PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICADEL ECUADOR

FACULTAD DE ECONOMÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ECONOMISTA

EFECTO DE LOS COSTOS INDIRECTOS DE LA DISCAPACIDAD SEVERA EN EL PRODUCTO INTERNO BRUTO DEL ECUADOR EN EL PERIODO 2010-2015

AndreaValarezo R.
andreavalarezo21@live.com

Directora: Eco. Verónica Cordero

Quito, enero 2019

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo central analizar el efecto de los costos indirectos de la discapacidad severa en el Producto Interno Bruto (PIB) real del Ecuador en el periodo 2010-2015. Para lo cual se calcularon los costos indirectos de la discapacidad severa tanto por la pérdida de la productividad del paciente, como por el trabajo no remunerado de la persona que lo cuida en el hogar. Los resultados indicaron que existió un incremento de la pérdida del PIB de 1,65 %(2010) a 1,97 % (2015); ello se atribuye principalmente a que los valores del PIB se incrementaron en un 23,7%; mientras que los costos indirectos (pérdida de la productividad) lo hicieron en un 47,8%. Por otro lado, los presupuestos asignados a la salud en el periodo de estudio, aumento en un 121%; mientras que los costos indirectos de la discapacidad severa, creció en un 47%; aspecto que provoco que se produzca una disminución de la incidencia de los costos indirectos de la discapacidad severa con respecto al presupuesto de salud en un 49,7% en el periodo de estudio.

Palabras claves: discapacidad, costos indirectos, producto interno bruto, presupuesto de salud.

Dedicatoria

A Dios, por concederme la vida, la salud y la fortaleza para culminar mis estudios de pregrado
A la razón de mi vida, mis hijos: Camila, Francisco y Benjamín
A mi esposo, Miguel Ángel, por su amor y comprensión
A mi hermana, Dayuma por todo su cariño y ayuda
A mis padres: Luis y Blanca, ejemplo de trabajo, responsabilidad y honorabilidad.
A todas las personas con discapacidad y sus familias, por luchar día a día por lograr la inclusión social.

Agradecimiento

Agradezco muy sinceramente a la Eco. Verónica Cordero, Directora de Tesis, por su paciencia, dedicación y profesional orientación, a fin de culminar exitosamente con la presente investigación.

De igual manera, agradezco a los profesores de la Facultad de Economía, por sus conocimientos impartidos con responsabilidad y excelencia.

Efecto de los costos indirectos de la discapacidad severa en el producto interno bruto del Ecuador en el periodo 2010-2015

Introducción **8**

Metodología **10**

Fundamentación Teórica **12**

Aspectos generales de la discapacidad 12

Causas de la discapacidad 15

Dependencia de las personas con discapacidad 16

Economía de la Salud 19

Evaluación económica asociada a la discapacidad 22

Métodos de evaluación económica de la discapacidad 22

Costos en la salud 24

Valoración económica del trabajo no remunerado 26

Métodos de estimación de los costos indirectos 27

Método del capital humano 27

Método del costo de fricción 28

Políticas Públicas en favor de las personas con discapacidad 29

Capítulo 1. Situación actual de la discapacidad en Ecuador **34**

Discapacidad a nivel mundial 34

Discapacidad en el Ecuador 36

Misiones Solidarias “Manuela Espejo” y “Joaquín Gallegos Lara”. 37

Misión Solidaria “Manuela Espejo” 37

Misión Solidaria “Joaquín Gallegos Lara” 42

Capítulo 2.Costo económico de la discapacidad **47**

Investigaciones sobre los costos de la discapacidad a nivel mundial 48

Costo económico indirecto de la discapacidad severa en el Ecuador 52

Costos del trabajo no remunerado de la persona que lo cuida en el hogar a la persona con discapacidad severa. 55

Efecto de los costos indirectos en el Producto Interno Bruto (PIB) 57

Bibliografía **68**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Discapacidad a nivel mundial 35
Gráfico 2. Población con discapacidad por sexo 39
Gráfico 3. Personas con discapacidad por región 40
Gráfico 4. Porcentaje por tipo de discapacidad 40
Gráfico 5. Distribución de las personas con discapacidad por rango de edad. 41
Gráfico 6. Distribución de las personas con discapacidad por porcentaje de discapacidad 41
Gráfico 7. Nivel de escolaridad de las personas con discapacidad 42
Gráfico 8. Distribución porcentual de los tipos de discapacidad severa en el Ecuador 53
Gráfico 9. Distribución de la discapacidad severa por provincias en el Ecuador 54
Gráfico 10. Costos de pérdida de productividad 58
Gráfico 11. Porcentaje del PIB Real 60

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Elección de método de evaluación económica 23
Cuadro 2. Programas gubernamentales para atender la discapacidad 32
Cuadro 3. Número y porcentaje de personas con discapacidad identificadas por Provincia 39
Cuadro 4. Pérdida del PIB debido a la discapacidad 49
Cuadro 5. Componentes salariales 54
Cuadro 6. Costo de pérdida de la productividad de discapacitados severos 55
Cuadro 7. Horas ordinarias 56
Cuadro 8. Total horas suplementarias 56
Cuadro 9. Total horas extraordinarias 56
Cuadro 10. Remuneración por persona por cuidado discapacitado 57
Cuadro 11. Costo por trabajo no remunerado de la persona que cuida al discapacitado severo 57
Cuadro 12. Costos de oportunidad totales ($) 58
Cuadro 13. Porcentaje del PIB Real 60
Cuadro 14. Porcentaje del presupuesto en salud 60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema lineal de la Discapacidad. 13
Figura 2. Interacción componentes de CIF. 14

Abreviaturas y siglas

AFDO	Federación Australiana de Organizaciones de Personas con Discapacidad
BM	Banco Mundial
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDDM	Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y Minusvalías
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y salud
CCOHTA	Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
CONADIS	Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades
FEAPS	Confederación Española de Asociaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual
IMSERSO	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INNFA	Instituto Nacional del Niño y la Familia
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PJGL	Programa Joaquín Gallegos Lara
SENPLADES	Secretaria Nacional de planificación y Desarrollo
SETEDIS	Secretaria Técnica de la Discapacidad
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) (2011) "más de mil millones de personas (15% de la población mundial) viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de las cuales, alrededor de 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento". Por otro lado, de acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud, (2012) "cerca de 786 millones de personas (15,6%) mayores de 15 años (5040 millones) viven con una discapacidad; mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra de 977 millones (19,4%)".

La discapacidad es una cuestión de desarrollo, debido a que posee un vínculo bidireccional con la pobreza: la discapacidad puede aumentar el riesgo de pobreza, y la pobreza puede aumentar el riesgo de discapacidad (Martínez, 2011). El 80% de las personas con discapacidad en el mundo viven en países pobres (OMS, 2011) así bajo esta perspectiva Metts, (2004) señala que en los próximos 30 años se espera que la discapacidad aumente en 120% en los países de ingresos bajos y en 40% en los países de ingresos altos, debido principalmente al envejecimiento de la población, al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.

Actualmente la discapacidad está considerada como un serio problema de salud pública en el mundo, ya que se cuenta con un 15% de la población mundial con algún tipo de discapacidad; y, por su prevalencia está aumentando considerablemente, debido al envejecimiento de la población, generando con ello una mayor demanda de asistencia sanitaria. Las personas con discapacidad, han estado por muchos tiempos sujetos a discriminación, impidiendo de esta manera su acceso a las oportunidades sociales y económicas. La discapacidad, debe ser entendida como un fenómeno socioeconómico, dado que existe mucha evidencia que demuestran que las personas con discapacidad y sus familias, experimenten desventajas económicas y sociales que aquellas que no tienen una discapacidad. (OMS, 2011)

La discapacidad es un obstáculo para el desarrollo mundial, ya que disminuye el producto interno bruto (PIB) porque elimina la contribución de un sector significativo de la población económicamente apta de las personas con discapacidad y sus familias. (BM, 2011). El rango estimado de la pérdida global del PIB debido a la discapacidad en el mundo, oscila entre $1 712 000 millones y $2 230 000 millones al año, equivalente al 5,35% y el 6,97% en su orden" (Metts, 2004). En Ecuador, se estima que "el 13,2 % del total de la población equivalente a 1600 000 personas tienen algún tipo de discapacidad" (CONADIS, 2010). Por otro lado, un estudio determinó que "el costo de la discapacidad en el Ecuador puede llegara 5,48% del PIB correspondiente a 2 740 millones de dólares, siendo esta la cifra que se llegaría a perder al año en la economía nacional por la falta de integración de las personas con discapacidad" (Spurrier, 2009).

Considerando esto, la investigación académica a nivel mundial se ha centrado en calcular los costos directos de las enfermedades en general; en tanto que los estudios de los costos indirectos son muy escasos. En el Ecuador, no existen resultados producto de investigaciones relacionadas a los costos indirectos de personas con algún tipo de enfermedad o discapacidad. Es por ello, que la realización de la presente investigación, es muy importante, a fin de que sus resultados contribuyan a la formulación de políticas y al diseño de programas de inclusión en concordancia con la problemática multidimensional de la discapacidad en los ámbitos sociales, económicos, laborales, salud, etc, a través de incrementar la capacidad funcional y la reducción de las barreras que impiden su acceso a las oportunidades sociales y económicas.

Por lo expuesto, el propósito fundamental de la presente investigación, fue el de conocer el efecto de los costos indirectos de la discapacidad severa en el Producto Interno Bruto del Ecuador en el periodo 2010-2015 para lo cual, la misma esta estructurada de la manera siguiente:

En primer lugar se presenta la fundamentación teórica de la clasificación de la discapacidad, hasta llegar a su nueva versión denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Además, se revisa lo relacionado a la Economía y la Salud. Seguidamente, se teoriza los aspectos centrales del trabajo de investigación, cual es, los costos en salud, principalmente los costos indirectos de la discapacidad (pérdida de la productividad del paciente y de la persona que lo cuida en el hogar), en donde se hace una importante conceptualización del reconocimiento, valoración y los métodos para estimar el trabajo no remunerado de la persona que cuida a la persona con discapacidad severa. Finalmente, se revisan las políticas públicas en beneficio de las personas con discapacidad en el Ecuador.

En el primer capítulo se presenta la situación actual de la discapacidad, en donde en base a los resultados del estudio bio-psicosocial-clínico genético denominado Misión “Manuela Espejo”, se describe de forma amplia el estado de la discapacidad del Ecuador, en donde se revisan aspectos referentes a los tipos, causas y grados de la discapacidad; así como, la discapacidad y el nivel de instrucción escolar. De igual manera, se señalan los resultados de la Misión “Joaquín Gallegos Lara” .

El segundo capítulo aborda los costos económicos de la discapacidad, en donde se hace una importante historia del arte a nivel mundial relacionado con el cálculo de costos (directos e indirectos) de enfermedades, que fue el aspecto medular del presente estudio. Seguidamente, se determinan los costos indirectos (pérdida de la productividad) tanto de la persona con discapacidad severa como de la persona que le proporciona los cuidados correspondientes en el hogar, para finalmente determinar su incidencia en el PIB para el periodo considerado (2010-2015).

Metodología

Tipo de Investigación

La investigación realizada fue de tipo exploratoria, descriptiva y analítica. Exploratoria, ya que a través de la revisión de las diferentes fuentes primarias y secundarias, se recabó la información necesaria a fin de conocer la problemática en diferentes ámbitos de la discapacidad en el mundo y en el Ecuador. Es descriptiva, ya que a través de las diferentes cifras, se pudo conocer los aspectos generales de la discapacidad y sus principales características socio-demográficas. Es analítica, toda vez que se analizó de manera objetiva los resultados de la investigación.

Además, con la finalidad de contrastar y fortalecer la información generada de fuentes secundarias, se hizo uso del método inductivo, ya que se recopilo la información necesaria de manera directa, a través de encuestas en base a una muestra de 15 personas que sufren de discapacidad severa y a las personas que los cuida en la ciudad de Loja.

La pérdida de productividad del paciente con discapacidad severa se la determinó en base al número de discapacitados identificados y al salario mínimo vital establecido para cada uno de los años de estudio, incluidos los respectivos beneficios de ley. De igual manera, el costo del trabajo no remunerado de la persona encargada del cuidado de la persona con discapacidad severa, se estableció de acuerdo al salario básico unificado, al valor y al número de horas suplementarias y extraordinarias y al número de personas con discapacidad identificados. En base a los costos indirectos calculados (pérdida de la productiva del paciente y de la cuidadora), se realizó su efecto en los valores del PIB real (precios constantes del año 2007) para cada uno de los años de estudio. Además, se analizó la relación de los costos indirectos totales de las personas con discapacidad severa en el presupuesto de salud para el periodo de estudio (2010-2015).

Fuentes de Información

La información fue obtenida a través de fuentes bibliográficas de libros, revistas, artículos científicos conferencias tanto físicos como en línea de los siguientes organismos e instituciones: Organización Mundial de la Salud (OMS);Banco Mundial (BM); Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP);Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); Ministerio de Economía y Finanzas (MEF);Ministerio de Relaciones Laborales (MRL); Consejo Nacional de Igualdad y Discapacidad (CONADIS); Secretaria Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades (SETEDIS); Programas Manuela Espejo y Joaquín Gallegos Lara; Banco Central del Ecuador (BCE); Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Preguntas de investigación

Pregunta General

¿Cuál es el efecto de los costos indirectos de la discapacidad severa en el Producto Interno Bruto del Ecuador en el periodo 2010- 2015?

Preguntas Específicas

¿Cuál es la situación de la discapacidad severa en el Ecuador en el periodo 2010 - 2015?
¿Cuáles son los costos indirectos de la discapacidad severa y su efecto en el PIB en el periodo 2010-2015?

Objetivos

Objetivo General

Analizar el efecto de los costos indirectos de la discapacidad severa en el Producto Interno Bruto del Ecuador en el periodo 2010-2015.

Objetivos Específicos

- Describir la situación de la discapacidad severa en el Ecuador en el periodo 2010-2015.
- Cuantificar los costos indirectos de la discapacidad severa y su efecto en el PIB en el periodo 2010-2015.

Fundamentación Teórica

En la presente sección se trata, con aspectos teóricos relevantes relacionados con el tema de la investigación, entre otros se tiene: la Clasificación Internacional de la Discapacidad. Seguidamente se recoge los elementos teóricos y conceptuales de la economía de la salud y la importancia de su evaluación asociada a la discapacidad y sus correspondientes métodos. Además, se identifican y describen los costos directos e indirectos de la discapacidad. Finalmente se revisa las políticas públicas más importantes en beneficio de las personas con discapacidad en el Ecuador.

Aspectos generales de la discapacidad

En el campo sanitario, con la finalidad de conocer el estado de salud de la sociedad, es necesario contar con herramientas tales como: las clasificaciones, los sistemas operativos de recogida de datos; y, los indicadores sintéticos de salud.

La Clasificación resulta un instrumento útil para describir y comparar el estado de salud de las poblaciones. El estado de salud viene definido por la carga de enfermedad, medida de las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, o a los factores de riesgo y de terminantes asociados, que incluye las consecuencias mortales y discapacitantes (Mathers, 1977 citado por Jiménez *et al.*, 2002)

En 1980, la OMS-OPS publicó la primera versión de la "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalias" (CIDDM) la misma que tuvo como fundamento un enfoque biomédico y planteó una linealidad entre la enfermedad o problema de salud como causante de la deficiencia, es decir la alteración en una función y/o estructura corporal que provoca la discapacidad (entendida como disminución en la capacidad de realizar una actividad) y finalmente como resultado una minusvalía al presentar una desventaja social como consecuencia. (Figura 1) (Chaná y Alburquerque, 2006)

Figura 1. Esquema lineal de la Discapacidad.



Fuente: Herrera *et al.*,(2008)
Elaborado por: Valarezo (2018)

Considerando esta clasificación, se plantean las siguientes definiciones:

Enfermedad.- Es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE). (Egea y Saravia, 2008)

Deficiencia.- Hace referencia a la existencia de una alteración o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente; las deficiencias representan la exteriorización de una enfermedad, traumatismo u otro trastorno y en principio reflejan perturbaciones a nivel del órgano, tejido, una estructura del cuerpo o sus funciones incluida la función mental. (Jiménez *et al*., 2002)

Discapacidad.- Se refiere a toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano". Esta clasificación distingue tres planos, a partir de considerar la discapacidad como situación intrínseca del individuo, producto de una enfermedad o trastorno:

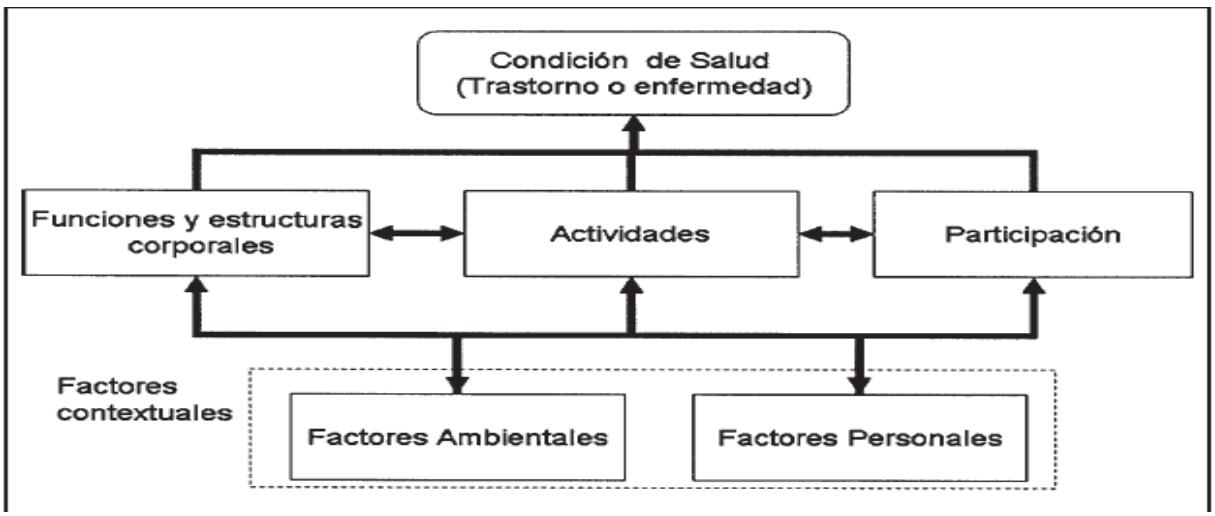
a) Nivel orgánico: expresado en una pérdida o grave alteración del funcionamiento, o deficiencia
b) Nivel personal: expresado en una limitación de la actividad, o discapacidad
c) Nivel Social: manifestada bajo la forma de una desventaja social o minusvalía (OMS, 2003)

Minusvalía.- Es una situación desventajosa presente en el individuo, como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, la cual limita o impide el desarrollo del rol que sería esperable en ese individuo en función de su edad, sexo y situación social y cultural. (Herrera *et al*., 2008)

Luego de varios años de trabajo, la OMS, en colaboración con el National Institute of Mental Health y otras instituciones internacionales, con el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, en el año 2001 se presenta la nueva versión de esta clasificación con el nombre definitivo de Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), cuyo principal objetivo es el de brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados "relacionados con la salud". Esta clasificación pertenece a la Familia de Clasificaciones Internacionales (FCI) de la OMS y junto con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) son consideradas Clasificaciones de Referencia. (Egea y Saravia, 2005). La CIF pretende esencialmente clasificar el funcionamiento y la discapacidad asociados a las condiciones de salud. De esta manera la CIF ha pasado de ser una clasificación de "consecuencias de enfermedades" (versión de 1980) a una clasificación de "componentes de salud". Los "componentes de la salud" identifican los constituyentes de la salud, mientras que las "consecuencias" se refieren a las repercusiones derivadas de las enfermedades u otras condiciones de salud. (Herrera *et al*., 2008)

En la Figura 2 se presenta la forma esquemática del modelo que sustenta a la CIF y la manera en que todos estos conceptos aportados por la nueva Clasificación se imbrican para explicar el proceso discapacitante.

Figura 2. Interacción componentes de CIF.



Fuente: Chaná y Alburquerque (2006)
Elaborado por: Valarezo (2018)

El modelo se establece en dos grandes partes: la primera agrupa el Funcionamiento y Discapacidad con dos componentes (a) Funciones y Estructuras Corporales y (b) actividades y participación. Una segunda parte en que se agrupan los llamados factores contextuales con dos componentes (c) factores ambientales y (d) factores personales

Parte 1. Funcionamiento y Discapacidad. (Chána y Alburquerque, 2006)

a) Funciones y Estructuras Corporales
Funciones corporales.- Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas).
Estructuras corporales.-Son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

b) Actividades y Participación
Actividad.- Es la realización de una tarea o acción por una persona.
Participación.- Es el acto de involucrarse en una situación vital.
Limitaciones en la Actividad.- Son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades.
Restricciones en la Participación.- Son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Parte 2. Factores Contextuales. (IMSERSO, 2001)

(c) Factores Ambientales.- Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales.

