentes para los trabajadores en general con las adaptaciones necesarias.

El desarrollo de programas para aquellas personas con discapacidad

que no pueden de manera provisional o definitiva, ejercer una actividad laboral en condiciones habituales. Para dicho efecto implementarán centros especiales de empleo;

La realización de investigaciones destinadas a evaluar los resultados obtenidos por los servicios de rehabilitación profesional, capacitación y empleo, así mismo realizará trabajos científicos sobre las diferentes técnicas y métodos que se utilicen en el proceso de rehabilitación profesional;

La organización de servicios de rehabilitación profesional e inserción laboral a nivel urbano, urbano- marginal y rural, que se realizará con la participación de la comunidad, y en particular con los representantes de las organizaciones de empleadores, de trabajadores y de las personas con discapacidad, sus familiares y las organizaciones de y para personas discapacitadas.

La capacitación del personal involucrado en programas de rehabilitación profesional y de formación y capacitación laboral regular;

El diseño y funcionamiento de servicios de colocación y empleo, tanto



público como privado, a fin de promocionar y fomentar el empleo de las personas con discapacidad. Así mismo, con fines de identificación de estrategias de empleo con las asociaciones empresariales, los sindicatos, las agencias gubernamentales, las organizaciones de personas con discapacidad, las Organizaciones No Gubernamentales.

La organización y desarrollo de programas de empleo protegido, talleres de producción, microempresas, cooperativas y otras similares, a nivel urbano marginal y rural para las personas con discapacidad que no puedan obtener o conservar un empleo en un medio ordinario de trabajo, o como forma previa a la integración laboral;

A través del Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional (SECAP) el establecimiento de programas de rehabilitación profesional para las personas con discapacidad que se han rehabilitado funcionalmente, o que están en proceso de rehabilitación; a efectos del cumplimiento se buscará la organización más idónea que permita el ingreso y la rehabilitación profesional;

La realización de programas de reubicación laboral, de preferencia en la

en la misma empresa en que el trabajador hubiere cesado por enfermedad profesional u otras causas, de acuerdo al grado de remanencia y nivel de rehabilitación;

La organización de talleres protegidos y otras formas productivas, semiprotegidas, protegidas, talleres de autogestión en los cuales el 70% de su personal deberán ser personas con discapacidad. La venta de los productos elaborados deberán servir para remuneración del personal y para el sostenimiento del programa, cuyas características se especificarán mediante la reglamentación correspondiente;

#### COOPERAR:

Con el Ministerio de Salud Pública, en acciones tendientes a mantener las condiciones favorables de salud en los sitios de trabajo, tanto en el ambiente como en el desarrollo de la medicina laboral ocupacional, para prevenir accidentes y discapacidades por riesgos de trabajo.

15. Con el Ministerio de Educación y Cultura, en la orientación educativa vocacional, con el fin de que la educación tenga una proyección

laboral y ocupacional concordando con las habilidades, destrezas y remanencias de la persona con discapacidad y la realidad del entorno de acuerdo a lo establecido en el art. 5 del Convenio I50.

16. Con el Ministerio de Bienestar Social en programas de integración familiar y social de las personas con discapacidad y a través de servicios sociales, jurídicos y económicos; y

**APOYAR:**

Acciones de salud y educación que incidan en la rehabilitación profesional y mantenimiento del empleo para personas con discapacidad.

Art. 9. MINISTERIO DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA.- Le corresponde:

Establecer programas de crédito especiales y subsidios para la adquisición, remodelación, reparación y ampliación de viviendas para personas con discapacidad u organizaciones que atiendan al sector sin fines de lucro.

Regular los planes de vivienda que construyan, para que por lo menos el 2% de unidades habitacionales cumplan las normas arquitectónicas necesarias para las personas con discapacidad y el 100% de los espacios comunales, cumplan las normas urbanísticas.

Cooperar en programas de salubridad e higiene habitacional y ambiental y de dotación de servicios de saneamiento que favorezcan a las personas con discapacidad.

Art. 10. MINISTERIO DE INFORMACION Y TURISMO.-

Le corresponde:

Facilitar la utilización de los medios de comunicación para cooperar con las instancias que lideran programas de prevención, atención e integración y protección social de las personas con discapacidad;

Desarrollar campañas periódicas y programas sistemáticos de sensibilización y educación a la comunidad, sobre los derechos y deberes de

las personas con discapacidad a través de los medios masivos de comunicación.

#### Art. 11. MINISTERIO DE AGRICULTURA Y GANADERIA

Le corresponde:

Cooperar en acciones de prevención primaria relacionadas con las alternativas de alimentación y cultivos adecuados, especialmente en zonas de patologías, reconocidas por causas carenciales, eliminación de sustancias tóxicas en los cultivos, procesamiento y mantenimiento de los productos alimenticios; y,

Apoyar programas de educación, orientación ocupacional, capacitación, colocación y empleo e integración laboral concerniente a su área.

#### Art. 12. MINISTERIO DE GOBIERNO Y POLICIA

Le corresponde:

Cooperar con los programas de prevención primaria en especial con la prevención de accidentes y violencia; y,

Apoyar las acciones de prevención secundaria, prevención terciaria, educación y protección social y jurídica en lo pertinente a su área.

Art. 13. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL.-

Le corresponde:

Cooperar en programas de prevención primaria, especialmente en aspectos logísticos;

Apoyar las acciones de prevención secundaria y terciaria y de colocación y empleo.

Facilitar los trámites pertinentes para la calificación y obtención del documento necesario para las personas con discapacidad, referente al servicio militar obligatorio.

Art. 14 MINISTERIO DE OBRAS PUBLICAS Y COMUNICACIONES:

Le Corresponde:

Cooperar en programas de integración social relacionados con la eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas, de transporte y comunicación; y,

Apoyar acciones en lo referente a su área.

Art. 15. MINISTERIO DE ENERGIA Y MINAS

Le corresponde:

Cooperar en programas de prevención primaria, especialmente en lo relacionado a contaminación ambiental, y,

Apoyar acciones de prevención secundaria y terciaria, educación, protección social y jurídica en lo pertinente a su área.

#### Art. 16. INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO Y LA FAMILIA

La competencia del INNFA en relación con las discapacidades, se fundamenta en su ámbito de acción, como agente de desarrollo social que atiende de manera prioritaria a los problemas del niño en su entorno, con el fin de disminuir la incidencia y prevalencia de las discapacidades, y de apoyar a la rehabilitación integral de la persona con discapacidad.

Le corresponde en especial:

Coordinar con otras instancias y dependencia que lideran programas de prevención primaria, secundaria y terciaria, integración familiar, social y laboral; protección social, jurídica y económica; y,

Apoyar programas de detección, diagnóstico, intervención temprana, rehabilitación ocupacional, capacitación, colocación y empleo.

#### Art. 17. FEDERACIONES NACIONALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Sus competencias serán de cooperación con las entidades que dirigen y lideran acciones de prevención secundaria, prevención terciaria, intervención temprana, rehabilitación funcional, educación, orientación ocupacional, rehabilitación ocupacional, capacitación, colocación y empleo, integración familia social y laboral. Apoyarán acciones relacionadas con la prevención primaria, detección, diagnóstico, protección social, jurídica y económica. Las acciones estarán sujetas a convenios.

Art. 18. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS E INSTITUTO ECUATORIANO DE LAS FUERZAS ARMADAS –ISSFA.

A más de observar la ley y reglamento de Discapacidades y las políticas del CONADIS cooperarán y apoyarán a programas y acciones que otros organismos dirigen y lideran, todo ello estipulado en convenios específicos.

Art. 19. ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES, GOBIERNOS SECCIONALES, MUNICIPIOS, CONSEJOS PROVINCIALES, ORGANIZACIONES RELIGIOSAS Y COMUNITARIAS.- Observarán la Ley y Reglamento de Discapacidades y las políticas del Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS para realizar acciones de cooperación y apoyo a

los programas de prevención , atención e integración socio- laboral , sujetos a convenios.

El título III del Reglamento está relacionado a la Organización y funcionamiento del Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS, el Título de la Calificación y Certificación de las Discapacidades, el Título del Registro Nacional de Discapacidades, el Título VI de los Derechos y Beneficios.

### **Análisis e Interpretación del Marco Legal**

#### **Conclusiones**

##### **Aspectos Favorables.**

La población discapacitada del Ecuador, cuenta con un Marco Jurídico, que permite orientar y ejecutar acciones concretas de parte del Estado, dirigidos a un sector significativo de la población ecuatoriana, 13.2% de personas con discapacidad.

El Estado Ecuatoriano en el mejor afán de priorizar la atención a este

sector de la población, fortalecer las instituciones, involucrar a todos los sectores públicos y privados en la atención a este sector, revisó y actualizó el Marco Jurídico, promulgando la Ley No 180 el 7 de agosto de 1992 y el Reglamento el 4 de febrero de 1994.

El Reglamento a la Ley sobre Discapacidades, establece clara y objetivamente los ámbitos de competencia para cada uno de los estamentos públicos y privados que trabajan en el área, enmarcados en tres niveles de acción: Liderar, Coordinar y Apoyar.

La Ley No 180 sobre Discapacidades establece un sistema de atención integral a las personas con discapacidad, así considera las tres etapas fundamentales del proceso, la prevención, la atención y la integración, en miras a equiparar iguales oportunidades para desempeñar en la comunidad un rol equivalente a las demás personas.

La Ley ampara a todas las personas con discapacidad, físicas, mentales y sensoriales, sea por causa genética, congénita o adquirida, quienes gozarán de sus beneficios.

Para la aplicación de la Ley y su Reglamento, se crea el Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS, organismo encargado de dictar las Políticas Generales en materia de discapacidades, coordinar con los estamentos públicos y privados la ejecución de planes, programas y proyectos que se enmarquen dentro de sus ámbitos de competencia y apoyar e impulsar aspectos áreas de investigación sobre el tema.

### **Factores Adversos**

- La Ley No 099 sobre "Protección al Minusválido", fue una Ley incompleta, ya que no consideró el tratamiento integral del discapacitado, creó gran expectativa en la población discapacitada ecuatoriana que tuvo la esperanza de contar con el instrumento legal que garantice sus aspiraciones y derechos.

- La Ley No 099, nunca se reglamento, a excepción del artículo 12 relacionado a la exoneración de impuestos para importación de vehículos ortopédicos, quedando todos sus enunciados como una declaratoria de principios que se cumplieron en mínima parte.

- La Ley No 180 sobre Discapacidades y su Reglamento, es una Ley que en gran parte igualmente no pasa de ser una declaratoria más, pese a que existen definidos ámbitos de competencia para cada uno de los sectores involucrados, estas se cumplen parcialmente.

- Si bien es verdad existe el Consejo Nacional de Discapacidades como el organismo rector de políticas, las acciones que debe cumplir cada estamento se centra en prioridades de cada institución los mismos que planifican conforme a los lineamientos generales del Consejo Nacional de Planificación –CONADE, en coordinación con el Ministerio de Finanzas, lo que en muchas de las ocasiones ha dado lugar a la duplicidad de funciones entre un estamento y otro.

- La Ley y Reglamento establece funciones y competencias a estamentos públicos que pese a su buen deseo de colaborar no lo cumplen debido a la falta de recursos técnicos y financieros, sumada a la falta de decisión política.

- Las esperanzas de que la situación de la población discapacitada mejore con la promulgación de la Ley No 180, su Reglamento y una

Institución Supraministerial como es el Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS, no se ha dado, sumado a esto la falta de recursos económicos que ha limitado todo accionar en beneficio de este sector de la población.

- Existe una limitada capacidad institucional y de autonomía de los organismos responsables, que se refleja en los problemas de orden administrativo, técnico y financiero, lo que impide el funcionamiento de un sistema planificado e integrador, pese a que existe el Plan Nacional de Discapacidades.

- Se mantiene una baja cobertura de atención a la población discapacitada tanto en las áreas de prevención, atención, e integración, así como insuficientes recursos técnicos y económicos para una atención integral, lo que ha incidido en una mala calidad de servicios, con escasos modelos alterativos de atención.

- Hay poco interés político en atender a este sector de la población, pese a la existencia de un Marco Jurídico muy bien intencionado, pero que lamentablemente muy poco se ha podido cumplir, sumado a la "crisis fiscal", lo que ha determinado que cada vez se cumpla menos, en desmedro de la

calidad de vida de este sector.

- La negación de los gobiernos entrantes y directivos de continuar con proyectos ya emprendidos con gobiernos salientes y la falta de procesos de evaluación, ha propiciado el desperdicio de recursos, sumado al predominio de la visión y acción personal en lugar de objetivos institucionales.

- El corto-placismo en la gestión pública, ha dificultado en gran medida la construcción de una atención integral al discapacitado como Política de Estado, lo que considero una debilidad en el manejo de la política pública en el país, lo que ha impedido reconocer la importancia de la continuidad respecto de la acción del Gobierno.

- Los estamentos públicos dependen básicamente del Presupuesto General del estado, por lo que su capacidad de autogestión es muy limitada, está marcada dependencia ha hecho que los sectores sociales sean vulnerables a las crisis fiscales, siendo esta mayor si se toma en cuenta que el desarrollo social no ha sido asumido como una política prioritaria del Estado, lo que se evidencia en la práctica recurrente de los gobiernos de mejorar la posición fiscal mediante la reducción de la inversión y de los

subsidios públicos principalmente los sociales.

- La falta de coordinación interinstitucional efectiva en los niveles político, técnico y de gestión, sumado a los complejos problemas de coordinación entre instituciones y el sector beneficiario, no ha posibilitado una eficiente y eficaz atención a la población discapacitada.



## CAPITULO I I

### MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo, se ha tomado como referencia el libro: "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías elaborado por el Ministerio de Asuntos Sociales-Insero España-1994.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), preparada en los años setenta, fue publicada en 1980 por la OMS como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades (así como de los traumatismos y otros trastornos) y de sus repercusiones en la vida del individuo. La versión en español fue publicada en 1983, actualmente se encuentra traducida a 14 idiomas y se están preparando versiones en otras lenguas.

La CIDDM, pertenece a la familia de las clasificaciones preparadas por la OMS para su aplicación a los diversos aspectos de salud y la enfermedad, la más conocida es la Clasificación Estadística Internacional de

Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción CIE, cuya novena edición (CIE 9) salió poco antes que se publicara la CIDDM; en el primer volumen de la Décima Revisión de la CIE (CIE 10), publicado en junio de 1992, se ha introducido diversos cambios que se considerarán en la revisión de la CIDDM.

Existen dos Centros Colaboradores para el CIDDM, uno en Francia y en los Países Bajos a los que se suman otros Centros colaboradores con la OMS en materia de clasificaciones relativas a la salud; y ciertos organismos intergubernamentales como la División de Estadística del Departamento de Desarrollo Social y Económico de las Naciones Unidas, y el Consejo de Europa; estos centros constituyen una red técnica que viene funcionando desde 1987. El Consejo de Europa ha establecido un comité de expertos para la aplicación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS, que agrupa a representantes de 14 países y cinco observadores. Este Comité ha examinado las aplicaciones de la CIDDM relativas a las actividades de rehabilitación, a las encuestas y al acopio de datos estadísticos, al estudio del retraso mental, a la evaluación de la capacidad profesional, a la evaluación de los dispositivos técnicos y a la aplicación del concepto de minusvalía. El Real Patronato de Prevención y de

Atención a personas con Minusvalías, de España, viene realizando esfuerzos para fomentar la utilización de la CIDDM en los países de habla española.

La difusión y aplicación de la CIDDM, y el papel de fomento de las organizaciones y órganos dedicados a la atención de las personas con discapacidades han ido acompañados de importantes cambios en la manera de entender y tratar las deficiencias, discapacidades y minusvalías, así como los diversos problemas que pueden surgir en cada uno de los tres sectores, la enumeración de los elementos de la clasificación ha facilitado una mejor descripción y evaluación de las personas con discapacidades y de su situación dentro de un entorno físico y social dado.

Esta Clasificación fue revisada gracias al apoyo financiero de la Dirección de Cooperación Técnica Internacional del Ministerio de Asuntos Exteriores que apreció desde el principio el interés de la iniciativa, y con el apoyo de la Directora General de Acción Social, el INSERSO de España que realizó en Madrid un seminario para revisar el nuevo texto y resolver dificultades lingüísticas permitiendo así su mayor aceptabilidad en todos los países de habla castellana; esta revisión se la efectuó en base a criterios como el de lograr una traducción aceptable en América Latina, el de reflejar

Al espíritu de la Clasificación de referirse a consecuencias de la enfermedad y no a una lista de adjetivos para encasillar a las personas, el obtener tres términos base que correspondieran a los tres niveles y tuvieran también en cuenta los criterios anteriores, el respetar el criterio de la OMS de optar siempre por el término menos médico y más accesible a otras disciplinas; armonizar el limitado repertorio de términos castellanos para resolver algunos casos de terminología inglesa más variada, pero con una conceptualización equivalente en castellano afectada por problemas de límites (por ejemplo "Impairment" y "Deficiency" por "Deficiencia"); considerar las opciones sobre un término en el contexto de toda la Clasificación, pues en cambio en un lugar determinado de la misma exige tener en cuenta sus repercusiones en el resto, y el uso de un vocablo castellano, entre otros aspectos.

Esta clasificación se la divide en tres niveles: Deficiencia, que hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio, las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano; las discapacidades, reflejan las consecuencias de deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan por tanto, trastornos a nivel de la persona; y la

Minusvalía que hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así pues, las minusvalías reflejan una interacción y adaptación del individuo al entorno

A través de ésta no se pretende resolver todas las dificultades, sino más bien trata de aportar algo a favor de la uniformidad en la terminología y en los conceptos generales y, señalando las formas en que puede conseguirse cierta simplificación mediante la agrupación de características individuales, así se pretende estimular la normalización y hacer más fácil la comparación de datos

## **Conceptos Básicos**

### **Deficiencia**

Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Se caracteriza por ser permanente o temporal, incluyendo la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad (brazos, manos, dedos, piernas), órganos (ojos, oídos,

iones, corazón, etc.), tejido (piel, tumores, manchas, lunares, etc.) o función mental (locura, pérdida de memoria, retraso mental, etc.). La deficiencia es del hombre y de sus estructuras.

El término deficiente no implica que haya una enfermedad o se deba considerar que el individuo este enfermo. Por ejemplo, una persona que ha nacido con más dedos que lo normal no significa que esta persona este enferma y que le impida un normal desenvolvimiento de su vida.

### **- Discapacidad**

Es toda restricción o ausencia de la capacidad debido a una deficiencia para realizar una actividad que se considera normal para un ser humano.

La característica de la discapacidad es la de limitar el normal desempeño en las actividades de la vida diaria, como por ejemplo, no poder levantarse correr, subir gradas, no poder comer por sí mismo, no poder comunicarse, no saber como se llama, dónde está, etc. La discapacidad está en relación con la función de las estructuras corporales.

## Minusvalias

Es una situación de desventaja para una persona a consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita el normal desempeño de sus actividades tales como estudiar, trabajar, realizar actividades recreacionales, formar una familia, etc.

Producto de una minusvalía la persona afectada no desarrolla sus actividades de la forma como espera y necesita la comunidad a la cual pertenece.

La minusvalidez constituye, una función de la relación entre las personas discapacitadas y su ambiente. Se da cuando estas personas enfrentan barreras culturales, físicas o sociales que les impide el acceso a los diversos sistemas de la sociedad que está a disposición de los demás ciudadanos. La minusvalidez es, por tanto, la pérdida o la limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en un pie de igualdad con los demás.

## Clasificación de las Deficiencias

### Deficiencias Intelectuales.

Se refiere a las alteraciones de las funciones que tienen relación con el conocimiento.

#### **1. Retardo Mental:**

El retardo mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo incompleto de las funciones intelectivas.

Existen algunos tipos de Retardo Mental:

#### **2. Retardo Mental leve o ligero:**

Se caracteriza por un retraso en el lenguaje, pero la mayoría alcanza la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y una independencia completa para su cuidado personal.



Los niños tienen dificultad en su proceso enseñanza – aprendizaje, sobre todo en lecto- escritura y matemáticas.

### **3. Retardo Mental Moderado**

Se manifiesta por una lentitud en el desarrollo de la comprensión y uso del lenguaje, y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retardadas, de tal manera que generalmente necesitan una supervisión permanente para su aprendizaje y la realización de trabajos manuales sencillos.

### **4. Retardo Mental grave**

Presentan un marcado déficit motor asociado a otros trastornos, alcanzan niveles más bajos de desarrollo, este grupo puede beneficiarse de un adiestramiento sistemático de hábitos.

### **Retardo Mental Profundo**

Se encuentran totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos y de actuar de acuerdo con ellos. Tienen una movilidad limitada o inexistente, no controlan esfínteres y son capaces, en el mejor de los casos, solo de comunicarse en forma muy rudimentaria.

### **Deficiencias de la Memoria**

Se refiere a la pérdida parcial o completa para recordar hechos pasados o recientes de la vida, puede ser una amnesia total, en donde el sujeto no recuerda nada de su vida, no sabe cómo se llama, donde vive, o una amnesia parcial: que se caracteriza por el olvido de ciertas etapas o experiencias de la vida.

### **Deficiencias del Pensamiento**

El pensamiento es una de las funciones más complejas de la actividad superior del hombre y las deficiencias tienen que ver con el curso, la forma y

el contenido.

Entre las principales deficiencias del pensamiento tenemos:

Deficiencia de conceptualización o abstracción,

Deficiencia del pensamiento lógico

Lentificación del pensamiento

Aceleración del pensamiento

Perseveración , ideas obsesivas, fuga de ideas

Robreza del contenido del pensamiento

Delirios

Agnosias, apraxia

### **Deficiencias Psicológicas**

Se entiende a las deficiencias psicológicas como la alteración de funciones resultado de mecanismos neuro-fisiológicos y psicológicos básicos y relacionados con los impulsos , control emocional y comprobación de la realidad .

## Deficiencia de los Estados de Conciencia

### - Conciencia:

Es el proceso del ser humano que nos permite el conocimiento del mundo externo y el conocimiento de nosotros mismos, nos permite distinguir lo que somos.

Las deficiencias se caracterizan por la disminución o cambios en los estados concieniales como: inconciencia, obnubilación, estados confusionales, etc.

### - Epilepsia

Como deficiencia intermitente de la conciencia están:

Epilepsia con sus variantes clínicas

Insomnio

Hipersomnia

Enuresis nocturna

### **Deficiencia de la Percepción y la Atención:**

Entendidas como alteraciones que imposibilitan a los sujetos a asimilarse a sí mismo y su entorno a través de los sentidos. Entre los más importantes podemos señalar:

- Embotamiento,
- Agudización
- Ilusiones
- Despersonalización
- Alteraciones del Esquema corporal
- Propensión a distraerse
- Concentración deficiente
- Falta de atención

### **Deficiencias de las funciones Emotiva y Volitiva**

Involucra a las funciones que predisponen a la acción del organismo y

la conducta intencional. Entre las principales tenemos:

Bulimia

Anorexia

Alcoholismo

Drogadicción

Disminución de la libido y actividad sexual

### **Deficiencias de Emoción, Afecto y Humor**

Perturbación de la intensidad y calidad de los sentimientos y sus connotaciones somáticas que tienen relación con la duración y estabilidad de los estados sensibles. Entre los que podemos citar:

Ansiedad

Depresión

Embotamiento afectivo

Excitación

Irritabilidad

Falta de iniciativa, conformismo, negativismo

Compulsión

### **Deficiencias de las Funciones Psicomotrices**

Se refiere a la alteración de la velocidad, ritmo y calidad de los movimientos voluntarios en ausencia de patología del aparato neuromotor.

