



REGISTRO OFICIAL

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR



EDICIÓN ESPECIAL

Año II - Nº 936

**Quito, viernes 28 de
agosto de 2020**

Servicio gratuito

**ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR**

Quito:
Calle Mañosca 201
y Av. 10 de Agosto
Telf.: 3941-800
Exts.: 3131 - 3134

56 páginas

www.registroficial.gob.ec

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

**Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895**

SUMARIO:

Págs.

FUNCIÓN EJECUTIVA

**SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA
Y MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:**

ACUERDO INTERMINISTERIAL:

**STPTV-MSP-2020-0001-AI Apruébese el “Protocolo de
Articulación entre la Secretaría Técnica Plan Toda
Una Vida y el Ministerio de Salud Pública para la
Atención Integral a Personas con Discapacidad y
sus Familias”**

2

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.

**ACUERDO INTERINSTITUCIONAL No.
STPTV-MSP-2020-0001-AI**

**Carolina Desiree Caicedo Mesias
SECRETARIA TÉCNICA DEL PLAN TODA UNA VIDA**

**Juan Carlos Zevallos López
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador en el artículo 11, numeral 2, respecto al ejercicio de los derechos ordena que: *“Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de (...) discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.”;*
- Que,** el artículo 16, numeral 4 de la referida Constitución de la República dispone: *“Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a: (...) 4. El acceso y uso de todas las formas de comunicación visual, auditiva, sensorial y a otras que permitan la inclusión de personas con discapacidad. (...).”;*
- Que,** la Norma Suprema, en el artículo 30, establece: *“Las personas tienen derecho a un hábitat seguro y saludable, y a una vivienda adecuada y digna, con independencia de su situación social y económica.”;*
- Que,** el artículo 32 de la Carta Fundamental, manda que: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;*

Que, el artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador dispone que: *“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.”;*

Que, la Constitución de la República del Ecuador prevé: *“Art. 47.- El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.*

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.

2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas (...);”;

Que, el numeral 2 del artículo 66 de la Constitución de la República reconoce y garantiza a las personas: *“(...) 2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.”;*

Que, el artículo 226 de la Constitución de la República del Ecuador establece que las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúan en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la Ley, teniendo el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines;

Que, la Norma Suprema preceptúa: *“Art. 359.- El Sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.”;*

Que, el artículo 361 de la Constitución de la República del Ecuador determina que: *“El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”*

Que, Ley Orgánica de Salud, en el artículo 3, dispone: *“La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.”*

Que, el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud establece: *“La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”*

Que, la referida Ley Orgánica de Salud, en el artículo 6, determina las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, siendo entre otras las siguientes:

(...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;

(...) 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; (...).

Que, el artículo 10 de la Ley Orgánica de Salud preceptúa que: *“Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.”*

Que, la Ley Orgánica de Salud establece: *“Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.*

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando”

Que, la Ley Orgánica de Discapacidades, en el artículo 9, establece que: *“La autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud realizará la calificación de discapacidades y la capacitación continua de los equipos calificadores especializados en los diversos tipos de discapacidades que ejercerán sus funciones en el área de su especialidad.*

La calificación de la discapacidad para determinar su tipo, nivel o porcentaje se efectuará a petición de la o el interesado, de la persona que la represente o de las personas o entidades que estén a su cargo; la que será voluntaria, personalizada y gratuita. En el caso de personas ecuatorianas residentes en el exterior la calificación de la discapacidad se realizará a través de las representaciones diplomáticas de conformidad con el reglamento. En caso de que la persona ecuatoriana residente en el exterior, o retornada, cuente con un documento que acredite la calificación de su discapacidad otorgado por el organismo competente del país en el que resida o hubiera residido, la autoridad sanitaria nacional deberá reconocer dicha calificación de la discapacidad con la simple presentación del documento referido.

La autoridad sanitaria nacional capacitará y acreditará, de conformidad con la Ley y el reglamento, al personal técnico y especializado en clasificación, valoración y métodos para la calificación de la condición de discapacidad.

En el caso de que el documento contenido de la calificación de la discapacidad tenga fecha de caducidad, no se podrá exigir la actualización de la calificación o la recalificación mientras el documento esté vigente”.

Que, el artículo 10 de la Ley Orgánica de Discapacidades establece: *“Recalificación.- Toda persona tiene derecho a la recalificación de su discapacidad, previa solicitud debidamente fundamentada. La recalificación podrá ser solicitada en cualquier momento directamente por la persona interesada o por su representante legal. Se prohíbe exigir la recalificación de la discapacidad. Esta disposición será aplicable incluso para las personas que actualmente cuenten con el documento contentivo de la calificación de la discapacidad.”;*

Que, el artículo 16 de la Ley Orgánica de Discapacidades dispone que: *“El Estado a través de sus organismos y entidades reconoce y garantiza a las personas con discapacidad el pleno ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de la República, los tratados, instrumentos internacionales y esta Ley, y su aplicación directa por parte de las o los funcionarios públicos, administrativos o judiciales, de*

oficio o a petición de parte: así como también por parte de las personas naturales o jurídicas privadas.

Se reconoce los derechos establecidos en esta Ley en lo que les sea aplicable a las personas con deficiencia o condición discapacitante; y a los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho o representante legal que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado de una persona con discapacidad.”;

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

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

Que, la mencionada Ley en el artículo 21 señala: “La autoridad sanitaria nacional certificará y acreditará en el Sistema Nacional de Salud, los servicios de atención general y especializada, habilitación, rehabilitación integral, y centros de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas para personas con discapacidad.”

Que, el artículo 23 de esta Ley, en igual sentido dispone: “La autoridad sanitaria nacional procurará que el Sistema Nacional de Salud cuente con la disponibilidad y distribución oportuna y permanente de medicamentos e insumos gratuitos, requeridos en la atención de discapacidades, enfermedades de las personas con discapacidad y deficiencias o condiciones discapacitantes.

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

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

coordinación con las autoridades nacionales competentes, y las personas jurídicas públicas y privadas.

- Que,** el artículo 56 de la Ley Orgánica de Discapacidades establece *“Las personas con discapacidad tienen derecho a una vivienda digna y adecuada a sus necesidades, con las facilidades de acceso y condiciones que les permitan procurar su mayor grado de autonomía. (...)”*
- Que,** el artículo 69 del Código Orgánico Administrativo determina que: *“Los órganos administrativos pueden delegar el ejercicio de sus competencias, incluida la de gestión, en: 1. Otros órganos o entidades de la misma administración pública, jerárquicamente dependientes (...)”;*
- Que,** el artículo 70 del mismo cuerpo legal señala: *“La delegación contendrá: 1. La especificación del delegado. 2. La especificación del órgano delegante y la atribución para delegar dicha competencia. 3. Las competencias que son objeto de delegación o los actos que el delegado debe ejercer para el cumplimiento de las mismas. 4. El plazo o condición, cuando sean necesarios. 5. El acto del que conste la delegación expresará además lugar, fecha y número. 6. Las decisiones que pueden adoptarse por delegación. La delegación de competencias y su revocación se publicarán por el órgano delegante, a través de los medios de difusión institucional”;*
- Que,** el artículo 71 ibídem establece que: *“Son efectos de la delegación: 1. Las decisiones delegadas se consideran adoptadas por el delegante. 2. La responsabilidad por las decisiones adoptadas por el delegado o el delegante, según corresponda”;*
- Que,** mediante Decreto Ejecutivo No. 7 de 24 de mayo de 2017, el Presidente Constitucional de la República, Licenciado Lenin Moreno Garcés, dispuso en su artículo 2 lo siguiente: *“El Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social se transforme en la Secretaría Técnica del “Plan Toda una Vida”;*
- Que,** el señor Presidente Constitucional de la República del Ecuador, licenciado Lenin Moreno Garcés, a través de Decreto Ejecutivo No. 11 de 25 de mayo de 2017, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 16 de 16 de junio de 2017 dispuso:
- “ARTÍCULO. 4.- Créase la Secretaría Técnica del Plan “Toda una Vida”, adscrita a la Presidencia de la República, encargada de la ejecución de la misión “Las Manueles” y la coordinación para la implementación de la “Misión Toda una Vida”;*
- Que,** mediante Decreto Ejecutivo Nro. 447 de 12 de julio de 2018, el licenciado Lenín Moreno Garcés, Presidente Constitucional de la República del Ecuador, designó a la

Señora Isabel Maldonado Vasco, como Secretaria Técnica del Plan “Toda una Vida”;

Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 465 de 01 de agosto de 2018, el licenciado Lenin Moreno Garcés, Presidente Constitucional de la República, reformó el Decreto Ejecutivo No.11 de 25 de mayo de 2017, estableciendo lo siguiente:

“(...) Artículo 4.- Créase la Secretaría Técnica del Plan "Toda una Vida", adscrita a la Presidencia de la República, encargada de la coordinación para la implementación del "Plan Toda una Vida", sus Misiones y Programas. (...)