(d) Factores Personales.- constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud.

En conclusión, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) es una herramienta para la estandarización de la información en el ámbito sanitario y en particular en el tema de la discapacidad, pasando de un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial, a fin de enfrentar la discapacidad como un problema multidimensional resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social desde una perspectiva biológica, individual y social.

Causas de la discapacidad

Las causas de la discapacidad son muy diversas; se relacionan con lo biológico y sociocultural, y en ellas el medio físico y social desempeña un papel preponderante. A continuación, se señalan las más relevantes:

- Perinatales.- El 50% de los casos de discapacidad en el mundo son de origen perinatal. (OMS, 2011). El individuo nace con deficiencias fundamentalmente debido a la hipoxia o falta de oxígeno al nacer, que causa daño al sistema nervioso central. Esto genera parálisis, deficiencia mental, epilepsia, alteraciones sensoriales y otras deficiencias. (CONADIS, 2012)
- Enfermedades degenerativas congénitas.- Debido a malnutrición, falta de higiene, falta de acceso a servicios médicos oportunos o educación básica. (Metts, 2004)
- Accidentes.- Son una importante fuente de discapacidad en el hogar, se produce al menos 20 millones al año a nivel mundial, generando incapacidades permanentes a 110 000 personas.(Meseguer, 2006)
- Accidentes de transito.- Produce más de 10 millones de heridos al año, en muchos casos de gravedad, con serias consecuencias como: amputaciones, lesiones cerebrales, paraplejia y parálisis total.(Meseguer, 2006)
- Situaciones de conflicto o violencia.- La violencia urbana es una de las grandes generadoras de discapacidad en la sociedad moderna. Asaltos a mano armada, disparos perdidos, conflictos policiales, violencia en el tránsito, entre otras causas, lesionan y dejan secuelas físicas, sensoriales o mentales permanentes, principalmente entre jóvenes en edad productiva. La violencia armada por conflictos y guerra genera un porcentaje importante de personas con discapacidad. Así también, las personas con discapacidad son víctimas de violencia familiar y social.(Metts, 2004)
- Envejecimiento.- El envejecimiento ejerce una influencia muy importante en las tendencias de la discapacidad.; la relación es directa: el riesgo de discapacidad es más alto a una edad más avanzada, y las poblaciones nacionales están envejeciendo a un ritmo sin precedentes. Las tasas de discapacidad más elevadas en los adultos mayores reflejan una acumulación de riesgos de salud a lo largo de la vida: enfermedades, lesiones y enfermedades crónicas. (OMS, 2011)

Dependencia de las personas con discapacidad

De acuerdo al tipo y grado de la discapacidad, se requerirá la ayuda de terceros para enfrentar la enfermedad en diferentes ámbitos del convivir diario. Por lo que es necesario establecer un criterio respecto a la dependencia de la persona sujeta a la discapacidad. En este contexto, el Consejo de Europa, define la dependencia como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana". Al respecto, Caldera (2004) señala:

> Un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizarlos actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

Por su lado, Albarrán *et al*., (2010) mencionan que "la dependencia es aquella situación personal que requiere la ayuda prolongada de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida cotidiana".

Así también, Malgesini (2006) sostiene:

> Dependencia, significa, el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Las malformaciones congénitas, los accidentes (laborales, de tráfico, domésticos) las nuevas enfermedades invalidantes, como el sida, y el propio concurso de la edad, bajo determinadas circunstancias físicas y personales, son factores que contribuyen a hacer de la dependencia un problema social de primera magnitud.

Según Querejeta (2009) destaca:

> La universalidad e importancia que tienen las situaciones de dependencia en muy diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, económica, asistencial, etc, ha hecho, que sean múltiples disciplinas y profesionales las que se encarguen de su estudio desde un punto de vista concreto.

Albarrán *et al*., (2010) señalan:

> La delimitación de la dependencia reflejan tres características fundamentales: la limitación o restricción física o cognitiva relacionada con un estadio concreto de la vida; la necesidad de asistencia o cuidados por parte de una tercera persona; y, la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria diferenciándose entre las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Así finalmente, Imserso (2005) categoriza tres grados de discapacidad y dependencia.

- Grado 1 (dependencia moderada).- Cuando la persona necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- Grado 2 (dependencia severa).- Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- Grado 3 (gran dependencia).- Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continúa de otra persona.

Inclusión de las personas con discapacidad

Astorga (2005) señala, que las personas con discapacidad y por las barreras que la misma sociedad les impone, presentan altos grados de exclusión social, toda vez que tienen poco acceso a empleo, salud, educación, accesibilidad a sitios públicos, etc. En esa misma tendencia, Cardona (2010), anota que las personas con discapacidad se enfrentan a barreras de orden físico, de acceso a la información y a la comunicación, normativas, etc que obstaculizan su plena inclusión social y laboral.

También Berman (2010) anota, que la discapacidad, acentúan y agravan situaciones de discriminación, exclusión y marginalización, lo que reducen sus oportunidades de contribuir productivamente con su hogar y la sociedad, aumentando de esta manera la pobreza. Según Córdova (2007), la discapacidad y la exclusión social, son dos categorías de análisis muy relacionadas, en las cuales están inmersas, por un lado, personas con deficiencias en problemas de salud, y por otro, aquellos sectores que por múltiples impedimentos, ya sea de índole social, política y económica, no pueden satisfacer sus necesidades básicas.

Con respecto a la inclusión laboral de las personas con discapacidad, León (2010) señala, que es una opción de responsabilidad social que va más allá del cumplimiento de las obligaciones que establece la ley. Involucra de manera activa y participativa, no solamente a las personas con discapacidad en condiciones de laborar, sino también a sus familias en los distintos ámbitos del desarrollo productivo. Las personas con discapacidad, al no poder acceder al mercado de trabajo en igualdad de condiciones, están expuestas a la precarización laboral y con ello a convertirse en ciudadanos de segunda categoría. (Olivenza, 2010).

> Dentro de las principales causas se hallan: falta de oferta accesible de servicios de rehabilitación integral, falta de información sobre oportunidades laborales, falta de capacitación y acompañamiento para la inclusión laboral, carencia de una red de instituciones y oportunidades de empleo, y prejuicios, imaginarios equívocos y/o desinformación sobre las reales o potenciales capacidades o habilidades laborales y productivas de las personas con discapacidad. (León, 2010)

> Un trabajador con discapacidad que cuenta con las condiciones laborales estipuladas por la ley es un ciudadano en ejercicio de sus derechos y obligaciones que le aporta recursos al país; su salario le brinda la posibilidad de pagar sus impuestos y cubrir los costos de salud y pensión. Al liberar al Estado del compromiso de otorgarle subsidios, esos recursos se destinan a proyectos de inversión pública; adicionalmente, su participación como consumidor en los mercados de oferta y demanda, contribuye a la reactivación de la economía. (León, 2010)

Existe una relación entre las pérdidas del PIB y la exclusión de personas con discapacidad, ya que las personas excluidas no contribuyen al mismo. A nivel mundial, el desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población, cerca del 70% de las personas con discapacidad se encuentran desempleadas o excluidas de la fuerza laboral. (OMS, 2011)

La discapacidad es una forma de vida en donde se realiza un doble esfuerzo y un doble gasto para lograr las mismas condiciones que los demás. Los Estados invierten aproximadamente el 9 % del PIB entre gastos directos e indirectos para atender el 15% de la población con discapacidad, el resultado de dicha inversión es una menor tasa de participación o inclusión en la sociedad. (OMS, 2011)

Las personas con discapacidad, tienen derecho a la igualdad de oportunidades y a la plena inserción social. El mundo contemporáneo ha asumido la plena integración de las personas con discapacidad como una cuestión de derechos y no como un privilegio otorgado desde el paternalismo. (UNICEF, 2005). Además, la inclusión y la discapacidad son temas transversales que atraviesan todos los segmentos de un sector, requiriendo la creación de culturas, políticas y prácticas de inclusión a todo nivel. (Saleh, 2005)

> Consecuentemente, es necesario desarrollar un nuevo paradigma con respecto a las personas con discapacidad, a fin de generar un nuevo enfoque, que permita pasar de la rehabilitación de la persona a la rehabilitación de la sociedad; dejar de lado el asistencialismo y entrar en la dinámica de los derechos y las obligaciones; del ajuste de la norma a aceptar las diferencias; y, de la exclusión a la inclusión en los diferentes ámbitos del convivir social. (Cardona, 2010)

En resumen, la inclusión social de las personas con discapacidad, se tiene que fundamentar en la planificación, elaboración y ejecución de políticas públicas a fin de garantizar la vigencia plena de sus derechos; ya que es palpable que persisten elementos de discriminación hacia este sector vulnerable; por lo cual es importante dar a conocer las capacidades, destrezas, y habilidades que este grupo posee, y con ello alcanzar una inclusión más justa en la sociedad a fin de lograr nuevas oportunidades de desarrollo, en los ámbitos de la educación, la salud, el trabajo, la vivienda, la recreación, el deporte, etc.

Economía de la Salud

El desarrollo económico de una sociedad es factor principal en la determinación de su estado de salud. Por lo tanto las ciencias de la salud y de la economía están íntimamente relacionadas en la perspectiva de utilizar los escasos recursos económicos para satisfacer las grandes demandas sociales en el ámbito de la salud, incluidas las personas con discapacidad. Es por ello, que a continuación se conceptualiza algunos aspectos relevantes sobre la economía de la salud, ya que la presente investigación se enfoca en determinar el efecto de los costos indirectos de las personas con discapacidad severa en el PIB.

"La economía de la salud es la integración de las teorías económicas, sociales, clínicas y epidemiológicas, para el estudio de los mecanismos, determinantes y condicionantes de la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud" (Gálvez *et al*., 2004). "Esta disciplina, estudia la oferta y la demanda de los servicios de salud, así como las condiciones

económicas de la política de inversión sanitaria en los diferentes modelos de provisión de salud". (Pensado, 2002)

Por lo tanto, en este ámbito se vinculan dos aspectos fundamentales: el primero se refiere a la salud desde el punto de vista conceptual como desde la perspectiva de la percepción individual y social, frente al análisis económico de la salud y su evolución en el tiempo.

> Entre los campos de aplicación de la economía de la salud, tanto en el análisis de los sistemas de salud como de las condiciones de salud, se destacan: los determinantes y condicionantes de la salud, y su valor económico, la evaluación económica, la demanda y la oferta de atención médica, el equilibrio del mercado, la evaluación de instrumentos de política, la planeación, la regulación, monitoreo, y la evaluación integral del sistema de salud. (Gálvez, 2003)

Lo que trata de establecer la economía de la salud, es que en la medida que los recursos económicos utilizados y asignados por el Estado se gestionen de forma eficiente, el nivel de salud y bienestar de los individuos será cada vez más elevado.

Así también Parada *et al.*, (2013) considera:

> La economía y la salud se relacionan categóricamente, es difícil encontrar decisiones en salud que no tengan implicaciones económicas. En cada proceso de decisión es necesario sopesar los costos y las consecuencias entre diferentes alternativas, teniendo en cuenta la naturaleza escasa de todos los recursos involucrados (tiempo, dinero, etc.).

Según Rodríguez y Vidal (2006) explican que "la relación entre economía y salud es bidireccional, ya que una mejor salud generará el crecimiento económico, en tanto que un mayor crecimiento económico tiende a incrementar la acumulación en salud". Mientras que Arreola y Nigenda (2009) señalan que "entre la economía y la salud, se forma una relación dual". Por un lado, está la importancia de la salud de la población en el crecimiento económico y desarrollo, y por otro, el desarrollo económico como determinante del estado de salud de la población y la prestación de servicios.

Es así entonces, que la Economía de la Salud es una disciplina científica que aborda temas tan amplios como el financiamiento, producción, distribución y consumo de bienes y servicios que satisfacen necesidades del campo de la salud bajo los principios de eficiencia y equidad. Al respecto Phillips (2012) señalan, que la buena salud contribuye al crecimiento económico de cuatro maneras:

1. Reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores;
2. Permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, pueden quedar total o parcialmente inaccesibles e inexplotados;
3. Aumenta la escolarización de los niños y les permite un buen aprendizaje;
4. Libera para diferentes usos aquellos recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades.

De acuerdo con el BM (2011) existe una correlación entre crecimiento económico y aumento en la calidad de vida, de hecho, afirma:

> Un aumento de un año de vida genera un incremento de 0,08 puntos porcentuales en el crecimiento económico, además el mismo estudio afirma que un incremento del 10% de los ingresos de la población genera un incremento de un año de esperanza de vida; en este sentido, se puede establecer una relación directa entre salud y crecimiento del PIB; entonces resta establecer como influye el tratamiento de discapacidades en el crecimiento del PIB o en la desaceleración económica.

Por otro lado, Hidalgo (2000) anota:

> Los efectos adversos de una salud precaria son más graves en los pobres, principalmente porque enferman con mayor frecuencia; en consecuencia, la enfermedad seguramente implica una progresiva descapitalización de sus bienes y una erosión de sus sistemas de sustento, lo que aumenta su nivel de vulnerabilidad.

Entre los grupos sanitariamente más vulnerables en los países en desarrollo cabe destacarse los siguientes: los niños, ya que las tasas de mortalidad infantil por malnutrición y por enfermedades infecciosas, muchas de ellas prevenibles, son todavía muy altas; las mujeres, que presentan una particular vulnerabilidad en la relación entre salud y desarrollo, por razones tanto fisiológicas como socioeconómicas; y, los ancianos, para los cuales diferentes cambios asociados al desarrollo han supuesto un debilitamiento de sus roles y su peso en la sociedad y la familia.

Así mismo, Collazo *et al*., (2000) señalan

> La pobreza y la salud están vinculadas, siendo evidente que los pobres tienen más problemas de salud. Si se eliminaran las condiciones sanitarias insalubres que afectan a los sectores pobres, la productividad de estos mejoraría. En la medida en que aumentara el ingreso, la esperanza de vida también aumentaría y las tasas de mortalidad infantil se reducirían. Se ha comprobado que no es solo el ingreso absoluto lo que importa, sino también su distribución en la sociedad, factor que tiene un profundo impacto sobre los indicadores de salud.

Desde el punto de vista económico las cuentas nacionales asociadas a la contabilización de los costos de la discapacidad se establecen a través de las cuentas de gasto en salud pública, tanto en atenciones como en medicamentos; además, debe tomarse en cuenta el presupuesto asignado al CONADIS, que es la entidad que gestiona directamente los costos directos asociados a la discapacidad. Ahora con el fin de evaluar la gestión económica de la discapacidad se han desarrollado varios métodos que se detallan a continuación.

Evaluación económica asociada a la discapacidad

> La evaluación económica es parte de la economía de la salud, y describe el conjunto de técnicas instrumentales que permitan caracterizar la eficiencia de los servicios de salud y las tecnologías sanitarias existentes. Es un procedimiento mediante el cual, se valora una situación concreta, en cuanto al volumen de inversiones que se requiere, y la rentabilidad económica y social que puede alcanzarse. (Baly*et al.*, 2001)

Métodos de evaluación económica de la discapacidad

Si bien hay distintas metodologías para la determinación de la evaluación económica asociada a la enfermedad o discapacidad. Dependiendo del alcance de la medida, estos estudios pueden ser completos, si se toma en cuenta el elemento de costos, consecuencias o resultados de los tratamientos y alternativas o, estudios parciales si no se considera alguno de estos elementos; los métodos de evaluación parcial, son los siguientes:

- Estudios de descripción de consecuencias, donde se evalúa un programa o un servicio en términos de sus efectos y beneficios sin comparar ni analizar alternativas.
- Los estudios de descripción de costos, en los cuales se analizan los costos, entre ellos los que se asocian con una enfermedad, sin tener en cuenta las alternativas ni las consecuencias.
- Los estudios de costos y consecuencias, en los cuales no se tienen en cuenta las alternativas sino solamente los costos y los resultados del tratamiento de una enfermedad.
- Los estudios de eficacia y efectividad, en los cuales se examinan las alternativas y los resultados, sin estimar los costos.
- Los análisis de costos, en los que se comparan distintas alternativas, sin tomar en cuenta los resultados.

Para Zárate (2010) los métodos de evaluación económica completos, que consideran todas las aristas del tratamiento de la enfermedad o discapacidad, se listan a continuación:

- Los estudios costo-beneficio, que se caracterizan principalmente por medir en unidades monetarias tanto los costos como los efectos de las opciones comparadas, este tipo de método es el más ortodoxo.
- Los estudios de costo-efectividad, en los que se comparan los efectos de las distintas opciones en términos de unidades clínicas como años de vida ganados, gastos hospitalarios evitados, casos prevenidos, vidas salvadas y complicaciones evitadas; los resultados se presentan como incremento de las razones usadas como medida, en función de las alternativas comparadas.
- Los estudios de costo-utilidad, que además de considerar el tiempo de vida ganado, toma en cuenta la calidad de esta vida ganada; las unidades obtenidas por estos métodos son los años de vida ajustados por calidad AVAC, obtenidos como medida de efectividad.
- Los análisis de minimización de costos, que se utilizan cuando no hay diferencia entre los efectos de las alternativas comparadas, en cuyo caso se decide sobre la opción de menor costo.

En base a la clasificación anterior, en el Cuadro 1 se presenta un resumen con el fin de seleccionar el tipo de método a elegir para el presente estudio, considerando las características siguientes asociadas al tema de investigación:

- No existe posibilidad de curar la discapacidad, únicamente se trata de identificar y calcular los costos indirectos de la discapacidad severa.
- La calidad de vida no es una variable de interés desde el punto de vista de que se estudiarán programas de atención vigentes, mismo que ya hicieron un análisis de incremento en la calidad de vida para ser aplicados.
- El tema, busca establecer el efecto de los costos indirectos debido a la discapacidad severa sobre el PIB en el periodo 2010 - 2015, por lo que debe ser medido en unidades monetarias.

Cuadro 1. Elección de método de evaluación económica

Tipo de método	Método	Elección
Parcial	Descripción de consecuencias	
	Descripción de costos	X
	Costos y consecuencias	
	Eficacia y efectividad	
	Análisis de costos	
Completo	Costo beneficio	
	Costo efectividad	
	Costo utilidad	
	Minimización de costos	

Elaborado por: Valarezo (2018)

Como se puede observar, se selecciona el método de la evaluación económica parcial de descripción de costos, debido a que se requiere solamente estimar el valor en unidades monetarias de los costos indirectos de la discapacidad severa, para determinar su impacto sobre el PIB en el periodo 2010 – 2015, considerando en la presente investigación, que las referidas personas discapacitadas requieren de la atención permanente (13 horas diarias) para poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

A continuación, se describen los costos en general asociados a la salud, y en particular los costos indirectos de la discapacidad severa.

Costos en la salud

Los costos en discapacidad no son uniformes para toda la población; se relacionan con el tipo y grado de la discapacidad, sexo, momento del ciclo vital (infancia, juventud, vida adulta, vejez), si se vive en un medio urbano o rural, del tamaño del hogar; así como, de otros factores personales, ambientales y circunstanciales (Jiménez, 2009). Se pueden encontrar diversas clasificaciones de costos en salud, la más frecuente es la que divide a los costos en directos e indirectos.

> Se consideran costos directos sanitarios, los recursos empleados en atención primaria, atención especializada, hospitalizaciones, salarios del personal, medicamentos y programas de carácter preventivo. Además, se complementa con los costos no sanitarios, identificados como los recursos remunerados a los cuidadores de los enfermos (cuidados formales). (Oliva *et al*., 2008)

Los costos indirectos de las diferentes enfermedades y en particular de la discapacidad son los siguientes:

a) Propios de la enfermedad.- Relacionados con la pérdida de productividad por ausencia del trabajador de sus actividades laborales por el periodo de licencia. (Carozzi *et al* ., 2017)
b) Por morbilidad.- Los costos por morbilidad dependen de la discapacidad sufrida por el paciente como consecuencia de una enfermedad, la cual puede ser de carácter permanente y total. (Oliva, 2004).
c) Por mortalidad.- Se definen a partir de la pérdida de ingresos por la muerte del paciente durante el periodo de vida económicamente activa (Ripari *et al*., 2012).
d) Por cuidados no remunerados.- Se refiere a la producción laboral perdida por los cuidadores no remunerados de los enfermos. (CCOHTA, 1997).
e) Costos intangibles.- Corresponden a la evaluación del sufrimiento o dolor, por lo que es altamente difícil su identificación y cuantificación; estos costos normalmente no se incluyen en las evaluaciones económicas dada la subjetividad de los mismos. (Corugedo, 2000).

Costo indirecto relacionado con el trabajo no remunerado

Según Durán (2002) el trabajo no remunerado se ha asegurado históricamente con la división tradicional del trabajo por sexo que asigna a las mujeres la responsabilidad por el cuidado de la salud de niños, enfermos, viejos y discapacitados, y el mantenimiento diario de la higiene y el bienestar de la familia.