Tenemos:

Hiperactividad

Excitación Psicomotriz

Lentitud

Hipoactividad

### **Deficiencia de Pausas de Conducta**

Se considera a las alteraciones de las formas habituales de conducta aceptadas como normales en la sociedad. Entre estas se pueden citar:

Susplicacia

Retraimiento social

Timidez excesiva

Hipocondría

Rasgos obsesivos

Hostilidad

Búsqueda de atención

Conducta

### **Deficiencia del Lenguaje**

En la que se incluyen perturbaciones en la producción, comprensión y utilización del lenguaje. Entre estos señalamos las siguientes:

- Deficiencia grave de la comunicación
- Mutismo
- Disfasia grave

Deficiencia de la comprensión y el uso del lenguaje

Dislexia

Deficiencias del vocabulario

- Deficiencia de la producción de la voz

Voz sustituta



Pérdida total de la producción de la voz

Disartria grave

Habla ininteligible

Otras deficiencias de la función de la voz

Timbre

Sonoridad (entonación)

Deficiencia del habla

Tartamudeo

Farfullar

Neologismo

### **Deficiencias de la Audición**

Tiene relación con las alteraciones del oído , sus estructuras y funciones. Entre las más importantes podemos citar:

Deficiencia total o profunda del desarrollo de la audición

Pérdida de audición bilateral profunda

Deficiencia auditiva profunda en un oído, acompañada de deficiencia moderada o menor del otro.

Deficiencias de discriminación del habla.

Deficiencias de la función vestibular y del equilibrio

Deficiencias de la Audición

### **Deficiencias de la Visión**

Definición

El término **Deficiencia Visual** No solo se refiere a las alteraciones de la visión o a los ojos, sino también a las estructuras y funciones asociadas. Tenemos:

Ausencia de ojo

Deficiencia visual profunda de ambos ojos

Deficiencia visual profunda de un ojo con visión disminuida en el otro

Deficiencia visual moderada de ambos ojos

Deficiencia visual profunda de un ojo

Deficiencias del campo visual.

### **Deficiencias Músculo Esqueléticas**

Estas deficiencias han sido asociadas con la movilidad y disposición del cuerpo, entre las más importantes señalaremos:

Deficiencias de las regiones de la cabeza, el tronco, las extremidades

Parálisis

Parálisis cerebral

Limitaciones de movimientos

De la Postura

Enanismo

Gigantismo

### **Deficiencias Desfiguradoras**

Alteraciones del aspecto físico que limita la relación social,  
encontramos:

Defecto de la región de la cabeza, del tronco, extremidades

Indiferenciación de partes

Malformación congénita

Orificios anormales

## Clasificación de las Discapacidades

### Discapacidades Físicas

1. Problemas Neuromusculares: Es una discapacidad física que produce problemas en la motricidad por afecciones a los músculos o al sistema nervioso central o periférico. Ej. poliomelitis, parálisis cerebral, iastenias, esclerosis múltiples, problemas de la columna, hemiplejías, paraplejías, cuadriplejías .

2. Problemas Osteoarticulares Es un tipo de discapacidad física que causa dificultades en la motricidad con consecuencia en la estructura ósea y articulaciones. Ejemplo: fractura de extremidades, luxación de caderas, osteo-melitis, artritis, astrosis, tumores óseos, etc.

### Discapacidades Sensoriales

1. Discapacidad Visual.- Es una discapacidad que se deriva de la pérdida total o parcial de la vista. En algunos casos la ceguera se da desde el nacimiento, en otros casos puede ser producto de padecimientos o

enfermedades que lesionan el globo ocular o el nervio óptico.

**2. Discapacidad Auditiva.-** Es una capacidad sensorial que se deriva de la pérdida total o parcial de la audición. Esta afección puede ser de dos tipos. En el tipo "conductivo " en que algo interfiere el paso del sonido al oído interno; en la sordera "perceptiva" existe una lesión o un defecto en el oído interno, que es el auténtico órgano auditivo. Ejemplo: sordos hipoacúsicos.

### **Discapacidades Mentales**

Se presenta como una de las causas más severas de la subnormalidad, que se manifiesta durante el período de desarrollo y que se caracteriza por una limitada conducta adaptativa del sujeto. Se dan diferentes grados de severidad: grave, medio y leve, en todos los casos la edad mental del afectado es inferior a su edad cronológica.

### **Problemas Psiquiátricos**

Son discapacidades que se producen por desórdenes profundos de la personalidad que conducen a una alienación total o parcial. Esta puede

producirse por neurosis o psicosis. Todo ello lleva a perder contacto con la realidad, la desadaptación al medio y al aislamiento social. Ej. paranoicos, esquizofrénicos, otros.

### **Problemas de Aprendizaje:**

Es una dificultad que en ciertos casos es producto de algún tipo de discapacidad o deficiencia, que se manifiesta en un bajo rendimiento escolar, el que puede ser originado en un retardo mental; en problemas sensitivos (lenguaje, oído, vista); por desórdenes emocionales y/o desintegración familiar. Estos problemas generalmente se estudian y diagnostican en las llamadas aulas de recuperación psicopedagógicas.

### **Clasificación de las Minusvalias**

#### **Minusvalias de Orientación**

Es la imposibilidad de orientarse en su entorno y que involucra a la conducta y la comunicación, que puede ser compensada parcial o totalmente mediante el uso de ayudas como: lentes, bastón, audífonos, medicamentos,

etc., incluye la recepción de señales (ver, escuchar, tocar, hablar) asimilación de las mismas y la respuesta ante ellas.

Hay casos en que el impedimento del individuo es moderado o severo y afecta a más de un sentido, como el ver, escuchar, tocar, hablar, y requieren de atención institucional especializada.

### **Minusvalia de Independencia Física**

Es la dificultad física del sujeto para llevar habitualmente una existencia independiente, sin ayuda o asistencia de otros.

Son personas que requieren de varias ayudas técnicas y de la asistencia de otros para el cumplimiento de actividades de la vida diaria y de su cuidado personal.

Existen ayudas y dispositivos que son útiles para caminar y para facilitar la vida diaria tales como prótesis y otros.

### **Minusvalia de Movilidad**

Movilidad es la capacidad del individuo para desplazarse de forma eficaz en su entorno. El alcance de la movilidad se mide desde el punto de referencia, que es la cama; estas limitaciones para movilizarse pueden ocurrir por varias causas que pueden llevarlo a la inmovilidad total, al uso de silla de ruedas, a la restricción y limitación de la movilidad en el trabajo, en la vecindad y en la casa.

### **Minusvalia Ocupacional**

Ocupación es la capacidad que tiene un individuo para emplear su tiempo en la forma acostumbrada, teniendo en cuenta su sexo, edad y cultura. Incluye educación, juegos, diversiones, empleo y en el caso de los ancianos, tareas de acuerdo a su edad.

### **Minusvalia de Integración Social**

Es la restricción del individuo para participar y mantener las relaciones



sociales usuales. Hace referencia al nivel del contacto del individuo con un círculo cada vez más amplio, tomando como punto de referencia la propia persona.

Incluye desde la participación inhibida o disminuida en las relaciones sociales; desventaja que puede impedir la participación en todas las actividades sociales a causa de problemas de su imagen, desfiguraciones, malformaciones u otras deficiencias o discapacidades de personalidad o conducta.

### **Minusvalía de Autosuficiencia Económica**

Se refiere a la capacidad limitada del individuo para mantener la actividad e independencia socio-económica.

Se refiere a la capacidad de tener los mínimos recursos económicos para vivir, mantener una familia, existen varios grados de minusvalía de autosuficiencia económica, en un extremo están los individuos que dependen completamente de la buena voluntad de otras personas o de la comunidad y en el otro, los individuos económicamente independientes.

### Importancia y Aplicación :

Entre las aplicaciones del CIDDM se la utilizado para el análisis de la atención de las personas con discapacidad , al diagnóstico y tratamiento , a la evaluación de sus resultados, a la apreciación de la aptitud para el trabajo entre otros aspectos.

A nivel conceptual y de decisión, el empleo del CIDDM ha modificado la manera de considerar las discapacidades, las personas discapacitadas y el papel que desempeña el entorno físico y social en el proceso discapacitante.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, han servido de base para las políticas a implementarse en el Canadá, igual en Francia en donde lo han utilizado como un marco de acopio de datos sobre servicios sociales y para la aplicación de una Nomenclatura los estados Unidos han manifestado su gran interés por esta Clasificación la misma que la consideran como una base conceptual importante.

Para el Ecuador el contar con esta Clasificación Internacional de

Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías; constituye un instrumento valioso de trabajo para los Estamentos Públicos y Privados que trabajan en el área.

En el sector seguridad social facilita decisiones sobre subsidios; en el área médica y psicológica para diagnóstico y tratamiento, en el área social permite identificar situaciones discapacitantes en el entorno social y físico, determina las necesidades de las personas con discapacidades y minusvalías, en los procesos de investigación su aporte es de significativa importancia siendo utilizado con éxito por demógrafos, epidemiológicos, planificadores y personal estadístico en la realización de encuestas sobre discapacidades.

La utilización del CIDDM es de fácil manejo, es interés del Instituto Nacional de Servicios Sociales INSERSO- España, en la próxima revisión tratar de ir hacia una mayor simplificación, considerando las necesidades de los usuarios que no son necesariamente profesionales de la salud, su revisión se basará en los informes de experiencias de aplicación en los diferentes países de América Latina, así como en las consultas con expertos de las disciplinas pertinentes.

## CAPITULO III

### LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD SOCIAL: OBSTACULOS PARA EL DESARROLLO HUMANO

#### Análisis de la Situación de Salud del País

En el libro: "El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador, 1992-1997" (pp. 26-29), se realiza un análisis de la situación de salud en el país. En los primeros años de bonanza petrolera, se invierte en infraestructura de los servicios públicos en las áreas urbanas y rurales del Ecuador así como se financian programas a ser ejecutados por el Ministerio de Salud Pública, lo que permitió aumentar la cobertura y contribuir al descenso de los índices de morbilidad, mortalidad y mortalidad con un impacto positivo sumado a un ingreso económico mayor, así como el acceso a los servicios de educación, vivienda, y Bienestar Social.

En 1982 se deterioran las condiciones de vida y de salud de la población, las mismas que se van evidenciando en los años subsiguientes,

la cobertura se va limitando por las restricciones fiscales y los programas de ajuste que priorizan los equilibrios macroeconómicos van en desmedro del desarrollo social.

En esta misma década, se inicia la búsqueda de alternativas de incremento y cobertura de servicios básicos para los sectores pauperizados del campo y las ciudades a través de créditos internacionales como el Banco Mundial; años más tarde en 1993 se inicia el proceso de modernización, privatización del Estado y por ende de los servicios de salud, donde se va proponiendo alternativas para aumentar la eficiencia económica y calidad de los servicios de salud bajo un régimen de competencia y libertad de elección, en este marco, los servicios públicos y en particular los hospitales debían buscar alternativas de financiamiento bajo esquemas de administración con participación privada que permitan a la vez implantar mecanismos de recuperación parcial en una población cada vez más pobre, con severas restricciones en las condiciones de salud y de vida de un gran porcentaje de la población, sumada a una aguda crisis en el funcionamiento de los servicios de salud.

### Condiciones de Salud de la Población

La población ecuatoriana se asienta mayoritariamente en el área urbana 62%, estimándose que un 30% a 35% son indígenas y que en su mayoría viven en el área rural dispersa, con grandes limitaciones y carencias.

La esperanza de vida al nacer para el período 1995-2000, según fuentes del CEPAR, se ubicó en 69.8% (72.5 femenina y 67.3 masculina). La pirámide poblacional es de base amplia: 36% son menores de 15 años y se va modificando como consecuencia de la disminución de la tasa de natalidad, fecundidad y mortalidad general, lo que claramente habla de una transición demográfica en proceso.

A pesar de la crisis, la tendencia a la baja de las tasas de mortalidad infantil y general se mantienen, aunque en los últimos cinco años la curva descendente se va aplanando y tiende a ser ascendente, especialmente en la curva de mortalidad infantil que de 76x1000 nacidos vivos en 1970, desciende a 30.3 x 100 nacidos vivos en 1990 y repunta levemente a 30.5 x 1000 nacidos vivos en 1995.

La mortalidad materna, no ha presentado reducciones significativas en los últimos 25 años.

Sus cifras (120 x 100.000 nacidos vivos para 1995, según estimaciones de la OPS), una de las más altas de la región, son más de diez veces superiores a las de los países desarrollados.

Estos promedios nacionales esconden las grandes iniquidades y disparidades regionales, sociales y étnicas.

El perfil de morbi-mortalidad se caracteriza por la persistencia y sobreposición de enfermedades típicas del subdesarrollo como las enfermedades infecciosas (respiratorias e intestinales), reemergentes como la tuberculosis, con las del desarrollo urbano y modernización productiva: enfermedades cardiovasculares, accidentes, violencia, trastornos mentales, SIDA, y crónicas degenerativas como el cáncer, diabetes, etc.

En el Anuario de estadísticas vitales para 1995, basado en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades OPS/OMS (tasa x 100000 habitantes) señalan como las diez principales causas de muerte en

el país las siguientes:

**CUADRO N° 1**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL ECUADOR**

N°	CAUSAS	NUMERO	TASA
1	NEUMONIA	3108	27.2
2	EF.CEREBRO VASCULAR	2645	23.1
3	ENF. HIPERTENSIVA	2215	19.4
4	ACCID. TRANSITO	1806	15.8
5	DIABETES MELLITUS	1761	15.4
6	HOMICIDIO	1531	13.4
7	TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO.	1448	12.7
8	ENF. ISQUEMICA DE CORAZON	1441	12.6
9	INFECCIONES INTESTINALES	1490	12.2
10	Tuberculosis	1170	10.2

**Fuente: INEC, anuario de estadísticas vitales, 1995.**

El propio desarrollo industrial y la falta de una conciencia de preservación ecológica han descuidado en control del medio y por lo tanto emergen enfermedades asociadas a la contaminación ambiental, intoxicaciones crónicas laborales, a la contaminación de los alimentos y fuentes hídricas, etc.



La situación de salud se ve afectada por el bajo consumo de agua potable e inadecuada eliminación de excretas, que va siendo un problema crónico para la salud pública. Menos de mitad de los hogares campesinos disponen de estos sistemas sanitarios y la situación en las zonas urbano-marginales es a veces más dramática.

El estilo de vida no saludable va más allá de los llamados "hábitos no higiénicos" de no lavarse las manos, la falta de cepillado dental, ya que forma parte de la cultura social más amplia. Igualmente se dan riesgos derivados como el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, obesidad, distress, etc.; dado por la baja conciencia sanitaria de la población, que sin duda es también un problema de salud y en ello tiene mucho que ver la falta de una cultura sanitaria y más preventiva, así como por la limitada participación de la población en los planes y programas de salud, la que por una parte responde a la falta de información y democratización de la sociedad.

Los determinantes de estos problemas están ubicados en la matriz económico-social asociados a las formas de producción y reproducción social prevalecientes, lo que permite distinguir grandes diferencias entre los diversos sectores sociales, según su inserción particular en estos procesos.

La distribución desigual de estos problemas se evidencia en los altos índices de desnutrición y mortalidad infantil.

La evaluación de las carencias nutricionales de la población ecuatoriana se dificulta por la ausencia de datos veraces y actuales, salvo la investigación que realizó el CONADE hace diez años en el que revela datos alarmantes sobre la frecuencia de desnutrición crónica entre los niños del país, para 1982 el 51% de los niños del país sufrían de desnutrición, el problema era particularmente grave en la Sierra rural, en donde se estimó que el 70% de los niños sufrían deficiencias habituales, pero incluso en la Costa en donde 42 de cada 100 niños se encontraban afectados .

Otro de los problemas en el país es el déficit de micronutrientes, según un estudio del MSP en 6 provincias afectadas por la pobreza crítica, el 18% de los niños menores de 5 años mostraban un déficit de Vitamina A y el 41% de hierro, estas deficiencias tienen graves repercusiones en la salud física y mental de los niños.

Durante las últimas décadas, la población ecuatoriana se ha visto,

además crecientemente amenazada por la violencia, el abuso del alcohol, las drogas y los accidente; las muertes violentas han aumentado, la delincuencia, asociada a las desigualdades sociales.

### Los Servicios de Salud

La salud en el país, es atendido por diversas instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro que directa o indirectamente promueven la salud, previenen la enfermedad, recuperan o rehabilitan la salud.

La infraestructura de servicios de salud disponible en el país es relativamente adecuada tanto a nivel hospitalario como a nivel ambulatorio. Hay 1.6 camas por 1000 habitantes (INEC. 1995), aunque estos recursos se concentran en las grandes ciudades.

La cobertura de atención del sector público es preponderante, casi el 50% de las camas son el Ministerio de Salud Pública y el 85% de los establecimientos ambulatorios son de entidades públicas: MSP, Instituto de Seguridad Social IESS y Seguro Social Campesino (SSC).

Se estima que existe un médico por cada 850 habitantes o una razón de 13.3 médicos por 10.000 habitantes. (INEC.1995), sin embargo hay grandes disparidades en cuanto a la distribución de los mismos (En Quito se estima que hay 1 médico por cada 450 habitantes), a la par que un significativo déficit de enfermeras (aproximadamente 1 enfermera por tres médicos).

El principal asegurador del país IESS cubre a través del Seguro General al 9.9% de la población (28% de la PEA) y a través del Seguro Social campesino con modalidad de afiliación familiar, al 7.8% de la población (unas 850.000 personas).

Las Fuerzas Armadas y la Policía tienen seguros familiares para su personal llegando a cubrir a un 1.1% de la población, y los seguros privados cubren el 1.3% de la población.

El Ministerio de Salud Pública cubre al 28% de la población, la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), Sociedad Ecuatoriana de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y otras ONGs. cubren al 5% y los servicios privados al 20%.

Si bien la infraestructura de servicios para la atención sanitaria es la mayor fortaleza del actual sistema público, esta no es suficiente para enfrentar los retos futuros. Requiere del desarrollo de un modelo de atención integral de salud. El sistema sanitario no ha logrado conciliar las dimensiones curativa- hospitalarias y preventiva-comunitaria. La crisis del modelo hospitalario es evidente. Los hospitales consumen la mayoría de recursos del sistema público y existe duplicación de esfuerzos y múltiples ineficiencias en su operación. Por otro lado, si bien no existe un déficit de personal médico, es preciso asegurar una mejor distribución de los profesionales en el país y que éstos adopten las actitudes requeridas para impulsar la atención familiar comunitaria.

Las repercusiones de la crisis económica de las últimas décadas incluyen la intensificación de las disparidades en el acceso a los servicios de salud. Los hogares de las ciudades gastan en salud 67% más que en el campo y un parto cuesta, en promedio, dos veces más en las ciudades que en el campo. En cambio, para llegar a un establecimiento de salud, los residentes del campo deben recorrer más del doble de lo que les tocaría si vivieran en las ciudades.

El debilitamiento de las instituciones sanitarias ha tenido como resultado el deterioro de la salud de la población que depende de ellas. En 1994 la cobertura de la inmunización infantil cayó a niveles de la década pasada y alerta sobre la posibilidad de recrudescimiento de patologías ya eliminadas como, por ejemplo la poliomielitis. La mortalidad materna parecería haberse incrementado, esto se explica por la caída en el número de partos atendidos en establecimientos de salud, del 40% en 1990 al 28% en 1994. La incidencia de varias enfermedades ligadas a situaciones pobreza, como el tétanos neonatal, el dengue y el SIDA, ha aumentado; y el Ecuador es actualmente el país con la más alta tasa de rabia humana del continente.

El gasto público en salud aumentó del 1,8% del PIB en 1972 al 2,1% en 1981, es decir, el crecimiento de la inversión en salud fue mayor al de la población. En cambio, en los años 1980, el gasto en salud descendió drásticamente: pasó del 2,1% del PIB en 1982 al 1,4% en 1991. La escasa asignación de recursos a la salud pública en el país es evidente si se compara con aquella de los otros países latinoamericanos. En 1990, el gasto promedio por habitante en salud del Ecuador fue, uno de los más bajos del

continente: US\$ 25 dólares en comparación, por ejemplo, con US\$ 186 dólares en Costa Rica, US\$ 58 en el Salvador y US\$ 59 en el Perú.

En la década de los noventa el gasto público en salud se ha recuperado lentamente (hasta llegar al 1,8% del PIB en 1995), ello no ha sido suficiente para contrarrestar el deterioro de las condiciones sanitarias de los últimos años.

El sistema salud continúa sufriendo de ineficiencias en la asignación y uso de sus fondos, una fuerte dependencia de recursos fiscales y una estructura organizativa caótica, lo que compromete el efecto redistributivo del gasto público en salud a favor de los más necesitados.

El sistema público de salud, no depende únicamente de su disponibilidad de recursos y de su desarrollo organizacional y tecnológico, es innegable que los aspectos institucionales muestran serios problemas en los últimos años aunque el sector privado no se escapa de ellos, a pesar de los esfuerzos desplegados desde hace 30 años por construir un sistema nacional de salud, este no se ha hecho realidad.

### El Sistema Educativo

En el Libro "Pobreza y Capital Humano en el Ecuador "-1997 (pp 1-22) se analiza el sistema educativo en el país.

En el Ecuador al igual que en América Latina, el principal problema que afecta la eficiencia del sistema educativo es la repetición escolar. Se ha estimado que el 28% de los alumnos del primer grado de escuelas en el país lo repiten y que el 15% de alumnos de primaria repiten uno o más grados. La repetición ocurre con mayor frecuencia entre los niños y niñas indígenas de las áreas rurales y de hogares de bajos ingresos.

La deserción o abandono, es otro de los problemas del sistema educativo, aunque el sistema tiene capacidad para ofrecer a los niños ecuatorianos instrucción primaria durante seis años, una gran parte de ellos no los completa. Tan solo 6 de cada 10 alumnos que ingresaron a primer grado en todo el país en 1985 culminaron la primaria en 1990. La deserción afecta también mayoritariamente a los sectores pobres e indígenas y a la población rural. Dos veces más alumnos de las escuelas primarias rurales que de las urbanas abandonan sus estudios antes de completar la primaria.



La educación primaria, es particularmente ineficaz, más de la mitad de alumnos no adquieren una competencia mínima en castellano y matemáticas; es decir, desde la primaria se inicia un proceso de acumulación de deficiencias que impide el desarrollo del potencial intelectual de las personas. Otro problema serio es el de la pertinencia, se mantiene un modelo con contenidos, organización y métodos de instrucción planteados hace más de 30 años, es un modelo homogeneizante y rígido en su estructura que no reconoce las diversidades regionales, étnicas, culturales y sociales; y lo que tiene repercusiones graves para el desarrollo del país, es un modelo con conceptos y prácticas pedagógicas anticuadas que no estimulan la creatividad y el pensamiento crítico y que no son sensibles a las tendencias actuales en la investigación, la tecnología y las formas de expresión y comunicación.

Los logros significativos de los años 70 en el nivel educativo de los ecuatorianos están relacionados con la expansión del gasto público. Entre 1972-1981, el gasto público en educación creció del 4,3 % al 5,4% del PIB, nivel que ubicó al Ecuador entre los países de América Latina con alto gasto, incluso por encima de Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela, pero en la década de los 80 el gasto en educación descendió drásticamente llegando

en 1991 al 2,8% del PIB. Este descenso ubicó al Ecuador muy por debajo del promedio regional (4,3%). Durante estos años, el progreso de la cobertura y oferta del sistema bajó su ritmo de avance. En los años 1990, el gasto en educación mostró indicios de recuperación: aumentó del 2,6% en 1992 al 4,6% del PIB en 1995 Pero a pesar de la recuperación, la cobertura y oferta institucional muestran no solo un estancamiento sino algunos signos de deterioro.