Artículo 7.- La Secretaría Técnica tendrá las siguientes atribuciones en función de las áreas correspondientes:

- a) Diseñar y proponer al Comité, las políticas, estrategias y acciones para garantizar la implementación del "Plan Toda una Vida", sus Misiones y Programas;*
- b) Coordinar la implementación del "Plan Toca una Vida", sus Misiones y Programas con las instituciones involucradas, tanto del nivel central como de los gobiernos autónomos descentralizados, asegurando una gestión intersectorial y complementaria;*
- c) Informar periódicamente al Comité Interinstitucional respecto del monitoreo, evaluación, análisis, grado de avance y cumplimiento de los objetivos del "Plan Toda una Vida";*
- d) Ejecutar las acciones que permitan la identificación de personas con discapacidad y sus núcleos familiares que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza; estableciendo mecanismos de acompañamiento y seguimiento en la atención de sus necesidades; y,*
- e) Ejecutar las acciones que permitan diseñar en los proyectos de vivienda de interés social del Plan "Toda una Vida", el componente de acompañamiento para la construcción, reconstrucción y fortalecimiento de comunidad. (...).”;*

Que, con Decreto Ejecutivo No. 1018 expedido el 21 de marzo de 2020, el señor Presidente Constitucional de la República designó al doctor Juan Carlos Zeballos López, como Ministro de Salud Pública;

Que, a través de Acuerdo Ministerial No. 1162 expedido el 8 de diciembre de 2012, se aprobó el “Manual del Modelo de Atención en Salud – MAIS”, instrumento que se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales; y, pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades;

Que, mediante Acuerdo Ministerial No. DM-STPTUV-001-2018 de 15 de enero de 2018, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 332 de 7 de marzo de

2018, se emitió el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de la Secretaría Técnica del Plan “Toda una Vida”, mismo que establece:

Artículo 4.- Objetivos Estratégicos:“(...) Implementar la política de atención integral de las personas con discapacidad de manera efectiva, a fin de lograr la inclusión social y cobertura de la demanda identificada en esta población, mediante un modelo que asegure la efectiva derivación y supervisión continua.”;

Artículo 10.- Estructura Descriptiva:

(...) MISION “LAS MANUELAS”

Misión.- Planificar, coordinar y gestionar las acciones para promover el goce pleno de los derechos de las personas con discapacidad; a través de la identificación, coordinación interinstitucional, derivación, monitoreo y promoción de la corresponsabilidad; con énfasis en la población en situación de pobreza y vulnerabilidad.

Responsable: Subsecretario/a de la Misión “LAS MANUELAS”

Atribuciones y responsabilidades:

a) Planificar y coordinar la intervención en territorio de la Misión “LAS MANUELAS” para la identificación de personas con discapacidad, acorde a la planificación establecida.”

Proponer la Política Sectorial de Vivienda articulada a las políticas de Hábitat y Asentamientos Humanos. Proponer la normativa técnica y las regulaciones que normen el sector de vivienda y faciliten el acceso de familias de escasos recursos a una vivienda digna.(...)”;

Que, el informe técnico de 20 de noviembre de 2019, elaborado por la Dirección de Articulación Intersectorial de la Secretaría Técnica Plan Toda Una Vida, entre otros aspectos señala que: *“El Protocolo de Articulación, se creó con la intención de dotar de una estructura normalizada, lógica y razonable, que garantice la calidad técnica para desarrollar y beneficiar a través de intervenciones a personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema.”;* y, recomienda: *“(...) la emisión de un Acuerdo Ministerial (sic) para la implementación de la atención efectiva a personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema y la correcta coordinación interinstitucional entre la Secretaría Técnica Plan Toda Una Vida y Ministerio de Salud Pública.”;* y,

Que, con memorando No. MSP-DND-2020-0335-M de 29 de abril de 2020, la Directora Nacional de Discapacidades respecto al Protocolo de Articulación entre la Secretaría

Técnica Plan Toda Una Vida y el Ministerio de Salud Pública para la Atención Integral a Personas con Discapacidad y sus Familias, manifiesta al Coordinador General de Asesoría Jurídica lo siguiente: *“Por lo expuesto debo comunicar que la validación ya fue consensuada por las áreas competentes de la Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud de este Ministerio (...)”*; y solicita *“(...) continuar con el procedimiento de la firma del Acuerdo Interministerial (sic) entre STPTV y MSP.”*.

Que, mediante acuerdo No. STPTV-STPTV-2020-0005-A de 27 de mayo de 2020, la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, designó a la magister Carolina Desiree Caicedo Mesias, Subsecretaría de Coordinación del Plan “Toda una Vida”, para que subrogue las funciones y atribuciones otorgadas a la máxima autoridad de la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, desde el 27 de mayo de 2020 hasta finalizar la licencia con remuneración de maternidad otorgada a la suscrita.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES QUE LES CONFIERE LOS ARTÍCULOS 154 NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 69 Y 70 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDAN:

Artículo 1.- APROBAR el *“Protocolo de Articulación entre la Secretaría Técnica Plan Toda una Vida y el Ministerio de Salud Pública para la Atención Integral a Personas con Discapacidad y sus Familias”*, conforme consta en el **ANEXO 1** del presente Acuerdo Interinstitucional.

Artículo 2.- DELEGAR por parte de la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida a el/la Subsecretario/a de la Misión *“Las Manueles”* como servidor/a encargado/a de la ejecución y seguimiento del mencionado Protocolo, conjuntamente con el/la servidor/a delegado/a por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Artículo 3.- DELEGAR por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador a la Mtr. Camila Lizeth Olmedo Avilés, Gerente Institucional Plan Nacional Toda una Vida como servidora encargada de la ejecución y seguimiento del Protocolo que con este Acuerdo Interinstitucional se aprueba, conjuntamente con el/la servidor/a delegado/a por la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente instrumento entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 03 de julio de 2020

 Firmado electrónicamente por: CAROLINA DESIREE CAICEDO MESIAS	 Firmado electrónicamente por: JUAN CARLOS ZEVALLOS LOPEZ
Carolina Desiree Caicedo Mesias Secretaria Técnica	Juan Carlos Zevallos Ministro
SECRETARÍA TÉCNICA DEL PLAN TODA UNA VIDA	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. ANTECEDENTES
 2. MARCO LEGAL
 3. CONCEPTUALIZACIÓN
 - 3.1. MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD
 - 3.2. ENFOQUES
 - 3.3. MISIÓN “LAS MANUELAS”
 - 3.4. SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
 4. DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO
 - 4.1. OBJETIVO GENERAL
 - 4.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
 - 4.2. ALCANCE
 - 4.3. POBLACIÓN OBJETIVO
 5. PROCEDIMIENTO Y COMPONENTES DEL PROTOCOLO
 - 5.1. PROCEDIMIENTO DE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA Y EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 - 5.2. DIAGRAMA DEL PROCESO DE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA Y EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- CONSIDERACIONES GENERALES
- GLOSARIO
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- BIBLIOGRAFIA SUGERIDA
- ANEXOS:

ÍNDICE DE CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA 1. DIAGRAMA DEL PROCESO DE ARTICULACIÓN ENTRE LA STPTV-MSP

ÍNDICE DE CONTENIDO DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1. PROCESO Y COMPONENTES DEL PROTOCOLO. SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA Y MINISTERIO DE SALUD, 2019. ELABORADO POR: SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA Y MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA Y EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

1. ANTECEDENTES

La Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 35, establece que: *“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.”*

La Ley Orgánica de Discapacidades se fundamenta en los siguientes principios rectores: *no discriminación; In dubio pro hominem; igualdad de oportunidades; responsabilidad social colectiva; celeridad y eficacia; interculturalidad; participación e inclusión; accesibilidad; protección de niños, niñas y adolescentes con discapacidad; y atención prioritaria.* La observancia y cumplimiento de los mismos, permitirán el desarrollo de acciones afirmativas que eliminen toda condición de desigualdad en el ámbito de derechos instaurados en la Constitución, leyes, reglamentos e instrumentos internacionales; promoviendo el goce efectivo de derechos, así como también, la inclusión activa y participativa de las personas con discapacidad en la sociedad.

A lo largo del ciclo de vida, los seres humanos presentan requerimientos especiales bajo condiciones específicas. Un enfoque que tome en cuenta las necesidades particulares de cada etapa del ciclo de vida, permite al Estado garantizar los derechos de manera efectiva y oportuna, bajo consideraciones de pertinencia territorial, disponibilidad, accesibilidad, calidad y

adaptabilidad, orientando sus intervenciones en la población desde la gestación, primera infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y adultez mayor, es decir, brindando una vida y una muerte digna.

La Misión “Las Manuelas” se concibe como una política pública orientada a garantizar la atención integral a las personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema, y a sus familias, para fomentar su autonomía y su plena integración al entorno familiar y a la sociedad en general.

La Misión “Las Manuelas” parte del pre-supuesto de que la discapacidad es una condición humana y es, por tanto, un elemento de la diversidad en una sociedad conformada y enriquecida por la interacción de seres humanos diferentes con cualidades particulares. Por lo tanto, es una política que busca el respeto y la valoración de la diferencia.

La diversidad requiere de intervenciones específicas que potencien el ejercicio de los derechos humanos de las personas. Considerando que las personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema tienen dificultades para acceder a servicios de salud, educación, trabajo y protección social, el Estado ha diseñado mecanismos específicos que les permitan acceder a dichos servicios de manera oportuna, y generar un entorno de oportunidades, a través de la articulación intersectorial.

La misión del Ministerio de Salud Pública (MSP) Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza, vigilancia, control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

El presente protocolo es un instrumento de carácter operativo, cuyo propósito es establecer la coordinación interinstitucional entre la Secretaría Técnica Plan Toda una Vida y el Ministerio de Salud Pública (MSP), con la finalidad de guiar la gestión de ambas instituciones en el proceso de

atención a personas con discapacidad y/o sus familias; que se encuentren en situación de pobreza y pobreza extrema, para que las mismas accedan a los servicios del Ministerio de Salud Pública, con el fin de contribuir al mejoramiento de la capacidad organizacional y cumplir con la Constitución de la República del Ecuador los compromisos asumidos por el Estado ante la comunidad internacional en defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

2. MARCO LEGAL

Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador (2008), en el artículo 3, numeral 1, *“establece como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en este cuerpo legal y en los instrumentos internacionales, en particular la salud, la educación, el hábitat seguro y saludable, la vivienda adecuada y digna, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes”*.