Sandoval y González (2015) señalan que el trabajo no remunerado ha sido una actividad históricamente realizada por las mujeres e invisibilizada en las estadísticas oficiales por considerarse que no genera valor al no producir bienes y servicios que puedan transarse en el mercado. Pese a la importancia que tienen estas actividades para el funcionamiento de la economía en su conjunto, no se incluyen en la contabilidad nacional, tal como lo manifiesta Carrasco (2015):

> Los bienes y servicios producidos desde el ámbito doméstico, por una parte incrementan la renta nacional, cuestión que la economía nunca ha considerado en el PIB. Así, el trabajo y la gestión realizada desde los hogares reproduce y cuida a toda la población y, en particular, reproduce la fuerza de trabajo diaria y generacional necesaria para la subsistencia del sistema de producción capitalista.

Al respecto, Roses y Machinea (2008) anotan que se trata de actividades económicas no remuneradas en la prestación de servicios de salud a otros miembros del hogar, mayoritariamente a cargo de las mujeres, que al ser desarrolladas fuera del mercado, son invisibles desde el punto de vista de las estadísticas económicas y de la contabilidad nacional de los países.

De igual forma, Gómez (2009) señala, que no se trata de proporcionar salarios a las amas de casa, sino de evitar que la invisibilidad económica del trabajo no remunerado, fragilice socialmente a quienes lo provea y se convierta en un factor de exclusión social. Consecuentemente, el objetivo principal, es el de crear las condiciones necesarias para que la carga y las gratificaciones asociadas con el trabajo no remunerado en el hogar, se distribuyan justa y óptimamente entre mujeres y hombres, y entre las familias, el mercado y el Estado.

Bajo este marco, es necesario cuantificar y valorar la contribución económica del trabajo no remunerado de las mujeres en el hogar, a fin de diseñar indicadores de género que permitan dimensionar estos aportes al PIB de cada país.

Reconocimiento del aporte del trabajo no remunerado

La falta de reconocimiento del trabajo no remunerado dentro de las cuentas nacionales repercute negativamente sobre la igualdad de género en el nivel macro de la economía, debido a la importancia de estas cuentas como instrumentos para la formulación de políticas públicas. En efecto, las cuentas nacionales cuantifican todas las áreas que se definen como parte de la economía nacional y, sobre esta base, se analizan la situación actual y las tendencias de la economía, se interpretan las dinámicas económicas, se hacen proyecciones sobre posibles efectos de cambios económicos o de política, y se toman decisiones respecto a asignación de recursos. Por lo tanto, la invisibilidad de esos aportes afecta adversamente a la justicia de la distribución de recursos, beneficios y compensaciones derivados de esa producción. (Gómez, 2009)

Por otro lado, el valor del trabajo no remunerado de cuidado en el hogar, trasciende el plano económico, relacionándose además con el desarrollo de capacidades, la expansión de opciones y, de manera crucial, con la creación y cultivo de las relaciones humanas. Sin la presencia de este trabajo, los niños no podrían desarrollar sus capacidades y los adultos encontrarían serias dificultades para mantener o expandir las suyas. El trabajo no remunerado de cuidado es un insumo esencial para el desarrollo humano (PNUD, 1999).

Dado que las mujeres son quienes llevan la responsabilidad principal por el cuidado no remunerado de la salud en el hogar, ellas resultan más afectadas que los hombres por los cambios en la oferta pública de servicios de atención salud.

Valoración económica del trabajo no remunerado

Para realizar la valoración económica del trabajo no remunerado, es necesario conocer el total de horas dedicadas a las actividades de trabajo no remunerado y la estimación del pago por hora para cada actividad. La valoración del tiempo se puede llevar a cabo empleando los siguientes métodos.

a) Costo de oportunidad.- Consiste en asignar un valor económico al trabajo no remunerado según el dinero que se deja de ganar por estar realizando las labores del hogar. El salario imputado es usualmente la remuneración por horas trabajadas de las personas en el mercado laboral con características educativas similares. Tiene la desventaja de que, dado que se basa en el salario que la persona devengaría si estuviera dedicada a su propio trabajo remunerado, aplica diferentes salarios por una misma tarea —y, por ende, por un mismo producto— cuando el trabajo lo desempeñan diferentes personas. Esto implica, por ejemplo, que el tiempo que dedica a preparar una comida una persona con un título universitario vale más que el tiempo que invierte en prepararla una persona sin educación formal, aunque ambas usen los mismos ingredientes. (Budlender y Brathaug, 2010)

b) Costo de reemplazo. Llamado también, como generalista, consiste en utilizar el salario por hora que se paga a una servidora doméstica. Es bastante sencillo porque se le asigna el mismo salario a toda

actividad, así que implica una sola multiplicación; sin embargo, tiene la desventaja de que el trabajo doméstico remunerado es de por sí muy mal pagado, desprotegido y mal reglamentado (Oit, 2010)

c) Costo de sustitución. Se obtiene a partir del precio de mercado de lo producido o del pago de una persona que realiza una actividad similar. Esto implica valorar el trabajo a partir del precio de mercado de los bienes o servicios que se producen en el hogar o a través del pago que recibe una persona que realiza la misma tarea en el sector laboral remunerado. (Peña y Uribe, 2013)

Para el cálculo del trabajo no remunerado de la presente investigación, se lo realizó por medio del método denominado del reemplazo, tomando como base el salario básico unificado de cada uno de los años de estudio.

Métodos de estimación de los costos indirectos

Los principales métodos de estimación de los costos indirectos son: el método del capital humano; y el método de los costos de fricción.

Método del capital humano

El enfoque de capital humano, desarrollado en el año de 1960 y promovida en gran parte por Theodore W. Shultz, estima las pérdidas de productividad por morbi-mortalidad a partir de la valoración de la disminución de las horas de trabajo y/o del nivel de producción como consecuencia de la enfermedad. (Ripari*et al*., 2012)

Según Oliva *et al*., (2008):

Éste método, asigna valores monetarios a los resultados o consecuencias de una intervención, puesto que establece que una mayor productividad, se encuentra asociada a mejores condiciones de salud. De esta manera la inversión en una intervención en salud es también una inversión en el capital humano de una persona. Generalmente para esta valoración, se utilizan salarios de mercado como indicadores de productividad.

Método del costo de fricción

El método del costo de fricción, desarrollado por Koopmanschap, (1995) se limita a "valorar el tiempo invertido por las empresas en la búsqueda y capacitación (tiempo de fricción) de un trabajador que realice las actividades del empleado enfermo, siempre que dicho remplazo resulte necesaria". Es decir, "el costo indirecto no está determinado por los años de producción potencialmente perdidos por morbi-mortalidad, sino por el costo de remplazar al trabajador ausente" (Puig-Junoy y Pinto, 2001).

En el caso particular de ausencias cortas, la empresa puede tener reservas de trabajo que remplacen al trabajador enfermo dependiendo de:

a) el costo de oportunidad de mantenerlas;
b) la existencia de desempleo;
c) las condiciones particulares del puesto de trabajo
d) el nivel de habilidad de los trabajadores, entre otras variables.

También puede ocurrir que la producción asociada a ese puesto de trabajo no sea urgente pudiendo postergarse o cancelarse sin que se produzcan reducciones en la producción.

En ausencias largas se pueden reasignar tareas temporarias entre los trabajadores presentes o remplazar al trabajador enfermo por uno desempleado, en el caso de que exista desempleo involuntario en el mercado de trabajo. Esto produce un aumento en los costos de producción, permaneciendo constante el nivel de producción. Finalmente, se puede remplazar al trabajador ausente, pero observarse una reducción en la producción como consecuencia de la diferencia en la productividad entre ambos.

En suma, según San Juan (2012) "la diferencia entre el método de capital humano y el de fricción de costos, reside en la sustitución de los trabajadores y las valoraciones entre ocio y trabajo que tengan los individuos".

En el caso de la discapacidad, el método apropiado para realizar la valoración, se centra en el tipo de ausencia y el objetivo final de la medida, en el caso de las discapacidades leves que le permitan al individuo un estado de relativa independencia, el método de fricción podría ser útil en la medida en que se consideren los tiempos de ausencia del trabajador debido a su enfermedad; esto debido a que la empresa (legalmente obligada a mantener en su plantilla trabajadores con capacidades especiales) debe considerar en el diseño de las funciones de los cargos, la estrategia de reemplazo temporal para estas posiciones; en este sentido, la organización no alcanza su punto pleno productivo presentándose incremento de costes, pero si se toma en consideración las exenciones tributarias que la práctica de

contratación de personas con capacidades especiales supone, estos costes en cierto modo se compensan; por esta razón, al menos desde el punto de vista del costo económico exclusivamente, estos valores no serían significativos para el PIB; mientras en caso de discapacidades que provocan la exclusión del mercado laboral del individuo afectado, las empresas contratantes no están en la obligación legal de generar plazas, por lo que las ausencias largas no estarían previstas; por esta razón, el método de fricción de costos no sería útil para el alcance del presente estudio.

Por lo anotado, el método seleccionado es el de capital humano, puesto que la enfermedad incapacitante se trata desde el punto de vista del potencial de generación de valor laboral, aunque se evalúa a partir del salario vigente con las discrepancias que esto genera, provee una herramienta de valoración conservadora respecto al costo económico y de oportunidad objetivo de la discapacidad severa (personas excluidas del mercado laboral).

Acorde a la bibliografía revisada, existe una correlación directa entre la enfermedad y el PIB; es decir, a mejores condiciones sanitarias de un país, mayores crecimientos del PIB. En lo relativo a la discapacidad, debe entenderse la misma, desde un punto de vista económico, como una enfermedad a largo plazo.

Consecuentemente, la discapacidad representa un costo para la economía de una nación, puesto que no hay posibilidad de recuperar estos recursos económicos a largo plazo; sin embargo, desde el punto de vista social, la discapacidad es una realidad con la que lidian todas las sociedades y se debe realizar inversión en ella por principio solidario; por ende se puede concluir, que la discapacidad que implica la pérdida de independencia de la persona afectada, representa un costo a ser medido en la economía.

Políticas Públicas en favor de las personas con discapacidad

Dada la envergadura de gasto que implica la discapacidad para las arcas fiscales, las políticas de inclusión laboral son indispensables no solo desde el punto de vista de mejorar la calidad de vida, sino frente a la necesidad de reducir la base de personas sin autosuficiencia económica y que representan un egreso considerable.

Por lo señalado, el presente estudio, pretende identificar el peso económico debido a costos indirectos que representan la discapacidad severa frente al PIB nacional y de este modo proveer un marco al diseño de políticas públicas de inclusión laboral que permita disminuir estos costos; pues si se considera que la deficiencia se convierte en discapacidad y minusvalía debido a factores sociales, es importante generar políticas que contrarresten dichos factores sociales, por ello también es necesario conocer que se está haciendo en el Ecuador desde el sector público para lograr la inclusión que devenga en la reducción de costos.

Una vez desarrollado un marco teórico adecuado al contexto investigativo, es necesario proveer un marco legal que explique la situación de la discapacidad actual del Ecuador, en este sentido, se muestra que la estrategia del país frente a este fenómeno se enmarca en el artículo 53 de la Constitución de la República del Ecuador (2008) que dice lo siguiente:

> Art. 53.- El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, en especial en casos de indigencia. Conjuntamente con la sociedad y la familia, asumirá la responsabilidad de su integración social y equiparación de oportunidades.
>
> El Estado Ecuatoriano establecerá medidas garanticen a las personas con discapacidad, la utilización de bienes y servicios, especialmente en las áreas de salud, educación, capacitación, inclusión laboral y recreación; además de medidas que eliminen las barreras de comunicación, así como las urbanísticas, arquitectónicas y de accesibilidad al transporte que dificulte su movilización. Los municipios tendrán la obligación de adoptar estas medidas en el ámbito de sus atribuciones y circunscripciones. Las personas con discapacidad tendrán tratamiento preferente en la obtención de créditos, extensiones y rebajas tributarias, de conformidad con la ley.

Como se puede observar en el artículo constitucional precedente, el país asume la responsabilidad del cuidado de las personas con discapacidad a través de la elaboración de políticas públicas que permitan al discapacitado desenvolverse en la sociedad, en este sentido, el Ecuador se adhiere con lo actuado por la ONU y le reconoce los siguientes derechos:

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.
3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
4. Exenciones en el régimen tributario.
5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.
6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.
7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.

8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos.
9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.
10. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas.
11. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema Braille.

Como puede observarse, los derechos reconocidos por el Estado ecuatoriano para las personas con discapacidad, acarrean la inversión de recursos monetarios; particularmente los puntos 1, 2, 3 y 4 implican en el primer caso una inversión directa en la persona discapacitada a través de la garantía de cuidado y ayudas técnicas (lo que implica un gasto de las arcas del fisco) y una deducción impositiva debido a la condición de discapacidad lo que significa una reducción de los ingresos fiscales, estos son factores a considerar para el diseño del impacto de costos en el PIB.

Las leyes y reglamentos que proveen del marco jurídico para garantizar estos derechos a las personas con discapacidad, se muestran a continuación:

1. Ley Orgánica de Discapacidades

2. Código penal, que en su artículo 30 dice: Son circunstancias agravantes, cuando no son constitutivas o modificatorias de la infracción, todas las que aumentan la malicia del acto, o la alarma que la infracción produce en la sociedad, o establecen la peligrosidad de sus autores, como en los casos siguientes: 6º Ejecutar la infracción por motivos de discriminación, (...) discapacidad o diferencia de cualquier otra índole."

3. Código del Trabajo. En el Capítulo IV, Art. 42, así como 32 Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades en el Capítulo VI. Arts. 79 y 152 se dispone la obligación del Estado de garantizar la inclusión al empleo de las personas con discapacidad, con las debidas adaptaciones a los puestos de trabajo, en todas las modalidades: empleo ordinario, empleo protegido o autoempleo; en el sector público así como en empresas nacionales o extranjeras del sector privado, y en otras modalidades de producción de las zonas urbana y rural. También puntualiza obligaciones del empleador, así como de los trabajadores con discapacidad.

4. Ley Orgánica de Salud Ley 67. Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006. Última modificación: 24 de enero de 2012. El Art. 6 establece las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, entre ellas: (...) 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; (...).

5. Ley Orgánica de Régimen Tributario Interno Registro Oficial Suplemento 463 de 17 de noviembre de 2004. Última modificación: 28 de diciembre de 2011. Codificación en el Capítulo III: Exenciones, Art. 9 numeral 12; Capítulo IV: Depuración de los ingresos, sección primera Art. 10; Capítulo VIII, Art. 36 literal d; Arts. 74, 77 y 133 de Decreto Legislativo Nº 000, publicado en Registro Oficial Suplemento 242 de 29 de diciembre de 2007. Se establecen beneficios en el pago de impuestos y devolución del IVA a personas con discapacidad, de conformidad con los rangos que para el efecto establezca el CONADIS.

Finalmente, las políticas públicas surgidas a partir de estos cuerpos legales, han dado origen a una serie de programas gubernamentales, sobre todo en la Vicepresidencia de Lenin Moreno, los cuales se muestran en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Programas gubernamentales para atender la discapacidad

POLÍTICA "ECUADOR SIN BARRERAS" - VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA 2007-2013		
PROGRAMA	**PROYECTO**	**OBJETIVO**
Programa Misión Solidaria Manuela Espejo	*Proyecto Misión Solidaria Manuela Espejo*	· Dotar de ayudas técnicas y soluciones habitacionales a personas con discapacidad.
	Proyecto Misión Solidaria Joaquín Gallegos Lara	· Apoyar con un incentivo económico a personas cuidadoras de personas con discapacidad severa y profunda .
	Proyecto Órtesis y Prótesis	· Dotar de prótesis a personas con discapacidad física con amputación o mutilación de miembros superiores o inferiores
	Proyecto Inserción Laboral	· Contribuir a la inclusión y capacitación laboral de las personas con discapacidad en el cumplimiento del 4% de la ley.
	Proyecto Prevención de la Discapacidad Auditiva	· Contribuir a prevenir la discapacidad auditiva en niños-as y adolescentes del sistema educativo a través del diagnóstico oportuno y entrega de ayudas técnicas.
	Proyecto de la Discapacidad Visual	· Contribuir a prevenir la discapacidad visual en niños-as y adolescentes del sistema educativo a través del diagnóstico oportuno y entrega de ayudas técnicas.
	Tamizaje Neonatal	· Prevención de errores metabólicos en recién nacidos a nivel nacional.
Programa Sonríe Ecuador	*Programa Sonríe Ecuador*	· Rescatar los valores en la ciudadanía hacia el respeto de las personas con discapacidad.

Fuente: CONADIS, 2012
Elaborado por: Valarezo (2018)

El tema de la discapacidad a nivel mundial es una problemática de salud pública por su prevalencia, ya que actualmente se estima que alrededor de mil millones de personas tienen algún tipo de discapacidad (15% de la población mundial), de los cuales el 80% de estas personas viven en países en vías de desarrollo.

Ignorar la discapacidad es un obstáculo para el desarrollo mundial. La discapacidad disminuye el PIB, porque elimina la contribución de un sector significativo de la población, económicamente apta de las personas con discapacidad y sus familias. Los costos en discapacidad no son uniformes para toda la población; se relacionan con la severidad de la limitación funcional y el nivel de discapacidad presentes. Los costos de la discapacidad pueden clasificarse como directos e indirectos. Para el presente estudio se identificaron los costos indirectos, los cuales están relacionados a la pérdida de productividad del paciente así como de la persona que lo cuida en el hogar (trabajo no remunerado)

Finalmente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable, que por mucho tiempo ha estado relegado, olvidado e invisibilizado, han surgido políticas públicas, programas y proyectos de inclusión, en base a un diagnóstico integral de su realidad, y a la implementación de estrategias a corto, mediano y largo plazo, con énfasis en aspectos como la inclusión económica, educativa, social y laboral.

Capítulo 1. Situación actual de la discapacidad en Ecuador

En el presente capítulo, se describe y analiza los principales aspectos demográficos y socioeconómicos de la discapacidad de acuerdo a los resultados de las Misiones "Manuela Espejo" y "Joaquín Gallegos Lara" los mismos que son los más actualizados. Los resultados claramente evidencian la exclusión en los campos de la salud, educación, económicos, empleo, etc, a las que han estado sometidas las personas con discapacidad en el Ecuador.

> La discapacidad es parte de la condición humana y varía en consonancia con una compleja combinación de factores, entre ellos, la edad, el género, la etapa de la vida, la exposición a riesgos ambientales, la situación socioeconómica, la cultura y la disponibilidad de recursos, que en todos los casos difieren marcadamente de un lugar a otro. (OMS y BM, 2011)

La OMS y BM (2011) destaca el creciente aumento de enfermedades crónicas tales como: diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, cáncer y enfermedades respiratorias, lesiones; y, el envejecimiento de la población a nivel mundial, ha generado un significativo aumento de las tasas de la discapacidad. Se prevé que en los próximos 30 años el número de personas con discapacidad aumentará en 120% en los países en vías de desarrollo; en cambio en los países en desarrollo, el incremento será de 40%.

> El entorno social es muy importante en la prevalencia y magnitud de la discapacidad. Por lo que las personas con discapacidad en la mayoría de las sociedades han estado por mucho tiempo sujeto a la discriminación social y económica que tiende a limitar su acceso a las oportunidades sociales y económicas. Consecuentemente, las personas con discapacidad y sus familias tienen que necesariamente hacer gastos adicionales a fin de tener un nivel de vida similar al de las personas sin discapacidad.(OMS y BM, 2011)

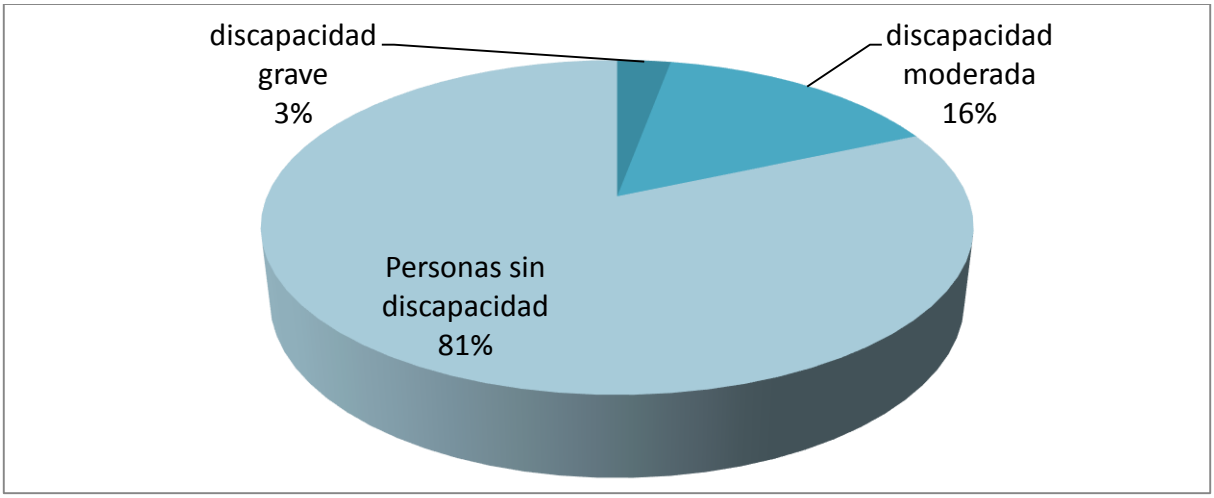
Discapacidad a nivel mundial

Según la Encuesta Mundial de la Salud (EMS) realizada en 70 países en el periodo 2002-2004 y sobre la base de las estimaciones de la población mundial del año 2010 (6900 millones de habitantes, de los cuales 1860 millones son menores de 15 años) el 15,6 % (786 millones) de la población mayor a 15 años tiene algún tipo de discapacidad; mientras que el 2,2% (110 millones) sufre dificultades de funcionamiento muy significativas (tales como tetraplejía, depresión grave o ceguera). (OMS, 2011)

En tanto que el estudio de la carga mundial de morbilidad (2004) y sobre la misma base de proyección de la población del año 2010 (6 900 millones) considera que el 16,0% (1073 millones) sufren de discapacidad moderada; mientras que el 3% (207 millones) tienen una discapacidad grave. (Gráfico 1)

(OMS y BM, 2011). La discapacidad grave se caracteriza por el requerimiento del paciente de ayuda permanente para realizar varias actividades básicas de la vida diaria por su pérdida total de autonomía mental o física.