Uno de los problemas centrales del financiamiento de la educación es su excesiva dependencia de los recursos estatales, el Estado financia casi la totalidad de los requerimientos de los tres niveles educativos, sumado a la falta de criterios claros en la asignación de los recursos. La prioridad manifiesta ha sido la educación primaria, este nivel muestra la mayor insuficiencia en la inversión por alumno, así un alumno secundario cuesta cerca de 3 veces más que el primario y cada estudiante universitario cuesta 3 veces más que el secundario y 10 veces más que el primario; esta disparidad en la asignación de recursos es aún más grave si se considera la cobertura de cada uno de los tres niveles; en 1995, la matrícula primaria fue el doble que la secundaria y casi 9 veces que la universitaria; vale añadir que tampoco hay coherencia en la distribución de los recursos entre la operación

inmediata del sistema y sus necesidades de expansión a mediano y largo plazo, existe presión de los maestros para asegurar sus niveles salariales, junto a la reducción paulatina del gasto en educación, que dan como resultado una gestión ineficiente.

Siendo la educación uno de los pilares fundamentales como motor de los cambios sociales necesarios para eliminar las desigualdades sociales y ampliar las oportunidades para que los ecuatorianos podamos lograr condiciones de vida dignas, siendo un desafío el lograr el acceso universal de la educación; la igualdad de oportunidades para todos los ecuatorianos: exigir calidad en la enseñanza; lograr un modelo educativo abierto a las necesidades de la sociedad, contar con una política educativa integrada y participativa, así como un sistema educativo eficiente con un nuevo sentido profesional para los maestros.

### La Pobreza en el Ecuador

De los datos recogidos del Libro "Pobreza y Capital Humano en el Ecuador"-1997 (pp 1 -22) elaborado por la Secretaría Técnica del Frente Social se anota:

En 1996, el Ecuador alcanzó un ingreso de 1.630 dólares por habitante, esta cifra, si bien supera en más de dos veces el nivel de ingreso debajo del cual se considera que existe pobreza (aproximadamente 700 dólares al año), es engañosa. Las condiciones de vida de la población ecuatoriana varían grandemente y, lo que es más grave, para más de la mitad de ella son precarias. Mas de 6.000.0000 de ecuatorianos tienen ingresos que no les permiten siquiera satisfacer sus necesidades vitales en educación, salud, nutrición o vivienda. La crisis económica que ha afectado al país desde 1982 pone en duda las posibilidades de que esta situación cambie en el futuro y que todos los ecuatorianos puedan aspirar en corto plazo a una vida digna.

La pobreza es una situación social que impide a alas personas satisfacer sus necesidades básicas, en este sentido, constituye una negación de los derechos sociales fundamentales a quienes la sufren, y su reducción aparece como una prioridad del desarrollo.

La pobreza en el Ecuador es masiva. En 1995 afectaba al 56% de la población nacional, al 76% de la población rural y al 42% de la urbana, la evidencia muestra que su incidencia y severidad no han disminuido, y posiblemente ha aumentado, en los últimos diez años.

Para 1995, más de la población es pobre, (56%), es decir sufre de privaciones riesgos en la satisfacción de sus necesidades vitales, y una quinta parte (20%) es indigente, y no logra siquiera cubrir sus requisitos nutricionales.

La pobreza es una situación estructural que afecta a los hogares, impidiendo que sus miembros puedan satisfacer sus necesidades básicas y alcanzar su potencial como seres humanos. Según la conocida definición de Altimir: "La pobreza es un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo, situaciones de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social".

La distribución espacial de la pobreza es también desigual, la población rural es la más afectada: en el campo viven aproximadamente 3.300.000 pobres y de ellos 1.500.000 son indigentes. Aunque la pobreza urbana es relativamente más baja, afecta a 2.8000.000 personas, de los cuales 700.000 se encuentran en condiciones de extrema pobreza. Las diferencias entre

regiones, menos pronunciadas, muestran las desfavorables condiciones de la Sierra rural.

En 1995, la pobreza, medida según el método de las necesidades básicas insatisfechas alcanza el 59% a nivel nacional, el 42% en las ciudades y el 84% en el campo. Es decir, las carencias de condiciones mínimas en vivienda, educación, salud y empleo afectan a la mayoría de ecuatorianos. Esta estimación es semejante a aquella obtenida mediante los valores de consumo, excepto entre la población rural, donde las carencias de infraestructura habitacional y educación son muy altas.

La pobreza afecta en forma desigual a la población ecuatoriana. Existen algunos grupos sociales particularmente vulnerables; en el campo 7 de cada 10 personas viven en hogares pobres, en tanto que 4 de cada 10 son pobres en las ciudades. Es más existen considerables disparidades entre las distintas ciudades y áreas rurales del país.

La población indígena no solamente se encuentra más afectada por la pobreza, sino que sufre como de condiciones más desfavorables en su acceso a la educación y la salud, este grupo social tiene la mayor frecuencia

de hogares indigentes.

El 63% de los menores de 15 años vive en hogares pobres, las mujeres pobres y de baja educación tienden a tener más hijos, esto explica que los hogares pobres e indigentes sean numerosos y tengan más niños que el resto de los hogares.

La mayor parte de los trabajadores no calificados o escasamente calificados son pobres, en los grupos sin instrucción o instrucción primaria, la pobreza supera casi siempre el 50% llegando hasta cubrir el 83% de los trabajadores rurales sin instrucción. Por el contrario entre la fuerza de trabajo calificada del área urbana (con instrucción post-secundaria) menos de la quinta parte son pobres.

La pobreza acompaña también a situaciones de empleo precarias o inestables, y normalmente de baja productividad.

Los asalariados agrícolas y los campesinos son los más afectados, igualmente los trabajadores familiares no remunerados, de los trabajadores por cuenta propia y de los empleados domésticos, quienes se hallan

frecuentemente en condiciones de informalidad .

Las profundas desigualdades sociales a lo largo de las últimas décadas, así como el carácter masivo de la pobreza, constituyen una faceta negativa del proceso de desarrollo en América Latina, en este contexto el Ecuador aparece entre los países más afectados por la insuficiencia del desarrollo social y las privaciones en las necesidades básicas. El modelo de desarrollo seguido en el país, como en otros casos regionales, se ha caracterizado por una reducida distribución social de los frutos del crecimiento económico

Entre los factores explicativos de este reducido impacto de la promesa del desarrollo se destacan principalmente tres:

- El limitado desarrollo del capital humano, y en especial, de la escolaridad de la población, que no solo ha frenado el efecto redistributivo de la educación pública sino que obstaculiza las oportunidades para que el país se inserte en el nuevo régimen económico internacional.
- La escasa capacidad de generación de empleo productivo en el sector moderno de la economía, agravada por la adopción de técnicas capital-



intensivas durante las etapas de rápido crecimiento económico, como en el caso del boom petrolero.

- La elevada concentración de la propiedad de la tierra y otros recursos productivos que, siendo el factor histórico más importante en la explicación de la desigualdad social, no ha sido revertida en las últimas décadas.

La crisis económica, prevaleciente desde inicios de los años 1980, y las políticas de ajuste estructural, apertura comercial y promoción de exportaciones que le siguieron han agravado la tendencia hacia una desigual distribución de la riqueza. El resultado ha sido un significativo deterioro social que puede observarse en el aumento de la incidencia y la profundidad de la pobreza e indigencia, la concentración del ingreso y en la exacerbación del subempleo que, hoy en día afecta gravemente a los trabajadores ecuatorianos.

#### **Análisis e Interpretación:**

La inversión pública en salud y educación, constituye una inversión en

el capital humano, por tanto la salud y educación son aspectos fundamentales para el desarrollo del país, áreas hacia las cuales debe orientarse la inversión en el recurso humano, a fin de estimular el crecimiento económico y reducir la pobreza y desigualdades.

La Salud y la Educación, deben ser consideradas como Políticas de Estado, es necesario y urgente que se priorice estos dos ejes fundamentales que posibilite un renovado compromiso con objetivos de salud para todos, igualdad de oportunidades en el acceso de los servicios de salud y educación, sólidas bases financieras y económicas, como elementos centrales para afrontar el desarrollo social y económico del país.

Las desigualdades sociales, y el carácter masivo de la pobreza son aspectos negativos que obstaculizan el desarrollo de su capital humano, de ahí que es necesario realizar un esfuerzo integrado del Estado Central, Gobiernos locales y sociedad civil, a fin de que se cumplan las políticas y programas de desarrollo social como un mecanismo que debe fortalecerse como objetivo central en el proceso de desarrollo, siendo necesario que se definan prioridades para reducir la pobreza y las desigualdades sociales, cumplir con las políticas sociales establecidas en el Plan Nacional de

Desarrollo elaborado por la Secretaría Técnica del Frente Social Ecuador 1996-2005, optimizar el uso de los recursos, la reforma organizativa del aparato público y la renovación de las formas en que se entregan los servicios sociales todo lo cual coadyuvará al Desarrollo y Seguridad del país, cuya meta principal es el de que todos los ecuatorianos tengan una vida digna, que puedan acceder a la educación, salud, nutrición, vivienda y empleo con pleno derecho a participar libremente en la construcción de un país fuerte y consolidado en donde primen los grandes intereses nacionales .

## CAPITULO IV

### SITUACION ACTUAL DEL DISCAPACITADO EN EL ECUADOR

#### Antecedentes

Existe en el mundo actual un número grande y creciente de personas con discapacidad. La cifra estimada de 500 millones, por lo menos una de cada diez personas tiene una deficiencia física, mental o sensorial, y la presencia de la discapacidad repercute de modo adverso en, al menos el 25% de toda la población.

Para el año de 1980, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, había manifestado que aproximadamente el 10% de los habitantes del mundo padecían de algún tipo de deficiencia física, sensorial o mental. Este elevado porcentaje requería de una asistencia especial para lograr la máxima participación en sus propias comunidades. Si al número de personas con discapacidad se añade entre los familiares cuyas vidas se ven

afectadas por la necesidad de cuidado de un familiar con algún tipo de discapacidad es posible que alrededor del 25% de la población de cualquier país está afectada por la discapacidad, al menos en lo que respecta al potencial productivo.

La Organización Mundial de la Salud prevé que estos porcentajes no disminuirán durante los próximos quince años y que pueden incluso aumentar ligeramente.

El 80% del total de personas con discapacidad se encuentran en las zonas urbano marginales y rurales de los países en desarrollo padecen pobreza absoluta, mal nutrición y enfermedades tropicales, son analfabetos, viven en zonas marginales y no tienen acceso a servicios de rehabilitación, peor aún un trabajo estable y remunerado.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, para 1982 el número de personas con discapacidad en los países en vías de desarrollo alcanzaba a unos 400 millones de personas, lo que a esta fecha representa un 10% aproximadamente de la población mundial total.

La década de los 80, declarada por las Naciones Unidas como la década de los impedidos, hizo que los gobernantes y ciudadanos del mundo volvieran la mirada hacia los discapacitados. En cada país de una u otra manera se ha tratado de crear una conciencia y despertar un adecuado sentimiento de aceptación hacia este sector.

En el Ecuador, según el diagnóstico de 1981 elaborado por el Instituto Ecuatoriano del Niño y la Familia INNFA, encontramos que el número de personas con discapacidad en el país representan un 12.8% de la población total, si se proyecta este porcentaje a la población actual, se estimaría en 1'280.000 personas con discapacidad.

Según esta investigación, los tipos de "impedimentos" encontrados fueron: impedimentos mentales 21.0%; neuromusculares 17.1%; osteo articular 14.9%; auditivo 13.2%; visual 13.0%; lenguaje 9.4%; problemas psiquiátricos 5.2% y otros 6.2%.

En lo referente a las causas de impedimento, las enfermedades tienen un porcentaje de 39.0%; los accidentes un 23.9%; congénitas un 20.4%;

hereditarias un 9.3%; y problemas de parto un 7.3%. El 50% de los discapacitados identificados se encuentran en el grupo de 0 a 15 años de edad.

### Situación Actual

La Universidad Central del Ecuador en coordinación con la INSERSO de España y el Consejo Nacional de Discapacidades –CONADIS, realizaron en el Ecuador en 1996 una investigación de la situación actual del discapacitado, investigación que permitió conocer la realidad del discapacitado en nuestro país.

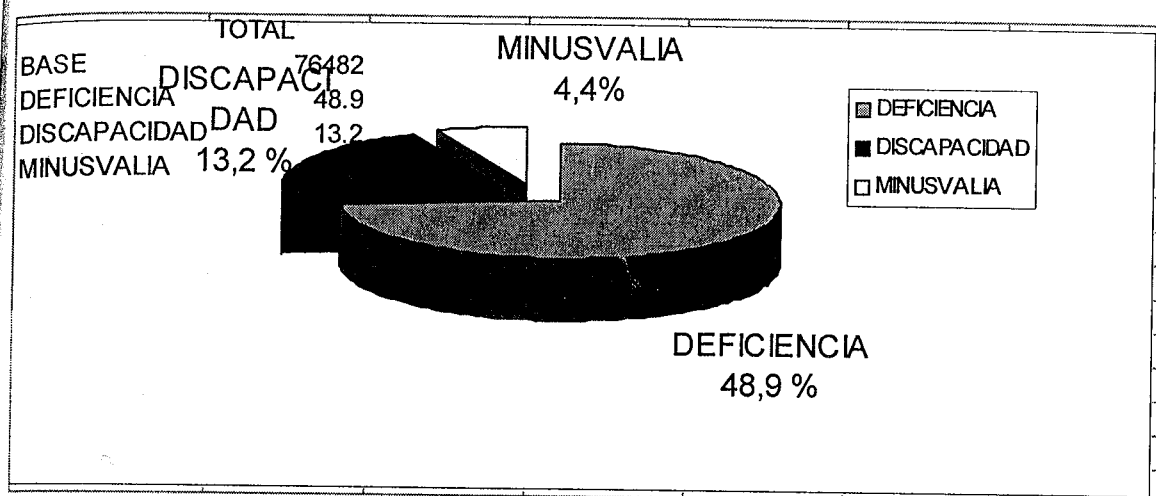
Los resultados de esta investigación son los siguientes:

#### CUADRO N°2

#### SITUACION ACTUAL DE LOS DISCAPACITADOS EN EL ECUADOR

BASE	76482
DEFICIENCIA	48,9
DISCAPACIDAD	13,2
MINUSVALIA	4,4

**GRAFICO N° 1**  
**SITUACION DE LOS DISCAPACITADOS A NIVEL NACIONAL**



**Fuente: Resultados de la encuesta del proyecto ESADE, 1996.**

**DEFICIENCIA.-** El porcentaje de personas en esta situación alcanza el 48,9 % de la población total, lo que significa que un promedio una de cada dos personas en el Ecuador tienen algún tipo de deficiencia personal.

**DISCAPACIDAD.-** De las personas encuestadas, el 13,2 % presentan algún nivel de discapacidad para realizar actividades de auto sustento, que representa el 26,9% de las personas con deficiencias.

**MINUSVALIA.-** El 4,4 % de la población encuestada son personas con minusvalias que representan el 33,1% de las personas con discapacidad.



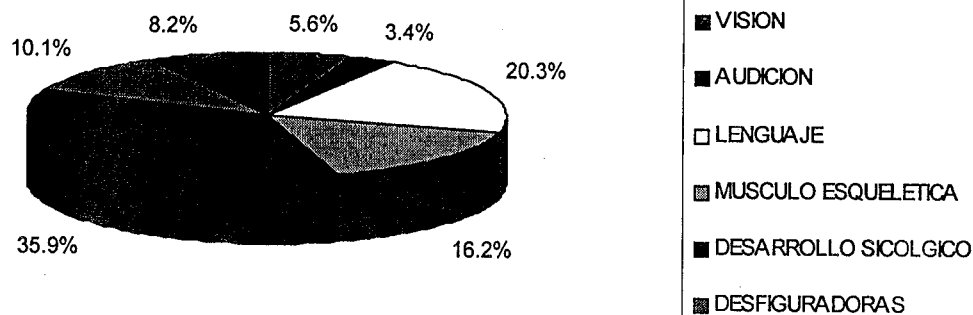
CUADRO N° 3

## TIPO DE DEFICIENCIAS EN MENORES DE 5 AÑOS

BASE	662
VISION	5,6
AUDICION	3,4
LENGUAJE	20,3
MUSCULO ESQUELETICA	16,2
DESARROLLO PSICOLOGICO	35,9
DESFIGURADORAS	10,1
VISERALES	8,2

GRAFICO N° 2

## DEFICIENCIAS EN MENORES DE 5 AÑOS



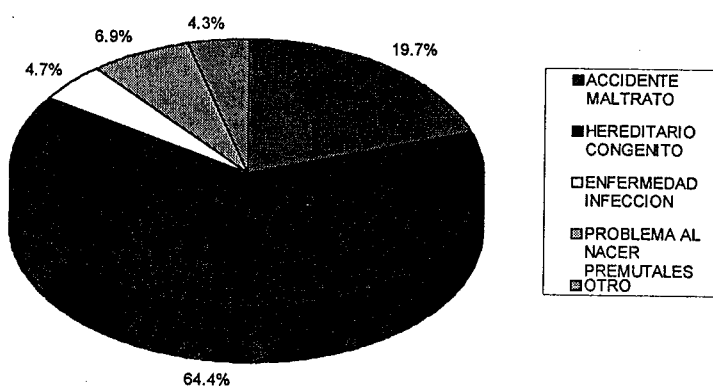
Fuente resultados de la encuesta del proyecto ESADE 1996

Los niños menores de 5 años encuestados y que presentan alguna deficiencia, en un 42 % eran niños con al menos dos deficiencias simultáneas.

**CUADRO N° 4**  
**CAUSAS DEL PROBLEMA EN MENORES DE 5 AÑOS**

BASE	508
ACCIDENTE MALTRATO	19.7
HEREDITARIO CONGENITO	64.4
ENFERMEDAD INFECCION	4.7
PROBLEMA AL NACER PREMUTALES	6.9
OTRO	4.3

**GRAFICO N° 3**  
**REPRESENTACION DE LAS CAUSAS DEL PROBLEMA EN MENORES**  
**DE 5 AÑOS**



Fuente: Resultados de la encuesta ESADE, 1996.

En el grupo de menores de 5 años. Las causas de las deficiencias se reconocen como relacionadas con problemas hereditarios o congénitos (64%) seguida por las deficiencias accidentales y/o maltratado (19,7%).

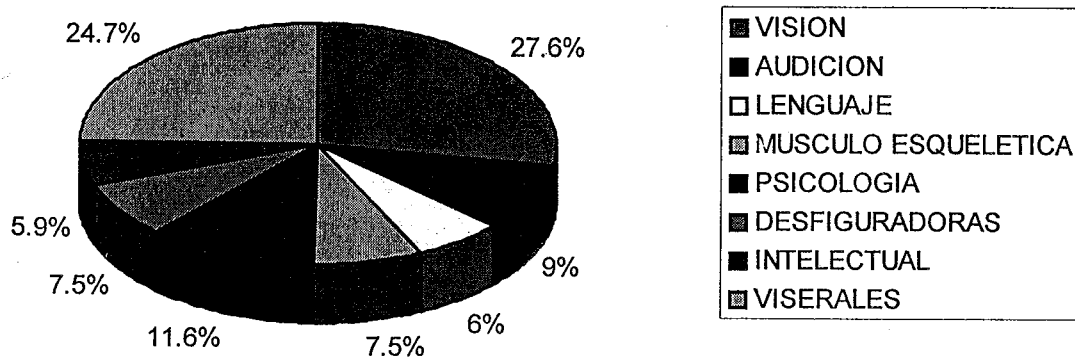
#### CUADRO N° 5

#### DEFICIENCIAS EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS

BASE	9357
VISION	27,6
AUDICION	9.0
LENGUAJE	6.0
MUSCULO ESQUELETICA	7.5
PSICOLOGIA	11.6
DESFIGURADORAS	7.5
VISERALES	24.7

#### GRAFICO N° 4

#### DEFICIENCIAS EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS



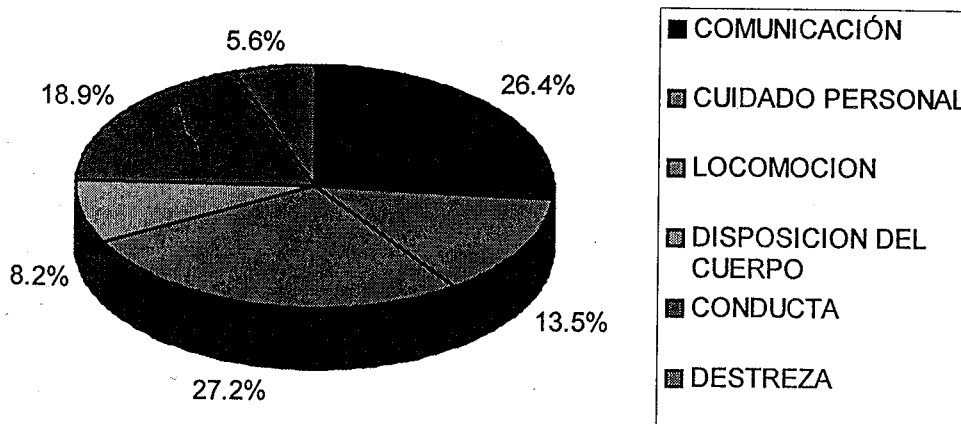
Fuente Resultado de encuesta del proyecto ESADE 1996.

En la población nacional mayor a 5 años, formada por jóvenes, adultos y ancianos, las deficiencias que se encontraron con más frecuencia fueron las visuales que afectan al 27,6 % de los encuestados y las deficiencias en el funcionamiento de las vísceras internas con el 24,7 %.

**CUADRO N° 6**  
**TIPO DE DISCAPACIDADES EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS**

BASE	1894
COMUNICACIÓN	26.4
CUIDADO PERSONAL	13.5
LOCOMOCION	27.2
DISPOSICION DEL CUERPO	8.2
CONDUCTA	18.9
DESTREZA	5.6

**GRAFICO N° 5**  
**DISCAPACIDADES EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS**



Fuente: Resultados de la encuesta del proyecto ESADE, 1996.

A nivel nacional se encontró que el 26.4 % de las personas estaba relacionada a la pérdida o disminución de la capacidad de comunicación interpersonal, el 27.2 % con las actividades de locomoción, 18.9 %, problemas de conducta y el 13.5 % con el cuidado personal. Disposición del cuerpo y destreza presentan porcentajes menores.