La Constitución de la República, en el artículo 11, dispone que:

El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios: (...) 2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

El artículo 16 de la referida Constitución de la República dispone que: *“Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a: (...) 4. El acceso y uso de todas las formas de comunicación visual, auditiva, sensorial y a otras que permitan la inclusión de personas con discapacidad. (...)”*.

El artículo 32 de la Constitución de la República establece que:

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

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El artículo 35 *ibidem*, establece que:

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

El artículo 47 *ibidem*, ordena que:

El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a: 1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran

tratamiento de por vida. 2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas (...).

Por su parte el artículo 361 de la referida Norma Suprema señala que:

“El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las actividades del sector.”

Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud, en el artículo 3, dispone:

La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

La Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, determina que:

La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

El artículo 6 de la referida Ley Orgánica de Salud establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública,

(...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; (...) 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados

prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; (...).

El Artículo diez de la Ley Orgánica Ibídem preceptúa:

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Por su parte, el artículo 69 de la citada norma prescribe:

La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

Ley Orgánica de Discapacidades

Los artículos 9 y 10 de la Ley Orgánica de Discapacidades hacen referencia a la calificación y recalificación de discapacidad y expresan:

Art. 9.- Calificación. –

La autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud realizará la calificación de discapacidades y la capacitación continua de los equipos calificadores especializados en los diversos tipos de discapacidades que ejercerán sus funciones en el área de su especialidad.

La calificación de la discapacidad para determinar su tipo, nivel o porcentaje se efectuará a petición de la o el interesado, de la persona que la represente o de las personas o entidades que estén a su cargo; la que será voluntaria, personalizada y gratuita. En el caso de personas ecuatorianas residentes en el exterior la calificación de la discapacidad se realizará a través de las representaciones diplomáticas de conformidad con el reglamento. En caso de que la persona ecuatoriana residente en el exterior, o retornada, cuente con un documento que acredite la calificación de su discapacidad otorgado por el organismo competente del país en el que resida o hubiera residido, la autoridad sanitaria nacional deberá reconocer dicha calificación de la discapacidad con la simple presentación del documento referido.

La autoridad sanitaria nacional capacitará y acreditará, de conformidad con la Ley y el reglamento, al personal técnico y especializado en clasificación, valoración y métodos para la calificación de la condición de discapacidad.

En el caso de que el documento contenido de la calificación de la discapacidad tenga fecha de caducidad, no se podrá exigir la actualización de la calificación o la recalificación mientras el documento esté vigente”.

Art. 10.- “*Recalificación.* - Toda persona tiene derecho a la recalificación de su discapacidad, previa solicitud debidamente fundamentada.

La recalificación podrá ser solicitada en cualquier momento directamente por la persona interesada o por su representante legal.

Se prohíbe exigir la recalificación de la discapacidad.

Esta disposición será aplicable incluso para las personas que actualmente cuenten con el documento contentivo de la calificación de la discapacidad.

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

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

Así mismo la Ley *Ibidem* hace referencia a la prescripción y entrega de ayudas técnicas para las personas con discapacidad dispone: “*Art. 21.- Certificación y acreditación de servicios de salud para discapacidad. - La autoridad sanitaria nacional certificará y acreditará en el Sistema Nacional de Salud, los servicios de atención general y especializada, habilitación, rehabilitación integral, y centros de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas para personas con discapacidad.*”

El artículo 23 de la referida Ley Orgánica de Discapacidades respecto a medicamentos, insumos, ayudas técnicas, producción, disponibilidad y distribución. – prevé:

La autoridad sanitaria nacional procurará que el Sistema Nacional de Salud cuente con la disponibilidad y distribución oportuna y permanente de medicamentos e insumos gratuitos, requeridos en la atención de discapacidades, enfermedades de las personas con discapacidad y deficiencias o condiciones discapacitantes.

Las órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas que reemplacen o compensen las deficiencias anatómicas o funcionales de las personas con discapacidad, serán entregadas gratuitamente por la autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional

de Salud; que, además, garantizará la disponibilidad y distribución de las mismas, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos.

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

Mediante Decreto Ejecutivo signado con el número 11 de fecha 25 de mayo de 2017, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, Licenciado Lenin Moreno Garcés, dispuso lo siguiente: “Créase la Misión “Toda una Vida” para garantizar los derechos de las personas en todo el ciclo de vida”

Uno de los Objetivos Estratégicos de la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, contemplado en el artículo 4 del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de la institución, expedido con Acuerdo Ministerial N° 1, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial N° 332 de 7 de marzo de 2018, es “Implementar la política de atención integral de las personas con discapacidad de manera efectiva, a fin de lograr la inclusión social y cobertura de la demanda identificada en esta población (...)”.

La misión de la Subsecretaría de la Misión "Las Manueles" radica en “Planificar, coordinar y gestionar las acciones para promover el goce pleno de los derechos de las personas con discapacidad; a través de la identificación, coordinación interinstitucional, derivación, monitoreo y promoción de la corresponsabilidad; con énfasis en la población en situación de pobreza y vulnerabilidad.”.

Entre sus atribuciones y responsabilidades destaca la de “Planificar y coordinar la intervención en territorio de la Misión “Las Manuelas” para la identificación de personas con discapacidad, acorde a la planificación establecida.”

La Misión “Las Manuelas” tiene por objetivo general “Garantizar la atención integral de las personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema, y la de sus familias, para fomentar su autonomía, mediante un modelo de gestión de casos que coloca en el centro de la intervención al sujeto de derechos.”

A través del despliegue territorial de las Brigadas, en el marco del Proyecto de Inversión "Plan Toda una Vida", se realiza una identificación y caracterización socioeconómica de familias que tienen en su seno a personas con discapacidad, y que están en situación de pobreza y extrema pobreza.

3. CONCEPTUALIZACIÓN

3.1. MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD

A lo largo de la historia se distinguen tres modelos que intentan explicar e intervenir ante la discapacidad. Aunque cada uno de ellos corresponda a una época, en la práctica coexisten aún en las distintas sociedades. Estos modelos han definido: i) las causas de la discapacidad; ii) el rol que se asigna a las personas con discapacidad en la sociedad; y, iii) el abordaje del fenómeno. (Palacios, 2008).

En la Antigüedad y el Medioevo se explicaba el origen de la discapacidad a través de la religión, que la entendía como el producto de un castigo divino o el anuncio de una catástrofe próxima. El modelo consideraba improductivas a las personas con discapacidad por lo que representaban cargas para las familias y las comunidades. A esta concepción se conoce como *modelo de prescindencia*, y se divide en dos submodelos: el *eugenésico*, propio de la Antigüedad Clásica, que incluía prácticas como el infanticidio; y el de *marginación*, característico del Medioevo, el cual, dada la expansión del catolicismo y sus principios que incluyen la desaprobación del asesinato, opta por la generación de mecanismos de exclusión o distanciamiento de la sociedad,

ya sea por subestimación o por temor. Sin embargo, el tratamiento que daba la sociedad a una discapacidad congénita y una discapacidad adquirida era distinto pues la causa de las discapacidades adquiridas no se consideraba religiosa. (Toboso Martí & Arnau Ripollés, 2008) (Valverde, 2012).

A inicios del siglo XX, el proceso europeo de industrialización y la Primera Guerra Mundial dejaron grandes consecuencias físicas y psíquicas en la población, que motivaron una nueva comprensión de la discapacidad. Por un lado, las causas ya no se explicaban desde una concepción religiosa sino desde una científica; y, por otro, se consideraba que las personas con discapacidad podrían integrarse y aportar a la sociedad siempre y cuando se rehabilitaran (generalmente mediante procesos de institucionalización que terminaban por excluirlos de la sociedad (Valverde, 2012).

En este modelo, denominado *rehabilitador* o *médico*, el tratamiento se centraba en las deficiencias y en aquellas acciones que la persona no podía realizar; y se orientaba a transformar a las personas para eliminar las diferencias o normalizarlas. Debido a la centralidad en el individuo y a la diversidad funcional, el abordaje desde los estados tenía una perspectiva paternalista que desarrollaba la rehabilitación a través de una asistencia que comprendía la atención sanitaria como eje principal, la educación especial y el trabajo protegido (Palacios, 2008).

En la década de 1960, en Estados Unidos y Europa, específicamente en el Reino Unido, activistas con discapacidad y colectivos de personas con discapacidad iniciaron una serie de acciones dirigidas a alcanzar el pleno ejercicio de sus derechos humanos. Abogaban concretamente por la desinstitucionalización, la independencia, la autosuficiencia, la transversalidad y la comprensión de la discapacidad como un problema social, esto último en tanto se concebía la discapacidad como una forma de opresión social. Este modelo es el germen del Modelo Social de la Discapacidad, propuesto por Mike Oliver, activista y académico (Palacios, 2008).

El modelo aborda la discapacidad de manera holística, visibilizando sus múltiples dimensiones. Reconoce la existencia de deficiencias en los seres humanos, pero no las considera

discapacidades en sí mismas. Comprende, así, que las dificultades de la discapacidad se derivan de las barreras económicas, medioambientales y culturales del contexto. Consecuentemente, las características del entorno son las que definen a la persona, mas no sus características personales. Por lo tanto, quien debe rehabilitarse o normalizarse es la sociedad, que no reconoce la diversidad ni las especificidades individuales en los ámbitos económico, social ni cultural. (Victoria & A, 2013).