Gráfico 1. Discapacidad a nivel mundial



Fuente: OMS y BM. (2011)
Elaborado por: Valarezo (2018)

Por otro lado, dada una serie de factores ya señalados, "la discapacidad a nivel mundial se ha incrementado significativamente en los últimos 41 años, la misma que paso del 10% en el año 1970 a 15% de la población mundial en el 2011" (OMS, 2011). La ONU estima que el 80% de las personas con discapacidad en los países en desarrollo vive en la pobreza.

De acuerdo con el Banco Mundial (BM), explica:

> Cerca del 20% de los pobres del mundo tiene discapacidad. Es más, muchas personas con discapacidad en los países en desarrollo viven en zonas rurales, donde el acceso a la formación, las oportunidades de trabajo y los servicios son limitados. Las personas con discapacidad tienen mayores probabilidades de estar desempleadas que las personas sin discapacidad; y, es más probable que reciban un sueldo más bajo.

Según la UNESCO (2008) considera:

> En los países en desarrollo, más del 90 por ciento de los niños con discapacidad no asiste a la escuela, lo cual los pone en desventaja a la hora de acceder a programas de desarrollo de conocimientos, de competir por un puesto de trabajo o de emprender un pequeño negocio.

En suma, se pueden establecer ciertos indicadores de discapacidad a nivel mundial, estos se resumen en los siguientes puntos:

- Más de 1000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad en el mundo, es decir, alrededor del 15% de la población mundial, de estos cerca de 190 millones de personas, tienen serios problemas para vivir con normalidad, debe tomarse en cuenta que el envejecimiento de la población contribuye al incremento de la población con algún tipo de discapacidad. (OMS y BM, 2011)
- Las poblaciones de países en vías de desarrollo son los que presentan mayores proporciones de discapacidad, esta es más común en mujeres, niños y en adultos que viven situaciones de pobreza.(OMS y BM, 2011)
- Las personas con discapacidad tienen mayor probabilidad de no obtener atención sanitaria satisfactoria comparada con la población sin discapacidades; además, desde el punto de vista discriminatorio, los discapacitados tienen mayor probabilidad de ser tratados mal o directamente no recibir atención médica alguna. (OMS y BM, 2011)
- Los niños con discapacidad, al menos en los países en vías de desarrollo, tienen mayor probabilidad de no ser escolarizados. (OMS y BM, 2011)
- Existe mayor probabilidad para un discapacitado de sufrir de desempleo, respecto a una persona que no vive con una discapacidad. (OMS y BM, 2011)
- Los discapacitados tienen mayor probabilidad de caer en situación de pobreza, sea esta en el sentido de alimentación insuficiente, vivienda precaria o falta de acceso a servicios básicos. (OMS y BM, 2011)

Como revelan las cifras, las personas con discapacidad principalmente en los países en desarrollo son más pobres que las personas que no la padecen; esta situación social económica se ahonda en las zonas rurales, consecuentemente se encuentras excluidas de la educación, la salud, el trabajo y la participación social, lo que genera una total injusticia; es por ello que el gobierno debe implementar políticas de inclusión social en los diferentes ámbitos de la sociedad, a fin de dotar de oportunidades para su crecimiento productivo en la sociedad.

Discapacidad en el Ecuador

Los estudios sobre la prevalencia de la discapacidad en el Ecuador han tenido diferentes resultados debido principalmente a la fecha de realización, y a los diferentes criterios y metodologías utilizadas. Los estudios estadísticos efectuados hasta el año 2004 son los siguientes:

a) El estudio “Los impedidos en el Ecuador” ejecutado por el Instituto del Niño y la Familia, (INNFA) en el año 1981 en el cual se determinó que el 12.8% de población tenia alguna discapacidad.

b) El estudio "Situación actual de las personas con discapacidad en el Ecuador", desarrollado por la Universidad Central del Ecuador en el año 1996, se estableció que el 13.2% de la población presenta algún tipo de discapacidad; y,
c) Estudio "Ecuador: la discapacidad en cifras" efectuado por el CONADIS y el INEC realizado en 2004 y publicado en 2005), en el mismo que se reporto un prevalencia del 12.14% de población con discapacidad. (CONADIS, 2013)

Además, se efectuó el VI Censo de Población y V de Vivienda (INEC, 2001), en la que se obtuvo una tasa de discapacidad de 4.7%. También se realizó el VII Censo de Población y VI de Vivienda (INEC, 2010), con el 5.6% de la población con algún tipo de discapacidad.

Finalmente en el año 2010 se realizó el estudio bio-psicosocial-clínico genético denominado "Misión Solidaria Manuela Espejo", implementado por la Vicepresidencia de la República, y que tiene entre sus funciones el diagnóstico georeferencial de las personas con discapacidad en el país. (Valencia y Bernal, 2016)

Para efecto del presente trabajo de investigación, se ha optado por tomar los resultados obtenidos por la Misión Solidaria "Manuela Espejo" principalmente por tener un diagnóstico completo y por ser los más actualizados.

Misiones Solidarias "Manuela Espejo" y "Joaquín Gallegos Lara".

Ante el olvido, el descuido y la urgencia por atender las necesidades de todas las personas con discapacidad, nacen dos históricas misiones solidarias: "Manuela Espejo" y "Joaquín Gallegos Lara".

Misión Solidaria "Manuela Espejo"

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

de estadísticas serias que le permitan al Estado tomar decisiones o planificar programas dirigidos a prevenir o atender eficientemente a las personas con discapacidad.

En el estudio participaron 120 médicos ecuatorianos y 229 médicos cubanos, especialistas en genética clínica y brigadistas, integrándose equipos multidisciplinarios de médicos, genetistas, psicopedagogos y trabajadores sociales, acompañados de militares y guías comunitarios, visitaron más de un millón hogares ubicados en los lugares más apartados y recónditos en todo el país y realizando exámenes, consultas médicas, dotando de medicinas y determinando el tipo de discapacidad física, auditiva, visual e intelectual que tiene la persona.

Desde julio del 2009 a noviembre del 2011, las brigadas de la Misión Solidaria "Manuela Espejo", visitaron 1 286 331 hogares de las 24 provincias del Ecuador, en la cual se identificaron 293743 personas con discapacidad, de los cuales 8,8% enfrentan condiciones muy críticas y 37,9 % críticas.

En el marco del estudio de la Misión Solidaria "Manuela Espejo" se realizaron 825 576 atenciones médicas a personas con discapacidad o a familiares. Se efectuaron 21 062 consultas de genetistas y 35 257 consultas de otros especialistas; se registraron 26 327 casos críticos, que fueron atendidos urgente y oportunamente por la red pública de Salud. Estos datos arrojan una prevalencia de 2,43% de personas con discapacidad a nivel nacional.

> Tan solo en el área terapéutica la Misión Solidaria Manuela Espejo entregó 485 000 ayudas técnicas (sillas de rueda, muletas, colchones y cojines anti escaras, bideles, sillas de baño, pañales, entre otros), además de 25 000 prótesis auditivas, 5000 kits visuales y más de 3000 prótesis para miembros superiores e inferiores. (Vicepresidencia de la República, 2012)

Además, la Misión se vio en la necesidad y obligación de crear 24 Centros de Atención Integral Manuela Espejo, tres unidades móviles para la prevención de escaras en la piel y fábricas ubicadas en las provincias de Pichincha, Guayas y Loja para la producción de ortesis y prótesis. Cada una de ellas produce 1 200 unidades anualmente.

Diferentes Ministerios e Instituciones firmaron un acuerdo con la Vicepresidencia de la República (2009) con el fin de coordinar acciones y programas para ayudar a las personas con discapacidad identificadas por la Misión Solidaria "Manuela Espejo", en el marco de la fase de respuesta. (Moreno, 2009)

De acuerdo con el Cuadro 3 el total de personas con discapacidad en todo el país es de 293 743. Las provincias con el mayor número de personas con discapacidad son: Guayas con 74 833 (25,5%);

Pichincha con 44 675 (15,2%); y, Manabí con 27 723 (9,4%). El resto de las provincias, varían de 0,1% a 4,7%. Esto se puede atribuir a la densidad poblacional de cada provincia, ubicación y facilidad de acceso a servicios públicos.

Cuadro 3. Número y porcentaje de personas con discapacidad identificadas por Provincia.

Provincia	Número de personas con discapacidad	%	Provincia	Número de personas con discapacidad	%
Azuay	12 965	4,4	Los Ríos	13 083	4,5
Bolívar	5 591	1,9	Manabí	27 723	9,4
Cañar	6 038	2,1	Morona Santiago	2 863	1,0
Carchi	4 347	1,5	Napo	2 062	0,7
Chimborazo	12 328	4,2	Orellana	2 290	0,8
Cotopaxi	11 041	3,8	Pastaza	1 734	0,6
El Oro	13 861	4,7	Pichincha	44 675	15,2
Esmeraldas	9 496	3,2	Santa Elena	6 353	2,1
Galápagos	272	0,1	Santo Domingo de los Tachillas	7 120	2,4
Guayas	74 833	25,5	Sucumbíos	3 492	1,2
Imbabura	7 388	2,5	Tungurahua	11 198	3,8
Loja	10 696	3,6	Zamora	2 294	0,8

Fuente: Sistema de Información Manuela Espejo (SIME) – Secretaria Técnica de Discapacidad
Elaborado por: Valarezo (2018)

Del gráfico 2 se desprende que el 55,4% (162 733) son mujeres y 44,5% (130 716) hombres. Las mujeres con discapacidad, en cualquier sociedad, están expuestas a sufrir una mayor subestimación, marginación y exclusión social.

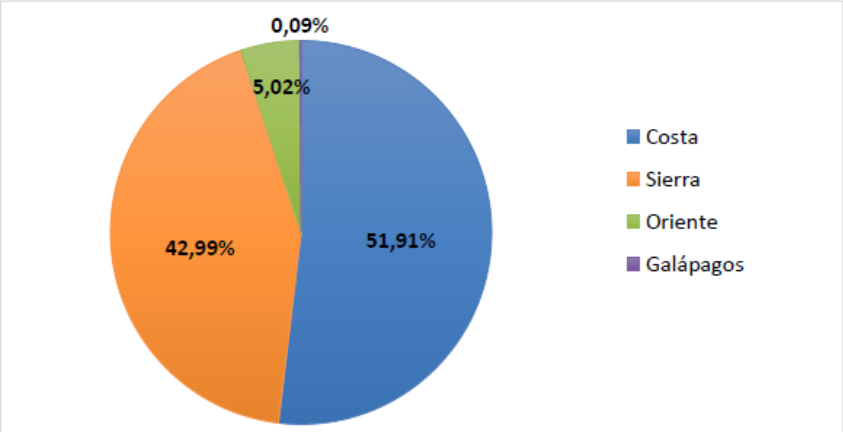
Gráfico 2. Población con discapacidad por sexo



Elaborado por: Valarezo (2018).

Como se desprende del Gráfico 3 la región Costa tiene el mayor número de personas con discapacidad 152 452 (51,9%), seguido por la región Sierra con 126 280 (42,99%). El Oriente con 14 745 (5,02%) y Galápagos con 272 (0,09%) cuentan con el menor número de personas con discapacidad identificadas.

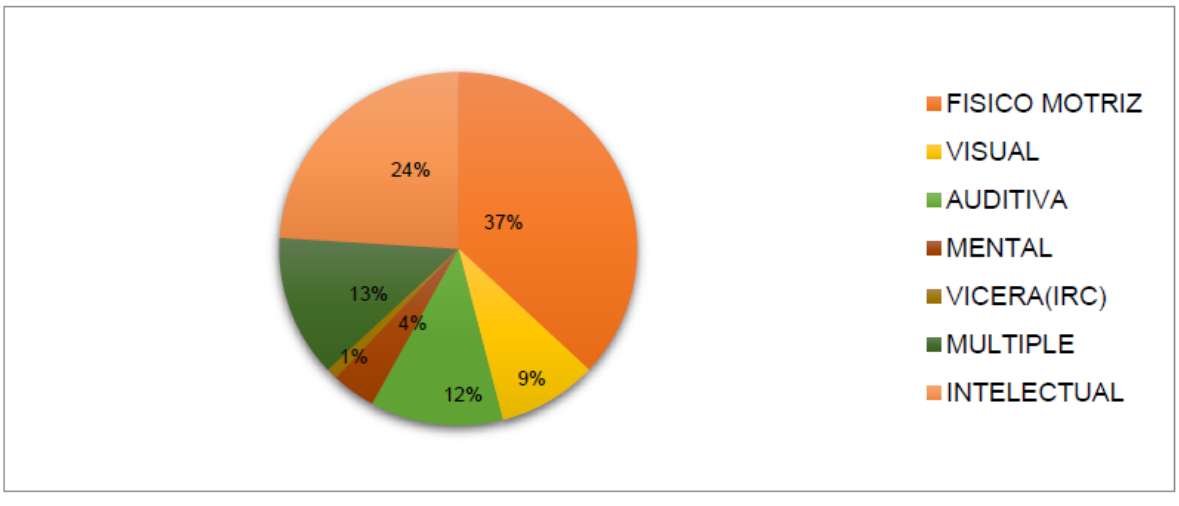
Gráfico 3. Personas con discapacidad por región



Fuente: CONADIS
Elaborado por: Valarezo (2018).

De acuerdo al tipo de discapacidad (Gráfico 4) el 37% de las personas presentan discapacidad físico motriz; el 24% tiene discapacidad intelectual; el 13% deficiencias múltiples; el 12% discapacidad sensorial-auditiva; el 9% discapacidad sensorial- visual; el 4% tienen discapacidad mental; y, el 1% presentan discapacidad visceral (Insuficiencia Renal Crónica). (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2012)

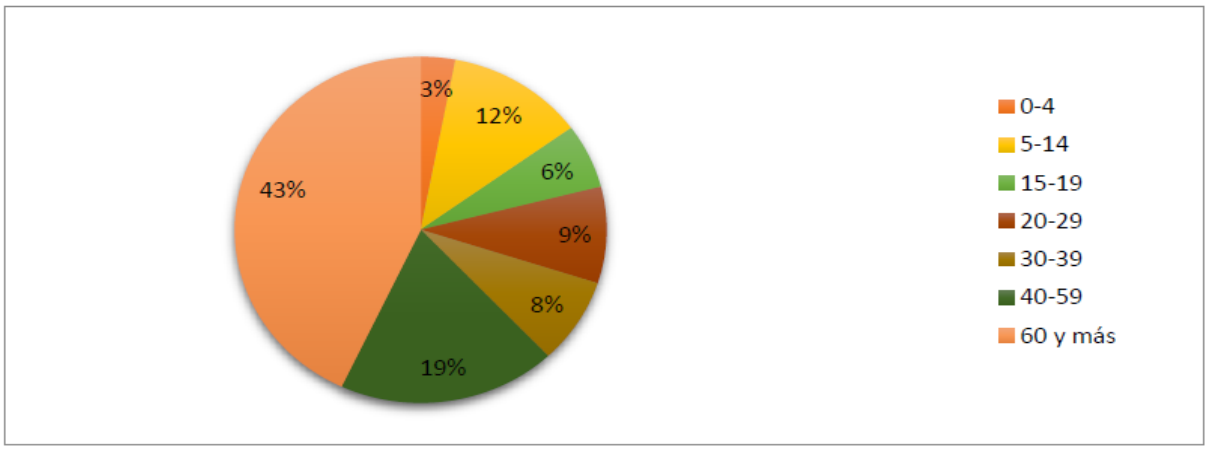
Gráfico 4. Porcentaje por tipo de discapacidad



Fuente: Sistema de Información Manuela Espejo (SIME)
Elaborado por: Valarezo (2018).

Como se observa del Gráfico 5 el 43% de las personas con discapacidad tienen más de 60 años de edad, seguido del rango de 40 a 50 años que representan el 19%; mientras que el menor porcentaje (3%) le corresponde al grupo de 0 a 4 años de edad. Al respecto, Botero y Pico (2007) señalan que las personas mayores a 60 años genera cambios importantes en su estilo de vida, en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida; es decir están más predispuestos a sufrir enfermedades y por períodos más largos a diferencia de las personas que se encuentran en la edad temprana.

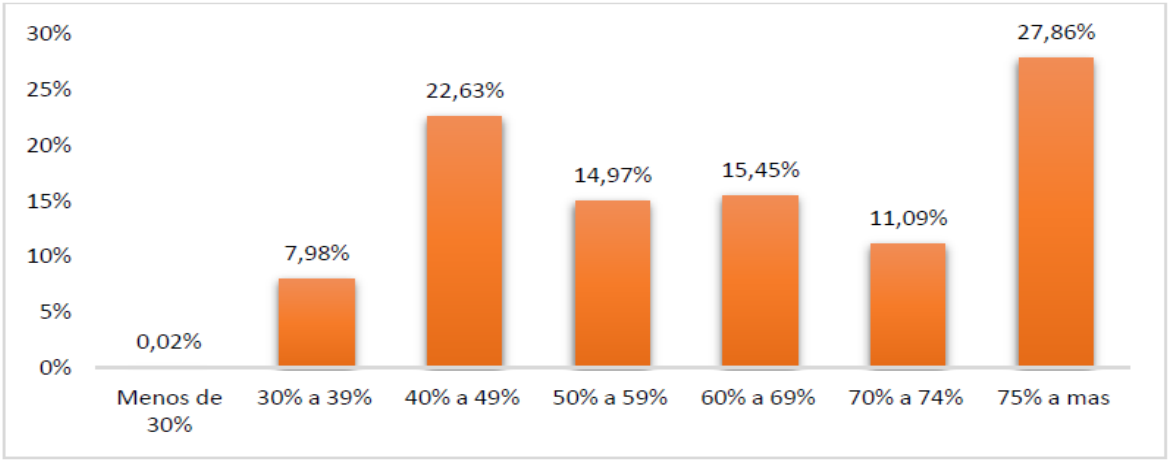
Gráfico 5. Distribución de las personas con discapacidad por rango de edad.



Fuente: Sistema de Información Manuela Espejo (SIME)
Elaborado por: Valarezo (2018)

La distribución de las personas con discapacidad en función de su grado, se presenta en el Gráfico 6 en el mismo que se observa que el 27,86% de personas con discapacidad tiene más del 75% de discapacidad, rango que les corresponde a las personas con discapacidad severa; el 22,63% presentan un porcentaje de discapacidad entre el 40% a 49%; en tanto que el 0.02% tienen menos de 30% de discapacidad.