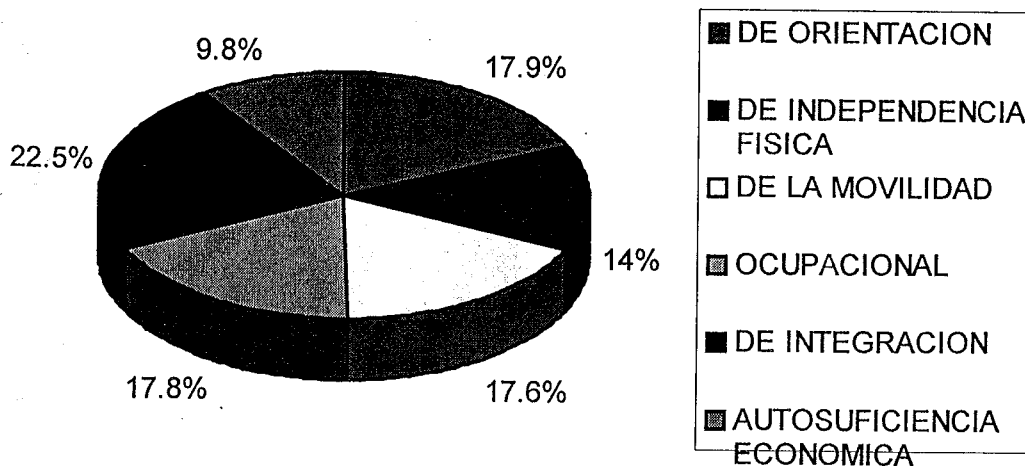
#### CUADRO N° 7

##### MINUSVALIAS EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS

BASE	1991
DE ORIENTACION	17.9
DE INDEPENDENCIA FISICA	14
DE LA MOVILIDAD	17.6
OCUPACIONAL	17.8
DE INTEGRACION	22.5
AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA	9.8

#### GRAFICO N° 6

##### MINUSVALIAS EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS



Fuente: resultados de la encuesta del proyecto ESADE 1996.

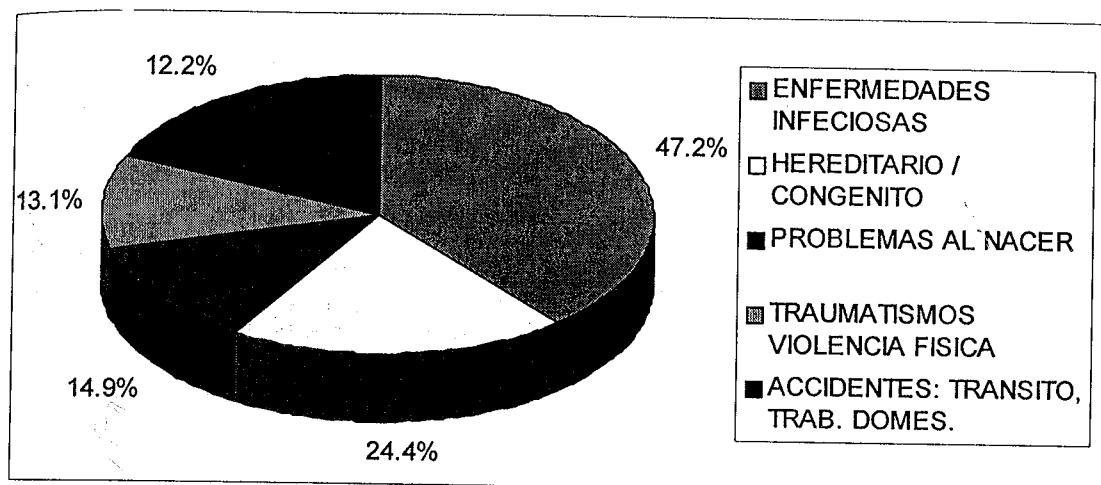
En este estudio se encontró que la población discapacitada, las minusvalías que impiden la integración social afectan el 22.5 % de los discapacitados, seguidas por las minusvalías de la orientación temporo-espacial, de la movilidad y las que impiden la integración ocupacional. Las personas con minusvalía de autosuficiencia económica, en términos porcentuales son menos representativas.

#### CUADRO N° 8

##### CAUSA DE LOS PROBLEMAS DISCAPACITANTES EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS

BASE	1991
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	47.2
HEREDITARIO / CONGENITO	24.4
PROBLEMAS AL NACER	14.9
TRAUMATISMOS VIOLENCIA FISICA	13.1
ACCIDENTES: TRANSITO, TRAB. DOMES.	11.2

GRAFICO N° 7

CAUSA DE LOS PROBLEMAS DISCAPACITANTES EN PERSONAS  
MAYORES DE 5 AÑOS

Fuente: Resultados de la encuesta del proyecto ESADE, 1996

Para la población mayor de 5 años, las secuelas de enfermedades e infecciones son la causa mayor de aprovechamiento de discapacidades (47.2%), los problemas congénitos y hereditarios llegan al 24.4 %, los problemas al nacer afectan al 15 % de los discapacitado, los traumatismos. de diversa índole ocurren en el 13.1 % y los accidentes se reconocen como la causa en el 12.2 % de las personas discapacitadas.

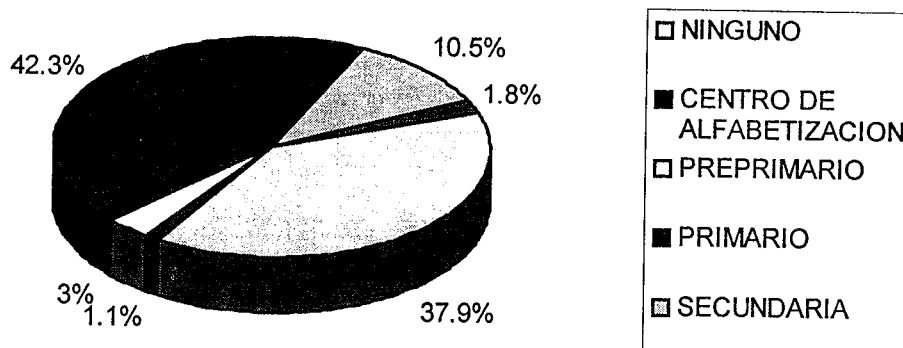
CUADRO N° 9

**CARACTERISTICAS EDUCACIONALES, SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD**

BASE	1991
NINGUNO	37.9
CENTRO DE ALFABETIZACION	1.1
PREPRIMARIO	3
PRIMARIO	42.3
SECUNDARIA	10.5
UNIVERSIDAD	1.8

GRAFICO N° 8

**CARACTERISTICAS EDUCACIONALES POR EL GRADO DE ESCOLARIDAD**



Fuente: Resultados de la encuesta del proyecto ESADE 1996

El 37.9% de la población con discapacidad no ha terminado ningún nivel de instrucción, al comparar con los índices generales de analfabetismo



el 9.8% se encuentra que esta población está severamente segregada del acceso a la instrucción básica, es decir que en este grupo social existe mayor nivel de analfabetismo.

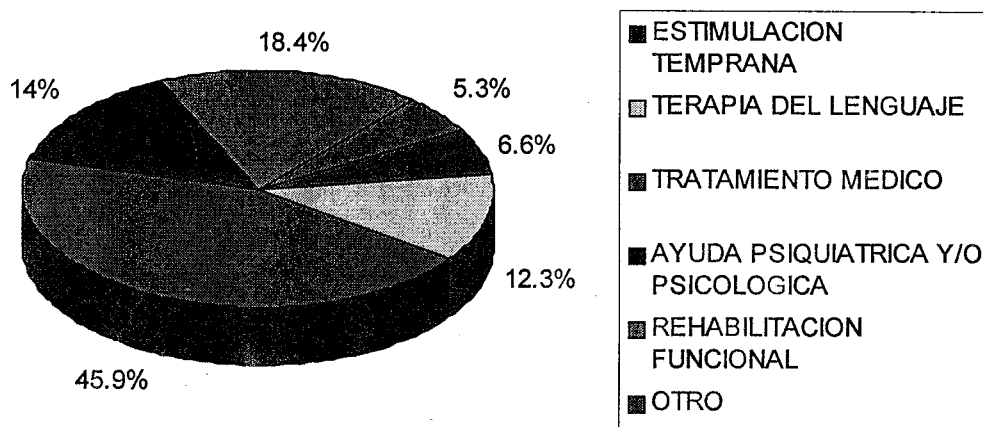
CUADRO N° 10

## ATENCIONES QUE HA RECIBIDO LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

BASE	1337
ESTIMULACION TEMPRANA	6.6
TERAPIA DEL LENGUAJE	12.3
TRATAMIENTO MEDICO	89.9
AYUDA PSIQUIATRICA Y/O PSICOLOGICA	14
REHABILITACION FUNCIONAL	18.4
OTRO	5.3

GRAFICO N° 9

## ATENCIONES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Fuente: Resultados de la encuesta del proyecto ESADE 1996.

La atención médica tiene predominio claro, ha recibido cerca del 50 % de la población encuestada, sobre todo a nivel urbano, con un relativo mayor predominio en la costa y el oriente.

La rehabilitación enfocada sobre todo al aparato músculo - esquelético y sensorial, ha recibido el 18.4 % especialmente en la zona urbana, existen significativas diferencias a nivel regional.

A pesar de que los problemas psicológicos emocionales y de la conducta son importantes, la atención especializada ha llegado al 14 % de los encuestados, a nivel urbano (77.5 %) la región con más atención de este tipo es la costa con (62.6%).

La estimulación temprana es un programa relativamente de muy poco tiempo de aplicación en el país, por lo que se encontró que lo recibido el 6 % de los encuestados, sobre todo en el nivel urbano y con porcentajes similares en las regiones geográficas.

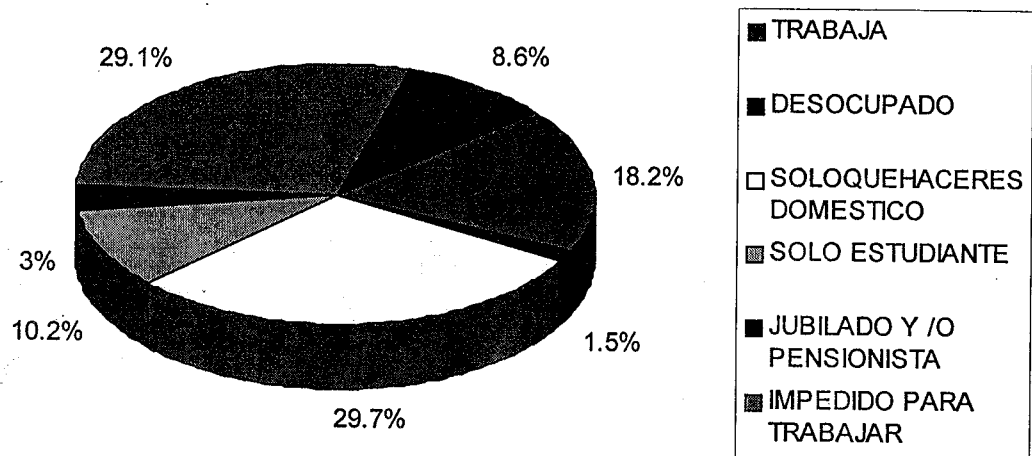
TABLA N° 11

## HISTORIA OCUPACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

BASE	1988
TRABAJA	18.2
DESOCUPADO	1.5
SOLOQUEHACERES DOMESTICO	29.7
SOLO ESTUDIANTE	10.2
JUBILADO Y /O PENSIONISTA	3
IMPEDIDO PARA TRABAJAR	29.1
SE IGNORA	9.5

GRAFICO N° 10

## HISTORIA OCUPACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Fuente: Resultados de la encuesta del Proyecto ESADE 1996.

La situación de discapacidad es un importante factor de exclusión en los mercados laborales. La tasa de dependencia económica de la población discapacitada es mucho mayor que la de la población en general.

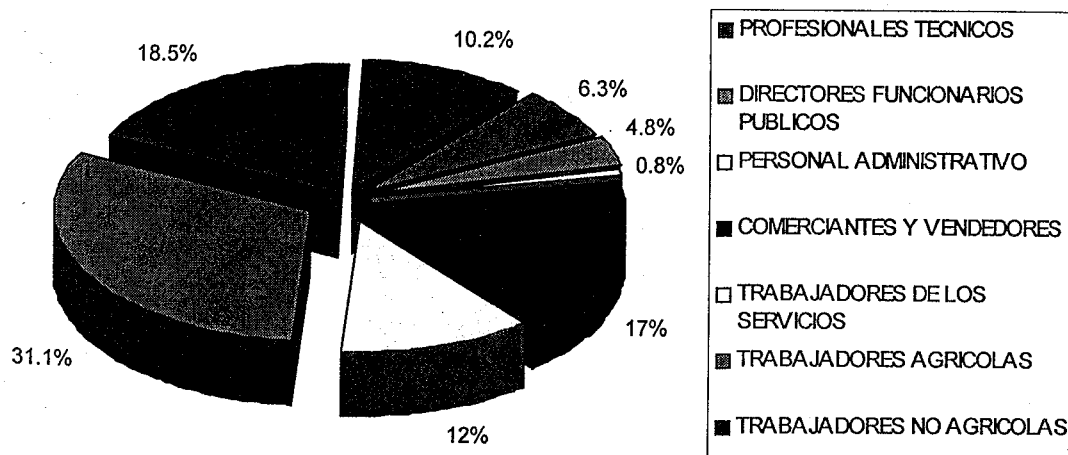
**TABLA N° 12**

**POBLACION DISCAPACITADA SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL**

BASE	383
PROFESIONALES TECNICOS	6.3
DIRECTORES FUNCIONARIOS PUBLICOS	3.1
PERSONAL ADMINISTRATIVO	.8
COMERCIANTES Y VENDEDORES	17
TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS	12
TRABAJADORES AGRICOLAS	31.1
TRABAJADORES NO AGRICOLAS	18.5
NO CLASIFICADOS	10.5

**GRAFICO N° 11**

**POBLACION DISCAPACITADA SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL**



Fuente: Resultados de la encuesta del proyecto ESADE, 1996.

Aproximadamente la tercera parte de las personas con discapacidad que pertenecen a la categoría ocupacional de trabajadores agrícolas (31% y los siguientes mayores porcentajes se encuentran relacionados con la categoría trabajos no agrícolas (18%) y el comercio (17%). A su vez se puede notar los bajos porcentajes de profesionales, directores y personal administrativo.

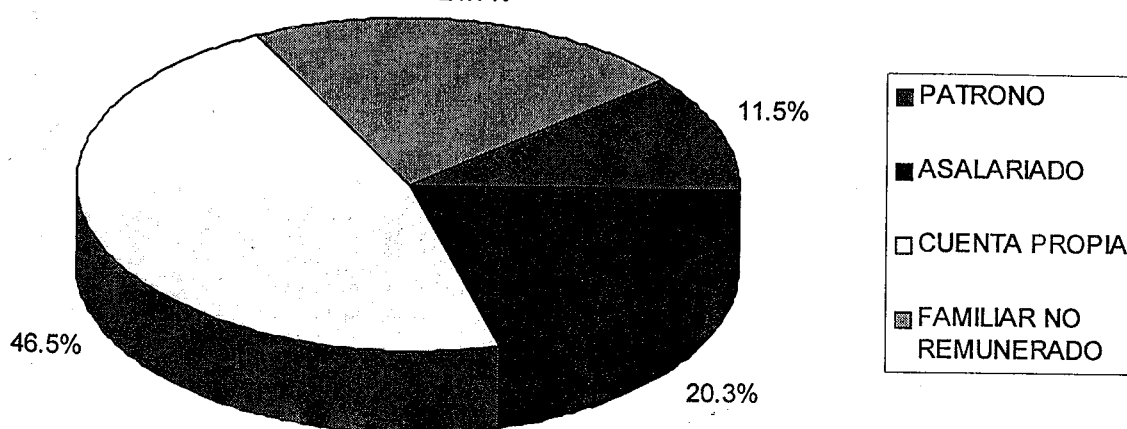
**TABLA N° 13**

**POBLACION CON DISCAPACIDAD SEGÚN CATEGORIA DE OCUPACION**

BASE	383
PATRONO	6.5
ASALARIADO	3.2
CUENTA PROPIA	46.5
FAMILIAR NO REMUNERADO	11.7

**GRAFICO N° 12**

**DISCAPACIDADES SEGÚN CATEGORIA DE OCUPACION**



Fuente: Resultado de la Encuesta del Proyecto ESADE, 1996.

La información contenida en el cuadro anterior, señala que entre las personas con discapacidad, el trabajo por cuenta propia es la forma predominante de relación laboral (46.5%).

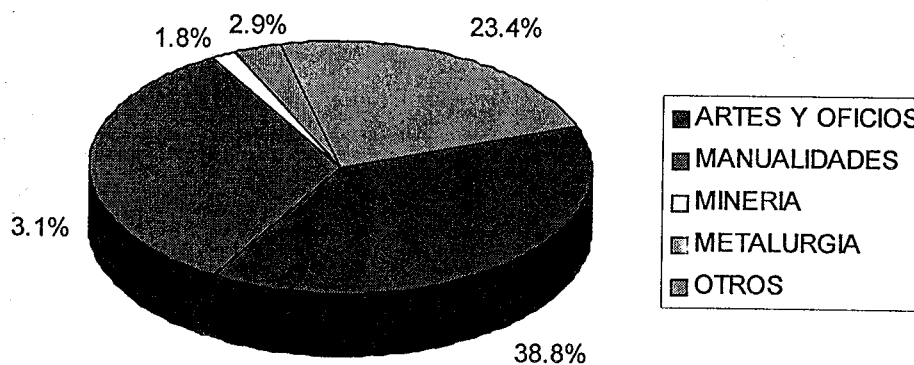
**TABLA N° 14**

**TIPO DE CAPACITACION**

BASE	139
ARTES Y OFICIOS	38.8
MANUALIDADES	33.1
MINERIA	1.7
METALURGIA	2.9
OTROS	23.4

**GRAFICO N° 13**

**TIPO DE CAPACITACION**



**Fuente: Resultados de la encuesta del proyecto ESADE, 1996.**

Los temas de capacitación a personas con discapacidades se han enfocado a las carreras tradicionales y generalmente de menor remuneración, como las manualidades (corte, confección, belleza y cerámica). Además, se encontró que el 33.1% lo había recibido, pero no estaba trabajando con esos conocimientos.

La Universidad Central del Ecuador a través de la Coordinación General de Investigaciones y el Ministerio de Bienestar social, en 1989 iniciaron con el proyecto LA SITUACION ACTUAL DEL DISCAPACITADO EN EL ECUADOR, con los siguientes resultados.

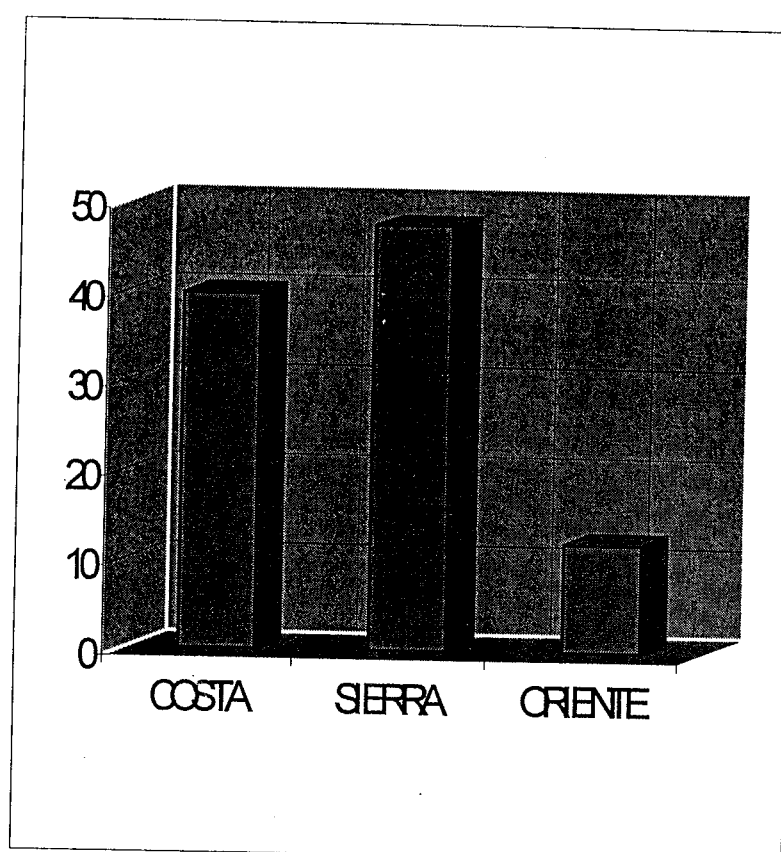
**TABLA N° 15**

**REGIONES DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD  
QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

TOTAL INSTITUCIONES	103
COSTA	39.8
SIERRA	47.6
ORIENTE	12.3

GRAFICO N° 14

REGIONES DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD  
QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES



Se puede notar que existe un mayor número de instituciones distribuidas en porcentajes cercanos entre la costa y la sierra y con gran



diferencia en relación a la región del Oriente que a demás tiene la menor población general.

Sin embargo, esta distribución regional enmascara la diferente distribución de servicios a nivel provincial, y la concentración de los mismos a nivel de las dos grandes del país: Quito y Guayaquil.

**TABLA N° 16**

**PROVINCIAS EN DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE ATIENDEN A PERSONAS DISCAPACITADAS**

PROVINCIA	No. INST.	PORCENTAJES
AZUAY	5	4.9
BOLIVAR	5	4.9
CAÑAR	3	2.9
CARCHI	2	1.9
CHIMBORAZO	4	3.9
COTOPAXI	2	1.9
EL ORO	8	7.8
ESMERALDAS	1	1
GALAPAGOS	2	1.9
GUAYAS	22	21.4
IMBABURA	5	4.9
MANABI	7	6.8
NAPO	6	5.8

PASTAZA	5	4.9
PICHINCHA	21	20.4
LOS RIOS	1	1
SUCUMBIOS	2	1.9
TUNGURAHUA	2	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

No se consiguió información de Loja, Morona Santiago y Zamora Chinchipe.

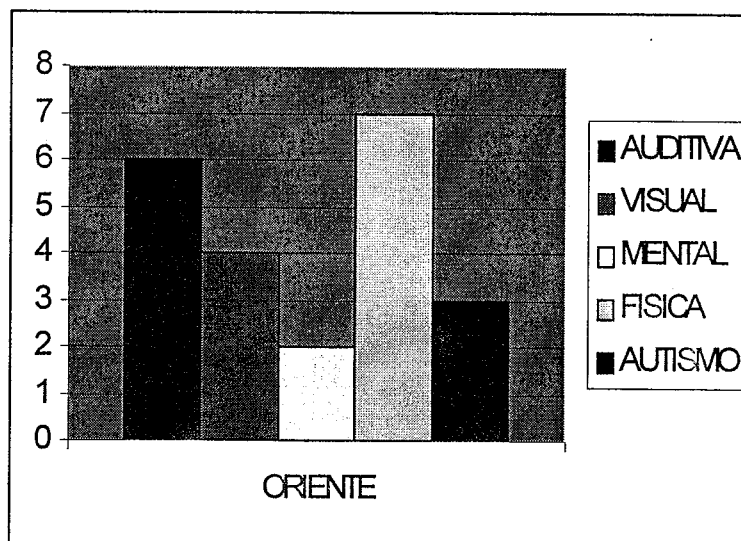
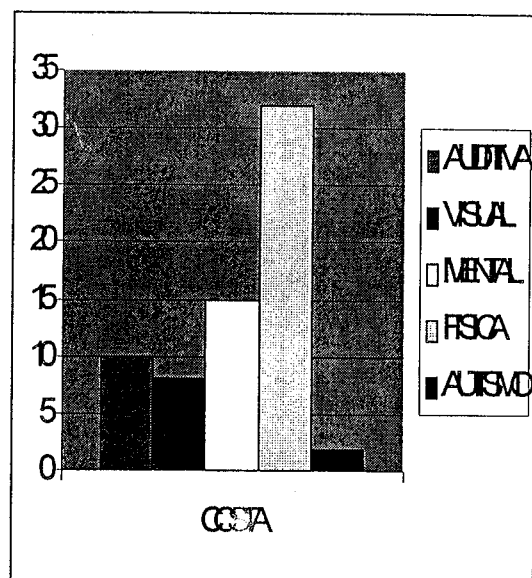
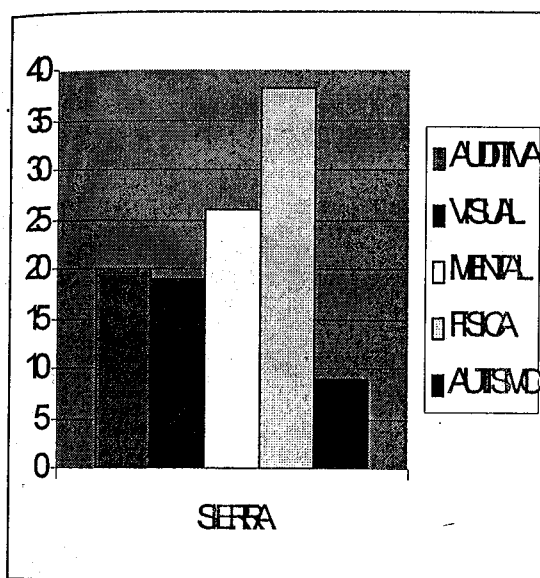
**TABLA N° 17**

**NUMERO DE INSTITUCIONES PUBLICAS, SEMIPUBLICAS Y PRIVADAS  
POR TIPO DE DISCAPACIDAD QUE ATIENDE Y POR REGIONES**

REGION	TIPO DE DISCAPACIDAD					TOTAL
	AUDITIVA	VISUAL	MENTAL	FISICA	AUTISMO	
COSTA	10	8	15	32	2	67
SIERRA	20	19	26	38	9	112
ORIENTE	6	4	2	7	3	24
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>77</b>	<b>14</b>	<b>203</b>

GRAFICO N° 15

NUMERO DE INSTITUCIONES PUBLICAS, SEMIPUBLICAS Y PRIVADAS  
POR TIPO DE DISCAPACIDAD QUE ATIENDE Y POR REGIONES



En Cuanto a la distribución de los servicios de salud por el tipo de discapacidad que atienden, se encuentran que en general existen un mayor número de instituciones para la atención de la discapacidad física que para las otras discapacidades, con 77 institutos a nivel nacional.