El modelo social, por lo tanto, sí que considera que existe un sustrato fisiológico de la discapacidad que lleva a requerir, bien de un modo puntual, bien con cierta continuidad, apoyos médicos. Pero ese enfoque terapéutico, desde su perspectiva, debería orientarse no a la adaptación (como en el modelo médico) sino a la capacitación, yendo necesariamente acompañado de cambios más profundos en las estructuras sociales y económicas. (Díaz Velásquez, 2010).

Este modelo parte de tres presupuestos que deben ser interiorizados por todos los actores de la sociedad para alcanzar una transformación real encaminada al reconocimiento y valoración de la diversidad y, en consecuencia, el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad: i) toda vida humana tiene el mismo valor de dignidad; ii) todas las personas tienen derecho a tomar sus propias decisiones en aquellos temas que afectan su desarrollo; y iii) todo ser humano tiene derecho a participar en los distintos espacios de la sociedad: económico, cultural, político y social. Estos tres elementos están vinculados al concepto de autonomía entendida, por un lado, como la capacidad de decidir y elegir de acuerdo con los intereses y deseos individuales en la medida en que sea posible; y, por otro, como la presencia de medios que permitan la eliminación de las barreras de acceso cuya materialización está ligada a cambios en las estructuras sociales y económicas. Así, este modelo social, antes que impulsar la transformación de las personas con discapacidad para que puedan llegar a cumplir con determinados estándares, busca que la sociedad se repiense y adapte los entornos a la totalidad de las personas que forman parte de ella (Díaz Velásquez, 2010) (Palacios, 2008).

3.2. ENFOQUES

De acuerdo al contexto histórico que se expone en líneas anteriores, se han realizado esfuerzos importantes por parte de las instituciones del Estado para transformar la manera de percibir a las

personas con discapacidad. Actualmente, su participación activa en la sociedad es valorada pues se las considera sujetos de derechos con habilidades, capacidades y obligaciones dentro de la sociedad. En esta línea los enfoques de este documento, así como de la gestión de la Misión “Las Manueles” son:

- **Enfoque de derechos**

La acumulación de vulnerabilidades, entre ellas las relacionadas con las condiciones económicas de las personas y las familias, limita el ejercicio de los derechos humanos reconocidos en el marco constitucional y en los tratados internacionales (Sepúlveda, 2014). El enfoque de derechos, parte por reconocer a todas y todos como titulares de derechos, no como meros beneficiarios de asistencia social (Abramovich, 2006); así, el Plan Toda una Vida busca reducir brechas y la exclusión social, mediante la atención integral a los grupos poblacionales que enfrentan mayores desventajas a lo largo del ciclo de vida, para generar condiciones para el goce de sus derechos.

- **Enfoque de ciclo de vida, generacional e intergeneracional**

Las etapas del ciclo vital tienen características propias en cada sociedad, pues se les atribuye roles y posiciones distintas, esto reconociendo que cada persona es diferente y tiene necesidades que van más allá de las que se relacionan a un grupo etario; generalmente, se distinguen cuatro etapas del ciclo de vida: la infancia, la juventud, la adultez y la vejez, cada una de éstas supone oportunidades y riesgos. (Cecchini, S, & otros, 2015). Las etapas del ciclo de vida están encadenadas ente sí. De esta forma, los niveles de bienestar están relacionados con las condiciones de vida en etapas previas. (Cecchini, S, & otros, 2015)

El Plan Toda una Vida, parte de las especificidades de cada etapa de la vida, y a través de las Misiones genera mecanismos para el pleno ejercicio de los derechos en cada una de ellas.

- **Enfoque de interculturalidad**

“La interculturalidad es un diálogo permanente, en igualdad de condiciones, de personas diversas, lo que permite un intercambio de saberes y prácticas culturales. La interculturalidad es un ejercicio de reconocimiento y valoración del otro (...)” (Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, 2015). En consecuencia, el Plan Toda una Vida integra el enfoque

de interculturalidad mediante el reconocimiento de la diversidad, y la generación de estrategias específicas que respondan a las características de la población, con énfasis en aquella que pertenece a pueblos y nacionalidades.

- **Enfoque de género**

El fin último del enfoque de género, es la consecución de la equidad entre géneros, en las distintas sociedades se asignan roles distintos a hombres y mujeres, lo que incide en el ejercicio de los derechos de las personas, los mismos que son por principio universales. (Comisión Europea, 2008). El Plan Toda una Vida, mediante sus misiones analiza las desigualdades entre géneros a lo largo del ciclo de vida y genera acciones específicas para alcanzar la equidad.

- **Enfoque de interseccionalidad**

Permite abordar las múltiples condiciones, que convergen en una misma persona, y que inciden en su acceso a bienes, servicios y oportunidades, es decir en el ejercicio de sus derechos humanos.

3.3. MISIÓN “LAS MANUELAS”

La Misión “Las Manuelas” se concibe como una política pública orientada a garantizar la atención integral a las personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema, y/o sus familias, para fomentar su autonomía y su plena integración al entorno familiar y a la sociedad en general. Reconoce que la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras generadas por la actitud y el entorno, impiden su participación en la sociedad.

La Misión “Las Manuelas” parte de la premisa de que la discapacidad es una condición humana y es, por tanto, un elemento de la diversidad en una sociedad conformada y enriquecida por la interacción de seres humanos diferentes con cualidades particulares. Por lo tanto, es una política que busca el respeto y la valoración de la diferencia.

La diversidad requiere de intervenciones específicas que potencien el ejercicio de los derechos humanos de las personas. Estas intervenciones deben contemplar los factores de riesgo a los que están expuestas. Considerando que las personas con discapacidad en situación de pobreza y

pobreza extrema tienen dificultades para acceder a servicios de salud, educación, trabajo y protección social, el Estado debe diseñar mecanismos específicos que les permitan acceder a dichos servicios de manera oportuna, para generar un entorno de oportunidades.

La articulación de las distintas Carteras de Estado, requiere información sobre las condiciones de vida de las personas con discapacidad. Para ello, Misión “Las Manuelas” realiza una identificación y caracterización socioeconómica de familias que tienen en su seno a personas con discapacidad, y que están en situación de pobreza y extrema pobreza. Esta identificación, permite dar inicio al proceso de articulación intersectorial derivando sus necesidades hacia las distintas instituciones responsables de la provisión de bienes y servicios ubicando a las personas con discapacidad como sujetos de derechos.

Identificación: proceso en el cual se identifica a personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema, por medio de diferentes canales de recepción.

Intervención y derivación: proceso por el cual se realiza intervención inicial y se detectan necesidades de la persona con discapacidad y su familia, para realizar las derivaciones internas y externas.

Acompañamiento y Seguimiento: proceso de acompañamiento, seguimiento y monitoreo de atenciones brindadas, con la finalidad de verificar que los requerimientos de los casos intervenidos han sido atendidos de manera oportuna y efectiva.

3.4. SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las

necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida¹.

La Atención Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles, en lo posible, la ocurrencia de discapacidad o muerte.

En este marco, el MAIS-FC se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana²

Atención Individual.- Reconociendo el carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual generando elementos protectores o de riesgo para su salud y su vida, la atención integral individual se orienta a promover una cultura y una práctica de cuidado de su ciclo vital, su estilo de vida, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de enfermedad, rehabilitación de la funcionalidad y cuidados paliativos cuando ya la condición sea terminal. La atención individual debe basarse en el respeto y el reconocimiento tanto del equipo de salud y de la persona de los derechos y responsabilidades en salud, que debe ser un espacio interactivo y de aprendizaje mutuo.

¹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2018, Página 19.

² Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2018, Página 40.

Atención Familiar. - La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud, o puede constituirse, por cualquier tipo de disfuncionalidad, en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros. El equipo de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables. El equipo de salud tiene la responsabilidad de identificar necesidades y articular intervenciones intersectoriales frente a riesgos y problemas que rebasan las posibilidades de intervención desde los servicios de salud.

Atención a la Comunidad. - La comunidad es el escenario inmediato donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud. Es el espacio privilegiado para la acción de los sujetos sociales en función de la generación de condiciones sociales ambientes saludables.

El concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución de 1948, define a la salud *“...como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales”*³.

El Modelo de Atención Integral de Salud de esta Cartera de Estado, determina que el primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del subsistema de referencia contra referencia, referencia inversa, transferencia del sistema nacional de salud, se garantiza el acceso a unidades y servicios de salud de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema.

Los servicios de salud a los que acceden las personas con discapacidad son los siguientes:

³ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2018, Páginas 39 y 64.

Calificación de Discapacidad:

Es un proceso mediante el cual se realiza la evaluación técnica biopsicosocial (médica, psicológica y/o social) a la persona con discapacidad mediante la recopilación, análisis de documentos (certificados de especialidad, exámenes complementarios, etc.) de evidencia médica/psicológica de las secuelas y limitaciones orgánicas y/o funcionales producto de las deficiencias irreversibles a través del instrumento de calificación vigente⁴.