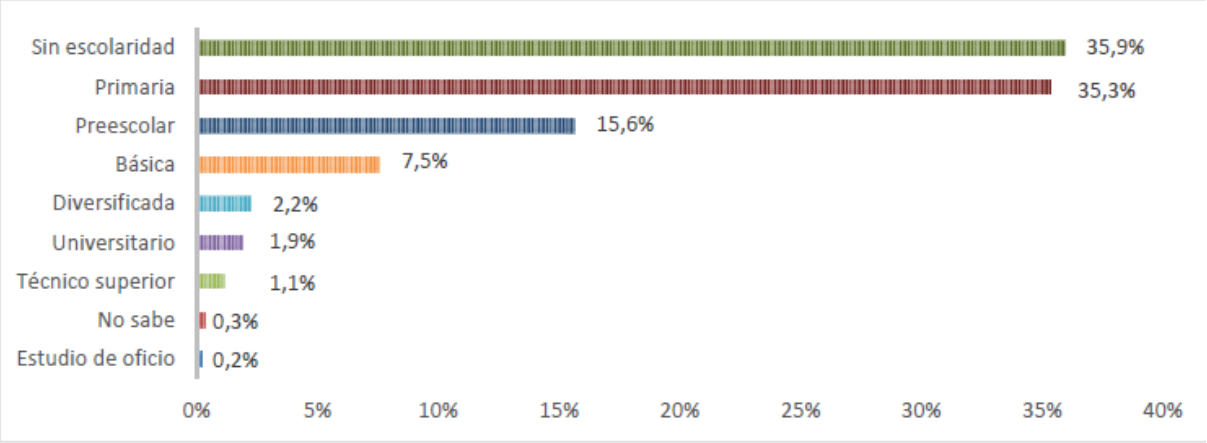
Gráfico 6. Distribución de las personas con discapacidad por porcentaje de discapacidad



Fuente: Sistema de Información Manuela Espejo (SIME)
Elaborado por: Valarezo (2018)

Del Gráfico 7 se desprende que con una población de 222 326 de personas discapacitadas en edad escolar, solamente el 1,9% (4173) ha alcanzado el nivel universitario; el 35,3% (78472) cuenta con instrucción primaria; el 7,5% (16.679) alcanzan la educación básica; y, el 35,9%(79 897) no posee ningún nivel de escolaridad; resultados que demuestran que las personas con discapacidad tiene menos acceso a los servicios básicos, en este caso a la educación, principalmente por ausencia de políticas de inclusión social.

Gráfico 7. Nivel de escolaridad de las personas con discapacidad



Fuente: MSME, citada por Espinoza (2014)
Elaborado por: Valarezo (2018)

Misión Solidaria "Joaquín Gallegos Lara"

La primera política que se efectuó fue la Misión "Joaquín Gallegos Lara". SENPLADES (2011a) menciona:

> Esta misión nació el 15 de julio del año 2010 mediante el trabajo conjunto de la Subsecretaría de Proyectos de Solidaridad, de la Vicepresidencia de la República, el Ministerio de Salud Pública y el Seguro Social Campesino. Por lo tanto, con el fin de brindar asistencia a todas las personas con discapacidad severa del país,

La Vicepresidencia de la República (2010) "elaboró un análisis de demanda a partir de los datos que se obtuvieron mediante el Estudio Manuela Espejo realizado en el año 2009, el cual arrojó los siguientes resultados".

Según el informe Misión Joaquín Gallegos Lara de la SENPLADES (2011a) son diversas las necesidades y dificultades que deben enfrentar las personas con discapacidad, problemáticas que justifican la creación de este proyecto y que se las puede resumir dentro de los siguientes incisos:

1. Insuficientes recursos económicos (pobreza y extrema pobreza).
2. Exclusión y marginación.
3. Atención continua y permanente por parte de los familiares (especialmente de las mujeres).
4. Escaso acceso a servicios (rehabilitación, salud, educación, etc).

Por lo que en el Registro Oficial Nro. 250 (2014) se señala que la Misión Joaquín Gallegos está dirigida únicamente para las personas con discapacidad más vulnerables que se encuentran en una situación de pobreza, motivo por el cual se toma en cuenta a tres grupos en específico:

1. Personas que presentan discapacidad severa con un puntaje del 75% en el caso de presentar discapacidad física y del 65% en caso de discapacidad intelectual, mental o psicológica.
2. Personas que sufren de enfermedades catastróficas y que tienen un nivel de capacidad funcional igual o menor a 60 puntos.
3. Personas con una edad menor o igual a 14 años que estén viviendo con VIH-SIDA.

Por otro lado, el Decreto Ejecutivo Nro. 422 (2010) señala

> Este programa consiste en dar una ayuda económica de 240 dólares a los familiares que se encuentran al cuidado de una persona con discapacidad por parte del Estado a través del Banco Nacional de Fomento de forma mensual. Además, proporciona un seguro de vida de 500 dólares a los familiares y un seguro exequial de 450 dólares, el cual es entregado de forma gratuita para cubrir los gastos funerarios en caso del fallecimiento de la persona con discapacidad afiliada.

Mediante el Registro Oficial Nro. 250 publicado en el año 2014, a los lineamientos citados anteriormente se les añadió una nueva estipulación, la cual menciona que otro de los requisitos con los que deben contar las personas beneficiarias del bono, es que deben estar en una situación socio-económica menor o igual a 50 puntos según el Índice de Clasificación Socioeconómica del Registro Social, el cual se encarga de evaluar las condiciones sociales y económicas de cada hogar solicitante.

Por otra parte, es preciso indicar que las personas que están excluidas de beneficiarse del Bono Joaquín Gallegos Lara son quienes reciben jubilación o montepío por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armada (ISSFA); Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL); además de quienes estén en condiciones de trabajar

Los brigadistas de la Misión "Manuela Espejo", distinguieron los casos más críticos, es decir, aquellos en que las personas con discapacidad intelectual, física severa o con multi-discapacidades, viven en un entorno de extrema pobreza. Este escenario de desamparo obligó una respuesta inmediata del Estado ecuatoriano. Es así que surge la Misión "Joaquín Gallegos Lara" a fin de cumplir con el objetivo de llegar a la población más vulnerable del país. El total de personas identificadas, es de 57 199 en todo el país, con discapacidad intelectual o física severa. (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2012)

> El grupo de personas que más se han beneficiado del referido bono con un 38% están en el rango de 12 a 29 años; el grupo de adultos, cuya edades oscilan entre 30 y 64 años les corresponde un 30,4%; mientras que los adultos mayores a 65 años y los niños que están dentro de la primera infancia, tienen el 8.8% y 2,1% de beneficio en su orden. (López, 2016)

El costo anual por persona con discapacidad atendida es de $3540 mismo que incluye la pensión de la persona cuidadora con discapacidad ($2880) capacitación ($ 72), medicinas e insumos ($ 108); y, atención médica a la persona con discapacidad ($480).

Para dar un seguimiento médico a todos los casos registrados, el programa "Joaquín Gallegos Lara" prevé efectuar evaluaciones periódicas con médicos del Ministerio de Salud en las zonas urbanas, así como con médicos y personal del Seguro Social Campesino en las zonas rurales, las cuales serán coordinadas por delegados y subsecretarios regionales de la Vicepresidencia de la República. En estas evaluaciones se podrá constatar la calidad del cuidado que tienen las personas con discapacidad severa. Se verán reflejadas sus condiciones de bienestar para conocer sus necesidades médicas o de salud.

Análisis de los resultados.- La discapacidad es un problema social muy serio; de alguna manera todos somos corresponsables de las condiciones de vida que tienen las personas con discapacidad, ya que los factores ambientales y conductas sociales hacia ellos, así como las políticas públicas, determinan en gran medida, las oportunidades que tengan para su desarrollo, o la discriminación que les margina en un mundo limitado sin respeto a sus derechos.

A nivel internacional, si existen leyes que favorecen plenamente los derechos de las personas con discapacidad, como la OEA (1999) y la ONU (2006) organizaciones de las cuales el Ecuador es miembro cuyo propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno, y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como promover el respeto a su dignidad inherente y propiciar su plena inclusión.

Por otro lado, el Ecuador, tiene la obligación política y moral de mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos y familias; ya que no sólo deben preocuparse de los servicios y asistencias, sino también,

se debe crear una sociedad sensible y solidaria, que brinde los apoyos integrales tanto para la persona con discapacidad como para su familia, que también se ve afectada y requiere intervenciones oportunas y adecuadas.

En el campo de la normativa, el Ecuador es uno de los primeros en América que cuenta con un conjunto de normas y disposiciones legales. Esto le ha merecido que en muchos casos, sea tomado como referente en el campo de la discapacidad. Además, la misma en el país, es tratada como Política de Estado, lo cual implica atención preferencial para que estas personas hagan valer sus derechos en concordancia con las normativas tanto a nivel internacional como nacional.

En esa misma tendencia, Moreno (2007) señala:

> El gobierno ha declarado la formulación de la política pública sobre discapacidades como un eje transversal de la estructura del sector público, y ha puesto en marcha políticas, programas y proyectos en favor de la inclusión de las personas con discapacidades en todas las esferas de la sociedad.

Se ha promulgado la ley reformatoria al Código de Trabajo Ecuatoriano (2006) donde se establece la obligatoriedad en la contratación de las personas con discapacidad, delegando competencias al ministerio de Relaciones laborales (MRL) para la supervisión correspondiente. A través de la referida ley, se han venido incorporando a instituciones públicas y privadas muchas personas con discapacidad.

Impulsar la inserción laboral de las personas con discapacidad, es una necesidad inmediata, no solo para que las instituciones públicas y privadas puedan cumplir con la Ley, sino también para poder alcanzar de manera digna un puesto de trabajo, en base a sus conocimientos, destrezas, habilidades, deseos de superación; contribuyendo con ello al desarrollo productivo del país, y a mejorar sus condiciones de vida y la de sus familias.

De igual forma, en la Constitución Política del Ecuador (2008) se avalan derechos específicos, ya que a más de garantizar políticas de prevención de las discapacidades, establece que la equiparación de oportunidades y la integración social de las personas en referencia, es de responsabilidad de la familia y la sociedad.

También, la Ley Orgánica de Discapacidades (2012) y su reglamento, consigna:

> El régimen legal y el sistema nacional de prevención de discapacidades a fin de asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Además, establece los

> procedimientos que deberán aplicarse para imponer sanciones a aquellos que no cumplan la ley. (Valencia y Bernal, 2016)

Además, las Misiones "Manuela Espejo" y "Joaquín Gallegos Lara" son programas sociales, de profundo sentimiento humano, hacia aquellas personas que sufren de discapacidad severa, que en la gran mayoría se encuentran en la extrema pobreza. La autora de la presente investigación, en su actividad de encuestar a las personas con discapacidad severa en la ciudad de Loja, ha sido testigo de las condiciones, tanto humanas como económicas en las que viven estas personas y sus familias, valorándose por ello, la gran ayuda dada por el gobierno a través de las Misiones señaladas, con la finalidad de garantizar una vida más digna.

Por lo señalado, en los últimos años, se evidencia un avance muy significativo a favor de las personas con discapacidad, ya que las mismas han pasado de ser atendidas a través de un modelo asistencialista enfocado en la salud, a un sistema social, orientado a la atención inclusiva, generando con ello, el desarrollo de sus capacidades individuales y colectivas; y, la eliminación de las barreras que dificultan su plena participación (Valencia y Bernal, 2016). Además, se ha producido una evolución en las personas con discapacidad, ya que han pasando de la caridad y beneficencia, al paradigma de la rehabilitación; y de este, al de la autonomía personal, y al de inclusión y derechos humanos.

Finalmente, el próximo gobierno debe mantener las políticas, los programas y los proyectos con sus respectivos presupuestos, a fin de erradicar la desigualdad y la discriminación que afectan la vida de las personas con discapacidad y sus familias, y de esta manera contribuir a la construcción de un Ecuador mas inclusivo.

Capítulo 2.Costo económico de la discapacidad

En el presente capítulo se realiza una importante historia del arte con respecto a los costos de las enfermedades a nivel mundial. Además, se cuantifico los costos indirectos de la discapacidad severa (pérdida de la productiva) para el paciente y para la persona que lo cuida en el hogar (trabajo no remunerado), para determinar el efecto de éstos en el PIB y en el presupuesto de salud para el periodo considerado (2010-2015)

En la actualidad resulta indiscutible que las personas con discapacidad se encuentran en una situación económica precaria en comparación con el resto de la población. La relación entre discapacidad y riesgo de encontrarse en situación de exclusión económica, ha sido tratada en diferentes contextos. Las dificultades que las personas con discapacidad encuentran en el ámbito económico en comparación con el resto de la población, se relacionan con tres grandes factores: (Oliva *et al*., 2008)

b) La obligación de asumir costos extraordinarios para atender determinadas necesidades de apoyo en la vida cotidiana.
c) La inferior capacidad de generación de ingresos, ya sea por las dificultades de acceso al mercado laboral que encuentran, por limitaciones en la cuantía o extensión de las prestaciones económicas que perciben, o por su inferior capacidad de ahorro.
d) Las menores oportunidades que tienen al verse obligados a dedicar una parte importante de su tiempo a dar respuesta a las necesidades derivadas de la discapacidad, de mejorar su formación y su cualificación profesional y de realizar actividades generadores de ingreso.

La Federación Australiana de Organizaciones de Personas con Discapacidad (Australian Federation of Disability Organisations (AFDO, 2009) ha publicado el documento "derechos de una inclusión social, basados en el costo de vivir con una discapacidad y la necesidad de un subsidio de inclusión de la discapacidad", en el mismo que se señala:

- Los costos de vivir con una discapacidad varía ampliamente, desde muy bajos para algunas personas a costos muy elevados para otras.
- El costo adicional generado por la discapacidad, puede tener cambios muy importantes, por la recuperación o empeoramiento del paciente, las circunstancias cambiantes del entorno o la naturaleza episódica de algunas discapacidades.
- Algunos de los costos adicionales, son gastos periódicos, tales como: asistentes personales, transporte, comunicaciones, costos de atención de salud, etc. Otros son gastos ocasionales que pueden ser significativos, como: compra de una silla de ruedas, modificaciones en el hogar, aparatos auditivos, etc.
- Los costos de la discapacidad para dos personas que tengan una discapacidad similar, puede variar considerablemente en base al apoyo que podrían recibir de sus familiares y amigos.
- Los costos que se prevé vivir con una discapacidad, generalmente no se deben tanto a la discapacidad de la persona, sino más bien la exclusión a la que son sometidos por la sociedad.

> Los costos de la discapacidad, pueden variar de forma muy importante de una persona a otra, dependiendo del tipo y grado de discapacidad, del sexo, del momento del ciclo vital (infancia, juventud, vida adulta, vejez) de si se vive en un medio urbano o rural, del tamaño del hogar y de muchas otras situaciones y circunstancias. Algunos costos pueden ser irregulares, o realizarse cada cierto tiempo, como por ejemplo la compra de una silla de ruedas, mientras que otros pueden repetirse periódicamente, como por ejemplo el costo de la fisioterapia. (IMSERSO, 2005)

> La discapacidad genera igualmente costos de oportunidad (costos por morbilidad) para la persona con discapacidad, la misma que tiene que dedicar su tiempo a atender sus necesidades y ve limitadas sus posibilidades de trabajar y de obtener sus propios ingresos. Consecuentemente, el ingreso medio de las personas con discapacidad esta por debajo del ingreso medio del resto de la población. (Jiménez y Huete, 2009)

Spurrier, (2009) destaca: "quienes sufren de discapacidad son los más pobres entre los pobres. El costo de la vida para las familias con un miembro con discapacidad es mayor que para una familia normal".

Ignorar la discapacidad es un obstáculo para el desarrollo mundial. "La discapacidad disminuye el producto interno bruto PIB mundial, porque elimina la contribución de un sector significativo de la población económicamente apta de las personas con discapacidad y sus familias" (BM y OMS, 2011).

Investigaciones sobre los costos de la discapacidad a nivel mundial

Según Metts (2004) en su reciente estudio "Discapacidad y Desarrollo", afirma

> El impacto de la discapacidad tiende a reducir el producto económico al eliminar las contribuciones económicas de ciertos miembros de la sociedad, particularmente las personas con discapacidad, los miembros de sus familias y los amigos cercanos. La cantidad del producto económico que se reduce de esta manera constituye el costo económico neto de la discapacidad.

El autor (Metts) ha estimado de manera global, la pérdida en el producto interno bruto (PIB) debido a la discapacidad, en los países de altos, medianos y bajos ingresos, tal como se presenta en el Cuadro 4 en el cual se observa que el rango estimado de la pérdida global del PIB debido a la discapacidad oscila entre $1 712 000 millones y $2 230 000 millones al año, equivalente al 5,35% y el 6,97% del PIB en su orden en el mundo.

Cuadro 4. Pérdida del PIB debido a la discapacidad

Tipos de ingresos de Países	Estimación Baja ($)	Estimación Alta ($)
Países con ingresos altos	1,224,014,055,600	1,594,439,361,900
Países con ingresos medios	377,700,686,120	492,004,841,130
Países con ingresos bajos	110,495,236,440	143,934,584,310
TOTAL	**1,712,209,978,160**	**2,230,378,787,340**

Fuente: Metts
Elaborado por: Valarezo (2018)

Como lo señalan, Jiménez y Huete (2009)

> El ingreso anual promedio de los hogares españoles en los que hay personas con discapacidad es de alrededor de 25% menor al de los hogares que tienen personas con discapacidad. En promedio se pierden anualmente 5 842 euros en cada uno de los hogares en donde existen personas con discapacidad. En términos macroeconómicos, esto significa que los casi 3,3 millones de hogares españoles en los que residen personas con discapacidad, dejan de percibir anualmente alrededor de 20 millardos de euros, el equivalente a 1,8% del PIB.

Casado *et al*., (2006) estudiaron los costos directos e indirectos de la Esclerosis Múltiple según el grado de la discapacidad en España, la misma que es una enfermedad crónica incurable que afecta predominantemente a adultos jóvenes. La muestra del estudio fue 200 pacientes con un promedio de edad de 42 años, a los mismos que los dividieron en cinco grupos de acuerdo a diferentes grados de la enfermedad clínicamente relevantes. El costo total de la enfermedad promedio por año y por paciente fue de 24 272 euros, valor que se incrementó de manera proporcional según el grado de la enfermedad. Los costos directos anales fueron de 15 860 euros por paciente (tratamiento farmacológico, y la atención informal) los cuales representaron el 65,3 % de los costos totales; mientras que los costos indirectos (pérdida de productividad por discapacidad temporal y permanente) alcanzaron un valor de 8 412 euro por paciente por año, equivalente al 34,7% restante de los costos totales.

En Madrid- España, Lajas *et al*., (2003) analizaron el costo anual de la artritis reumatoide (AR), para lo cual se seleccionaron al azar de un registro de reumatología a 201 pacientes. El costo total de todos los pacientes por año fue de $ 2 090 400. Los costos directos (costos médicos: cirugías ortopédicas, visitas de atención médica, medicamentos, pruebas, procedimientos y admisiones hospitalarias; costos no médicos: en ayuda y cuidado de pacientes discapacitados, adaptaciones y gastos de mudanza) representan el 69, 3% equivalente a $ 1 447 700 de los costos totales; mientras que los costos indirectos (pérdida de productividad por discapacidad permanente, y el costo de la persona no remunerada) alcanzó un valor de $ 646 700.

> En el Reino Unido, el gasto relacionado con la discapacidad varía de 11% a 69% de los ingresos de una persona. En Australia representa entre 29% y 37% del ingreso. En Irlanda el gasto varía entre 20% y 37%

> dependiendo del grado y duración de la discapacidad. En Canadá, se estimó que la discapacidad implicó la pérdida de productividad de manera indirecta en el 6,7 % del PIB. (OMS, 2012)

Un estudio del Banco Mundial (2011) determinó "el costo de la discapacidad en el Ecuador en 5,48% del PIB, estimado como bajo, equivalente a 2,740 millones de dólares al año, que pierde la economía nacional por la falta de integración de las personas con discapacidad".

De igual forma, en Suecia, Lekander *et al*., (2016) estudiaron los costos de la discapacidad funcional entre el primer y según año posterior del accidente cerebro vascular por nivel de discapacidad y por tipo de accidente cerebro vascular. El nivel de la discapacidad funcional se evaluó utilizando la Escala de Rankin modificada (mRS), cuyo rango oscila de 0 a 6 (0: sin síntomas; 6: muerto); mientras que el tipo de accidente cerebro vascular se dividió en isquémico (IS) y hemorrágico (ICH). La población de estudio consistió de 47 807 pacientes diagnosticados con accidente cerebro vascular (IS o ICH) en el periodo 2007 – 2012. El costo total por paciente promedio después del primer año fue de € 50 000 y de € 39 000; mientras que para el segundo año los costos fueron de € 45 000 y € 37 000 para pacientes cerebro vascular (isquémico: IS) y pacientes con accidente cerebro vascular hemorrágico (ICH) respectivamente. Finalmente, los costos indirectos (días de ausencia del trabajo, definidos como licencia por enfermedad o pensión por discapacidad), constituyeron el 20% de los costos totales según el año y el tipo de accidente cerebrovascular.

La Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual (FEAPS) realizó en el año 2009 el estudio que cifra el agravio económico comparativo promedio para el año 2008, entre 19 000 y 31 000 euros. Si se tiene en cuenta que en España viven unas 227 000 personas con discapacidad intelectual, esto significa que el conjunto de las familias están aportando un valor económico estimado de 4 374 millones de euros al año, equivalente a 0,4% del PIB.

También, Ozminkowski *et al*., (2007) estudiaron los costos directos e indirectos del insomnio no tratado en adultos en el rango de edad de 18 a 64 años (138 820 pacientes), así como los costos directos del insomnio no tratado para pacientes de edad avanzada mayores de 65 años (75 558 pacientes) en el periodo de 1999 al 2003 en los Estados Unidos de Norteamérica. Los costos directos (hospitalización, ambulatorios, farmacéuticos y sala de emergencias) y los costos indirectos (ausentismo laboral) para los pacientes en el rango de edad de 18 a 64 años fue de $ 1 253; en tanto que los costos directos para el segundo grupo de pacientes (> a 65 años) alcanzaron un valor de $ 1 143.