Esta distribución mayor de las instituciones para deficiencia física a nivel del país, se encuentra también en forma similar a nivel provincial de la Costa, Sierra y Oriente. Las instituciones que atienden a las demás discapacidades se encuentra en menor número, seguidos por mental, auditiva, visual, autismo.

**TABLA N° 18**

**NUMERO DE INSTITUCIONES DE SALUD QUE PRESTA SERVICIOS PRIVADOS DE ATENCION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

<b>PRIVADO</b>	<b>NUMERO DE INSTITUCIONES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CON FINES DE LUCRO	7	31.8
FUNDACIONES GENERALES	5	22.7 %
ORG. POPULAR URBANA	2	9.1 %
RELIGIOSAS	6	27.3 %
VOLUNTARIADO NACIONAL	2	9.1 %
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

A nivel privado las instituciones de salud con fines de lucro son ligeramente más numerosas que las regentadas por organizaciones religiosas, lo que podría entenderse prima una visión de rentabilidad antes que se servicios benéficos.

**TABLA N° 19**

**NUMERO DE INSTITUCIONES DE SALUD, CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN PARA LA ATENCION A LAS PERSONAS DISCAPACIDADES**

	DA *No	DV*No	DM*No	DF*No.	AU No
DIGANOSTICO Y EVALUACION	36	31	41	69	14
PREVENCION	31	27	33	55	10
REHBILITACION FISICA	29	26	35	69	10
REHABILITACION MEDICA	18	16	24	25	8
EDUCACION ESPECIAL	11	9	11	14	6
ESTIMULACION TEMPRANA	15	14	20	27	7
CAPACITACION ACUPACIONAL	6	5	10	9	3
CAPACITACION EMPRESARIAL	4	4	4	7	1
TALLERES ESPECIALES	5	3	7	4	2
SISTEMA DE COLOCACION	1	1	1	0	0
READAPTACION LABORAL	1	1	4	2	2
ESCUELA PARA PADRES	4	2	6	5	1
DEPORTE Y RECREACION	7	4	10	10	3

DA = deficiencia auditiva, DV = Deficiencia Visual DM = Deficiencia Mental, DF= Deficiencia Física AU = Autismo

Algunas instituciones realizan más de una opción, por lo que aparecen incrementados el número de instituciones.

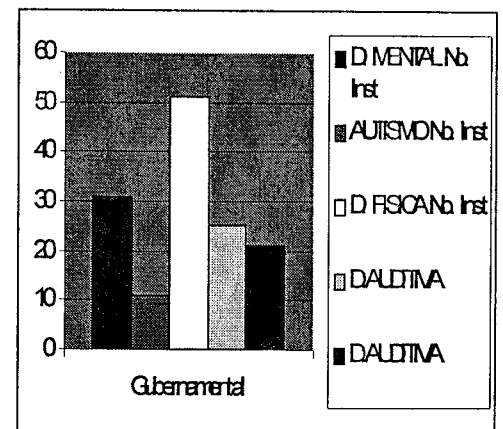
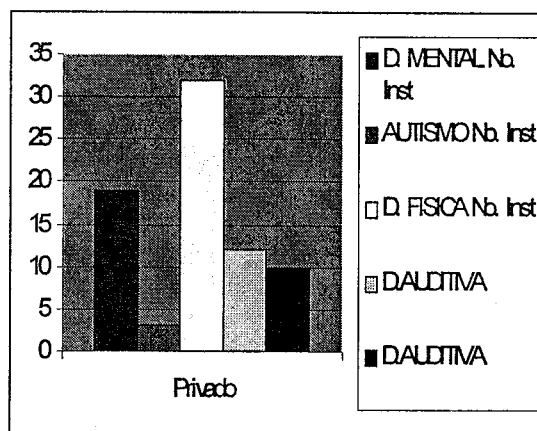
TABLA N° 20

TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PRESUPUESTO	NUMERO DE INSTITUCIONES DE SALUD				
	D. MENTAL No. Inst	AUTISMO No. Inst	D. FISICA No. Inst	D:AUDITIVA No. Inst	D:VISUAL No. Inst
Gubernamental	31	11	51	25	21
Privado	19	3	32	12	10
TOTAL	51	14	85	41	31

GRAFICO N° 16

TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Algunas instituciones privadas, reciben ayuda financiera gubernamental, por lo que se aumenta el total de instituciones.

**TABLA N° 21**

**REGIONES EN DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR Y TRABAJO QUE ATIENDE A PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

REGION	NUMERO DE INSTITUCIONES	
	No. Inst.	% Acumulado
COSTA	5	20
SIERRA	20	80
ORIENTE		
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

De acuerdo a esta encuesta, la región Sierra tiene mayor número de instituciones, que en el resto del país, en parte relacionado con el mayor número de provincias que se encuentran en esta zona, y por la distribución de servicios correspondientes a la división geopolítica.

TABLA N° 22

**PROVINCIAS EN DONDE SE ENCUENTRAN LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

PROVINCIA	NUMERO DE INSTITUCIONES	
	No. Inst.	PORCENTAJE
AZUAY	2	8
BOLIVAR	2	8
CAÑAR		
CARCHI	1	4
CHIMBORAZO	2	8
COTOPAXI		
EL ORO	1	4
ESMERALDAS	1	4
GALAPAGOS		
GUAYAS	3	12
IMBABURA	1	4
MANABI		
LOJA	1	4
NAPO		
PASTAZA		
PICHINCHA	10	40
LOS RIOS		
SUCUMBIOS		
TUNGURAHUA		
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>



Dentro de la región de la costa, Manabí y los Ríos son las provincias con ausencia de instituciones de bienestar social y trabajo, para atención a la atención con discapacidades

Dentro de la región de la sierra se encuentra en general una limitada existencia de servicios de bienestar social y trabajo, a excepción de Pichincha que es la que concentra la mayor parte de ellos. Las provincias sin servicios se encuentran en Cañar y Azuay.

En la Región Oriental y la provincia insular no existen instituciones registradas en esta encuesta.

**TABLA N° 23**

**NUMERO DE INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO:  
PUBLICAS Y SEMIPUBLICAS QUE TIENEN SERVICIOS DE ATENCION  
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

INSTITUCIONES PUBLICAS Y SEMI PUBLICAS	NUMERO DE INSTITUCIONES	
	No. Inst.	PORCENTAJE
MINISTERIO DE BIENESTA SOCIAL Y TRABAJO	10	66.7
MILITARES	2	18.3
MUNICIPAL SECCIONAL		
SECAP, DINADER	3	20
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

son más numerosas que las regentadas por organizaciones religiosas, lo que podría entenderse que corresponde a la visión de servicios y no rentabilidad.

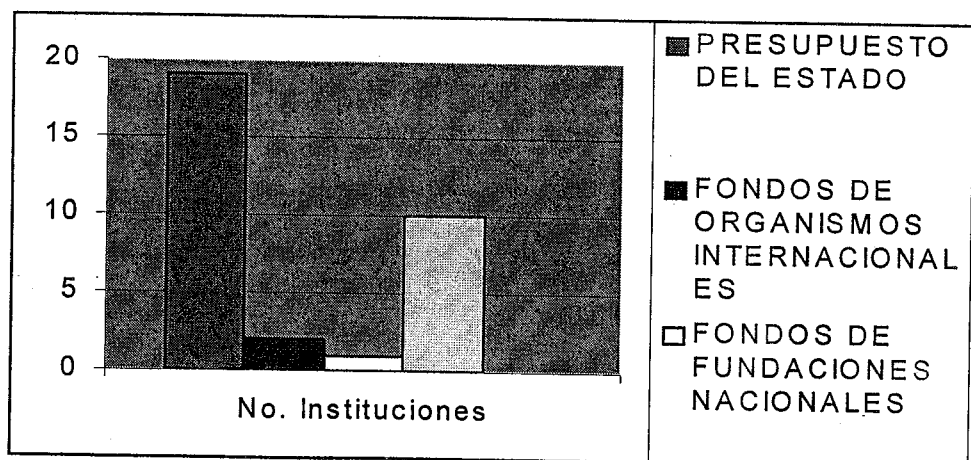
**TABLA N° 25**

**DISTRIBUCION DE LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL  
RELACIONADOS CON LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LAS  
INSTITUCIONES**

	No. Instituciones	Porcentaje
PRESUPUESTO DEL ESTADO	19	76
FONDOS DE ORGANISMOS INTERNACIONALES	2	8
FONDOS DE FUNDACIONES NACIONALES	1	4
RECURSOS PROPIOS	10	40
FONDOS DE LA COMUNIDAD	0	0

**GRAFICO N° 17**

**DISTRIBUCION DE LAS INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL  
RELACIONADOS CON LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LAS  
INSTITUCIONES**



La mayoría de las instituciones funcionan con fondos del Estado (76%), otro elevado porcentaje de instituciones el (40%) trabajan con recursos propios, las restantes con ayuda de fundaciones nacionales y organismos internacionales.

**TABLA N° 26**

**PROVINCIAS QUE SE ENCUENTRAN LAS ASOCIACIONES Y FUNDACIONES QUE ATIENDEN CON DISCAPACIDADES**

<b>PROVINCIA</b>	<b>NO. INSTITUCIONES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>REGION COSTA</b>		
ESMERALDAS	1	2
MANABI		
LOS RIOS		
GUAYAS	8	15.7
EL ORO	1	2
<b>REGION DE LA SIERRA</b>		
CARCHI	1	2
IMBABURA	2	3.9
PICHINCHA	20	39.2
COTOPAXI	1	2
TUNGURAHUA	2	3.9
CHIMBORAZO	5	9.8
BOLIVAR		
AZUAY	5	9.8

CAÑAR		
LOJA	4	7.9
<b>REGION ORIENTE</b>		
SUCUMBIOS		
NAPO		
PASTAZA	1	2
MORONA		
ZAMORA		
REGION INSULAR		
ISLAS GALAPAGOS		
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

En este cuadro se especifica la distribución de las organizaciones y fundaciones según las provincias en las cuales funcionan, encontrándose el predominio de la localización en las dos provincias más pobladas del país que son Guayaquil y Quito.

TABLA N° 27

NUMERO DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES, POR TIPO DE DISCAPACIDAD QUE ATIENDE Y POR TIPO DE DISCAPACIDAD QUE ATIENDE Y POR REGIONES

REGION	TIPO DE DISCAPACIDAD					TOTAL
	AUDITIVA	VISUAL	MENTAL	FISICA	AUTISMO	
COSTA	3	2	5	7	1	18
SIERRA	16	20	12	16	3	67
ORIENTE	0	0	1	1	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>87</b>

Algunas organizaciones atienden mas de una discapacidad por lo que se aumenta el total del estudio.

TABLA N° 28

NUMERO DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE ATENCION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

PRIVADO	No.	PORCENTAJE
ASOCIACIONES	38	74,5
FUNDACIONES	13	25
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

En la atención a personas con discapacidades en organizaciones y funciones han creado servicios privados sin fines de lucro, tanto para la asociación de personas con discapacidades, como para la oferta de servicios.

**TABLA N° 29**

**NUMERO DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES, CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN PARA LA ATENCION A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

	DA *No	DV* No	DM* No	DF* No.	AU No
SERVICIO SOCIAL	7	2	6	9	
CAPACITACION OCUPACIONAL	6	5	10	9	3
TALLERES ESPECIALES	3	3	7	6	0
SISTEMA DE COLOCACION	1	1	1	0	0
READAPTACION LABORAL	1	1	4	2	2
DEPORTE Y RECREACION	7	4	10	10	3
ESCUELA PARA PADRES	4	2	6	5	1
DIAGNOSTICO Y EVALUACION	3	0	6	5	1
PREVENCION	0	0	0	0	0
REHABILITACION FISICA	5	3	10	10	3
	38	21	60	53	12

TABLA N° 30

**DISTRIBUCION DE LAS ASOCIACIONES Y FUNDACIONES  
RELACIONADOS CON LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LAS  
INSTITUCIONES**

	ASOCIACIONES		FUNDACIONES	
	No. *	%**	No.	% **
PRESUPUESTO DEL ESTADO	23	60.5	0	0
RECURSOS PROPIOS	23	60.5	9	69.2
OTROS FONDOS	2	5.2	4	30.7

\* Algunas instituciones tienen mas de una fuente de financiamiento, por o que se incrementa el total

\*\* Porcentajes parciales sobre el total de instituciones de cada grupo 177.

TABLA N° 31

**TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LAS ASOCIACIONES Y FUNDACIONES  
QUE ATIENDEN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

PRESUPUESTO	D.MENTAL	AUTISMO	D.FISICA	D.AUDI	D.VISUA	TOTAL*	%
	No	No	No	No	No	No	
ESTATAL	9	3	10	7	10	39	76.4
PROPIO	8	2	14	13	13	50	98.0
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>89</b>	

Algunas organizaciones privadas, reciben ayuda cofinanciamiento, por lo que se aumenta el total del universo estudiado.

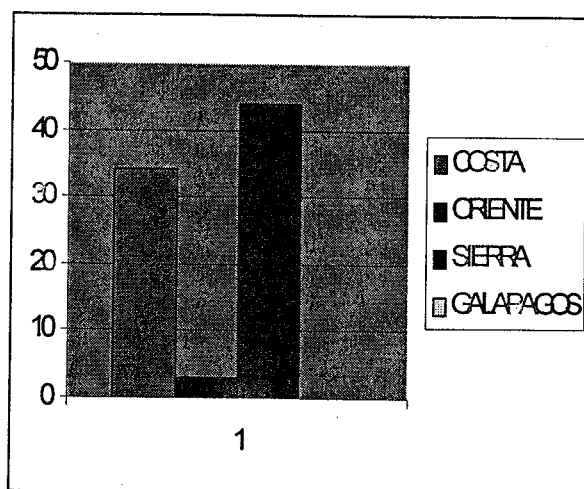
**TABLA N° 32**

**DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION ESPECIAL,  
POR REGIONES -ECUADOR 1993-**

REGION	No
COSTA	34
ORIENTE	3
SIERRA	44
GALAPAGOS	0
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>

**GRAFICO N°18**

**DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION ESPECIAL,  
POR REGIONES -ECUADOR, 1993-**





Se visitaron 81 escuelas distribuidas en el territorio nacional, encontrándose que el 54.3 % de las mismas se encontraban en las provincias de la sierra, el 42 en provincias de la costa y el 3.7 en el Oriente. Esta distribución está relacionada con el número de provincias que forman cada región.

**TABLA N° 33**

**DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION ESPECIAL,  
POR PROVINCIAS**

PROVINCIA	N° INSTITUCIONES	PORCENTAJE
AZUAY	5	9.8
BOLIVAR		
CAÑAR		
CARCHI	1	2
CHIMBORAZO	5	9.8
COTOPAXI	1	2
EL ORO	1	2
ESMERALDAS	1	2
GUAYAS	8	15.7
IMBABURA	2	3.9
ISLAS GALAPAGOS		
LOJA	4	7.9
LOS RIOS		
MANABI		

MORONA		
NAPO		
PASTAZA	1	2
PICHINCHA	20	39.2
REGION DE LA SIERRA		
REGION INSULAR		
REGION ORIENTE		
SUCUMBIOS		
TUNGURAHUA	2	3.9
ZAMORA		
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

TABLA N° 34

**DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION ESPECIAL  
PARA PERSONAS CON DEFICIENCIAS POR REGION**

REGION	VISUAL	AUDITIVA	MENTAL	FISICA	AUTISMO	TOTAL
COSTA	3	17	29	5	3	34
ORIENTE	1	2	3	2	0	3
SIERRA	8	10	27	13	0	44
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>38</b>	<b>59</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>81</b>

TABLA N° 35

**DISTRIBUCION DE LAS ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL, POR  
SU TIPO DE FINANCIAMIENTO**

<b>TIPO DE PRESUPUESTO</b>	<b>No.</b>	<b>PORCENTAJE</b>
GUBERNAMENTAL	40	50
O. INTERNACIONAL	3	3.8
FUNDACION PRIVADA	11	13.8
PROPIO	18	22.5
OTROS	21	26.3
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

**Conclusiones**

1. En el país de una población total de 12 millones de habitantes el 13,2 % es discapacitado, es decir 1.500.000 personas que requieren de una atención prioritaria en salud, educación, trabajo, protección, seguridad social, vivienda entre otros, solo en la medida en que el Estado atienda a este sector de la población, solo ahí estaremos coadyuvando para la Seguridad y Desarrollo del país.

2. Las deficiencias más comunes en niños menores de cinco años se relacionan al lenguaje y músculo esqueléticos, siendo las causas más relevantes factores genéticos-hereditarios, de ahí la necesidad de que la pareja realicen exámenes previos y asistan a Unidades de Consultoría Genética, con el propósito de disminuir su incidencia y prevalencia.
3. La deficiencia más elevada en personas mayores de cinco años son las relacionadas con la visión, y las discapacidades de comunicación y locomoción que son significativamente altas, siendo necesario realizar investigaciones que permitan conocer las causas de estas deficiencias y discapacidades para sobre esta base implementar programas de prevención.
4. Los programas de rehabilitación médico funcional para este sector de la población son mínimos, pocas personas tienen acceso, por la falta de servicios en unos casos y en otros por sus costos especialmente si acude a instituciones de carácter privado cuya única visión es la rentabilidad.
5. Un porcentaje significativamente alto de discapacitados tienen grandes dificultades de integración socio-laboral, de ahí la importancia de crear y

apoyar programas de empleo, así como sensibilizar a la población para facilitar procesos de integración social.

6. La situación de discapacidad es un factor excluyente, la empresa pública y privada evitan el contratarlos como sus trabajadores, lo que ha dado lugar a que los discapacitados se organicen por cuenta propia en pequeños negocios, actividades manuales, artes y oficios

7. Los programas de capacitación laboral y empleo para las personas con discapacidad no pasan de las manualidades o pequeños oficios que en muchos de los casos reciben como actividades en las mismas instituciones de Educación Especial, lo que incide que no contemos con mano de obra calificada y competitiva.

8. Las Unidades Operativas del Ministerio de Bienestar Social, son mínimas lo que no posibilita cubrir las demandas de la población discapacitada, apenas cuenta con seis unidades a nivel nacional.

9. Hay gran número de instituciones de carácter privado, reconocidos jurídicamente por el Ministerio de Bienestar Social que brindan atención a las

personas discapacitadas, muchas de ellas se benefician de asignaciones económicas del Estado.

10. Existen Escuelas de Educación Especial distribuidas en la Costa, en la Sierra y Oriente , la mayor concentración se da en las provincias de Pichincha y Guayas, no así en la región oriental donde el número es mínimo y en la Región Insular no hay; la mayoría de estas instituciones son establecimientos públicos financiados por el Estado.

Estas instituciones brindan educación especial a niños y jóvenes con problemas sensoriales, físicos y mentales, los que en su mayoría solo logran completar su nivel primario, sin acceso a un nivel medio ni superior.

## **CAPITULO V**

### **LAS POLITICAS SOCIALES EN EL ECUADOR**

#### **Antecedentes**

En el libro: "La Pobreza y el Capital Humano en el Ecuador", elaborado por la Secretaría Técnica del Ecuador, 1997 (pp. 88-99), se hace referencia a las políticas sociales en el Ecuador.

La prolongada crisis económica, así como la estructura social, han sido factores determinantes del bienestar de la población ecuatoriana, existe un creciente reconocimiento de que los programas sociales y sus sistemas de provisión de servicios han perdido la capacidad de responder a las demandas de la población debido a razones institucionales, organizacionales y de gestión.

Los problemas de la calidad y eficacia de los actuales servicios sociales no se explican exclusivamente por la disponibilidad de recursos sino que

tienen sus raíces en las formas de definir y llevar a la práctica las políticas públicas.

En el país se debaten tres concepciones del desarrollo social: las dos tradicionales que confían sea en la lógica del mercado en la acción estatal y una híbrida que propone conciliar la acción gubernamental con la del sector privado y de la sociedad civil, estos enfoques no se han dado en propuestas de política, las políticas sociales no han recibido de los gobiernos de turno la atención necesaria, centrándose su preocupación más bien a programas macroeconómicos.

Las Políticas sociales del país y sus resultados en los últimos 25 años han ido vinculadas a los cambios en la estrategia de desarrollo, con un buen deseo e intenciones pero que lamentablemente no se las ha cumplido.

### Política Social Redistributiva

En el período 1972 a 1981 el Estado fue el promotor y actor principal del desarrollo, la economía ecuatoriana basado en un Estado Proteccionista y empresarial, experimentó un proceso de transformación productiva,



expansión económica y diversificación de la estructura del sector público. La explotación petrolera fue la fuente de recursos para la reorientación y fortalecimiento del aparato productivo y para el impulso de programas públicos.

En el Plan Integral de Transformación y Desarrollo 1973-1977, el estado se propuso eliminar la pobreza rural y la concentración de la propiedad de la tierra, incrementar el empleo, incorporar a los grupos marginales al proceso productivo, distribuir equitativamente la carga impositiva, fortalecer el sector público y ampliar su presencia en el sistema financiero. El sector público adquirió un papel preponderante, se crearon más de 40 nuevas instituciones y agencias gubernamentales, de las cuales 15 estuvieron directamente vinculadas al área social.

Durante este período se llevaron a cabo políticas sectoriales regulares con énfasis en la expansión del sistema educativo, servicios de salud y seguridad social y la promoción del desarrollo rural campesino; las políticas sectoriales dirigidas a segmentos productivos estratégicos: promoción del modelo substitutivo de importaciones, profundización del proceso de reforma agraria y colonización y reforma del sector público, y además se aplicaron las

políticas de distribución de ingresos y generación de empleo, con la concesión de subsidios generales y específicos a industriales y productores agrícolas y subsidios masivos a los productos básicos y servicios públicos, estas políticas dieron lugar a progresos importantes en la cobertura de los servicios y de la infraestructura educativa y sanitaria; en el área de seguridad social la afiliación al IESS pasó del 15 al 20% de la fuerza laboral y se mejoraron en términos reales el monto de las pensiones y los créditos que otorga el sistema.