Los requisitos para acceder a la calificación de discapacidad son los siguientes:

En caso de discapacidad no evidente:

- Cita para calificación de discapacidad solicitada a través de llamada telefónica al Contact Center 171 opción 4.
- Cédula de identidad ecuatoriana o pasaporte (en el caso de extranjeros).
- Certificado médico del especialista/tratante (anexo 001) en el caso que lo amerite, emitido por los profesionales de la Red Pública Integral de Salud (MSP, IEISS, ISSPOL, ISSFA) con vigencia máxima de un año, según la normativa legal y vigente.
- Estudios de imagen o exámenes complementarios, en caso que lo amerite; con vigencia máxima de un año, según la normativa legal y vigente.

En caso de discapacidad evidente:

- Cita para calificación de discapacidad solicitada a través de llamada telefónica al Contact Center 171 opción 4.
- Cédula de identidad ecuatoriana o pasaporte (en el caso de extranjeros).
- Estudios de imagen o exámenes complementarios, en caso que lo amerite; con vigencia máxima de un año, según la normativa legal y vigente.

Recalificación de discapacidad: es el proceso mediante el cual una persona con discapacidad

⁴ Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial 0245. 2018. Página 4.

*legalmente acreditada como tal, es revalorada por cualquier circunstancia”*⁵. Para acceder al servicio de recalificación de discapacidad, la persona debe cumplir con lo siguiente:

- Cita para calificación de discapacidad solicitada a través de llamada telefónica al Contact Center 171 opción 4.
- Solicitud de recalificación
- Certificado médico del especialista/tratante (anexo 001) en el caso que lo amerite, emitido por los profesionales de la Red Pública Integral de Salud (MSP, IESS, ISSPOL, ISSFA) con vigencia máxima de un año, según la normativa legal y vigente.
- Cédula de identidad ecuatoriana o pasaporte (en el caso de extranjeros).
- Estudios de imagen o exámenes complementarios, en caso que lo amerite; con vigencia máxima de un año, según la normativa legal y vigente.

La recalificación podrá ser solicitada en cualquier momento únicamente por la persona interesada o por su representante legal.

Calificación o recalificación domiciliaria: Proceso en el cual el equipo calificador acude al domicilio de la persona, con la finalidad de realizar la calificación o recalificación. *“Se aplicará una calificación domiciliaria cuando se trate de personas con discapacidad muy grave con dificultad para movilizarse y/o dependencia”*⁶. Las personas que requieran este servicio deben agendar una cita para calificación o recalificación domiciliaria a través de llamada telefónica al Contact Center 171 opción 4.

“Ayudas técnicas: *Son todas aquellas herramientas, equipos, instrumentos, sistemas, productos, etc., que se utilizan para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, cuya finalidad es mantener o mejorar la autonomía, por tanto, promover su bienestar”*⁷. Las ayudas técnicas pueden ser prescritas por el médico calificador en la atención ambulatoria o en la visita domiciliaria, los requisitos para acceder son:

⁵ Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial 0245. 2018. Página 6.

⁶ Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial 0245. 2018. Página 4.

⁷ Ibidem Referencia Nro. 6.

- Carné de discapacidad
- Valoración y prescripción de la ayuda técnica realizada por el médico calificador.

También la persona con discapacidad o su representante legal pueden solicitar una cita al Contact Center 171 opción 4, para la prescripción de ayudas técnicas.

Cuidado Permanente Domiciliario (largo plazo y paliativo).- Este servicio es ejecutado por un equipo múltiple e interdisciplinario, que abarca todos los requerimientos de salud de la persona en cuidados permanentes (talento humano, insumos, medicamentos, ayudas técnicas y equipos biomédicos) en todos los niveles de salud; con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, el cuidado permanente se ejecuta en el domicilio del paciente, a través de la implementación del Plan de Atención Domiciliaria (PAD) y comprende los siguientes servicios:

- **Largo plazo:** se definen como el amplio rango de servicios de asistencia para las personas que se encuentran en situación de dependencia. Se reconoce que existe un problema de autonomía o una situación de dependencia cuando una persona encuentra limitada su capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria de forma permanente o por un largo periodo de tiempo.
- **Paliativo:** Son los servicios que permiten atender a personas que viven con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado, permitiendo mejorar la calidad de vida de las personas y/o sus familias, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales.

Para acceder a cuidado permanente domiciliario (a largo plazo y paliativo) se requiere:

- Evaluación y requerimiento de cuidado permanente en domicilio por parte de los profesionales de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención (Médico General, Familiar y Especialistas).

- Elaboración del plan de atención domiciliaria (PAD), por parte de los profesionales de salud.

Rehabilitación: Se considera como el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir la mayor funcionalidad e independencia posibles en un individuo; es así que la rehabilitación se entiende como una intervención de carácter multidisciplinaria que permite a una persona con discapacidad o condición discapacitante alcanzar calidad de vida con existencia autónoma y dinámica. (OMS, 2011). Los objetivos del área de rehabilitación son: prevenir la pérdida de la función, reducir el ritmo de pérdida de función, mejorar o restaurar la función, compensar la función perdida y mantener la función actual.

Para acceder al servicio de rehabilitación se requiere:

- Valoración y prescripción de la rehabilitación requerida por parte del médico especialista de primer, segundo o tercer nivel de atención en salud.

TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA LA GESTIÓN DE REQUERIMIENTOS CON BASE EN LA NORMATIVA LEGAL Y VIGENTE

Los casos considerados emergentes, deben cumplir uno, o más, de los siguientes criterios: dificultad de movilización al Establecimiento de Salud (Primer Nivel) por la condición física (discapacidad severa: física del 75% o más, intelectual y/o psicosocial del 65% o más); doble vulnerabilidad del paciente o cuidador (adulto mayor, embarazo, otra discapacidad u otras que limiten la movilización), discapacidad severa: física (75% o más).

Casos emergentes:

- En atención en salud máximo 48 horas.
- La atención médica se realizará conforme a la normativa de médico del barrio entre 5 a 15 días laborables, a excepción de los casos que amerite atención inmediata.
- La calificación de discapacidades y entrega de ayudas técnicas en casos emergentes será de entre 7 a 30 días.

- Casos regulares: entre 30 a 60 días laborables.

* Nota: El tiempo se puede extender de acuerdo a la complejidad del requerimiento en cada caso y de la disponibilidad de los recursos.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO

El protocolo de atención integral está orientado a fortalecer la gestión coordinada que desarrolla la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida y el Ministerio de Salud Pública, para generar una respuesta efectiva en garantía de los derechos de las personas con discapacidad, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) del Ministerio de Salud Pública.

4.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer estrategias de coordinación interinstitucional entre la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida y el Ministerio de Salud Pública.

4.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Brindar atención integral a las personas con discapacidad y/o sus familias, que requieren acceso a los servicios de salud en el marco del MAIS.
- Coordinar a nivel interinstitucional de acuerdo a sus competencias la referencia y seguimiento de las acciones realizadas para la atención de requerimientos de las personas con discapacidad y/o sus familias.

4.2. ALCANCE

El presente protocolo está diseñado para su aplicación a nivel nacional, como herramienta de articulación interinstitucional entre la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida y el Ministerio de Salud Pública en el ámbito de sus respectivas competencias y con base en los servicios que estas instituciones ofrecen a través de sus proyectos y la población objetivo.

4.3. POBLACIÓN OBJETIVO

Personas con discapacidad y/o sus familias que se encuentren en situación de pobreza y pobreza extrema, que requieran acceder a los servicios del Ministerio de Salud Pública.

5. PROCEDIMIENTO Y COMPONENTES DEL PROTOCOLO

El proceso de articulación interinstitucional entre la Misión “Las Manueles” y el Ministerio de Salud Pública, se ejecuta a través de cuatro componentes: identificación, intervención, derivación y seguimiento,

A continuación, se detalla el procedimiento a seguir desde las áreas competentes de cada institución, para brindar la atención de las personas con discapacidad y/o sus familias en situación de pobreza y pobreza extrema.

5.1. PROCEDIMIENTO DE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA Y EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD DEL FLUJO	INSTRUCCIÓN ACLARATORIA	DOCUMENTO REGISTRO/SISTEMA UTILIZADO
IDENTIFICACIÓN				
Este componente hace referencia al proceso en el cual se identifican casos de personas con discapacidad o presunción de la misma, en situación de pobreza y pobreza extrema, por medio de los diferentes canales de recepción o que son detectados a través de la gestión territorial de cada institución				
1	Persona requirente	Realizar solicitud	El requirente realiza la solicitud de manera directa, o a su vez, es identificada a través de la gestión territorial.	▪ Memorandos u Oficios ▪ Gestión territorial de la Misión “Las Manueles” (Matriz de derivación) ▪ Cartas Ciudadanas ▪ Solicitud de Atención ▪ Medios de comunicación
2	Archivo STPTV	Procesar el requerimiento	Generar un número de trámite (2.1) Poner en conocimiento a la autoridad competente	▪ Sistema de Gestión Documental