En otro trabajo sobre el costo del glaucoma para el sistema de salud de Estados Unidos, se estimó "un total de $2,5 mil millones anuales, de los cuales $1,9 mil millones (76%) constituyeron costos directos y $0,6 mil millones (24%) costos indirectos" (Gálvez *et al*., 2004)

Del mismo modo, Ward (2002) realizó un estudio en los Estados Unidos de Norteamérica con la finalidad de describir la composición y distribución de los costos totales de la espondilitis anquilosante (EA), para lo cual utilizaron un método longitudinal prospectivo con 241 pacientes. Los costos directos anuales (atención ambulatoria, visitas médicas, hospitalizaciones, medicamentos, tratamientos no alopáticos, etc) para todos los pacientes fueron de $1 775; mientras que los costos indirectos anuales (días de trabajo perdidos y días de limitación de la actividad de las amas de casa) alcanzaron $ 4 945, valor que representa el 73,6% de los costos totales anual.

Por otro lado, los resultados de una investigación realizada por Oliva *et al*., (2008) en España, sobre los costos de la discapacidad, señalan que la pérdida de productividad laboral asociada a las enfermedades isquémicas del corazón, oscila entre 1 078 y 1 136 millones de euros anuales. De estas cifras, las pérdidas derivadas de la mortalidad prematura ascienden a 460,5 millones de euros (40% y 43%); las derivadas de incapacidad temporal a 187 millones de euros (16% y 17%); y, las imputables a incapacidad laboral permanente oscilan entre 431 y 488 millones de euros (40% y 43% en su orden).

Así mismo, en la Universidad de Milán, Italia. Leardini *et al*., (2004) realizaron una investigación a fin de conocer los costos directos e indirectos de la osteoartritis de la rodilla, con una muestra de 254 pacientes, en el período 2000-2001. Los costos directos (médicos: hospitalización, diagnóstico y terapias, y no médicos: transporte y dispositivos auxiliares) alcanzaron un valor de € 934 por paciente/año; en tanto que los costos indirectos (pérdida de productividad de los pacientes y la atención de los cuidadores en el hogar) fue € 1 236 por paciente/año, valor que representa un incremento del 32,3 % con respecto a los costos directos.

En Cataluña (España) las pérdidas por producción laboral (fallecimientos prematuros e incapacidad) fueron de 7 432,6 millones de euros, equivalente a 4,7% del PIB en el año 2004.De los cuales, 1 682 millones de euros (22,6%) corresponden por mortalidad; 3 467 millones de euros (46,7%) destinados a incapacidad permanente; y, 2 283 millones de euros (30,7%) por incapacidad temporal.

En el trabajo efectuado por National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute (2004) determinan:

> El costo total imputable a las enfermedades en el año 2004 en los Estados Unidos, ascendió a 2 256 500 millones de dólares, de los cuales 1 540 800 millones (60,7%) corresponden a costos sanitarios, y 715 700 millones (39,3%) a costos indirectos, equivalente al 4,85% del PIB. De estos últimos 517 900 millones (72,4%) son debidos a fallecimientos prematuros; mientras que los 197800 millones restantes (27,6%) corresponden a morbilidad.

Por lo que respecta al trabajo canadiense desarrollado por el Ministerof Public Works and Government Services Canada (2002) detalla:

El costo total imputable a las enfermedades en el año 1998 ascendió a 159 435 millones de dólares, de los cuales 83 955 millones de dólares (52,7%) corresponden a costos directos sanitarios, y 75480 son imputables a costos indirectos (47,3%) equivalente a 4,4% del PIB; de éstos, 44,4% corresponden a mortalidad; 42,6% a morbilidad de larga duración; y, 13% a morbilidad de corta duración.

En los Estados Unidos de Norteamérica, Hogan *et al*., (2003) determinaron los costos directos e indirectos de la diabetes, para una población con diabetes de 12,1 millones (año 2002). Los costos totales fueron de $ 132 mil millones; de los cuales, los costos directos (médicos principalmente) fueron de $ 91.8 mil millones; mientras que los costos indirectos (días de trabajo perdidos por paciente, mortalidad e incapacidad permanente) fueron $ 39,8 mil millones.

Según el estudio Costos Indirectos de Artritis Reumatoide, realizado en Brasil (2002), se obtuvieron los siguientes resultados:

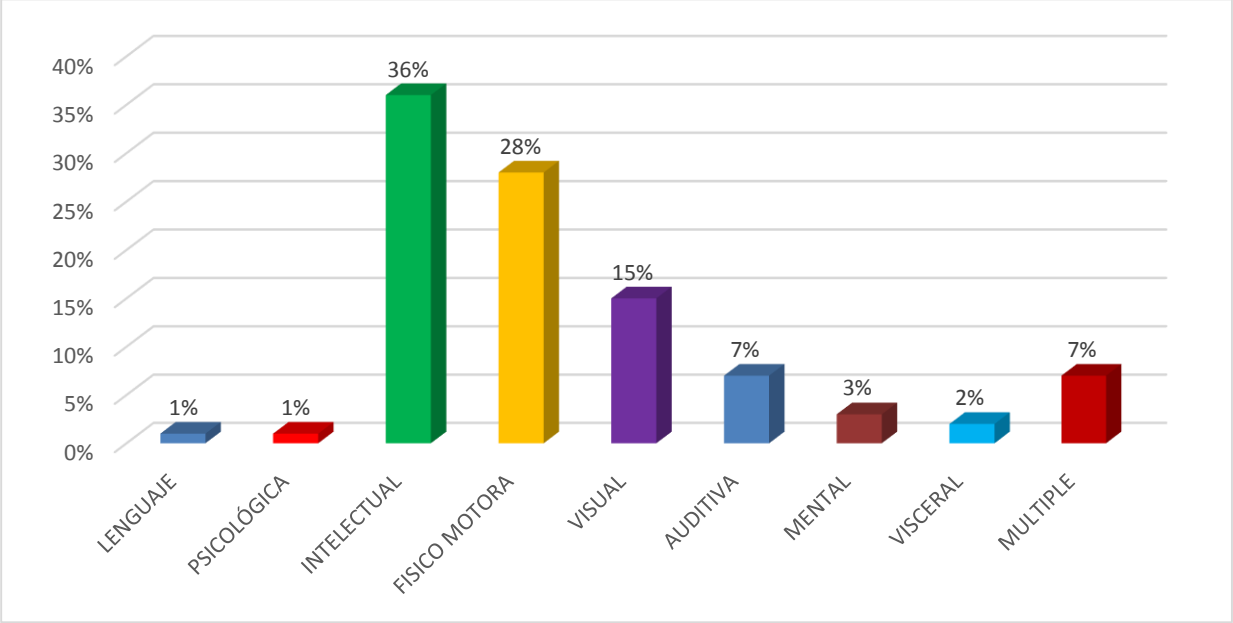
El 24,5% de los pacientes, se habían retirado de sus actividades laborales debido a la enfermedad; el 32,3% fueron dados de baja por la enfermedad; mientras que el 43,2% estaban trabajando en el momento de la entrevista. El costo indirecto estimado para esta población fue de $ 2 423,51 por paciente y año. El factor asociado con el mayor costo, es la clase social baja. (Gualda y Chalmeta, 2002, citados por González *et al*., 2013)

Finalmente, Serra *et al*., (1998) determinaron los costos directos e indirectos generados por los pacientes con asma durante un período de un año en España. Los grados de la enfermedad se clasificaron en leve, moderada y grave. La muestra del estudio fue de 333 pacientes, 119 hombres (36%) y 214 mujeres (64%), con una edad media de 42 años. El costo promedio anual se calculo en $2 879 por paciente, de los cuales el 30,8 % ($885) les correspondió a costos directos, y el 69,2 % ($1 993) restante fueron para costos indirectos. De acuerdo con el grado de discapacidad, los costos totales fueron los siguientes: $1 336 en pacientes con asma leve; $2407 en pacientes con asma moderada; y, $6 393 con asma grave. En todos los niveles de severidad, los costos indirectos fueron dos veces más altos que los costos directos, y en el mismo grado de severidad, los costos directos debidos a la medicación y la hospitalización fueron más altas en las mujeres que en los hombres.

Costo económico indirecto de la discapacidad severa en el Ecuador

Los costos indirectos identificados y seleccionados para ser cuantificados en la presente investigación, son de Morbilidad y de Cuidados no remunerados.

Gráfico 8. Distribución porcentual de los tipos de discapacidad severa en el Ecuador



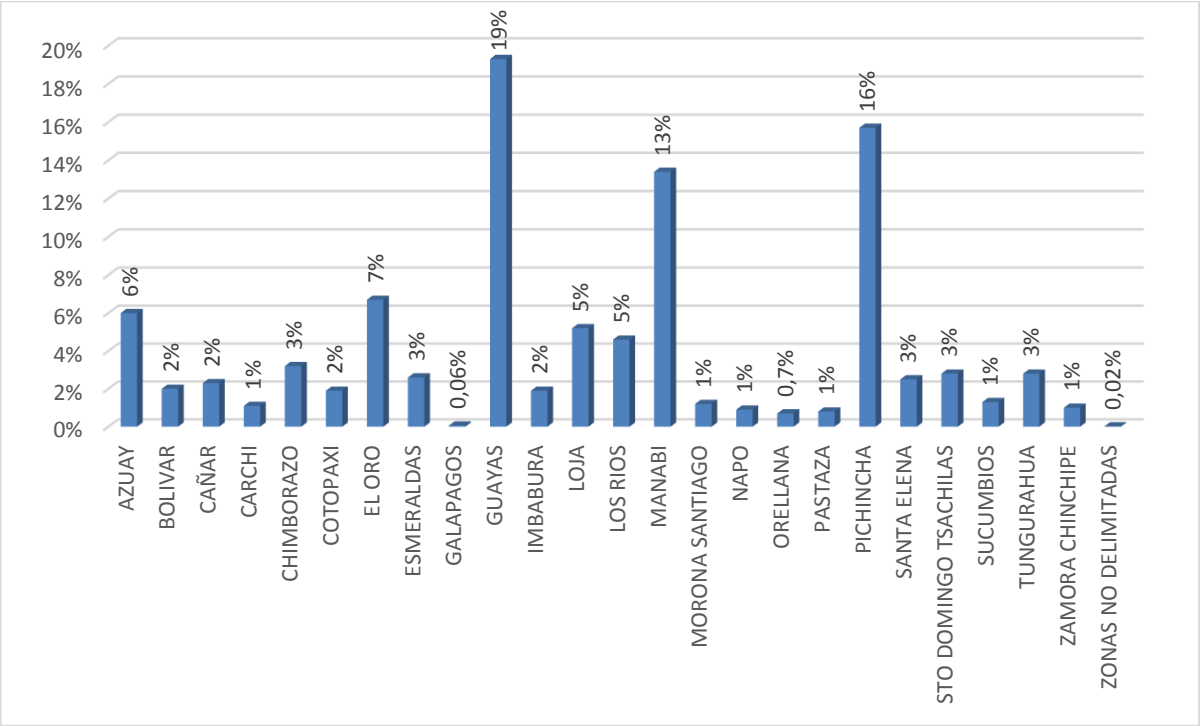
Fuente: Secretaria Técnica de la Discapacidad
Elaborado por: Valarezo (2018)

Según la Secretaria Técnica de la Discapacidad (2012) en el Ecuador existen un total de 57 199 personas con discapacidad severa. Como se observa en el Gráfico 8. Los principales tipos de discapacidad severa que existen en el Ecuador son: la intelectual con un 36,0% (20 582); la físico motora que representa el 28,0% (16 181); y, la discapacidad visual con el 15,0% (8 306); los otros tipos de discapacidad representan porcentuales de un dígito y corresponden al 21,0% (12 130).

Como se desprende de los resultados, todas las personas con discapacidad severa requieren de cuidados intensivos de otras personas a fin de poder realizar las actividades de la vida diaria, ello indudablemente generaría pobreza ya que disminuiría sus capacidades funcionales a insertarse en el campo laboral, a los cuidados de salud, a la educación, etc. y también a los gastos vinculados a la discapacidad. Por lo tanto, la discapacidad, además de ser un problema físico, intelectual, etc, es un problema económico y social, pues el entorno y los estereotipos pueden contribuir a la desigualdad de oportunidades de quienes la padecen.

Del Gráfico 9 se desprende que las provincias de Guayas (19,3%), Pichincha (15,7%) y Manabí (13,4%) presentan las mayores tasas de concentración de discapacitados severos, las demás provincias muestran porcentuales de concentración de un dígito mucho menos significativos comparativamente, resultados que se pueden atribuir a la densidad poblacional de cada una de las provincia y a las facilidades de atención a los servicios básicos.

Gráfico 9. Distribución de la discapacidad severa por provincias en el Ecuador



Fuente: Secretaria Técnica de la Discapacidad, 2012
Elaborado por: Valarezo (2018)

Con el fin de dimensionar la pérdida de productividad laboral de las personas con discapacidad severa, se estableció como premisa que al presentar deficiencias físicas e intelectuales severas, su mano de obra no tendrá alto grado de especialización ni calificación, por lo que se evaluará tomando en cuenta los salarios mínimos vigentes para el periodo de análisis y sus componentes legales. En el Cuadro 5se presenta el costo anual de la pérdida de productividad de la persona con discapacidad severa, el mismo que oscila de $ 3 921,12 a $ 5783,64 correspondiente a los años 2010 y 2015 en su orden.

Cuadro 5. Componentes salariales

Año	Sueldo Básico ($)	Aporte Patronal ($)	Décimo Tercer ($)	Décimo Cuarto ($)	Fondo de Reserva ($)	Total mensual ($)	Total anual ($)
2010	240,00	26,76	20,00	20,00	20,00	326,76	3 921,12
2011	264,00	29,44	22,00	22,00	22,00	359,44	4 313,28
2012	292,00	32,56	24,33	24,33	24,33	397,55	4 770,06
2013	318,00	35,46	26,50	26,50	26,50	432,96	5 195,52
2014	340,00	37,91	28,33	28,33	28,33	462,29	5 547,48
2015	354,00	39,47	29,50	29,50	29,50	481,97	5 783,64

Fuente: BCE
Elaborado por: Valarezo (2018)

En función de esta información se obtuvo el costo de oportunidad anual al multiplicar el total anual por el número de discapacitados severos identificados.

Cuadro 6. Costo de pérdida de la productividad de discapacitados severos

Año	Número de discapacitados	Total individual ($)	Total anual ($)
2010	57 199	3 921,12	224 284 142,9
2011	57 199	4 313,28	246 715 302,7
2012	57 199	4 770,06	272 842 661,9
2013	57 199	5 195,52	297 178 548,5
2014	57 199	5 547,48	317 310 308,5
2015	57 199	5 783,64	330 818 424,4

Elaborado por: Valarezo (2018)

Como se observa en el Cuadro 6 el costo de la pérdida de productividad laboral del total de las personas discapacitadas con grado severo que existen en el país (57 199) oscila de $ 224 284 142,9 (2010) a $ 330 810 424,4 (2015) generando un incremento del 47,5%; variación que se produce principalmente por el incremento del salario básico unificado, el mismo que produce de manera proporcional un aumento en todos los beneficios sociales de los pacientes.

Costos del trabajo no remunerado de la persona que lo cuida en el hogar a la persona con discapacidad severa.

Seguidamente, es necesario identificar los costos del trabajo no remunerado de la persona que esta a cargo del cuidado del paciente con discapacidad severa; por lo cual, es necesario señalar lo siguiente:

- El cuidado de un discapacitado severo demanda más tiempo que el correspondiente a una jornada laboral normal (8 horas al día). En base a una encuesta realizada en la ejecución del presente estudio (Ciudad de Loja), para una muestra de 15 personas, se estableció que las personas al cuidado de los discapacitados en el grado de severo invierten en promedio 13 horas diarias de lunes a domingo.
- Normalmente se encarga del cuidado de la persona discapacitada a un familiar cercano, en la mayoría de los casos con conocimientos específicos asociados al tipo de discapacidad del paciente pero obtenidos empíricamente, es decir, en la mayoría de los casos no existe preparación académica previa por lo que se puede considerar que la mano de obra de estas personas se puede equiparar a la provista por personas que acceden al salario mínimo vital.

En función de estas consideraciones, se tomaron en cuenta las siguientes acciones para el cálculo del trabajo no remunerado. En base al artículo 47 del Código de Trabajo, mismo que señala que, "la jornada máxima de trabajo será de ocho horas diarias, de manera que no exceda de cuarenta horas semanales". En Cuadro 7 se presentan los resultados mencionados.

Cuadro 7. Horas ordinarias

	8	Diarias
Horas ordinarias	40	Semanales

Elaborado por: Valarezo (2018)

Para determinar la remuneración de las horas suplementarias, se recurrió de igual forma al Código del Trabajo, en su Artículo 55 que manifiesta "que si tuvieren lugar durante el día o hasta las 24H00, el empleador pagará la remuneración correspondiente a cada una de las horas suplementarias con más un cincuenta por ciento de recargo. Para calcularlo se tomará como base la remuneración que corresponda a la hora de trabajo diurno; y no podrán exceder de cuatro en un día. En el Cuadro 8 se observa el total de horas suplementarias.

Cuadro 8. Total horas suplementarias

	4	horas al día semana laborables
	240	días laborables promedio
Horas suplementarias	**960**	**Total horas suplementarias al año**

Elaborado por: Valarezo (2018)

En el Cuadro 9 se presenta el total de horas extraordinarias, elaboradas a partir del mismo Artículo 55 del Código de Trabajo, que señala "que las horas extraordinarias son aquellas que estuvieren comprendidas entre las 24H00 hasta las 6H00 del día siguiente durante los días hábiles; y, durante los días feriados y los fines de semana, tendrán un recargo del 100% con respecto a la hora ordinaria".

Cuadro 9. Total horas extraordinarias

	1	horas al día semana laborables (para completar las 13 diarias de cuidados)
	240	días laborables promedio
	240	**Horas promedio extraordinarias en semana laborable al año**
	26	horas al día fines de semana y feriados
	125	Días feriados y fines de semana promedio al año
	3250	**Horas extraordinarias promedio en fines de semana y feriados al año**
Horas extraordinarias	**3490**	**Total horas extraordinarias al año**

Elaborado por: Valarezo (2018)

Por lo señalado, en el Cuadro 10 se presenta el valor de las horas ordinarias, suplementarias y extraordinarias para cada uno de los años de estudio, generadas a partir del salario básico unificado y del total de horas mensuales laboradas.

Cuadro 10. Remuneración por persona por cuidado discapacitado

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tipo de pago
Valor jornada laboral ordinaria ($)	3921,12	4313,28	4770,1	5195,52	5547,48	5783,64	anual
Valor hora ordinaria ($)	1,00	1,1	1,22	1,33	1,42	1,48	por hora
Valor hora suplementaria (recargo 50%) ($)	1,5	1,65	1,83	2,00	2,13	2,22	por hora
Valor hora extraordinaria (recargo 100%) ($)	2,00	2,2	2,44	2,66	2,84	2,96	por hora

Fuente: Código del trabajo.
Elaborado por: Valarezo (2018)

En el Cuadro 11. se presentan los costos del trabajo no remunerado (persona que cuida en el hogar a la persona con discapacidad severa), los mismos que tiene una diferencia del 47,8 % en el periodo de estudio (2010-2015),debido básicamente a la variación del salario básico unificado, y consecuentemente al aumento del valor de las horas ordinarias, suplementarias y extraordinarias.