El gasto público se amplió por encima de los ingresos petroleros y de la tributación interna, dada la facilidad que tuvo el país de obtener créditos de la banca internacional, esta disponibilidad de recursos crearon las condiciones para una expansión de la intervención social del Estado.

### **Política Social Compensatoria**

En el período 1982-1990 las demandas sociales se subordinaron a la racionalidad de la política económica, en lugar de políticas sectoriales para promover las exportaciones se pusieron en marcha esquemas de ajuste y de estabilización con énfasis en el control de los desequilibrios fiscales y de la

balanza de pagos, en acciones sociales se mantienen políticas sectoriales regulares en salud, educación, seguridad social y desarrollo rural, e intervenciones especiales a compensar los costos de ajuste.

La estrategia central de la política de salud, al iniciarse la década, fue la organización del Sistema Nacional de salud, el principal eje fue la atención madre-niño, se promulgo la gratuidad de los servicios de salud; en educación se amplió su cobertura en los niveles primario, secundario y superior, y el desarrollo rural buscó favorecer a los pequeños productores a través de créditos preferenciales; la jornada de trabajo se redujo de 45 a 40 horas y se incrementó el sueldo en el 66% del salario mínimo vital, a finales de la década se impulsaron reformas al Código de Trabajo.

Los gobiernos de este período reconocieron la necesidad de "compensar" a los sectores cuya capacidad adquisitiva se vio afectada por las medidas macroeconómicas, así en salud se consideran programas de protección a la madre y el niño, inmunizaciones, asistencia alimentaria, medicinas gratis y un Programa de Reducción de la Enfermedad y Mortalidad Infantil (PREMI), en educación se emprendieron campañas de alfabetización y se inició con el programa de mejoramiento de la calidad de la educación

básica; el "Plan Techo" se planteó metas muy ambiciosas que se cumplieron parcialmente; estos programas fueron soluciones coyunturales de escasa cobertura que se quedaron cortos en sus buenas intenciones.

### Política Social Asistencialista y Subsidiaria

De 1991 a 1996, la acción social se centró en la población de más bajos recursos económicos en un contexto de modernización estatal, mediante reformas estructurales en política comercial y cambiaria, liberalización y desregulación financiera y flexibilización del mercado de trabajo.

La Ley de Modernización del Estado en 1993 fue un indicador del propósito de liberar al Estado de sus compromisos sociales, abrió el camino para la participación privada en sectores anteriormente reservados solo para el Estado, mediante concesiones, desmonopolización de los servicios y venta de empresas públicas.

La gestión social se continuó ejecutando con actividades regulares en educación, salud y seguridad social bajo los esquemas convencionales de provisión de los servicios; en salud se intentaron cambios institucionales y la

introducción de nuevos mecanismos de gestión, lo que no tuvo aceptación del sector, los intentos de cambio sin direccionalidad creó un panorama incierto y de abandono parcial de las funciones del Ministerio de Salud Pública; los indicadores revelaron los primeros síntomas de deterioro de la salud y la desaceleración en el ritmo del avance de la cobertura educativa.

Las intervenciones especiales a través de la ejecución de proyectos específicos con apoyo internacional tuvieron una clara preponderancia, en educación se continuó con el Proyecto PROMECEB y se inició el Proyecto de "Desarrollo Eficiencia y Calidad de la educación Básica", en Salud el Proyecto FASBASE, orientado a mejorar la salud; el "Fondo de Inversión Social de Emergencia" FISE-1993 a fin de financiar proyectos que suplan las necesidades básicas de los sectores de mayores privaciones.

La política social de los años 90, tuvo la intención explícita de cambiar el modelo de gestión de la política social, se intento reducir la intervención estatal directa en algunos campos y transferir la ejecución de los programas ministeriales convencionales a otros ejecutores (ONGs); la permanencia de los programas tradicionales de atención masiva de los servicios sociales de educación y salud, pese a los intentos marginales de introducir nuevas

modalidades de entrega de servicios, subsisten los tradicionales esquemas de organización y gestión y por último la pérdida de injerencia de los Ministerios en la definición de Políticas sectoriales, dando paso más bien a programas asistenciales específicos.

### **Políticas Sociales para la Población Discapacitada**

“El Plan Nacional de Desarrollo Social”, Ecuador 1996-2005, elaborado por la Secretaría Técnica del Frente Social (pp. 169-173), detalla las políticas sociales para la población discapacitada del país.

La formulación y ejecución de Políticas Sociales deben contar con la madurez y estabilidad institucional, el desarrollo social requiere de un adecuado nivel de estabilidad política, que propicie la continuidad de su aplicabilidad y persistencia en el mediano y largo plazo; y que además pueda definir una direccionalidad relativamente unívoca en cuanto a priorización de objetivos y a su aceptación por parte de los actores institucionales encargados de implementarlas y ejecutarlas.

La estrategia institucional del Plan Nacional de Desarrollo Social aspira a lograr el nivel más alto de integralidad entre la política social y la política económica, siendo necesario lograr una adecuada coordinación del Frente Social con el Frente Económico, con el establecimiento efectivo de relaciones funcionales de complementariedad entre estos Frentes que vayan más allá de la simple estipulación de acuerdos consensuados, para plasmarse en la definición conjunta de una política económica y una política social estrechamente integrada y complementada, que proyecte la utilización de recursos en el mediano plazo y que contemple la coordinación de acciones para el financiamiento del gasto social, siendo necesario que el área financiera establezca un presupuesto social articulado, que supere los actuales mecanismos de su formulación caracterizados como una sumatoria de recursos separados dirigidos a la atención de los distintos sectores: salud, educación, bienestar social, trabajo, etc.

En el análisis de la situación de las discapacidades en el Ecuador, sobresalen los siguientes problemas:

- Las discapacidades en el Ecuador, afectan al 13% de la población, situación que se agravará si se consideran las actuales condiciones

socio-económicas del país y el crecimiento poblacional natural.

- La incidencia del problema se agudiza sobre todo en los sectores urbano-marginales y rurales, dada la relación existente entre discapacidad condiciones de vida, ingresos y bajo acceso a los servicios.
- Las medidas de prevención llegan a un pequeño porcentaje de la población de riesgo y no se ha establecido sistemas de detección e intervención oportuna.
- La calidad y cobertura de atención a la población discapacitada es deficiente, concentrada fundamentalmente a nivel institucional. Partiendo de una concepción que rescata poco los recursos del contexto familiar y lo social.
- No existe coordinación entre los diferentes sectores involucrados en el proceso de rehabilitación integral de la población discapacitada.
- Resultan insuficientes los recursos materiales y humanos disponibles para la atención sanitaria, educativa y social.



### Ejes de la Política

Las Políticas expresan grandes líneas de acción, basadas en un enfoque integral del problema, que obliga a intervenciones múltiples y simultáneas que potencialicen la coordinación intersectorial. Estas además consideran que la atención es un conjunto de acciones que debe abarcar a las personas con discapacidad, sus familias, ambiente cultural, social y económico.

Las Políticas generales orientan las acciones desde la perspectiva de la equiparación de oportunidades, así como de la afirmación de los principios de universalidad, democratización y normalización.

Encuadrados en estas orientaciones, se ha considerado necesario dictar las políticas sectoriales, a fin de orientar las acciones que deben realizarse en el sector salud, educación, bienestar social y trabajo en correlación con las tres grandes áreas de intervención: la prevención, la atención integral y la integración social y laboral.

El Objetivo fundamental de las políticas sectoriales, es contar con un marco conceptual y operacional que guíe la elaboración de los planes de acción en cada sector, a fin de mejorar la calidad y ampliar la cobertura de atención, con el fin de garantizar un desarrollo económico del individuo, eliminar la discriminación y marginación, facilitar su integración y participación social, lograr el respeto a sus derechos como persona y elevar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

### Políticas para Discapacidades en el Sector Salud

Las acciones en el sector salud deben dirigirse a la prevención de las deficiencias y discapacidades, a la atención y rehabilitación funcional a niveles locales, regionales y nacionales.

#### **. OBJETIVOS**

Prevenir la aparición de deficiencias y discapacidades, y atender la rehabilitación y tratamiento de las personas discapacitadas.

## **. METAS**

Mejorar de manera prioritaria los sistemas de prevención primaria, secundaria y terciaria de las deficiencias y discapacidades provocadas por mala nutrición, accidentes de tránsito, de trabajo, domésticos, enfermedades crónico degenerativas y problemas tóxico-ambientales.

Generar y mejorar mecanismos de atención de discapacidades en el sector salud.

## **. ACCIONES**

- Realizar campañas educativas masivas para alertar sobre los riesgos discapacitantes.

. Implementar programas de prevención primaria en el área materno -infantil

. Implementar programas educativos para una correcta nutrición, incluyendo la producción y utilización de alimentos ricos en proteínas y otros nutrientes, en especial en zonas geográficas caracterizadas por patologías reconocidas

por carenciales.

. Garantizar la atención médica necesaria a las personas con discapacidades.

. Implementar programas de servicios itinerantes y de rehabilitación de base comunitaria.

. Generación de recursos y autogestión financiera.

. Incluir contenidos sobre discapacidades en la formación de servicios humanos de pre- y postgrado y capacitación continua del recurso en servicio.

. Desarrollo de investigaciones que sirvan de soporte a la toma de decisiones sobre prevención y rehabilitación funcional de las discapacidades.

. Desarrollar mecanismos de coordinación intersectorial e institucional para establecer un sistema de referencia oportuno que de continuidad a las diferentes etapas de la rehabilitación integral.

### Políticas para Discapacidades en el Sector Educativo

El principio que orienta las políticas educativas dirigidas a discapacitados, es garantizar que las personas con necesidades educativas especiales, accedan a la educación en igualdad de oportunidades, basados en los principios de democratización, normalización e integración social, bajo el respeto a sus diferencias individuales y a las diferentes formas de comunicación. Las personas con necesidades educativas especiales no susceptibles de integración a la educación regular serán atendidas en instituciones de educación especial.

#### **. OBJETIVOS**

Proporcionar a las personas con necesidades educativas especiales una formación orientada hacia la autonomía personal y el trabajo, a través de la interacción entre los procesos educativos y laborales como elemento pedagógico.

## **METAS**

- Mejorar la calidad de los servicios y ampliar la cobertura de atención educativa para las personas con discapacidad.
- Vigilar el cumplimiento de las normas que garanticen el acceso de las personas con necesidades educativas especiales susceptibles de integración a la educación.
- Orientar los contenidos de la educación de individuos con discapacidad a su adecuada inserción laboral.
- Promover la participación de los padres y la comunidad en la educación integral de las personas con necesidades educativas especiales para favorecer su máximo desarrollo personal, social y su integración a la comunidad.

## ACCIONES

- Diversificar la oferta educativa a través de la creación de programas no convencionales dirigidos a la población discapacitada.

- Promover la formación de recursos humanos y desarrollar programas de capacitación en servicio del personal docente, técnico y administrativo.

- Asignar los recursos económicos, materiales, técnicos y profesionales necesarios para la integración escolar y la educación especial.

- Ejecutar programas de detección de la población con discapacidad a través de los diferentes programas que ejecuta el Ministerio de Educación y Cultura y otras entidades de capacitación de adultos.

- Formular los lineamientos que permitan implementar las adaptaciones curriculares en función de las necesidades que demanden las personas con necesidades educativas especiales.

- Evaluar los programas y servicios de educación especial e integrada a fin de reorientar su trabajo en función de lo que dispone la normativa legal existente.
- Implementar programas de educación temprana integral en círculos Formales e informales.
- Desarrollar acciones de orientación vocacional que permitan a las personas con discapacidad una posterior rehabilitación profesional e inserción laboral, acorde a la realidad personal y a las características de la sociedad.
- Facilitar la formación profesional en áreas técnicas para personas con discapacidad en los niveles medio y superior:
  - . Diseñar programas de educación destinados a padres de niños/as y jóvenes discapacitados.
- Educar a la comunidad mediante programas de difusión e información para lograr su participación.



- Implementar programas de promoción y difusión de servicios de atención a personas con necesidades educativas especiales.

### Políticas Para Discapacitados en el Trabajo

#### **OBJETIVOS**

Facilitar a los discapacitados las condiciones necesarias para que se conviertan en individuos productivos y autónomos, al tiempo que aporten al progreso de la sociedad con su trabajo.

#### **METAS**

- Garantizar la formación, adiestramiento y readaptación profesional de las personas con discapacidad, considerando sus potencialidades y habilidades, enmarcadas en las demandas ocupacionales del mercado laboral ecuatoriano.
- Prevenir la aparición de discapacidades en el ámbito laboral.

- Estimular la organización y desarrollo de programas de empleo protegido, talleres de producción y otras modalidades a nivel urbano marginal y rural para las personas con discapacidad en los sectores formal e informal de trabajo o como forma autónoma.

### **. ACCIONES**

- Flexibilizar los requisitos de ingreso a los programas regulares de formación y capacitación profesional y ocupacional del Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional, SECAP, para personas con discapacidad.
- Vigilar el cumplimiento de normas y disposiciones legales que tiendan a facilitar su formación profesional e inserción laboral.
- Promover a nivel nacional, regional y local la creación y/o fortalecimiento de unidades y servicios de orientación, formación profesional, readaptación profesional, readaptación laboral, colocación y empleo para personas con discapacidad.
- Organizar sistemas de información y documentación para sistematizar

experiencias sobre formación profesional e inserción laboral ejecutados como sustentos básicos para el diseño, instrumentación y evaluación de programas y proyectos específicos.

- Implementar estrategias innovadoras para la capacitación y formación profesional con énfasis en los requerimientos del mercado laboral.

- Estimular la investigación sobre mercado laboral que sirva de soporte para el desarrollo de planes, programas y proyectos de rehabilitación profesional e inserción laboral.

- . Instrumentar un sistema de control y seguimiento para el cumplimiento de las normas sobre seguridad e higiene industrial en la pequeña, mediana y gran industria.

- . Vigilar el cumplimiento de las normas de salud ocupacional en los establecimientos públicos y privados.

- . Conceder estímulos económicos a empresas que incorporen laboralmente a personas con discapacidad, previamente calificadas por el organismo

competente

. Promover la creación de subvenciones, préstamos para adaptación de puestos de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas, para facilitar la integración laboral de las personas con discapacidad.

. Capacitar el recurso humano operativo, así como a la familia y a la comunidad para estimular la integración laboral de las personas discapacitadas.

. Impulsar la creación y fortalecimiento de instituciones crediticias y de apoyo financiero en condiciones preferenciales, orientadas a la formación de unidades productivas para personas con discapacidad.

### Políticas para Discapacitados en el Sector de Bienestar Social

#### **OBJETIVOS**

Garantizar la protección social, seguridad social especial y atención legal de

las personas con discapacidad.

## **METAS**

Dotar de servicios sociales que garanticen la rehabilitación integral de las personas con discapacidad, permitiendo la equiparación de oportunidades especialmente en lo relacionado con educación, trabajo, vivienda y recreación.

Desarrollar programas y servicios de protección destinados a personas con discapacidades múltiples, así como a aquellos en condiciones de orfandad y pobreza.

Promover y fortalecer la formación de organizaciones de personas con discapacidad para su participación plena en el desarrollo de la sociedad.

Promover la solidaridad, apoyo y respeto de la sociedad hacia las personas con discapacidad.

## ACCIONES

Crear el Seguro Social Especial para las personas con discapacidad, el que será operativizado por el IESS con fondos del Estado.

Fortalecer programas de capacitación, recreación y deportes para personas con discapacidades.

Promover la investigación sobre los problemas básicos en discapacidades, los efectos de la política social y nuevas alternativas de bienestar social y legal.

Implementar acciones tendientes a eliminar barreras comunicacionales dotándoles de ayudas técnicas audiovisuales, de sociabilización y de sonido, entre otras, que les permita acceder a los servicios sociales y comunitarios.

Ampliar la cobertura de atención a personas con discapacidades en los sectores urbano marginales y rurales, en el ámbito de su competencia.

Crear los beneficios sociales que se establecen en la Ley de Seguridad Social, protección jurídica de las personas y bienes, de apoyo entre familias, ayudas económicas y beneficios tributarios de protección familiar, lucha contra el discrimen y la segregación a las personas con discapacidad.

Desarrollar programas y proyectos dirigidos a la atención, asistencia o protección de las personas con discapacidad.

Apoyar la ejecución de proyectos de autogestión de las diferentes organizaciones y asociaciones de personas con discapacidad.

Ejecutar campañas de sensibilización para promover el respeto y apoyo a los programas y a las personas con discapacidades.

## **EL GASTO SOCIAL**

En el libro: "Pobreza y Capital Humano en el Ecuador", elaborado por al Secretaría Técnica del Frente Social-1997", (pp. 103-106), hace referencia al gasto social.

El éxito de las Políticas Sociales es la asignación sostenida y la utilización eficiente de recursos, muchas estrategias de Política se han expuesto al fracaso al no disponer de los medios necesarios, de ahí que su principal vínculo entre la política económica y la política social es el presupuesto.

La asignación de recursos para el desarrollo social depende del grado de dinamismo o estancamiento de la economía; el período de 1972 a 1981 se caracterizó por un escenario fiscal sin restricciones presupuestarias, esta solvencia de recursos sustentó un progreso significativo en el área social.

El desarrollo social depende del grado de dinamismo o estancamiento de la economía; el período de 1972 a 1981 se caracterizó por un escenario fiscal sin restricciones presupuestarias, esta solvencia de recursos sustentó un progreso significativo en el área social.

En los años 1980 se produjo una drástica caída del gasto público social, la escasez de recursos y las restricciones fiscales impuestas por los programas de estabilización llevaron a los gobiernos a ajustar sus presupuestos en general y del sector social en particular.



Entre 1981 y 1984, el gasto social se redujo en mayor proporción que el gasto público total; entre 1985-1987, en cambio, ocurrió lo contrario: contracción fiscal con expansión del gasto social, y, entre 1988 y 1991 nuevamente el gasto social afrontó la mayor reducción.

En 1981, el gasto corriente representó el 76% del gasto social y, en 1996 el 61%, este cambio obedece a la reestructuración del gasto público emprendida a partir de 1990.

La severidad de la reducción del gasto social se observa con claridad en la trayectoria del gasto por habitante. Entre 1981 y 1991, el gasto social real per cápita pasó de 206.867 a 119.018 sucres anuales, es decir, el país no pudo siquiera mantener un nivel de gasto acorde con el aumento de su población.

Las restricciones presupuestarias en los últimos años, afectaron las asignaciones de recursos para lo social, con lo cual su aporte al combate a la pobreza y al desarrollo del capital humano se ha deteriorado en el largo plazo.

## Análisis e Interpretación de las Políticas Sociales

### **Aspectos Favorables:**

- Existen Políticas Sociales elaboradas por la Secretaría Técnica del Frente Social 1996-2005, las mismas que establecen muy objetiva y claramente los Objetivos, Metas y Acciones a cumplir por cada uno de los Estamentos Públicos que trabajan a favor de la población discapacitada del país.

- Se han iniciado Reformas Institucionales e intenciones de cambio en las Políticas del Frente Social, con la sana intención de cambiar el modelo de gestión de la política social.

- Las Políticas Sociales considera como eje fundamental de cambio la participación activa de los nuevos actores sociales.

Los ejes de política superan el carácter exclusivamente asistencial, demostrando igual pertenencia e importancia ya que contribuyen

directamente al objetivo de la dinamización del desarrollo social.

Las Políticas Sociales establecen las acciones y objetivos que deben cumplir cada uno de los sectores involucrados en el área de discapacidades, basados en un enfoque integral con participación multisectorial.

Las Políticas Sociales, se basan en los principios establecidos por la Organización Internacional del Trabajo OIT ( Convenio 159 ) relacionado a la Equiparación de Oportunidades, Universalidad y Democratización.

La Prevención, la Atención y la Integración socio-laboral, son tres ámbitos de acción muy importantes que consideran las Políticas Sociales para una eficiente y eficaz Rehabilitación Integral de las personas con discapacidad.

En las Políticas Sociales para las personas con discapacidad se establecen a la vez Políticas Sectoriales, las mismas que posibilitan la planificación y estructuración de Planes y Programas en cada uno de los organismos públicos y privados que trabajan en el área.

Las Políticas Sociales planteadas pretenden garantizar un desarrollo económico de las personas con discapacidad, eliminando todo tipo de discriminación y marginación y básicamente facilitando su integración y participación social en donde se respeten sus derechos y se eleve su calidad de vida.

Al igual que en el resto de América Latina, en el país se observan en los últimos años intenciones de cambio en la gestión de la Política Social.

La inversión pública en servicios sociales ha sido importante en las últimas décadas, a pesar de las variaciones en la magnitud y eficiencia de esta inversión, son innegables los resultados en la infraestructura de salud y educación.

La aplicación de estas Políticas con prioridad del Estado, posibilitará la promoción y desarrollo del capital humano.

**Factores Adversos:**

El escaso reconocimiento que aún gozan las políticas sociales en las

concepciones generales de desarrollo.

Las Políticas Sociales requieren de mayor visibilidad, necesitan legitimarse frente a la opinión pública, al interior del mismo sector público y de los agentes o actores que toman decisiones políticas.

Existe una escasa vinculación entre la definición de la política social y la política económica.

Falsa concepción de que una Política Social es un gasto improductivo, necesidad de crear una concepción de inversión social.

Falta de identidad de las Políticas Sociales como ejes de intervenciones necesarias para mejorar la calidad del desarrollo y del crecimiento económico.

Insuficiente capacidad técnica y social para la definición de planes, programa y proyectos de atención social.

Insuficiente coordinación de acciones en los procesos de

implementación de políticas, planes y proyectos de atención social.

Necesidad de perfeccionar la coordinación de intervenciones, privilegiando la utilización de enfoques multisectoriales y fomentado la utilización de aproximaciones multidisciplinarias en el enfrentamiento del problema social.

Gran nivel de centralización de las competencias en la definición e implementación de políticas, sin considerar las reales demandas de la comunidad, instancias administrativas y de gestión local.

Reducida participación social en los procesos de toma de decisiones en materia de políticas sociales.

Baja reversibilidad en la implementación de políticas sociales en el pasado, debido a su excesiva exposición a las contingencias y a la direccionalidad política de cada gobierno de turno.

Las discapacidades en el país, afectan aproximadamente a un 13% de la población, situación que esta sujeta a agravarse si se considera las

condiciones de pobreza y extrema pobreza que agobia a un significativo porcentaje de la población ecuatoriana.

La situación se agudiza aún más en los sectores urbano-marginales y rurales, por la relación existente entre discapacidad, condiciones de vida, ingresos y bajo acceso a los servicios.

Las medidas de prevención llegan a un pequeño porcentaje de la población de riesgo, y no se ha establecido sistemas de detección e intervención oportuna.

La calidad y cobertura de atención a la población discapacitada es deficiente, concentrada fundamentalmente a nivel institucional.

No existe coordinación entre los diferentes sectores involucrados en el proceso de rehabilitación integral de la población discapacitada.

Resultan insuficientes los recursos materiales y humanos disponibles para la atención sanitaria, educativa y social.

Existe duplicidad de funciones entre un estamento y otro, pese a que las Políticas Sociales establecen ámbitos de acción muy puntuales.