			(2.2)	
3	Subsecretaría de la Misión “Las Manueles”- STPTV	Disponer el análisis y gestión del caso	Disponer el análisis y la gestión del caso a la Dirección de Identificación y Acompañamiento (3.1)	▪ Oficio de solicitud de gestión reasignado.
4	Dirección de Identificación y Acompañamiento	Verificar la información y generar documento para viabilizar la gestión	Receptar información. Verificar y validar la información del requirente (4.1.) Generar documento y remitir a la Subsecretaría de la Misión “Las Manueles” para viabilizar la intervención territorial de la Misión “Las Manueles” o para derivar el requerimiento a la institución que corresponda (4.2)	▪ Memorando para viabilizar la gestión documental u Oficio de derivación ▪ RIPS
5	Subsecretaría de la Misión “Las Manueles”	Revisar y remitir el documento para viabilizar la gestión	Revisa y remite el documento para viabilizar la intervención territorial de la Misión “Las Manueles” o para la derivación a la institución que	Documento (Oficio o Memorando)

			corresponda (5.1)	
6	Coordinaciones Zonales de la Misión “Las Manueles”	Receptar el requerimiento y asignar técnico responsable	Recepta el requerimiento y asigna al técnico responsable para la atención y gestión del caso (6.1). El técnico responsable analiza y valida la información (6.2)	▪ Memorando de resignación del caso. ▪ RIPS
INTERVENCIÓN Y DERIVACIÓN				
Este componente hace referencia al proceso en el cual se realizan las derivaciones internas y externas de cada institución, con la finalidad de atender e intervenir en cada uno de los casos identificados				
7	Coordinaciones Zonales de la Misión “Las Manueles”	Realizar la visita domiciliaria para identificar el tipo de requerimiento	Realiza la visita domiciliaria en la que se actualiza o levanta Registro Social. Si el usuario tiene discapacidad o existe presunción de la misma. Se elabora la Ficha Técnica de levantamiento de necesidades para la articulación y atención.	▪ Registro Social ▪ Ficha Técnica de levantamiento de necesidades ▪ RIPS
8	Coordinaciones Zonales de la Misión “Las Manueles”	Analizar la naturaleza del caso (emergente – regular)	Analiza si la persona requiere acceso a servicios del MSP. Si la persona requiere acceso a servicios del MSP se analiza la	▪ Memorando de reporte de gestión ▪ Ficha Técnica de levantamiento de necesidades ▪ Matriz de derivación

			naturaleza del caso. (8) Si el caso es regular se notifica la gestión realizada a la Subsecretaría de la Misión “Las Manueles” para la derivación a las Coordinaciones Zonales del MSP, con copia a la Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud (se adjunta ficha técnica). Si el caso es emergente se realiza la articulación con el administrador técnico del establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención del MSP (8.2). A su vez, se notifica la gestión realizada, a la Subsecretaría de la Misión “Las Manueles” para la derivación al MSP, (se adjunta ficha técnica) (8.1)	
9	Coordinaciones Zonales de la Misión “Las Manueles”	Notificar gestión	Si la persona no requiere acceso a servicios del MSP, se notifica la gestión realizada a, Subsecretaría de la Misión “Las Manueles” para la derivación a otras	▪ Memorando de reporte de gestión ▪ Ficha Técnica de levantamiento de necesidades ▪ Matriz de derivación

			instituciones, dependiendo el caso (se adjunta ficha técnica)	
10	Coordinación Zonal de Salud	Disponer a la Dirección Distrital de Salud (o quien haga sus veces) la atención en el territorio del listado de pacientes enviado por la Subsecretaría la Misión Las Manueles	Con base a la información recibida, siguiendo el órgano regular, dispone a la Dirección Distrital correspondiente la atención integral en Salud en el establecimiento de salud.	▪ Memorando
11	Dirección Distrital de Salud- Responsable de Provisión de Servicios de Salud	Recibir y analizar el listado de los casos	Recibe y analiza el caso, levantando la información pertinente para contactar a los usuarios	▪ Memorando
12	Dirección Distrital de Salud- Responsable de Provisión de Servicios de Salud	Gestionar la atención integral de salud	Con base a la información recibida, gestiona la cita médica (domiciliaria o agendamiento); se contacta vía telefónica con el usuario o familiar para confirmar el requerimiento y la fecha de la atención	▪ Memorando de disposición de la visita domiciliaria o agendamiento.

			médica integral. Elabora y envía memorando al director del establecimiento de salud (siguiendo el órgano regular) para que se brinde inmediatamente la atención médica integral a la persona.	
13	Dirección Distrital de Salud- Responsable Distrital de Provisión de Servicios de Salud o quien hiciere sus veces.	Disponer al establecimiento de salud la atención integral	Dispone al establecimiento de salud la atención integral de la persona y previo agendamiento de visita domiciliaria o consulta externa	
14	Profesional de Salud del Establecimiento de Salud / Estrategia Médico del Barrio / EAIS	Realizar visita domiciliaria en los casos en que la persona no pueda trasladarse al Establecimiento de Salud, previa validación de criterios.	VISITA DOMICILIARIA realiza la identificación y atención integral en el domicilio del paciente a través de los equipos EAIS o Médico del Barrio. Cuando se requiera resolución de mayor complejidad, el paciente será referido al segundo o tercer nivel, de acuerdo a	▪ Ficha de visita domiciliaria vigente. ▪ Aplicativo Geosalud app. ▪ Formulario 053

			lo establecido en la normativa vigente, previa articulación con el Servicio de Atención de Salud Móvil, a través del Servicio de Transporte Secundario, para el traslado del paciente al establecimiento que requiera (ya que es paciente que no puede trasladarse por sus propios medios) O a través de llamada al SIS ECU-911 en caso de pacientes en emergencia. En casos de citas subsecuentes deberá ser el primer nivel quien realice la movilización, dependiendo el cuadro clínico del paciente o se deberá coordinar con el establecimiento de salud más cercano para solicitar la unidad de Transporte Secundario	
--	--	--	--	--

15	Profesional médico del Establecimiento de Salud / Estrategia Médico del Barrio / EAIS	Atender en consulta externa de acuerdo al agendamiento	AGENDAMIENTO Proceso mediante el cual se accede al servicio de salud, el mismo que dependerá de la ubicación o del lugar de residencia, es decir, es un servicio orientado a agendar citas para usuarios que necesiten atención médica en establecimientos de salud de primer nivel de atención	▪ visita domiciliaria médico del barrio ▪ Llamada al 171 opción 4 ▪ PRAS-RDACAA ▪ Historia clínica. ▪ Formulario 053
16	Profesional médico del Establecimiento de Salud / Estrategia Médico del Barrio / EAIS	Brindar atención integral en salud	Realiza atención integral en salud con base a los procedimientos o protocolos médicos establecidos.	▪ Historia clínica ▪ PRAS-RDACAA
17	Profesional médico del Establecimiento de Salud / Estrategia Médico del Barrio / EAIS	Articular los procesos de atención en salud cuando la persona cumpla los criterios y de acuerdo a los protocolos vigentes del MSP	En función del diagnóstico del paciente coordina la atención en los diferentes servicios que comprende la atención integral en salud.	▪ Historia clínica ▪ Formulario 053 ▪ PRAS-RDACAA
18	Profesional médico del	Realizar la valoración del	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS:	▪ Historia clínica ▪ Prescripción de

	Establecimiento de Salud / Estrategia Médico del Barrio / EAIS	paciente para la prescripción prescribir medicamentos	Conforme a la valoración de la situación clínica del paciente prescribe los medicamentos correspondientes	medicamentos
19	Profesional médico del Establecimiento de Salud / Equipo Calificador de Discapacidades	Realizar el proceso de calificación de discapacidad	CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD: Califica a través de una valoración clínica integral	▪ Historia clínica ▪ Carné de persona con discapacidad ▪ Certificado de no acreditación con discapacidad.
20	Equipo Calificador de Discapacidades	Realizar el proceso de Recalificación de discapacidad	RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Recalifica personas con discapacidad a través de una valoración clínica integral. Nota: La recalificación de discapacidad aplica exclusivamente bajo pedido expreso de la persona con discapacidad o su representante legal.	▪ Historia clínica ▪ Carné de persona con discapacidad
21	Profesional médico del Establecimiento de Salud / Estrategia Médico del Barrio / Médico Calificador de	Prescribir y entregar ayudas técnicas	PRESCRIPCIÓN Y ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS De acuerdo a la valoración médica se realiza la prescripción para la entrega de la ayuda técnica que corresponda.	▪ Historia clínica ▪ Acta de entrega al beneficiario

	Discapacidades		Conforme la disponibilidad de la ayuda técnica prescrita, se realiza la entrega de la misma.	
22	Profesional de salud del Establecimiento de Salud / Estrategia Médico del Barrio / EAIS	Brindar cuidados permanentes	CUIDADOS PERMANENTES Brindar atención domiciliaria, que incluye los servicios de cuidado a largo plazo y cuidado paliativo y comprende todas las actividades que tienen como finalidad proveer de atención integral en salud a personas que ven disminuida su funcionalidad y autonomía, requiriendo de terceras personas para su cuidado y equipos biomédicos en algunos casos.	▪ Historia clínica ▪ Formulario 053 y 058 ▪ Plan de Atención Domiciliaria PAD
23	Profesional médico del Establecimiento de Salud / Estrategia Médico del Barrio / EAIS	Brindar servicios de rehabilitación en los establecimientos de salud que poseen el servicio.	REHABILITACIÓN Brindar servicios de rehabilitación médica de acuerdo a la disponibilidad del equipamiento.	▪ Historia clínica ▪ Formulario 053

24	Profesional médico del Establecimiento de Salud / Estrategia Médico del Barrio / EAIS	Elaborar y remitir reporte mensual al distrito de las atenciones realizadas.	Elabora y remite el reporte mensual de las atenciones realizadas, conservando criterios de confidencialidad y manejo de la información.	▪ Reporte mensual de atención integral ▪ Memorando
25	Profesional médico del Establecimiento de Salud / Estrategia Médico del Barrio / EAIS	Continuar con el seguimiento integral en salud	Según sea el caso y exista la necesidad de atenciones subsecuentes, se realizará el seguimiento respectivo.	▪ Historia clínica ▪ Formulario 053 y 058 ▪ Plan de Atención Domiciliaria PAD
26	Responsable Distrital de Provisión de Servicios de Salud	Consolidar Reportes Mensuales de las atenciones de los establecimientos de salud y remitir el consolidado a la Coordinación Zonal de Salud	Recibe y consolida los reportes mensuales de las atenciones y remite a la Coordinación Zonal de Salud siguiendo el órgano regular.	▪ Informes de Atención ▪ Memorando
27	Responsable Zonal de Discapacidades	Consolidar Reportes mensuales de atención y elaborar informe técnico.	Consolidación de los reportes mensuales, elaboración de informe técnico y prepara respuesta para la Subsecretaría Misión Las	- Informe técnico - Memorando