Cuadro 11. Costo por trabajo no remunerado de la persona que cuida al discapacitado severo

Año	No. cuidadores	Total salario ordinario ($)	Total horas suplementarias ($)	Total horas extraordinarias ($)	Costo de oportunidad total ($)
2010	57199	224 284 142,9	82 366 560,0	399 249 020,0	705 899 722,9
2011	57199	246715 302,7	90 603 216,0	439 173 922,0	776 492 440,7
2012	57199	272 842 661,9	100 487 203,2	487 083 804,4	860 413 669,5
2013	57 199	297 178548,5	109 822 080,0	531 001 196,6	938 001 825,1
2014	57 199	317 310 308,5	116 960 515,2	566 933 608,4	1 001 204 432,0
2015	57 199	330 818 424,4	121 902 508,8	590 888 549,6	1 043 609 483,0

Elaborado por: Valarezo (2018)

Efecto de los costos indirectos en el Producto Interno Bruto (PIB)

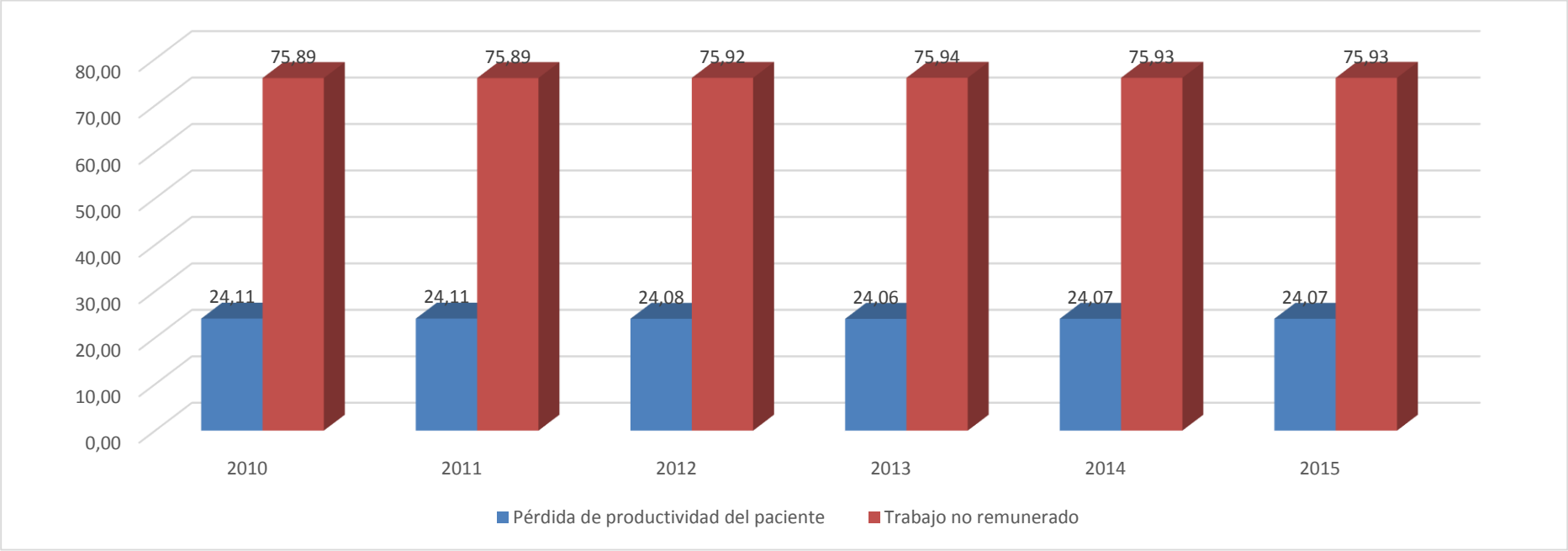
Seguidamente, se estableció el peso relativo de los costos indirectos de la discapacidad severa en el PIB real (Precios constantes: año 2007) para el periodo previsto, en este sentido se consolidaron los costos por la pérdida de productividad del paciente y del trabajo no remunerado del cuidador del paciente, como lo destaca el Cuadro 12 y el Gráfico 10.

Cuadro 12. Costos de oportunidad totales ($)

Rubro/Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pérdida de productividad del paciente	224 284 142,9	246 715 302,7	272 842 661,9	297 178 548,5	317 310 308,5	330 818 424,4
Trabajo no remunerado	705 899 722,9	776 492 440,7	860 413 669,5	938 001 825,1	1 001 204 432,0	1 043 609 483,0
Pérdida de productividad totales	930 183 865,8	1 023 207 743,0	1 133 256 331,0	1 235 180 374,0	1 318 514 741,0	1 374 427 907
Pérdida de productividad totales (millones)	930,2	1 023,2	1 133,3	1 235,2	1 318,5	1 374,4

Elaborado por: Valarezo (2018)

Gráfico 10. Costos de pérdida de productividad



Elaborado por: Valarezo (2018)

Del cuadro 12 y del Gráfico 10 se concluye que la pérdida de productividad más significativos para los años del periodo analizado, son los relacionados con el trabajo no remunerado de la persona que lo cuida en el hogar a la persona con discapacidad severa con un 76 %; mientras que el menor costo corresponden al relacionado con la pérdida de productividad de la persona con discapacidad con el 24% restante. Por lo tanto, es necesario señalar que estas actividades productivas no remuneradas que se realizan en los hogares, generan servicios que hacen evidente que la disponibilidad de bienes y servicios de un país es mayor que la registrada en las cuentas nacionales. Al incluir la producción que se obtiene con trabajo no remunerado en la contabilidad nacional, se puede ver y dimensionar un aporte fundamental para la vida de la sociedad y, al mismo tiempo, obtener mediciones acordes y vinculadas a agregados macroeconómicos de los gobiernos.

> La prestación de cuidados sin remuneración representa una economía subterránea gigantesca. Según cálculos canadienses que se basan en la poca remuneración de los empleados domésticos, en 1998 la prestación de estos servicios $ 45millones, suma que supera significativamente a los ingresos $ 37 millones que devengaron en total por su trabajo las personas empleadas en los sectores de la salud y de los servicios sociales. (Carozzi *et al.,* 2017)

Por otro lado, en el Cuadro 13 y Gráfico 11 se presenta la influencia de los costos indirectos (pérdida de la productividad) de la discapacidad severa en el PIB real del Ecuador, la misma que osciló de 1,65 % a 1,97 % para los años 2010 y 2015 respectivamente, variación equivalente a un 19,4%; ello se atribuye principalmente a que los valores del PIB se incrementaron en un 23,7%; mientras los costos indirectos (pérdida de la productividad) lo hicieron en un 47,8%.

Los resultados obtenidos, ratifican lo señalado en líneas anteriores, en el sentido que la discapacidad disminuye el producto interno bruto (PIB) de un país; porque elimina la contribución de un sector significativo de la población económicamente apta de las personas con discapacidad y sus familias, ya que estando en ejercicio de sus derechos y obligaciones aportaría con recursos al país; su ingreso le daría la necesidad de pagar sus impuestos y cubrir los costos de salud y pensión.

Una investigación realizada para el Banco Mundial, plantea una pérdida en productividad y desarrollo económico de entre 1,71 y 2,73 trillones de dólares, que representan hasta un 6% del PIB mundial.

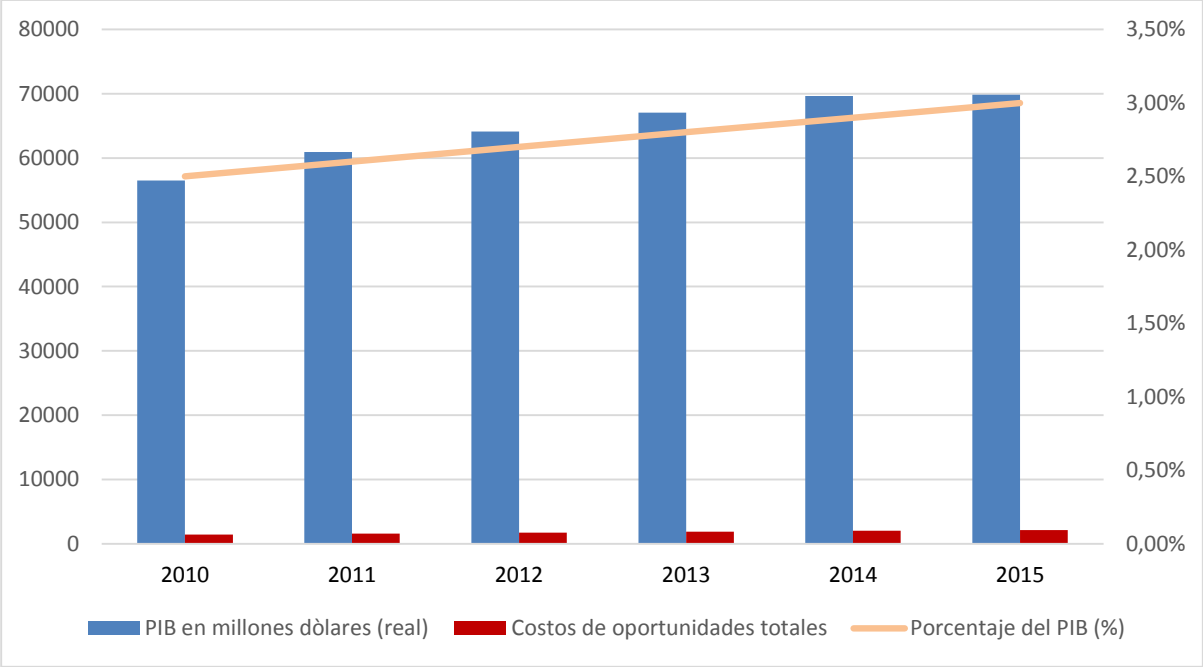
Los resultados obtenidos en la presente investigación, demuestran valores significativos de los costos indirectos de la discapacidad severa en el PIB del Ecuador en el periodo de estudio; es por ello que el Estado tiene que contar con políticas, programas y proyectos de prevención de la discapacidad que permita enfrentar las causas de la misma. Además, es necesario ampliar y profundizar los diferentes proyectos en ejecución, con la finalidad de incluir a las personas con discapacidad en los ámbitos: sociales, educativos, de salud, laboral, etc, lo que generaría un mejor nivel de vida para las personas con discapacidad y sus familias.

Cuadro 13. Porcentaje del PIB Real

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PIB en millones de dólares (real)	56 481	60 925	64 106	67 081	69 632	69 840
Pérdida de productividad totales (millones)	930,2	1 023,2	1 133,3	1 235,2	1 318,5	1 374,4
Porcentaje del PIB (%)	1,65	1,68	1,77	1,84	1,89	1,97

Elaboración: Valarezo, Andrea

Gráfico 11. Porcentaje del PIB Real



Elaborado por: Valarezo (2018)

Finalmente, se procedió a realizar un análisis comparativo entre los costos indirectos de la discapacidad (pérdidas de la productividad) y el presupuesto de la salud para el periodo considerado. La información en referencia, se presenta en el Cuadro 14.

Cuadro 14. Porcentaje del presupuesto en salud

Rubro/Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Presupuesto en Salud (millones)	1 153,27	1307,79	1 705	2 130	2 408	2 550
Pérdida de productividad totales (millones)	930,2	1 023,2	1 133,3	1 235,2	1 318,5	1 374,4
Porcentaje (%)	80,7	78,2	66,5	58,0	54,8	53,9

Elaborado por: Valarezo (2018)

De los resultados obtenidos del cuadro anterior, se desprende que el presupuesto asignado a la salud en el periodo de estudio, se incrementó en 121%; mientras que los costos indirectos de la discapacidad severa, creció en un 47%; ello determinó que se produzca una disminución de la incidencia de los costos indirectos de la discapacidad severa con respecto al presupuesto de salud en un 49,7% en el periodo de estudio (2010-2015); resultados que demuestran que ha habido un aporte importante en el ámbito de la salud en los últimos años por parte del gobierno.

La discapacidad es una forma de vida en donde se realiza un doble esfuerzo y un doble gasto para lograr las mismas condiciones de vida de las personas sin discapacidad. Los Estados invierten aproximadamente el 9 % del PIB entre gastos directos e indirectos para atender el 15% de la población con discapacidad. Este impacto podrá ser mitigado a través de la formulación y ejecución de proyectos de prevención y de inclusión social en los diferentes ámbitos sociales y económicos.

Conclusiones

La principal barrera en la ejecución de la presente investigación, ha sido la limitada información sobre la naturaleza del tema a nivel mundial y la ausencia total a nivel nacional, aspecto que ha influenciado a la hora de conceptualizar la discapacidad de manera mas integral y con diferentes realidades socioeconómicas; tener enfoques metodológicos de acuerdo a la información primaria y secundaria existente y al objetivo central de la investigación; y, fundamentalmente, enriquecer el estudio con la contrastación de los resultados; es por ello, que esta investigación, sin temor a equivocarme, constituye un primer esfuerzo en cuantificar los costos indirectos de la discapacidad severa y su incidencia en el PIB en el Ecuador, la misma que debe servir de motivación para la realización de otras investigaciones en el ámbito de los costos que genera la discapacidad.

La economía de la salud, es un instrumento indispensable para la gestión sanitaria y la asignación de recursos, ya que permite orientar la toma de decisiones para buscar alternativas eficientes y racionales dentro del conjunto de actividades de los servicios y las diferentes tecnologías del sistema de salud. Además, provee las herramientas para la toma de decisiones y contribuye a articular las prioridades epidemiológicas con la realidad económica, con el objetivo de identificar y seleccionar la mejor alternativa en beneficio de la sociedad en general.

La discapacidad requiere especial atención, tanto por su magnitud como por la relación con otros ejes de inequidad, como la pobreza, el género, el origen étnico, el envejecimiento y otras formas más sutiles de exclusión y discriminación que tienen que ver con la salud, la educación, el empleo, la vivienda, etc. generando con ello altos niveles de pobreza y una mayor vulnerabilidad. De igual forma, las personas con discapacidad y sus familias, por lo general realizan mayores gastos que las personas sin discapacidad para lograr la misma calidad de vida. Este gasto adicional se eroga para servicios de salud y rehabilitación, ayudas técnicas, transporte seguro y accesible; y, servicios asistencia humana o personal.

En el mundo existen más de mil millones de personas con alguna forma de discapacidad (debido principalmente al envejecimiento de la población y a problemas crónicos de salud asociados a la discapacidad), de los cuales, alrededor de 200 millones experimentan serias dificultades en sus actividades diarias. Se considera que la discapacidad es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza, ya que el 80% de las personas con discapacidad habitan en las zonas rurales de los países en vías de desarrollo. Además, la discapacidad es parte de la condición humana y varía en correspondencia con una compleja combinación de factores, tales como: la edad, el género, la etapa de vida, la exposición a riesgos ambientales, la situación socioeconómica, la cultura y la disponibilidad de recursos, que en todos los casos difieren marcadamente de un lugar a otro.

Según el estudio realizado por la Misión "Manuela Espejo" (2010) en el país existen 293 743 personas con discapacidad física, auditiva, visual o intelectual; de las cuales las disfunciones físicas y motoras son mayoría (36,76 %), seguidas por las intelectuales (24,6%) y las múltiples (12,9%). Del mismo estudio se identificaron 57 199 personas con discapacidad severa, lo que determina una prevalencia de 0,39%.

Los costos de la discapacidad no son uniformes para toda la población; se relacionan con, el tipo y grado de discapacidad, el sexo, el momento del ciclo vital (infancia, juventud, vida adulta, vejez), de si vive en un medio urbano o rural, del tamaño del hogar y de muchas otras situaciones y circunstancias. Los costos de la discapacidad pueden clasificarse como directos e indirectos. Los costos directos representan los recursos consumidos por una intervención en salud y sus eventos asociados (cuidado médico y de rehabilitación, las intervenciones tempranas y agresivas, la vigilancia de las condiciones crónicas y el uso de la tecnología.); mientras que los costos indirectos, se los clasifica como tangibles (pérdida de la productividad del paciente por muerte o discapacidad temporal o permanente y de la persona que lo cuida en el hogar) e intangibles (dolor, sufrimiento, incertidumbre).

Los costos de la discapacidad disminuye el producto interno bruto (PIB) de un país, porque elimina la contribución de un sector significativo de la población económicamente apta de las personas con discapacidad y sus familias. Según el Banco Mundial (2011) el rango estimado de la pérdida mundial del PIB debido a la discapacidad, se ubica entre $1 712 000 millones y $2 230 000 millones al año, lo que equivale entre el 5,35% y el 6,97% respectivamente del PIB total. Por otro lado, los Estados Unidos de Norteamérica invierten el 9% del PIB entre gastos directos e indirectos para atender al 15% de la población con discapacidad; mientras que el Banco Mundial (2011) determinó el costo de la discapacidad en el Ecuador en 5,48% del PIB, equivalente a 2 740 millones de dólares al año.

Los costos indirectos de la discapacidad severa elegidos para el presente estudio, fueron aquellos relacionados con la pérdida de productividad, tanto de la persona con discapacidad permanente como de la persona que lo cuida en el hogar (trabajo no remunerado). La referida pérdida de la productividad del paciente, entendida como la pérdida de producto asociada al tiempo que el paciente se ausenta de sus actividades laborales de forma permanente. El costo por la pérdida de productividad calculado para la persona con discapacidad severa genero un incremento del 47,5% ya que vario de $ 224 284142, 9 (año 2010) a $ 330818424,4 (año 2015).

El trabajo no remunerado (cuidados en los hogares a las personas con discapacidad severa), ha sido una actividad históricamente realizada por las mujeres, las cuales soportan un importante costo de oportunidad, pues el tiempo que ocupan en atender a sus familiares no pueden dedicarlo a otras actividades que podrían contribuir a elevar el ingreso actual del hogar, sufriendo un envejecimiento prematuro, estrés, sobrecarga, etc. por lo tanto, su trabajo ha sido permanente invisibilizado en las estadísticas oficiales por considerarse que no genera valor al no producir bienes y servicios que puedan transarse en el mercado. Por el contrario, es necesario desarrollar métodos que posibiliten cuantificar y valorar la contribución económica del trabajo no remunerado de las mujeres en el hogar,

que permitan dimensionar su importante aporte para la sociedad y, al mismo tiempo, obtener mediciones acordes y vinculadas a agregados macroeconómicos de cada país. De las encuestas realizadas a personas con discapacidad severa en la ciudad de Loja, se determinó que las personas al cuidado de pacientes con este tipo de discapacidad, invierten un promedio de 13 horas diarias de lunes a domingo; por lo cual, el costo de la pérdida de productividad de las personas que cuida a los pacientes con discapacidad severa, se incremento en un 47,8% (705 899 722,9 a 1 043 609 483,0) en el periodo de estudio. Además, que éstos costos aportan con el 76% del total frente al 24 % restante que le corresponde a la pérdida de productividad de la persona con discapacidad severa.

La discapacidad es una forma de vida en donde se realiza un doble esfuerzo y un doble gasto para lograr las mismas condiciones que los demás. Los Estados invierten aproximadamente el 9 % del PIB entre costos directos e indirectos para atender al 15% de la población con discapacidad a nivel mundial. En España se determinó en el año 2008 para las personas cuidadoras de discapacitados, un costo de 87 millardos de euros equivalente al 7% de PIB. Para el presente estudio, se calculó que los costos indirectos totales (pérdida de la productividad del paciente y de la cuidadora) de la discapacidad severa en el Ecuador con respecto al PIB real para el periodo analizado (2010-2015), osciló de 1,65 % a 1,97 % (variación equivalente al 19,4%); ello se atribuye principalmente a que los valores del PIB se incrementaron en un 23,7%; mientras que los costos indirectos (pérdida de la productividad) lo hicieron en un 47,8%.

La salud es elemento fundamental en el desarrollo de una sociedad, pero lamentablemente es un bien escaso cuya obtención y mantenimiento exigen trabajo y dinero. Lograrla implica satisfacer necesidades expresadas en forma de demanda, más el costo de oportunidad que encierra renunciar a otros bienes. Requiere de una función de producción que combine los recursos de un modo eficiente a fin de obtener el mayor impacto social, y que sirva de instrumento para alcanzar la equidad. Los resultados obtenidos en la presente investigación, señalan que, el presupuesto asignado a la salud en el periodo de estudio, aumento en un 121%; mientras que los costos indirectos de la discapacidad severa, creció en un 47%; aspecto que determinó que se produzca una disminución de la incidencia de los costos indirectos de la discapacidad severa con respecto al presupuesto de salud en un 49,7% en el periodo de estudio (2010-2015).

La inclusión es la manera más eficaz de reducir los costes de la discapacidad. Una inclusión efectiva a través de una legislación transversal, ya que la discapacidad se presenta en cualquier grupo poblacional, en cualquier edad, ámbito geográfico y nivel socioeconómico, entre otras características, que permita lograr una sociedad con igualdad de libertades y oportunidades, a fin de mejorar las condiciones de vida de tan vulnerable sector de la sociedad.

En los últimos años, se han generado y profundizado las políticas públicas en el Ecuador (Constitución Política del Ecuador del año 2008; Ley Orgánica de Discapacidades del año 2012, entre otras) en beneficio de las personas con discapacidad a través de la ejecución de políticas, programas y proyectos, los cuales ha abarcado diferentes ámbitos, tales como: social, salud, educación, empleo,

etc, lo que evidentemente ha permitido la organización y el fortalecimiento social de este grupo, por un lado, y por otro lado, una sociedad mas consciente, solidaria y sensibilizada.

Recomendaciones

Dado que las principales causas de la discapacidad en el país son por falta de cuidados sanitarios (cuidados perinatales) durante la maternidad y por enfermedades crónicas heredadas y adquiridas, es prioritario la prevención de dichas enfermedades a través de incrementar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud; así como ejecutar procesos de capacitación para toda la sociedad.

Es necesario que el país fortalezca la política social inclusiva en beneficio de las personas con discapacidad, con la finalidad de que todos los sectores del estado y de la sociedad civil se comprometen a superar las barreras para el acceso a procesos culturales, educativos y de desarrollo social y económico y en generar espacios y mecanismos para la plena participación de todas las personas con discapacidad.