Los limitados recursos económicos que se asignan para la atención de la población discapacitada, no permite cumplir las programaciones establecidas encaminadas básicamente al fortalecimiento institucional, ampliación de cobertura y programas de autogestión con participación de la comunidad.

El costo beneficio de un programa estrictamente social como el de la atención integral al discapacitado es muy alto, por lo que el sector político no ha considerado su prioridad ya que básicamente se han centrado en su costo económico y más no en su beneficio social.

Existe en el país una limitada capacidad institucional, lo que impide el funcionamiento de un sistema planificado e integrador.

Existen prácticas ineficientes en el uso de los recursos públicos sociales, siendo una de las manifestaciones de la ineficiencia las desigualdades sociales existentes.



Existe duplicidad de funciones entre un estamento y otro, pese a que las Políticas Sociales establecen ámbitos de acción muy puntuales.

Los limitados recursos económicos que se asignan para la atención de la población discapacitada, no permite cumplir las programaciones establecidas encaminadas básicamente al fortalecimiento institucional, ampliación de cobertura y programas de autogestión con participación de la comunidad.

El costo beneficio de un programa estrictamente social como el de la atención integral al discapacitado es muy alto, por lo que el sector político no ha considerado su prioridad ya que básicamente se han centrado en su costo económico y más no en su beneficio social.

Existe en el país una limitada capacidad institucional, lo que impide el funcionamiento de un sistema planificado e integrador.

Existen prácticas ineficientes en el uso de los recursos públicos sociales, siendo una de las manifestaciones de la ineficiencia las desigualdades sociales existentes.

Los problemas de la inequidad, baja calidad e ineficacia de los servicios están directamente relacionadas con la actual estructura organizacional del aparato público; la eficiencia de los servicios se ve perjudicada por la duplicación o indefinición de funciones y las estructuras de toma de decisiones centralizadas.

Las Políticas Sociales como instrumento de desarrollo, no ha sido objeto de redefinición comparable a la política económica.

La incertidumbre política y el escaso compromiso de los actores políticos a objetivos sociales de largo alcance, ha limitado su gestión y desarrollo.

No hay recursos especializados en lo social que manejen con alta capacidad gerencial, para manejar la complejidad, la incertidumbre, negociar propuestas, ejecutar proyectos, poner en marcha diseños organizacionales flexibles y adaptables a escenarios cambiantes e impredecibles.

El marco organizativo del Frente Social ecuatoriano es complejo,

incluye 7 Ministerios que compiten por cuotas de financiamiento, recursos humanos y presencia pública, sumada a una organización jerárquica y rígida.

Ausencia de una autoridad social que asigne a las Políticas Sociales el carácter de Políticas de estado con intencionalidad y permanencia.

Agudización de la pobreza y la distribución desigual de la riqueza en el país, lo que ha generado la limitada productividad y el escaso crecimiento económico.

Marcada desarticulación programática y organizativa al interior del propio sector social, sumada a la falta de coordinación interinstitucional efectiva en los niveles político, técnico y de gestión.

Desvinculación de la programación presupuestaria de los sectores sociales añadido a los atrasos en los desembolsos por parte del Ministerio de Finanzas lo que trae como consecuencia la paralización de proyectos y la falta de oportunidad en la entrega de asignaciones económicas a los servicios sociales.

Los Programas Sociales y sus sistemas de provisión de recursos han perdido la capacidad de responder a las demandas de la población debido a razones institucionales organizacionales y de gestión.

Dependencia de las entidades sociales de los recursos del gobierno central, lo que ha limitado su ámbito de gestión institucional y operacional.

## CAPITULO VI

# PROPUESTA PARA LA ATENCION INTEGRAL AL DISCAPACITADO COMO POLITICA DE ESTADO PARA LA SEGURIDAD Y DESARROLLO

### Objeto

Esta propuesta tiene como finalidad que la atención a las personas con discapacidad, sea considerada "Política de Estado" a fin de garantizar el cumplimiento de los Objetivos Nacionales Permanentes de Desarrollo Integral y Justicia Social, que rebase los períodos de los gobiernos y que se proponga elevar la calidad de vida de este sector de la población a través de servicios eficaces y eficientes que brinden atención integral que asegure programas de prevención, atención e integración socio laboral con visión de largo plazo que garantice su bienestar, respeto a su iniciativa y libertad individual, reconocimiento al esfuerzo, a la productividad en un entorno competitivo, sano y abierto al mundo y la consecución de objetivos básicos como el lograr su "igualdad y plena participación" principios fundamentales a través de los cuales estaremos coadyuvando para la Seguridad y Desarrollo del país.

## Objetivos

Esta propuesta tiene como Objetivos Específicos:

1. Revisar y actualizar el marco legal, así como buscar mecanismos para garantizar su vigencia y aplicación.
2. Revisar y aplicar las políticas sociales para el sector discapacitado establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo por la Secretaría Técnica del Frente Social, 1996-2005.
3. Fortalecimiento Institucional y Organizacional.
4. Ampliar cobertura de atención con la participación de gobiernos seccionales, organizaciones de discapacitados y la sociedad civil.
5. Rehabilitación de la infraestructura física.
6. Mejorar la calidad de los servicios existentes
7. Establecer un mecanismo de financiamiento de programas de atención a las personas con discapacidad.
8. Organizar y crear programas de protección social, atención legal, unidades de capacitación profesional y programas de empleo para discapacitados.

## Descripción

Para alcanzar estos objetivos, la propuesta comprende la realización de los siguientes componentes:

### Revisar y Actualizar el Margo Legal, así como Buscar Mecanismos para Garantizar su Vigencia y Aplicación.

El país cuenta con un marco jurídico que le permite orientar y ejecutar acciones concretas a través de las funciones delegadas a cada uno de los estamentos públicos, organismos del sector privado, organizaciones y federaciones de personas con discapacidad, pero lamentablemente estas se cumplen parcialmente y muchas de las funciones dadas a cada uno de los Ministerios quedan solo como enunciados.

El Ministerio de Salud al igual que el Ministerio de Trabajo, no cuentan con la estructura básica ni está considerada esta área dentro de su Orgánico Funcional por lo que tampoco tienen los recursos humanos técnicos, materiales y menos aún partidas presupuestarias específicas para el desarrollo de sus planes, programas y proyectos.

El Ministerio de Bienestar Social, cuenta con seis unidades operativas ubicadas en las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca, Loja y Esmeraldas, conforme a las funciones delegadas por la Ley N° 180 sobre discapacidades y su Reglamento le corresponde liderar acciones de protección social, asistencia legal, programas de recreación y tiempo libre y la creación de un sistema de seguridad social, estos programas los ha cumplido en forma mínima por la falta de recursos técnicos, materiales y económicos, sumado a la dificultad de cambio de rol en sus instituciones, que por más de veinte años venía cumpliendo programas de Rehabilitación Profesional.

Las funciones asignadas a los Ministerios de Desarrollo Urbano y Vivienda, Comunicación, Turismo, Agricultura y Ganadería, Ministerio de Gobierno y Policía, Energía y Minas, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Federaciones, han quedado como enunciados de buenos propósitos.

Por lo expuesto, es necesario que el Consejo Nacional de Discapacidades como ente rector de políticas, revise y actualice la Ley a la vez que busque mecanismos y estrategias para propender a cambios que faciliten y viabilicen su ejecución, para lo cual deberá coordinar con



todos los organismos públicos y privados involucrados en la atención a las personas con discapacidad.

Es necesario igualmente, organizar, crear y operativizar estructuras básicas de atención al discapacitado en los estamentos públicos que aún no cuentan con departamentos y o direcciones específicas, a fin de garantizar el cumplimiento de las funciones asignadas en el marco legal.

El Ejecutivo en coordinación con el Honorable Congreso Nacional deberá actualizar y reformar la Ley, de manera que permita la aplicación de políticas de Estado como la propuesta establecidas, concordante con los principios consagrados en la nueva Constitución aprobada por la Asamblea Nacional, en el que deberá considerar el Art. 53 que dice:

"El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, en especial en casos de indigencia. Conjuntamente con la sociedad y la familia asumirá la responsabilidad de su integración social y equiparación de oportunidades.

El Estado ofrecerá medidas que garantice a las personas con discapacidad, la utilización de bienes y servicios, especialmente en las áreas de salud, educación, capacitación, inserción laboral y recreación y medidas que eliminen las barreras de comunicación, así como las urbanísticas, arquitectónicas y de accesibilidad al transporte, que dificulten su movilización.

Los Municipios tendrán la obligación de adoptar estas medidas en el ámbito de sus atribuciones y circunscripciones.

Las personas con discapacidad tendrán tratamiento preferente en la obtención de créditos, exenciones y rebajas tributarias, de conformidad con la Ley.

Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad, a la comunicación por medio de formas alternativas, como la lengua de señas ecuatoriana para sordos, oralismo, el sistema Brayle y otras".<sup>1</sup>

El Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS, como ente rector de políticas, deberá buscar mecanismos para que la Ley sobre Discapacidades y su Reglamento se cumplan en todos los estamentos públicos y privados a fin de materializar su vigencia y plena ejecución.

### Revisar y Aplicar Políticas Sociales para el Sector Discapacitado.

La Secretaría Técnica del Frente Social en su Plan Nacional de Desarrollo Ecuador 1996-2005, elaboró las políticas sociales para el sector discapacitado del país en donde en forma clara y objetiva establece metas y acciones que deben cumplir los estamentos públicos que trabajan para la población discapacitada, en la medida en que cada uno de los Ministerios del Frente Social asuma como suyas estas políticas, estaremos coadyuvando para la Seguridad y Desarrollo del país.

Para la aplicación de estas políticas, es necesario que se borre la falsa concepción de que una política social es un gasto improductivo, debemos concientizar a cada uno de los sectores en la necesidad de crear una concepción de inversión social, que las políticas son ejes de intervención necesarias para mejorar la calidad del desarrollo y del crecimiento económico, que debemos perfeccionar la coordinación con aproximaciones multisectoriales en el enfrentamiento del problema social, así como debemos evitar la duplicidad de funciones en miras a optimizar los recursos, igualmente es necesario concientizar la necesidad de trabajar en forma coordinada en los Planes y Programas de Trabajo, y que esta planificación se la realice con proyección a cinco y diez años, con evaluaciones periódicas y ajustes necesarios flexibles y adaptables a escenarios cambiantes.

El Gobierno Nacional deberá propiciar mecanismos de coordinación entre el Consejo Nacional de Desarrollo CONADE, la Secretaría Técnica del Frente Social, el Consejo Nacional de Discapacidades, CONADIS y el Consejo Nacional de Seguridad, COSENA., a fin de que se revisen las políticas sociales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo Social 1996-2005 y se estructure una sola propuesta de políticas sociales para las personas con discapacidad, dentro del Plan Estratégico de Desarrollo y Seguridad

Nacional, Ecuador 2.025, que propicien grandes lineamientos de Desarrollo sobre la base de los Objetivos Nacionales Permanentes de Democracia, Desarrollo Integral y Justicia Social.

### **Fortalecimiento Institucional**

Reestructurar y fortalecer al Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS, como ente rector de políticas, a fin de que cumpla como su misión establecida en la Ley N° 180 y su Reglamento y sea éste el ente que planifique, asesore, viabilice, coordine, controle, regule, evalúe a todas las entidades encargadas de ejecutar planes y programas de prevención, atención e integración socio-laboral para las personas con discapacidad, e igualmente unifique la participación de instituciones públicas y privadas para una eficiente gestión en la que cada estamento cumpla a cabalidad las funciones asignadas y se evite la duplicidad de funciones para así optimizar la utilización de recursos económicos.

Es importante igualmente fortalecer a todos los estamentos públicos del Frente Social involucrados en la atención a las personas con discapacidad, para lo cual se hace necesario iniciar un proceso de reestructuración y modernización de las Direcciones, Departamentos y

### Unidades Operativas de Atención.

Capacitar líderes de las organizaciones de discapacitados a fin de fortalecer sus organizaciones propendiendo a una mayor participación que les posibilite involucrarse activamente en proyectos de rehabilitación integral que respondan a sus verdaderas necesidades.

Automatizar de manera progresiva, el funcionamiento técnico, administrativo y financiero de los servicios de atención al discapacitado, a fin de iniciar con un proceso de modernización, que se inicie con la unificación de sistemas de información, estadísticas de atención, registros, carnetización, organizaciones de discapacitados, etc.

Introducir los conceptos de "calidad" y de "calidad total" en la atención a las personas con discapacidad.

Establecer convenios interinstitucionales, nacionales e internacionales para proyectos GTZ, el Programa de Desarrollo Municipal PDM, la Asociación de Municipalidades del Ecuador AME, a fin de iniciar los procesos de descentralización y descongestión de acciones para la atención de los discapacitados del país e igualmente buscar mecanismos de financiamiento para la implementación de estos

programas.

### **Rehabilitación de la Infraestructura Física Existente**

Este componente comprende el financiamiento de la construcción, mantenimiento y reparación de las Unidades Operativas de la Dirección Nacional de Discapacidades del Ministerio de Bienestar Social, ubicadas tres en la ciudad de Quito, 1 en Guayaquil, 1 en Cuenca, 1 en la ciudad de Loja y 1 en Esmeraldas.

La construcción, mantenimiento y reparación se lo realizará conforme a las necesidades funcionales, en donde se prevea áreas de: Estimulación Temprana, Educación Especial, Capacitación Laboral, Trabajo Protegido, Atención Médica, Psicológica, Servicio Social, Terapia Física, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, dormitorios, cocina, comedor, baterías higiénicas, áreas verdes y de recreación, así como un área funcional para el Banco de Ortesis, Prótesis y Ayudas Técnicas.

Igualmente debe preverse la dotación del equipamiento necesario para todos y cada uno de los Centros conforme a los planes de trabajo y áreas de atención.

El financiamiento se lo deberá buscar a través de organismos internacionales con la participación de la empresa privada, el Ministerio de Bienestar Social deberá preparar los Planos y el presupuesto respectivo y ser el organismo que gestione y tramite la consecución de fondos.

### **Mejorar la Calidad de los Servicios Existentes**

Mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios que brindan atención a las personas con discapacidad, siendo importante que se inicien procesos de capacitación al personal, que se prevea el recurso humano técnico y administrativo indispensable, que se proporcione el material y equipos necesarios para el cumplimiento de sus planes y programas.

Diseñar e implementar modelos de autogestión en cada una de las unidades operativas, en miras a generar sus propios recursos, a través de contribuciones directas de los usuarios, búsqueda de donaciones u otros.

-Innovar niveles de coordinación y acciones entre instituciones

públicas y privadas que trabajan para el sector discapacitado, en donde se desarrollen se proponga y se impulse la participación social en la elaboración de metas, programas y acciones destinadas a mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios.

- Diseñar Planes de Trabajo integrados y sistematizados que eviten la duplicidad de funciones y velar porque en estos se incluyan componentes destinados a cubrir con las reales demandas de la población discapacitada. Igualmente no se ha cumplido.

Con el cambio de funciones asignadas por la Ley N° 180 sobre Discapacidades y su Reglamento, las Unidades de Capacitación Profesional ya no existen, por lo que es indispensable que el Ministerio de Trabajo asuma con su responsabilidad organizando estos servicios en el que se consideren las actuales demandas de capacitación sobre la base de sistemas tecnológicos modernos, que permitan entregar manos de obra calificada y competitiva.

Es importante igualmente se coordine con el Banco Nacional de Fomento, la Corporación Financiera nacional, empresa privada y otros organismos nacionales, a fin de implementar programas de créditos referenciales para microempresarios discapacitados, con el propósito



de generar puestos de trabajo que le permitan integrarse al aparato productivo del país, solo allí estaremos coadyuvando a su Seguridad y Desarrollo.

---

<sup>1</sup> Asamblea Constituyente, "Reformas al Sector Discapacitado del País", Art. 53, 1998.

## **CAPITULO VII**

### **VERIFICACION DE HIPOTESIS Y OBJETIVOS; CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Verificación de Hipótesis y Objetivos**

Para verificar las hipótesis planteadas en el Plan de Tesis, se consideró los resultados de la investigación documental y bibliográfica, así como los resultados de la Encuesta a través de la cual se recabó información sobre la aplicación del Marco Legal, Políticas Sociales, Estrategias y la importancia de que la atención a las personas con discapacidad sea considerada como Política de estado para la Seguridad y Desarrollo del País.

Las hipótesis planteadas en el Plan de Tesis se las verificó una a una, así:

1. La atención al discapacitado como Política de Estado insidirá en la Seguridad y Desarrollo del país.

La verificación de esta hipótesis se la realiza en el Capítulo IV.

2. En el Ecuador existe un Marco Legal y Políticas para la población discapacitada, las mismas que se aplican parcialmente.

Esta hipótesis se la confirma a través de la investigación documental y bibliográfica y la investigación de campo, lo que sirve de base para las respectivas Conclusiones y Recomendaciones.

- 3.- El fin último de la Rehabilitación integral de las personas con discapacidad es su inserción socio-laboral.

Esta hipótesis se la verifica en el Capítulo Sexto de esta Tesis relacionado a la "Propuesta para la atención integral al discapacitado como Política de Estado para la Seguridad y Desarrollo"

### **Objetivos Específicos Alcanzados**

Con los datos de la investigación bibliográfica y documental, conforme se describen en detalle en la Bibliografía anexa y la investigación de campo, se logró cumplir con los Objetivos específicos establecidos en el Plan de Tesis; estos son:

1.- Identificar el Marco Legal y las Políticas Sociales para la población discapacitada del país.

Este objetivo se alcanzó a través del análisis, interpretación y conclusiones de los Capítulos I y III , así como de los resultados obtenidos en la investigación de campo.

2. Analizar e interpretar las Políticas Sociales para el sector discapacitado.

Este Objetivo se lo cumplió, su análisis se lo realiza en el Capítulo III de la Tesis.

3. Elaborar una propuesta para la "Atención al Discapacitado como Política

de Estado para la Seguridad y Desarrollo del país”.

Esta propuesta se la plantea en el Capítulo VI en donde se detalla su alcance y componentes.

### Procesamiento de Datos de la Encuesta

Se aplicaron 50 Encuestas dirigidos a Directivos, Personal Técnico y Líderes de las Organizaciones de Discapacitados:

Las instituciones en donde se aplicó la Encuesta son:

N°.	NOMBRE DE LA INSTITUCION	FUNCION Y/O CARGO
1	Consejo Nacional de Desarrollo-CONADE	Jefe Departamental
2	Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos.	Jefe Departamental
3	Ministerio de Educación y Cultura	Director y Personal Técnico
4	Ministerio de Bienestar Social	Director y Personal Técnico
5	Ministerio de Salud	Jefe Departamental
6	Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional, SECAP.	Personal Técnico
7	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS.	Personal Técnico
8	Instituto Ecuatoriano de Fuerzas Armadas, ISFA.	Personal Técnico
9	Organizaciones de Discapacitados	Líderes
10	Organismos No Gubernamentales	Directores

**CUESTIONARIO:**

1.- Conoce Usted la Ley No 180 sobre Discapacidades y su Reglamento?

OPINION	N°	PORCENTAJE
SI	31	62%
NO	7	14%
PARCIALMENTE	12	24%
TOTAL	50	100%

La información obtenida nos permite visualizar que el 62% de personas encuestadas si conocen la Ley No 180 sobre Discapacidades y su Reglamento, el 14% no conoce y el 24% conoce parcialmente.

2. ¿De las acciones que a su Cartera de Estado le corresponde liderar, conforme lo señala el Reglamento sobre Discapacidades, en qué porcentaje su Unidad cumple?

OPINION	No	PORCENTAJE
100%	5	10%
75%	12	24%
50%	19	38%
-50%	14	28%
TOTAL	50	100%

El 10% de las Instituciones cumple el 100% de acciones que les corresponde liderar conforme lo señala el Reglamento sobre

Discapacidades, el 24% cumple el 75%, el 38% cumple el 50% y el 28% menos que el 50%.

3. Mantiene su Unidad, ámbitos de coordinación y apoyo con organismos públicos y privados del área?

OPINION	No	PORCENTAJE
SIEMPRE	21	42%
OCASIONALMENTE	25	50%
NUNCA	4	8%
TOTAL	50	100%

El 42% mantiene ámbitos de coordinación y apoyo con organismos públicos y privados, el 50% ocasionalmente, el 8% nunca.

4. ¿Para el desarrollo de actividades en su Unidad, el Marco Legal es considerado?

OPINION	No	PORCENTAJE
IMPRECINDIBLE	4	8%
MUY NECESARIO	5	10%
NECESARIO	35	70%
NO NECESARIO	6	12%
TOTAL	50	100%

El 8% de Instituciones considera imprescindible el Marco Legal, el 10% Muy Necesario, el 70% Necesario y un 12% considera no necesario.

5. ¿Para la elaboración del Plan Operativo Anual, su Institución considera las Políticas Sociales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo Social?

OPINION	No.	PORCENTAJE
SI	25	50%
NO	5	10%
A VECES	18	36%
NUNCA	2	4%
TOTAL	50	100%

El 50% considera en la Planificación Anual las Políticas Sociales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo Social, el 10% no las considera, a veces el 36% y nunca el 4%.

- 6.- A su criterio, estas Políticas, responden a las verdaderas necesidades de la población discapacitada?

OPINION	No	PORCENTAJE
SI	8	16%
NO	11	22%
PARCIALMENTE	31	62%
TOTAL	50	100



El 16% manifiesta que las Políticas Sociales si responden a las verdaderas necesidades de la población discapacitada, el 22% que no, y el 62% que responden parcialmente.

7. Las Políticas Sociales planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo Social, usted las considera?

OPINION	No	PORCENTAJE
EXCELENTES	-	-
MUY BUENAS	14	28%
BUENAS	29	58%
MENOS QUE BUENA	7	14%
TOTAL	50	100%

Nadie califica a las Políticas de Estado de Excelentes, el 28% las considera Muy Buenas, el 58% Buenas, y menos que Buena.

8. ¿En su opinión la relación que existe entre las Políticas Sociales y la Ley sobre Discapacidades es?

OPINION	No	PORCENTAJE
DE ESTRECHA RELAC.	13	26%
DE POCA RELACION	28	56%
DE NINGUNA RELAC.	9	18%
TOTAL	50	100%

El 26% manifiesta que existe estrecha relación entre Políticas y Marco Legal, el 56% califica de poca relación y el 18% de ninguna relación.

9. ¿Existe un Marco Legal y Políticas Sociales para las personas con discapacidad, con esto la situación de la población discapacitada ha mejorado?

OPINION	No	PORCENTAJE
MUCHO	3	6%
POCO	37	74%
NADA	19	20%
TOTAL	50	100%

La situación del discapacitado ha mejorado mucho un 6%, poco el 74% y nada el 20%

10.- Qué considera prioritario para mejorar la situación social de este sector?

OPINION	No	PORCENTAJE
POLITICA DE ESTADO	41	82%
OTROS	9	18%
TOTAL	50	100%

El 82% considera que es importante que se plantee como Política de Estado para mejorar la situación de este sector de la población, otros manifiestan que sería importante cambiar el Marco Legal, que se cumpla la Ley, y que se cumplan las políticas.

11. ¿Qué aspectos se debería considerar para lograr una atención integral al discapacitado como Política de Estado que garantice su Seguridad y Desarrollo?

OPINION	No	PORCENTAJE
Sensibilizar , concientizar a los más amplios sectores	36	72%
Otros	14	28%
TOTAL	50	100%

El 72% considera que se debería sensibilizar, concientizar, movilizar el apoyo de los más amplios sectores políticos y de la sociedad en su conjunto, en adhesión a principios, conceptualizaciones y acciones que ligan la atención integral al sector discapacitado con el desarrollo del país; los otros manifiestan que sería importante implementar acciones concretas a largo plazo, que se mantenga una coordinación efectiva y eficaz con las instituciones públicas y privadas, el fortalecimiento de la capacidad organizativa

y de liderazgo de los discapacitados, que se ratifique el marco legal y las políticas sociales.