			Manuelas con copia a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de salud.	
28	Coordinador Zonal de Salud o Entidad operativa administrativa	Contestar de manera oficial a la Subsecretaría Misión Las Manuelas, conservando criterios de confidencialidad y manejo de la información del paciente	Revisa y envía Oficio a la Subsecretaría Misión “Las Manuelas” con los informes de las atenciones realizadas, conservando criterios de confidencialidad y manejo de la información del paciente y con copia a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.	▪ Oficio ▪ Informe de Atención
SEGUIMIENTO				
Este componente hace referencia al proceso de monitoreo y seguimiento de la atención y gestión brindada, con la finalidad de verificar que los requerimientos de cada uno de los casos intervenidos fueron atendidos de manera oportuna y efectiva.				
29	Subsecretaría de la Misión “Las Manuelas”	Reasignar respuesta del MSP	La Subsecretaría de la Misión “Las Manuelas” recibe la información y reasigna a la respuesta a la Dirección de Identificación y Acompañamiento	▪ Oficio de respuesta reasignado
30	Dirección de Identificación y Acompañamiento	Recibir el reporte de los casos y derivar a las	Se recibe la respuesta de los casos y se refieren a la Coordinación Zonal respectiva.	▪ Memorando de reasignación

		Coordinaciones Zonales	Envío de casos a la Coordinación Zonal para seguimiento (29.1)	
31	Coordinación Zonal de la Misión “Las Manueles” o Entidad operativa administrativa	Receptar respuesta de la atención brindada a los casos	Realiza seguimiento a través de visitas domiciliarias o llamadas telefónicas (301.) Se analiza si el caso ha sido atendido. Si ha sido atendido: se finaliza. Si no ha sido atendido: se remite a la Subsecretaría de la Misión “Las Manueles” (30.2)	▪ Bitácora de seguimiento. ▪ Memorando de seguimiento (si el caso no ha sido atendido)
32	Subsecretaría de la Misión “Las Manueles”	Receptar información	Recibe y reasigna a la Dirección de Identificación y Acompañamiento, para la gestión respectiva de derivación	▪ Memorando de seguimiento
33	Dirección de Identificación y Acompañamiento	Preparar documento de derivación	La Dirección de Identificación y Acompañamiento prepara documento de derivación y lo reasigna a la Subsecretaría de la Misión “Las Manueles” (regresa a la actividad 5.1)	▪ Memorando de seguimiento.

Ilustración 1. Proceso y Componentes del Protocolo. Secretaría Técnica Plan Toda una Vida y Ministerio de Salud, 2019. **Elaborado por:** Secretaría Técnica Plan Toda una Vida y Ministerio de Salud Pública.

5.2. DIAGRAMA DEL PROCESO DE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA Y EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

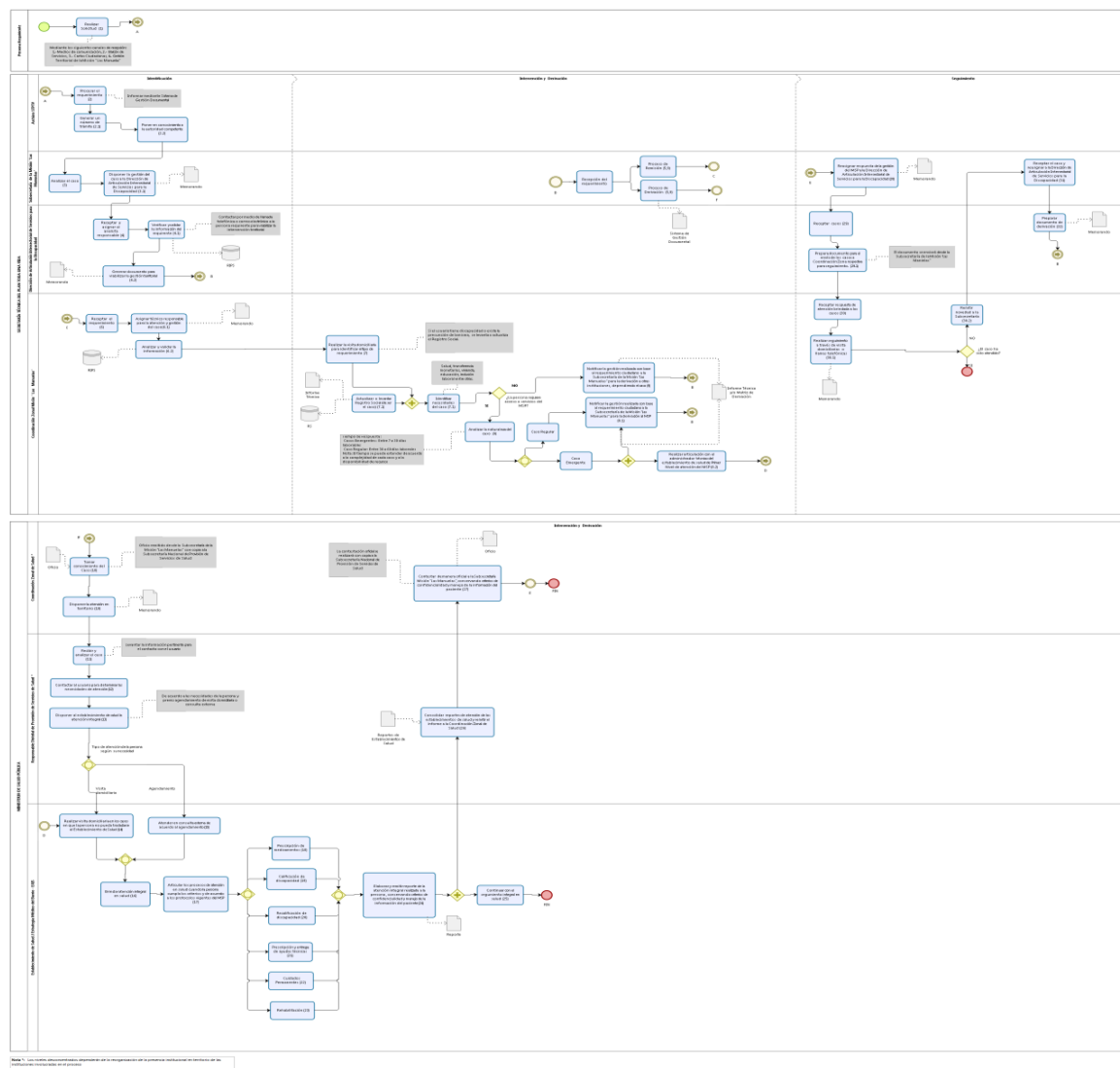


Figura 1. Diagrama del Proceso de articulación entre la STPTV-MSP. **Elaborado por:** Secretaría Técnica Plan Toda una Vida y Ministerio de Salud Pública.

* Nota: Los niveles desconcentrados dependerán de la reorganización de la presencia institucional en territorio de las instituciones involucradas en el proceso.

CONSIDERACIONES GENERALES

- La Subsecretaría de la Misión “Las Manueles” derivará las solicitudes de las personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema conforme sean identificadas en el despliegue territorial.
- Las Coordinaciones Zonales del Ministerio de Salud Pública informarán a la Subsecretaría de la Misión “Las Manueles” (con copia a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud), el estado de los casos emergentes entre 7 a 30 días. Para casos regulares será entre 30 a 60 días laborables para su respectivo seguimiento.

GLOSARIO

- Acciones Afirmativas: toda aquella medida necesaria, proporcional y de aplicación obligatoria cuando se manifieste la condición de desigualdad de la persona con discapacidad en el espacio que goce y ejerza sus derechos; tendrá enfoque de género, generacional, e intercultural. Art4, numeral 1 de la Ley Orgánica de Discapacidades.
- Atención pre-hospitalaria: servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y emergentes, que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital. La atención pre-hospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima.⁸
- Situación de pobreza: situación o condición socioeconómica de la población que carece de los recursos económicos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permiten un adecuado nivel y calidad de vida tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. Es la imposibilidad de cubrir las necesidades incluidas en la canasta básica de alimentos.
- Situación de pobreza extrema: Conforme al Acuerdo Ministerial 03-2014 del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, se considera pobreza extrema la banda de Registro Social de 0 a 24.08.

⁸ Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, Acuerdo Ministerial 725. 3 mayo 2012. Registro Oficial 742, 10 jul 2012.

- Discapacidad: “(...) término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesible y un apoyo social limitado)”⁹.
- Derivación: es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, esta derivación se la realiza previa autorización correspondiente.