Con la finalidad de contar con información actualizada, confiable, oportuna y de libre acceso, es necesario la elaboración de una base de datos oficial, homologada e histórica sobre estadísticas demográficas y principalmente de los resultados que se vienen produciendo como producto de la inclusión social generadas a través de las políticas públicas en beneficio de las personas con discapacidad en los ámbitos de la educación, salud, laboral, vivienda, etc. favoreciendo con ello a la investigación científica en beneficio de la población con discapacidad en el Ecuador.

El Estado debe desarrollar mecanismos que aseguren la aplicación de las diferentes normativas, leyes y reglamentos existentes a fin de garantizar la vigencia plena de los derechos de las personas con discapacidad; ya que es palpable que persisten rasgos de discriminación hacia este sector vulnerable; por lo cual es importante dar a conocer las capacidades, destrezas, y habilidades que este grupo posee, y con ello lograr una inclusión mas justa en la sociedad a fin de lograr nuevas oportunidades de desarrollo.

Diseñar y ejecutar proyectos educativos, principalmente centros especializados para personas con discapacidad, especialmente para las de tipo intelectual, psicológica y visual, pues el nivel de formación que tenga la persona es un determinante principal al momento de acceder a cualquier puesto de trabajo.

Es urgente y justo ampliar el presupuesto de la Misión “Joaquín Gallegos Lara” a fin de incorporar a las 36 853 personas con discapacidad severa que aún no se beneficia del referido proyecto.

Es prioritario revisar el Reglamento a la Ley Orgánica de la Discapacidad, en el cual se establece que el nuevo requisito para acceder a los descuentos tributarios, es la de tener el 40% de discapacidad, perjudicando con ello a unas 80 000 personas.

Es necesario contar con el financiamiento correspondiente a fin de diseñar y ejecutar proyectos de evaluación integral de todos los programas sociales ejecutados, con la finalidad de identificar los aciertos y los errores, de forma de cumplir con los objetivos propuestos, así como optimizar los recursos humanos y económicos.

Es pertinente incluir en las mallas curriculares de las carreras de Medicina Humana y Enfermería, los principales aspectos de la prevención, capacitación y rehabilitación de las personas con discapacidad.

Las Universidades y el Ministerio de Salud, deben destinar recursos económicos a fin de diseñar, ejecutar y evaluar programas y proyectos relacionados con los costos tanto directos como indirectos de las diferentes enfermedades, incluida la discapacidad.

Bibliografía

Albarrán, I., Alonso, P., Fajardo, M. y Ramajo, J. (2010). Factores de la discapacidad en España. Determinación de perfiles. Recuperado el 11 de junio de 2013. http://www.asepelt.org/ficheros/File/Anales/2005%20-%20Badajoz/ponencias/factores%20de%20la%20discapacidad%20en%20Espa%F1a.pdf

Arreola, H. y Nigenda, G. (2009). La economía de salud como una herramienta para la toma de decisiones en el sector salud. Recuperado el 8 de abril de 2014. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001100014

Arredondo, A. y Icaza, E. (2011). Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso Mexicano. Recuperado el 11 de junio de 2013. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301511014380

Astorga, L. (2005). Incluyendo a las personas con discapacidad en las políticas de desarrollo. Instituto Interamericano sobre Discapacidad (IID). Recuperado el 14 de agosto de 2012. http://www.pactodeproductividad.com/foro/archivos/73374673792012-2%20Incluyendo%20a%20las%20Personas%20con%20discapacidad.pdf

Banco Mundial. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad 2011. Recuperado el 5 de octubre de 2013. http://www.bancomundial.org/es/news/2012/01/23/ecuador-people-with-disabilities-fight-for-real-inclusion

Baly, G., Toledo, M. y Rodríguez, J. (2001). La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. Recuperado el 17 de marzo de 2013. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400014&lng=es&nrm=iso

Berman, R. (2009). Discapacidad y desarrollo. Recuperado el 22 de febrero de 2012. http://paris21.org/sites/default/files/2256.ppt

Berman, R. (2010). Desarrollo Inclusivo: Un aporte universal desde la discapacidad. Recuperado el 9 de julio de 2013. pdi.cnotinfor.pt/.../DI_Un%20aporte%20universal%

Botero y Pico (2007).Calidad de vida relacionada con la salud(CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002

Budlender, D. y Brathaug, A. (2008). Cómo valorar el trabajo no remunerado. Recuperado, el 12 de octubre de 1017. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6034/LA%20ECONOMIA%20INVISI BLE.pdf?sequence=1

Caldera, J. (2004). Atención a las personasen situación de dependencia en España. Recuperado el 3 de octubre de 2014. http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf

Casado, V., Martínez, S., Martínez, A., Carmona, O., Alonso, L., Romero, L., Moral E., Gubieras, L. y Arbizu, T. 2006. Costos directos e indirectos de la Esclerosis Múltiple en Baix Llobregat (Cataluña, España), según discapacidad. Recuperado el 23 de febrero de 2016. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-143

Carozzi, S., Elorza, M., Moscoso, N. y Ripari, N. (2017). Metodologías de estimación de los costos indirectos de accidentes de transito. Revista Médica de Instituto Mexicano de seguridad Social. Recuperado, el 30 de enero de 2018. http://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457751260007/html/index.html

Cardona, I. (2010). Foro público sobre inclusión laboral de personas con discapacidad. Recuperado el 22 de abril de 2013. www.pactodeproductividad.com

Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) (1997). Guidelines for economic evaluation of pharmaceutical. 2 nd edition. Ottawa, Canada: Recuperado el 23 de agosto de 2012. http://www.inahta.org/wp-content/themes/inahta/img/AboutHTA_Guidelines_for_the_Economic_Evaluation_of_Health_Technologies.pdf

Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. Recuperado, el 4 de agosto de 2017. https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/viewFile/41627/39688

Confederación Española de Asociaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS). (2009). Estudio del sobreesfuerzo económico que la discapacidad intelectual ocasiona en la familia en España-Madrid. Recuperado el 26 de julio de 2012. http://www.feaps.org/actualidad/23_04_09/ultima_hora/sobreesfuerzo_15_04_09.pdf

Código del Trabajo. 2017. http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2015/05/CODIGO-DEL-TRABAJO.pdf

Consejo Nacional de la Discapacidad. (2010). Problemas prioritarios en prevención de discapacidades. Recuperado el 6 de septiembre de 2013. http://www.conadis.gob.ec/docs/proyectoinversionprevencion10.pdf

Consejo Nacional Consejo Nacional de la Discapacidad (2004). Ecuador: La discapacidad en cifras. Recuperado el 4 de marzo de 2013. www.conadis.gov.ec/estadisticas.htm.

Constitución Política del Ecuador. (2008). Recuperado el 16 de septiembre de 2013. 2008http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

Córdova, P. (2007). Discapacidad y Exclusión Social en Panamá: Entre Instituciones y

Legislación, el Individuo Excluido. Recuperado el 12 de junio de 2014. http://hdl.handle.net/10469/1586

Collazo, M., Cárdenas, J., González, R., Miyar, R., Gálvez, A. y, Cosme, J. (2000). La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?. Recuperado el 23 de febrero de 2013. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001100014&lng=es&nrm=iso

Corugedo, I. (2000). La Producción de Atención Sanitaria. Economía de la Salud. Pp. 114-115.

Chaná, P. y Alburquerque, D. (2002). La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. Recuperado en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v44n2/art02.pdf

Discapacidad y rehabilitación. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Recuperado el 10 de julio de 2012.http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.html

Durán, M. (2002). Los costos invisibles de la enfermedad. Recuperado, el 23 de octubre de 2017. http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/Revista/numeros/45/Recensiones5.pdf

Egea, C. y Sarabia, A. 2008. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Recuperado, el 2 de marzo de 2017. http://www.sap.org.ar/docs/clasificaciones_oms_discapacidad.pdf

Espinoza, I. (2015). Evaluación del Proyecto "Sistema de Integración Laboral para Personas con Discapacidad" del programa Misión Solidaria Manuela Espejo, en el período 2010-2014. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito- Ecuador

Federación Australiana de Organizaciones de Personas con Discapacidad (AFDO). 2009. Derechos de una inclusión social basados en el costo de vivir con una discapacidad y la necesidad de un subsidio de inclusión de la discapacidad. Recuperado, el 17 de agosto de 2015. https://victoria-happy.webnode.es/news/la-nueva-federacion-australiana-de-organizaciones-de-personas-con-discapacidad/

Fernández, A., Gálvez, A. y Villar, R. (2005). Fundamentos de los estudios de costo de la enfermedad: valoración actual del costo del glaucoma. Cuba. Recuperado el 12 de abril de 2012. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_26_3_10/mgi07310.htm

Fernández, S, y Wong, R. (2001). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. La Discapacidad en la Información Estadística. Recuperado el 19 de julio de 2012. http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marcoteorico3.pdf

Gálvez, G. (2003). Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Recuperado el 27 de agosto de 2012. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Gisbert, R. (1997). El costo de la enfermedad en España: el costo de las enfermedades cardiovasculares. Barcelona. España. Recuperado el 8 de agosto de 2013. http://www.archbronconeumol.org/es/el-coste-enfermedad-pulmonar-obstructiva/articulo/13020097/

Gómez, E. (2007). La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género. Recuperado el 8 de noviembre de 2017. http://publications.paho.org/spanish/Capitulo_1_OT+184.pdf

González, J., Del Cid, J., Zavala, A., Sandoval, A. y Figueroa, J. (2013). Costos indirectos de la artritis reumatoide. Recuperado, el 1 de junio de 2014. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9199.pdf

Hidalgo, A. (2000). Evaluación Económica de Tecnologías Sanitarias. Economía de la Salud. pp. 313-329

Herrera, S., Vásquez, J. y Gaite, L. (2008). La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Recuperado, 23 de octubre de 2015.http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-la-clasificacion-internacional-del-funcionamiento-13129770

Hogan, P., Dall, T. y Nikolov, P. (2003). Costos económicos de la diabetes en los Estados Unidos. Recuperado, el 12 de febrero de 2016. http://econwpa.repec.org/eps/hew/papers/0306/0306002.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2001). Recuperado, 17 de agosto de 2014 http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-en-cifras/

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). (2005). Libro Blanco. Págs. 82-85. Recuperado el 28 de septiembre de 2012 www.imsersomayores.csic.es/.../mtas-estimacoindependencia-01.pdf

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Recuperado en: www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf

Jiménez, A. y Huete, A (2009). Estudio sobre el agravio comparativo económico que origina la discapacidad. Recuperado el 2 de julio de 2012. http://www.sindromedown.net/adjuntos/cNoticias/12_1_estudio_2.pdf.

Jiménez, M., González, P y Martín, J. (2002). La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Recuperado, 13 de diciembre de 2016. http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n4/colabora.pdf

Joley, E. (2007). La discapacidad: una construcción social al servicio de la economía. Recuperado el 4 de julio de 2012.http://www.rumbos.org.ar/discapacidad-una-construccion-social-al-servicio-de-la-economia-clase-facderuba

Lajas, C., Abasolo, L., Bellajdel, B., Hernández, C., Carmona, L., Vargas, E., Lázaro, P. y Jover, L. (2003). Costos y predictores de costos en reumatoide Artritis: un estudio basado en la prevalencia. Recuperado el 6 de septiembre de 2016. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32375052/costs-predictors-rheumatoid-arthritis-prevalence-study.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1522606423&Signature=5p6RHIqHfv7vDjY9XfcOBF3nG5E%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DCosts_and_predictors_of_costs_in_rheumat.pdf

Ley Orgánica de la Discapacidad (2012). Recuperado, el 4 de junio de 2016.http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf

Leardini, G., Salaffi, F., Caporali, R., Canesi, B., Rovati, L. y Montanelli, R. (2004). Costos directos e indirectos de la osteoartritis de la rodilla. Recuperado, el 9 de mayo de 1016. http://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=2481&origin=publication_detail

Lekander, I., Willers, C., Von Euler, M., Lilja, M., Sunnerhagen, K., Pessah-Rasmussen, H. y Borgstro, F. (2016). Relación de los costos de la discapacidad funcional entre el primer y segundo año después del accidente cerebrovascular. Recuperado, el 9 de diciembre del 2017.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5383241/

León, A. (2010). Foro público sobre inclusión laboral de personas con discapacidad. Recuperado el 15 de marzo de 2013. www.pactodeproductividad.com

López, M. (2016). Influencia de la Misión Manuela Espejo en la calidad de vida de las personas con discapacidad durante los años 2010-2015. Caso de estudio: Cantón Loja. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito-Ecuador.

La discapacidad en cifras. (2010). Consejo nacional de la Discapacidad (CONADIS). Recuperado el 5 de julio de 2012.http://www.conadis.gob.ec/docs/proyectoinversionderechos10.pdf

Ley Orgánica de la Discapacidad. (2012). Recuperado el 10 de marzo de 2012. http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf

Ley de Régimen Tributario Interno (2004). Recuperado el 3 de septiembre de 2016. www.sri.gob.ec/.../descargar/.../LEY_DE_RGIMEN_TRIBUTARIO_INTERNO

Ley Orgánica de la Salud (2016). Recuperado el 5 de julio de 2016 http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

Malgesini, G. (2006). Las personas en situación de dependencia. Recomendaciones para la disminución de su vulnerabilidad. Recuperado el 19 de abril de 2013. http://www.sobrevulnerables.es/zsobrevulnerables/ficheros/informes/informe_2/3%20Recomendaciones.pdf

Metts, Robert. (2004). Discapacidad y desarrollo. Recuperado el 7 de julio de 2012.http://www.latinamerica.dpi.org&hl=es&prmd=imvns&ei=lcN-UNaNHKr7ygG5uYGYBw&start=10&sa=N&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.&fp=a2a49687295b75fd&bpcl=35277026&biw=1024&bih=629

Meseguer, L. (2006). Algunas causas que provocan la discapacidad. Recuperado de: http://www.lr21.com.uy/comunidad/223710-algunas-causas-que-provocan-la-discapacidad

Moreno, L. (2009). Misión Manuela Espejo. Vicepresidencia de la República del Ecuador. Recuperado el 12 de febrero de 2012. //www.vicepresidencia.gob.ec/programas/manuelaespejo/mision

Moreno, L. (2012). "Programa Ecuador sin Barreras", Vicepresidencia de la República del Ecuador. Recuperado el 12 de febrero de 2012. http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2010). Trabajo decente para los trabajadores domésticos. Ginebra. Recuperado, el 26 de julio de 2016. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_104703.pdf

Oliva, J., Lobo, F., López, J., Duque, B. y Osuna, R. (2008). Costos no sanitarios ocasionados por las enfermedades isquémicas del corazón en España. Recuperado el 7 de noviembre de 2012. http://www.revistasice.info/cachepdf/CICE_67_263-298__854FE9E3BFDBF78E88F96704573BF72C.pdf

Oliva, J. (2004). Pérdidas de producción laboral ocasionadas por las enfermedades en Cataluña en el año 2004. Recuperado el 2 de diciembre de 2012. http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/53_perdidas.pdf

Olivenza, C. (2010). El empleo de las personas con discapacidad: retos y oportunidades. Recuperado el 28 de marzo de 2014. http://www.empleo.gob.es/uafse/es/foro/pdf/9_Fundacixn_ONCEx_El_empleo_de_las_personas_con_discapacidad.ppt.

Organización Mundial de la Salud. (2011). Recuperado el 6 de marzo de 2012.http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.html

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2011). Resumen Informe mundial de la discapacidad. Recuperado el 6 de julio de 2012. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

Ozminkowski, R., Wang, S. y Walsh, J. (2007). Los costos directos e indirectos del insomnio no tratado en adultos en los Estados Unidos. Recuperado el 9 de octubre de 2016.3 https://pdfs.semanticscholar.org/9ad5/d68494a12330befa14502c00a7a1ce77e299.pdf

Parada, L., Taborda, A. y Chicaíza, L. (2013). Evaluación económica de tecnología sanitaria y toma de decisiones en salud. Recuperado el 17 de noviembre de 2013. http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2014/06/5.Parada-Taborda-y-Chica%C3%ADza.pdf

Pensado, M. (2002). Economía, Salud y Globalización. Recuperado el 8 de diciembre de 2013. http://herzog.economia.unam.mx/secss/docs/tesisfe/PensadoAMV/tesis.pdf

Peña, X. y Uribe, C. (2013). Economía del cuidado: Valoración y visibilización del trabajo no remunerado. Recuperado, el 3 de febrero de 2018.http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/A36585D86AF7A91305257BB4005AF7A2/$FILE/economiadelcuidadovalortrabajonoremunerado.pdf

Puig-Junoy, J. y Pinto, J. (2001). El coste de oportunidad del tiempo remunerado en la producción de salud. Recuperado el 4 de febrero de 2013. http://www.econ.upf. edu/~puig/publicacions/paper39.pdf

Phillips, C. (2012). Consideraciones sobre Economía de la Salud y Calidad de Vida en el Abordaje del Dolor. Recuperado el 3 de febrero de 2013. www.siicsalud.com/dato/dat050/06928000a.htm

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1999). Informe de Desarrollo Humano. Recuperado, el 25 de septiembre de 2016 http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1999_es_completo_nostats.pdf

Querejeta, M. (2009). Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Recuperado el 26 de julio de 2012. http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf

Ripari, N., Moscoso, N. y Elorza, M. (2012). Costos de enfermedades: una revisión crítica de las metodologías de estimación. Medellín-Colombia. Recuperado el 21 de junio de 2012. http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/lecturasdeeconomia/article/view/12460

Rodríguez, M y Vidal, C. (2006). Conceptos básicos de economía dela salud para el médico general. Recuperado el 28 de julio de 2013.http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A45.pdf

Roses, M. y Machinea, J. (2008). La economía invisible y las desigualdades de género. Recuperado, el 4 de junio de 2016. http://mueveteporlaigualdad.org/publicaciones/economiainvisibleydesigualdadesdegenero_CEPAL.pdf

Sandoval, I. y González, L. (2015). Estimación del valor económico del trabajo no remunerado en Costa Rica. Resultados e ilustración metodológica. Recuperado, el 3 de febrero de 2018 http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v30n3/0186-7210-educm-30-03-00691.pdf

San Juan, N. (2012). Costos económicos asociados a las personas que viven con diabetes mellitus en México. Recuperado el 25 de junio de 2012. http://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2014/03/Tesis-Completa-San-Juan-Nallely.pdf

Saleh, L. (2005). La Inclusión desde la Mirada Internacional. Ex directora de Educación Especial UNESCO, París. Recuperado el 18 de noviembre de 2013. http://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro%20seminario%20internacional%20discapacidad.pdf

Servicio Internacional Británico. (2010). Recuperado el 5 de marzo de 2013. http://www.sociedadqueinspira.com/hemeroteca/edicion/1-primera_edicion/seccion/7-rompiendo_barreras/noticia/505-discapacidad_sin_barreras

Secretaría Técnica de Discapacidades adscrita a Vicepresidencia. Ecuador. (2012). Recuperado el 23 de octubre de 2013 http://www.setedis.gob.ec/transparencia/2.%20A%F1o%202013/10.%20Octubre/2.%202.-%20Informaci%F3n%20Legal/1.%20A1.-%20Base%20Legal/2.%20Normas%20de%20regulaci%F3n/4.%20Decreto%20Ejecutivo%201.pdf

SENPLADES. (2011a). Joaquín Gallegos Lara. Vicepresidencia de la República del Ecuador

Serra, J., Plaza, V., Morejón, E., Comella, A. y Brugués, J (1998). Costo del asma según el grado de discapacidad. Recuperado el 19 de julio de 2016.https://pdfs.semanticscholar.org/a88d/77e5482983d6e508a1c8fb150cd3841dc085.pdf

Spurrier, W**. (**2009). El costo de la discapacidad**.** El Universo. Recuperado el 7 de julio de 2012.http://www.eluniverso.com/2009/11/15/1/1363/costo-discapacidad.html.

UNICEF. (2005). Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas. Ministerio de Educación-Chile. Recuperado el 4 de agosto de 2013. http://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro%20seminario%20internacional%20discapacidad.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (UNESCO, 2008). Experiencias educativas de segunda oportunidad. Lecciones desde la práctica innovadora en América Latina. Recuperado el 8 de mayo de 2016. http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001864/186472s.pdf

Valencia, C y Bernal, M. (2016). Institucionalidad y marco legislativo de la discapacidad en el Ecuador. Recuperado, el 12 de julio de 2016. http://www.cepal.org/es/publicaciones/institucionalidad-marco-legislativo-la-discapacidad-ecuador

Vicepresidencia de la República. (2010). Misión Solidaria Manuela Espejo(2012). Recuperado el 29 de febrero de 2015. http://www.discapacidadonline.com/discapacidad-ecuador-mision-solidaria-manuela-espejo.html

Wartd, M. (2002). Costos totales de la discapacidad funcional en pacientes con espondilitis anquilosante. Recuperado el 7 de mayo de 2016. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.510.6569&rep=rep1&type=pdf

Zarate, V. (2010). Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación. Recuperado el 15 de agosto de 2013. http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138s2/art07.pdf