12. ¿En la siguiente escala, marque la importancia que tiene esta investigación de la "Atención al Discapacitado" una Política de Estado para la Seguridad y Desarrollo del Ecuador?

OPINION	N°	PORCENTAJE
1 Mala	-	-
2 Regular	-	-
3 Buena	7	14%
4 Muy buena	7	14%
5 Excelente	36	72%
Total	50	100%

El 14% califica de Buena, el 14% de Muy Buena y el 72% de Excelente. De lo que se colige que para el 86% de los encuestados la investigación realizada "La atención al Discapacitado como Política de Estado para la Seguridad y Desarrollo" es significativamente importante.

#### Conclusiones de la Encuesta

1. El Marco Legal y su Reglamento es conocido por las Instituciones Públicas, Privadas y Organizaciones de Personas con Discapacidad; sin

embargo las acciones que les corresponde liderar conforme lo establece la Ley No 180 sobre Discapacidades y su Reglamento se las cumple parcialmente.

2. La Ley No 180 sobre Discapacidades y su Reglamento son considerados documentos necesarios para el desarrollo de actividades en cada uno de los Estamentos Públicos y Privados; organismos que ocasionalmente mantienen ámbitos de coordinación y apoyo

3. Las Políticas Sociales son importantes en la Planificación Anual de las Instituciones, sin embargo le dan una calificación de Buena porque responden en forma parcial a las verdaderas necesidades de la población discapacitada, a lo que se suma un criterio significativo de que existe poca relación entre las Políticas Sociales y el Marco Legal.

4. Existe una opinión prevaleciente de que pese a que existe un Marco Legal y Políticas Sociales para las personas con discapacidad, la situación de este sector de la población ha mejorado muy poco.

5. Es significativo el criterio de que la Atención a las personas con

Discapacidad sea planteado como Política de Estado por la Seguridad y Desarrollo del país; otros manifiestan que sería igualmente importante cambiar el Marco Legal, que se cumpla la Ley y sus Políticas.

6. Las personas a las que se aplicó la encuesta calificaron este planteamiento de Excelente y Muy Bueno, consideran importante una planificación de largo plazo que rebase períodos de gobierno y que garantice el desarrollo humano de este sector de la población, que se mantenga una coordinación efectiva y eficaz con las instituciones públicas y privadas y el fortalecimiento de la capacidad organizativa y de liderazgo de los discapacitados.

7. En las entrevistas realizadas a las Organizaciones de Discapacitados, consideran importante en la planificación de Políticas y Marco Legal, su participación plena como actores sociales directos.

8. El CONADE, considera muy importante la atención al discapacitado como política de Estado, pero a la vez cree conveniente que la Secretaría Técnica del Frente Social, sea Unidad Operativa de este organismo para realizar la planificación en forma coordinada y evitar la duplicidad de funciones; no

justifica la permanencia de este Frente al interior del Ministerio de Bienestar Social.

### Conclusiones

1. La Ley No 180 sobre Discapacidades, es conocida por las Instituciones públicas y privadas, así como las Organizaciones de Personas con discapacidad, sin embargo las acciones que les corresponde liderar a cada uno de los Estamentos se las cumple parcialmente.
2. El Marco legal que existe para este sector de la población es considerado importante y necesario para las actividades de cada uno de los Organismos públicos y privados, sin embargo hay poco interés político en atender a este sector de la población.
3. Existe una opinión generalizada de que pese a que existe un Marco Legal y Políticas Sociales para este sector de la población, la situación de las personas con discapacidad ha mejorado muy poco a lo que se suma un criterio significativo de que hay poca relación entre las Políticas Sociales y el Marco Legal.

4. Hay un elevado porcentaje de las personas encuestadas que manifiestan que para que mejore la situación social de este sector de la población se considere: "La atención al discapacitado como Política de Estado para la Seguridad y Desarrollo del Ecuador".

5. Las Políticas Sociales para el sector discapacitado establecido en el Plan Nacional de Desarrollo de la Secretaría Técnica del Frente Social, en la investigación de campo realizada la consideran importantes pese a que no responden a las verdaderas necesidades de este sector.

6. Prevalece una falsa concepción de que invertir en políticas sociales para el sector discapacitado del país es una inversión o gasto improductivo, no se asume hasta hoy la responsabilidad social de atender a este sector doblemente marginado de la población.

7. Las Políticas Sociales establecidas para el Sector Discapacitado del país por la Secretaría Técnica del Frente Social, necesitan ser revisadas por los más amplios sectores y organismos involucrados en la Planificación como son : el Consejo Nacional de Desarrollo-CONADE, Consejo Nacional de



Discapacidades-CONADIS, la Secretaría Técnica del Frente Social y el Consejo Nacional de Seguridad- COSENA.

8. En el país de una población total de 12 millones de habitantes, el 13,2% es discapacitado, es decir 1.500.000 personas que requieren de una atención prioritaria en salud, educación, formación profesional, trabajo, vivienda, protección , seguridad social, entre otros.

9. Las deficiencias más comunes en niños menores de cinco años se relacionan al lenguaje y músculo esqueléticos, siendo las causas más relevantes factores genéticos y hereditarios, de ahí la necesidad de que la pareja realicen exámenes previos y asistan a Unidades de Consultoría Genética, con el propósito de disminuir su incidencia y prevalencia.

10. La deficiencia más elevada en personas mayores de cinco años son las relacionadas con la visión, y las discapacidades de comunicación y locomoción , siendo necesario realizar investigaciones que permitan conocer las causas de estas deficiencias y discapacidades a fin de implementar programas de prevención.

11. Un porcentaje significativamente alto de discapacitados tienen grandes dificultades de integración socio-laboral, de ahí la importancia de crear y apoyar programas de empleo así como sensibilizar a la población para facilitar procesos de integración social.

12. Existen Escuelas de educación Especial distribuidas en la Costa, Sierra y Oriente, la mayor concentración se da en las provincias de Pichincha y Guayas, no así en la región Oriental donde el número es mínimo y en la Región Insular no hay.

La mayoría de estas instituciones son establecimientos públicos, financiados por el Estado, en ellas reciben educación especial niños y jóvenes con problemas sensoriales (ciegos y sordos) , físicos y mentales , la mayoría logran completar su nivel primario sin acceso a educación media ni superior.

13. Los programas de capacitación laboral y empleo para las personas con discapacidad no pasan de manualidades o pequeños oficios que en muchos de los casos reciben como actividades en las mismas instituciones de Educación Especial, lo que incide que no contemos con mano de obra

calificada y competitiva.

14. Invertir en salud y educación es invertir en el capital humano, siendo estos dos aspectos fundamentales para el desarrollo del país, se requiere privilegiar estas áreas. A fin de estimular un desarrollo humano sustentable.

15. Las desigualdades sociales y el carácter masivo de la pobreza son aspectos negativos que obstaculizan el desarrollo de su capital humano.

16. Hay un gran nivel de centralización de servicios de atención para las personas con discapacidad, quedando sin acceso un significativo número

17. La falta de coordinación interinstitucional efectiva en los niveles político, técnico y de gestión, sumando a los complejos problemas de coordinación entre las instituciones y el sector beneficiario, no ha posibilitado una eficiente y eficaz atención a la población discapacitada.

18. Se mantiene una baja cobertura de atención a la población discapacitada tanto en las áreas de prevención, atención e integración, así como insuficientes recursos técnicos y económicos, lo que ha generado una mala

calidad de los servicios.

19. Las políticas coyunturales de los gobiernos de turno y la ausencia de Políticas de estado para este sector de la población, ha propiciado el desperdicio de recursos, sumado al predominio de intereses personales sobre los institucionales.

20. Los Estamentos Públicos que atienden a la población discapacitada del país dependen básicamente del Presupuesto General del Estado, por lo que su capacidad de gestión es muy limitada.

21. Los limitados recursos económicos que se asignan par la atención de la población discapacitada, no permite cumplir con los Programas Operativos Anuales de los Estamentos Públicos.

22. El costo beneficio de un programa social como es la Atención Integral al Discapacitado es muy alto, por lo que el sector político del país no ha considerado su prioridad, ya que han considerado su costo económico y más no su beneficio social.

23. Hay una desvinculación de la programación presupuestaria de los sectores sociales sumado a los atrasos en los desembolsos del Ministerio de Finanzas, lo que ha incidido en la paralización de proyectos por la falta de oportunidad en la entrega de recursos económicos.

24. Los problemas de baja calidad e ineficacia de los servicios de atención a discapacitados están relacionados a la actual estructura organizativa del aparato público, hay duplicidad o indefinición de funciones con toma de decisiones estrictamente centralizadas.

### Recomendaciones

1. El Gobierno Nacional deberá tomar la decisión política de priorizar la atención a la población discapacitada del país, asignando los recursos económicos, técnicos y materiales a fin de coadyuvar a la Seguridad y Desarrollo del país.

2. El Ejecutivo deberá actualizar y reformar la Ley No 180 sobre Discapacidades que posibilite considerar la atención al discapacitado como

"Política de Estado" concordante con los principios consagrados en la nueva Constitución aprobado por la Asamblea Nacional.

3. El Consejo Nacional de Discapacidades-CONADIS, como ente rector de políticas para el sector discapacitado del país, deberá buscar los mecanismos para que la Ley y su Reglamento se cumplan en todos los estamentos públicos y privados a fin de materializar su vigencia y plena ejecución.

4. El CONADIS, y todos los Estamentos Públicos y Privados que trabajan en pro de las personas con discapacidad, deberán asumir su rol protagónico en el cumplimiento de sus funciones y políticas sectoriales, que posibiliten una atención eficaz y eficiente en beneficio de este sector de la población.

5. El Gobierno Nacional deberá propiciar mecanismos de coordinación entre el Consejo Nacional de Planificación, CONADE, la Secretaría Técnica del Frente Social, el Consejo Nacional de Discapacidades, y el Consejo Nacional de Seguridad COSENA, a fin de que se revisen las Políticas Sociales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, elaborado por la Secretaría Técnica del Frente Social, y se estructure una sola propuesta de políticas

sociales para las personas con discapacidad , dentro del Plan Estratégico de Desarrollo y Seguridad Nacional Ecuador 2025, que propicien grandes lineamientos de desarrollo a sobre la base de los Objetivos Nacionales Permanentes de Democracia, Desarrollo Integral y Justicia Social.

6. Es necesario fortalecer el Consejo Nacional de Discapacidades, así como a todos los estamentos públicos involucrados en la atención a las personas con discapacidad, para lo cual se hace necesario iniciar un proceso de reestructuración y modernización.

7. Organizar, diseñar y operativizar estructuras básicas de atención al Discapacitado en cada uno de los Estamentos Públicos, a fin de garantizar el cumplimiento de las acciones previstas en el Marco Legal y en las Políticas Sociales, para lo cual se debe revisar los Reglamentos Orgánico Funcionales de cada uno de los Ministerios, así como Partidas Presupuestarias específicas para este fin.

8. Mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios que brindan atención a las personas con discapacidad a través de la implementación de modelos de autogestión que posibiliten su desarrollo, igualmente gestionar convenios con

organismos nacionales e internacionales a fin de contar con la asistencia técnica necesaria para la optimización de estos servicios.

9. Los estamentos públicos involucrados en programas de atención a personas con discapacidad, deberán ampliar la cobertura de atención con la participación de Gobiernos Seccionales Organizaciones de Discapacitados y Sociedad Civil, a fin de que los programas de prevención, atención e integración socio-laboral, así como proyectos específicos lleguen a todos los sectores del país.

10. Fortalecimiento de las Organizaciones de Discapacidades como actores sociales de primer orden para la implementación de programas y servicios con el propósito de garantizar a través de estos la continuidad, crecimiento y desarrollo sostenible.

11. El Gobierno Nacional cumpliendo los lineamientos de una Política de Estado para el sector discapacitado del país, deberá apoyar los procesos de descentralización y desconcentración de las Subsecretarías Regionales del país, siendo necesario iniciar procesos de capacitación en el manejo administrativo y técnico de planes, programas y proyectos dirigidos a este



sector de la población.

12. El Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos, deberá crear y organizar Unidades de capacitación profesional para discapacitados, en el que se considere las actuales demandas de capacitación sobre la base de sistemas tecnológicos modernos que permitan entregar mano de obra calificada y competitiva, así como estructurar y organizar un Departamento a través del cual se cumplan las funciones asignadas en la Ley No 180 sobre Discapacidades y su Reglamento.

13. El Banco Nacional de Fomento, la Corporación Financiera Nacional, empresas privadas u otros sectores, deberán propiciar programas de créditos preferenciales para microempresarios discapacitados, con el propósito de generar puestos de trabajo que le permitan integrarse al aparato productivo del país.

14. Con Programas continuos de Comunicación del Estado, se deberá sensibilizar, concientizar, movilizar y lograr el apoyo de los más amplios sectores políticos de la sociedad, a fin que tomen la decisión de priorizar la atención a este sector de la población en aspectos de salud, educación,

trabajo, protección, seguridad social, vivienda entre otros, solo así estaremos elevando su calidad de vida.

15. Los cargos directivos a nivel de gobierno deberán sujetarse a un riguroso proceso de selección a fin de que sean personas calificadas y con experiencia en el área con el propósito de evitar la improvisación; la pérdida de recursos, la ineficacia y garantizar un trabajo serio, coherente y de largo plazo.

16. Los organismos públicos deberán capacitar a los líderes de las Organizaciones de Discapacitados para fortalecer sus organizaciones propendiendo a una mayor participación que les posibilite involucrarse activamente en proyectos de atención integral que resposnan a sus reales demandas.

17. El Ministerio de Finanzas en coordinación con los Estamentos Públicos, deberá reordenar el presupuesto para la atención al sector discapacitado y a los Organismos No Gubernamentales que se financian con fondos del Estado.

18. Los Estamentos Públicos involucrados en programas de atención a discapacitados, deberán gestionar ante organismos internacionales asistencia técnica y financiera para el cumplimiento de planes, programas y proyectos.

19. El Ministerio de Bienestar Social en coordinación con el Ministerio de Finanzas, deberá tramitar y gestionar el fondo que establece la Ley de Tránsito y Transporte Terrestre, siendo necesario reglamentar su utilización y manejo.

20. El Estado deberá apoyar la Organización de Programas de Protección Social, Atención Legal, Capacitación Profesional, Programas de Empleo y un Sistema de Seguridad Social para el sector discapacitado del país, concordante con las funciones asignadas en la Ley No 180 sobre Discapacidades y su Reglamento.

## BLIBLIOGRAFÍA

1. ASAMBLEA CONSTITUYENTE (1998)  
"Nueva Constitución Política "
2. COLECCION REHABILITACION  
"Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías "(1994).  
Editores: Ministerio de Asuntos Sociales -INSERSO-España  
Impresión: Artegraf- Madrid-España.
3. ECHEVERRIA, R. (1997)  
"El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador "  
Edición : CEPAR- Quito- Ecuador.
4. INFORME FINAL DE PROYECTO (1989)  
"La Situación Actual del Discapacitado en el Ecuador"  
Edición: Universidad Central del Ecuador-Quito
5. INFORME FINAL DE PROTECTO (1996)  
"Situación Actual de los Discapacitados en el Ecuador"  
Edición: CONADIS- Quito- Ecuador
6. DECENIO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS IMPEDIDOS ( (1983-1992)  
Incapacidad , Situación , Estrategias y Políticas "  
Edición: Naciones Unidas.
7. LEY, REGLAMENTO Y POLITICAS SOBRE DISCAPACIDADES EN EL ECUADOR  
"Registro Oficial No 996 del 10 de agosto de 1992 y Registro Oficial No 374 del 4 de febrero de 1994"
8. PROYECTO SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR (SIISE) (1997)  
"Pobreza y Capital Humano en el Ecuador "

9. SECRETARIA TECNICA DEL FRENTE SOCIAL  
"Políticas de Generación del Empleo Productivo"  
Plan Nacional de Desarrollo Social, Ecuador 1996-2005  
Editorial: A&H, Teléfono: 567557, Quito-Ecuador.
10. SECRETARIA TECNICA DEL FRENTE SOCIAL  
"Plan Nacional de Desarrollo Social", Ecuador 1996-2005.  
Editorial A&H, Teléfono: 567557, Quito-Ecuador.

## AUTORIZACION DE PUBLICACION

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales la publicación de esta Tesis, de su bibliografía y anexos, como artículo de la Revista o como artículos para lectura seleccionada.

Quito, 3 julio 1998

*Rosa Mená Flores*

DRA. ROSA MENA FLORES

**ANEXO**

INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES

FORMULARIO DE ENCUESTA

Señor (a)

Con el propósito de recabar información sobre la aplicación del Marco Legal y Políticas Sociales a favor de las personas con discapacidad, agradeceré a usted se digne contestar esta Encuesta. Su aporte es de significativa importancia para los fines de esta Investigación.

I. DATOS DE IDENTIFICACION:

1.1. Nombre de la Institución :-----

1.2. Dirección:-----

1.3. Teléfono:-----

1.4. Nombre de la Unidad :-----

1.5. Nombre del Jefe:-----

1.6. Fecha-----

II. DEL MARCO LEGAL :

2.1. Conoce usted la Ley No 180 sobre Discapacidades y su Reglamento?

SI

NO

PARCIALMENTE

2.2. De las acciones que a su Cartera de estado le corresponde liderar conforme lo señala el Reglamento sobre Discapacidades, en qué porcentaje su Unidad cumple?

100%

75%

50%

-50%



2.3. Mantiene su Unidad , ámbitos de coordinación y apoyo con organismos públicos y privados del área?

SIEMPRE  OCASIONALMENTE  NUNCA

2.4. Para el desarrollo de actividades en su Unidad , este documento es considerado:

IMPRESINDIBLE  MUY NECESARIO

NECESARIO  NO NECESARIO

### III. DE LAS POLITICAS SOCIALES

3.1. Para la elaboración del Plan Operativo Anual, su Institución considera las Políticas Sociales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo Social?

SI  NO  A VECES  NUNCA

3.2. A su criterio, estas Políticas, responden a las verdaderas necesidades de la población discapacitada?

SI  NO  PARCIALMENTE

3.3. Las Políticas Sociales planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo , usted las considera?

EXCELENTE  MUY BUENA

BUENA  MENOS QUE BUENA

3.4. En su opinión la relación que existe entre las Políticas Sociales y La Ley sobre Discapacidades es:

DE ESTRECHA RELACIÓN  DE POCA RELACIÓN

DE NINGUNA RELACIÓN

IV. DE LAS ESTRATEGIAS

4.1. Existe un Marco Legal y Políticas Sociales para las personas con discapacidad , con esto la situación de la población discapacitada ha mejorado?

MUCHO  POCO  NADA

4.2. Qué considera prioritario para mejorar la situación social de este sector?

- Cambiar el Marco Legal
- Que se cumpla la Ley y el Reglamento sobre discapacidades
- Cumplir las Políticas
- Cambiar las Políticas
- Plantear este problema como Política de Estado
- Otros.

4.3. Qué aspectos se debería considerar para lograr una atención integral al discapacitado como Política de estado que garantice su Seguridad y Desarrollo.

- Implementar acciones concretas a largo plazo
- Coordinación efectiva y eficaz de Instituciones Públicas y Privadas
- Fortalecer la capacidad organizativa y liderazgo de los discapacitados
- Adoptar una estrategia integral de atención al sector discapacitado
- Ratificar el Marco Legal y las Políticas Sociales ya establecidas
- Sensibilizar, concientizar , movilizar el apoyo de los más amplios sectores políticos y de la sociedad en su conjunto en adhesión a principios , conceptualizaciones y acciones que ligan la atención integral al sector discapacitado con el desarrollo del país.
- Otros

4.4. En la siguiente escala , marque la importancia que tiene esta investigación de "La atención al Discapacitado , una Política de Estado para la Seguridad y Desarrollo del Ecuador"

-----  
1      2      3      4      5

Por qué \_\_\_\_\_  
Gracias

1

INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES

FORMULARIO DE ENCUESTA

Señor (a)

Con el propósito de recabar información sobre la aplicación del Marco Legal y Políticas Sociales a favor de las personas con discapacidad, agradeceré a usted se digne contestar esta Encuesta. Su aporte es de significativa importancia para los fines de esta Investigación.

**I. DATOS DE IDENTIFICACION:**

1.1. Nombre de la Institución :-----

1.2. Dirección:-----

1.3. Teléfono:-----

1.4. Nombre de la Unidad :-----

1.5. Nombre del Jefe:-----

1.6. Fecha-----

**II. DEL MARCO LEGAL :**

2.1. Conoce usted la Ley No 180 sobre Discapacidades y su Reglamento?

SI

NO

PARCIALMENTE

2.2. De las acciones que a su Cartera de estado le corresponde liderar conforme lo señala el Reglamento sobre Discapacidades, en qué porcentaje su Unidad cumple?

100%

75%

50%

-50%

2.3. Mantiene su Unidad , ámbitos de coordinación y apoyo con organismos públicos y privados del área?

SIEMPRE  OCASIONALMENTE  NUNCA

2.4. Para el desarrollo de actividades en su Unidad , este documento es considerado:

IMPRESINDIBLE  MUY NECESARIO   
NECESARIO  NO NECESARIO

III. DE LAS POLITICAS SOCIALES

3.1. Para la elaboración del Plan Operativo Anual, su Institución considera las Políticas Sociales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo Social?

SI  NO  A VECES  NUNCA

3.2. A su criterio, estas Políticas, responden a las verdaderas necesidades de la población discapacitada?

SI  NO  PARCIALMENTE

3.3. Las Políticas Sociales planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo , usted las considera?

EXCELENTE  MUY BUENA   
BUENA  MENOS QUE BUENA

3.4. En su opinión la relación que existe entre las Políticas Sociales y La Ley sobre Discapacidades es:

DE ESTRECHA RELACIÓN  DE POCA RELACIÓN   
DE NINGUNA RELACIÓN

#### IV. DE LAS ESTRATEGIAS

4.1. Existe un Marco Legal y Políticas Sociales para las personas con discapacidad , con esto la situación de la población discapacitada ha mejorado?

MUCHO       POCO       NADA

4.2. Qué considera prioritario para mejorar la situación social de este sector?

- Cambiar el Marco Legal
- Que se cumpla la Ley y el Reglamento sobre discapacidades
- Cumplir las Políticas
- Cambiar las Políticas
- Plantear este problema como Política de Estado
- Otros.

4.3. Qué aspectos se debería considerar para lograr una atención integral al discapacitado como Política de estado que garantice su Seguridad y Desarrollo.

- Implementar acciones concretas a largo plazo
- Coordinación efectiva y eficaz de Instituciones Públicas y Privadas
- Fortalecer la capacidad organizativa y liderazgo de los discapacitados
- Adoptar una estrategia integral de atención al sector discapacitado
- Ratificar el Marco Legal y las Políticas Sociales ya establecidas
- Sensibilizar, concientizar , movilizar el apoyo de los más amplios sectores políticos y de la sociedad en su conjunto en adhesión a principios , conceptualizaciones y acciones que ligan la atención integral al sector discapacitado con el desarrollo del país.
- Otros

4.4. En la siguiente escala , marque la importancia que tiene esta investigación de "La atención al Discapacitado , una Política de Estado para la Seguridad y Desarrollo del Ecuador"

-----  
1      2      3      4      5

Por qué -----

Gracias

-----