Para realizar las derivaciones a la red complementaria, primeramente, se debe agotar la red pública de salud y se debe utilizar el formulario 053.¹⁰

- Establecimientos de salud: son las unidades operativas destinadas a realizar prestaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y atención sanitaria en situaciones de emergencia o urgencia en forma ambulatoria, en el sitio de ocurrencia, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad. Pudiendo ser fijos o móviles.¹¹
- Hogar/familia: es la unidad social o conjunto de personas que están unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y que comparten alojamiento y comida. Puede estar compuesto por una o varias familias.
- In dubio pro hominem: en caso de duda sobre el alcance de las disposiciones legales, éstas se aplicarán en el sentido más favorable y progresivo a la protección de las personas con discapacidad.
- Informe Técnico: instrumento de registro de información para la identificación de necesidades y requerimientos de las personas con discapacidad y/o sus familias.

⁹ Ministerio de Salud Pública. Manual de Calificación de Discapacidad. 2018. Página 21,

¹⁰ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsistema de referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normalización, 2013.

¹¹ Ministerio de Salud Pública. Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial 5212. 24 dic 2014. Registro Oficial 428, 30 ene 2015.

- “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI): es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad - el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

Por tanto, el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida”¹².

- Núcleo familiar: agrupa a parte de los miembros de un hogar y se conforma por la presencia de una pareja legal o, de hecho, o un o una jefa/jefe de hogar, con hijos solteros que dependan o no económicamente de la pareja y que no formen otro núcleo. También están en el mismo núcleo otros parientes o no parientes solos (no considerados jefes de hogar) y que no tengan ascendientes directos en el hogar.
- Persona con discapacidad: “(...) toda aquella que, como consecuencia de uno o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria en una proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad debidamente calificada por la Autoridad Sanitaria Nacional”¹³.
- Referencia: es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención o de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud.

La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053.¹⁴

¹² Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud MAIS. 2018. Página 53.

¹³ Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades. Artículo 1.

¹⁴ Ministerio de Salud Pública. Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Ministerial 5212. 24 dic 2014. Registro Oficial 428, 30 ene 2015.

- Registro Social - RS: es un catastro a nivel nacional en el que consta información social, económica y demográfica individualizada a nivel de hogares (familias). La base de Registro Social es una herramienta útil para la identificación, selección, focalización y priorización de beneficiarios de programas sociales programas y/o subsidios estatales a nivel de familias e individuos (Manual de actualización RS 2018, SENPLADES 2018, p.4).
- Rehabilitación: especialidad médica a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.
- Servicio Integrado de Seguridad ECU 911: conjunto de actividades que, a través de una plataforma tecnológica y en base a políticas, normativas y procesos, articula el servicio de recepción de llamadas y despacho de emergencias, con el servicio de emergencias que proveen las instituciones de carácter público, a través de sus dependencias o entes a su cargo, para dar respuesta a las peticiones de la ciudadanía de forma eficaz y eficiente.¹⁵
- Vulnerabilidad: cualidad de vulnerable (que es susceptible de ser lastimado o herido ya sea física o moralmente). El concepto puede aplicarse a una persona o a un grupo social según su capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto. Las personas vulnerables son aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada esta capacidad y que, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *REVISTA DE LA CEPAL* 88 , 35 - 50.

bramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *REVISTA DE LA CEPAL*, 88 , 35 - 50.

Cecchini, S, & otros. (2015). *Instrumentos de Protección Social: Caminos Latinoamericanos hacia la Universalización. Libros de la CEPAL, No. 136 (LC/G. 2644)*. Santiago de Chile: CEPAL.

¹⁵ Ministerio de Salud Pública. Reglamento de aplicación para el proceso de incorporación de las unidades de atención pre-hospitalaria de transporte y soporte vital, al Servicio Integrado de Seguridad ECU-911, en situaciones de emergencia de salud. Acuerdo Ministerial 2599. 17 diciembre 2012.

- Comisión Europea. (2008). *Manual para la perspectiva de género en las políticas de empleo, de inclusión social y de protección social*. Luxemburgo: Comunidades Europeas.
- Consejo de Participación Ciudadana y Control Social. (2015). *Guía y Herramientas para la Transversalización de la Interculturalidad*. Quito: CPCCS.
- Díaz Velásquez, E. (2010). Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad. *Política y Sociedad - Universidad Complutense de Madrid*, 115-135.
- Victoria, M., & A, J. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos. *Revista de Derechos UNED*, 817-833.
- Ministerio de Salud Pública. *Reglamento para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad o con deficiencia o condición discapacitante*. 0245-2018. (20 de julio de 2018) Quito.
- Ministerio de Salud Pública. *Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural*. MAIS-FCI. 2018. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. *Manual de Calificación de Discapacidad*. 2018. Quito.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Suiza: Organización.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional de los Derechos de las personas con Discapacidad*. Madrid: Editorial CINCA.
- Sepúlveda, M. (2014). De la retórica a la práctica: el enfoque de derechos en la protección social en América Latina. *EPAL - Serie Política Sociales* 189, 1-73.
- Toboso Martí, M., & Arnau Ripollés, M. S. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*. Año 10, N° 20 Segundo semestre de 2008 , 1-20.
- Valverde, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista Empresa y Humanismo / VOL XV / N° 1* , 115-136.

Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2017-2021). *Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades*. Quito, Ecuador. Obtenido de

Constitución de la República del Ecuador. (2008). Quito, Pichincha, Ecuador. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

Intervención Emblemática Misión “Las Manuelas”, Secretaría Técnica Plan Toda una Vida (2018).

Ley Orgánica de Discapacidades. (25 de septiembre de 2012). *Registro oficial* 796. Obtenido de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf

Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. Ministerio de Salud Pública (2013)

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017-2021). *Plan Nacional para el Buen Vivir*. Quito, Ecuador.

ANEXO 1 MATRIZ DE DERIVACIÓN

ANEXO 2 SOLICITUD DE REQUERIMIENTO

ANEXO 3 INFORME TÉCNICO “MISIÓN LAS MANUELAS”.

ANEXO 4 FICHA AYUDAS TÉCNICAS

ANEXO 5 FICHA DE VISITA DOMICILIARIA VIGENTE.

ANEXO 6 FORMULARIO 053

SUMILLAS DE RESPONSABILIDAD



Firmado electrónicamente por:
**SANDRA DEL
ROCIO RUIZ
MORA**

Sandra del Rocío Ruiz Mora
Directora de Articulación
Intersectorial de Servicios para
la Discapacidad

SECRETARÍA TÉCNICA PLAN
TODA UNA VIDA



Firmado electrónicamente por:
**PABLO ANDRES
REYES
VINTIMILLA**

Pablo Andrés Reyes
Vintimilla
**Director de Identificación y
Acompañamiento**

SECRETARÍA TÉCNICA PLAN
TODA UNA VIDA



PABLO LUIS ORMAZA MEJIA

Digitalmente firmado por PABLO LUIS ORMAZA MEJIA
C=ECUADOR CN=ORMAZA MEJIA, O=CELESTINO GARCIA
COMUNIDAD DE CERTIFICACION DE INFORMACIONES
SERIALNUMBER=000049193 / C=PAKISTAN
Cause i am the author of this document
FirmTime: 2008-05-14 20:41:57
FirmReason: Version: 3.4.1

Pablo Luis Ormazza Mejía
Director de Políticas y Seguimiento

SECRETARÍA TÉCNICA PLAN
TODA UNA VIDA



Firmado electrónicamente por:
**MARIA JOSE
RIVAS**

María José Rivas Serrano
Subsecretaria de la Misión “Las
Manuelas”
SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA



Firmado electrónicamente por:
**CAROLINA
DESIREE CAICEDO
MESIAS**

Carolina Caicedo Mesías
Subsecretaria de Coordinación del
Plan Toda una Vida
SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA
VIDA



Firmado electrónicamente por:
**CAMILA LIZETH
OLMEDO AVILES**

Mrt. Camila Lizeth Olmedo Avilés
Gerente Institucional Plan Nacional
Toda una Vida
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL
ECUADOR



Firmado electrónicamente por:
**LISSET
GABRIELA
TAPIA YANEZ**

Dra. Lisset Gabriela Tapia Yáñez
Directora Nacional de Discapacidades
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL
ECUADOR



Firmado electrónicamente por:
**CARLOS ANIBAL
JARAMILLO VAN
DENZEN**

Dr. Carlos Aníbal Jaramillo Van Denzen
Subsecretario Nacional de Provisión de
Servicios de Salud
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL
ECUADOR

RAZÓN: A solicitud de la Dra. Catalina Mosquera Jaramillo, Coordinadora de Asesoría Jurídica, y de conformidad a lo establecido en el Artículo 47 de la Política Institucional de Gestión Documental y Archivo de la Secretaría Técnica del Plan Toda Una Vida, siento como tal que los documentos que anteceden en cincuenta y cuatro fojas útiles, son iguales a su original que se encuentra en el repositorio digital de la Coordinación de Asesoría Jurídica de esta Cartera de Estado y que corresponden al Acuerdo Interinstitucional Nro. STPTV-MSP-2020-0001-AI, suscrito el 03 de julio de 2020 entre Carolina Caicedo Mesías, Secretaría Técnica del Plan “Toda Una Vida”, subrogante y Juan Carlos Zevallos, Ministro de Salud Pública del Ecuador y al *“Protocolo de Articulación Interinstitucional entre la Secretaría Técnica Plan Toda Una Vida y el Ministerio de Salud Pública para la Atención Integral a Personas con Discapacidad y sus Familias”*.

Quito D.M., 21 de julio de 2020.



Firmado electrónicamente por:
**PAULINA ALEXANDRA
SANCHEZ MONTALVAN**

Ing. Paulina Sánchez Montalván
Dirección Administrativa - Unidad de Secretaría
SECRETARÍA TÉCNICA DEL PLAN TODA UNA VIDA