

SERIE 
Magíster
VOLUMEN 200

Rompiendo barreras

*propuesta
de atención integral
a las discapacidades*

Jairo Eras



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador



CORPORACIÓN
EDITORIA NACIONAL

Rompiendo barreras
Propuesta de atención integral a las discapacidades

SERIE 
Magíster
VOLUMEN 200

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR, SEDE ECUADOR
Toledo N22-80 • Apartado postal: 17-12-569 • Quito, Ecuador
Teléfonos: (593 2) 322 8085, 299 3600 • Fax: (593 2) 322 8426
www.uasb.edu.ec • uasb@uasb.edu.ec

CORPORACIÓN EDITORA NACIONAL
Roca E9-59 y Tamayo • Apartado postal: 17-12-886 • Quito, Ecuador
Teléfonos: (593 2) 255 4358, 255 4558 • Fax: ext. 12
www.cenlibrosecuador.org • cen@cenlibrosecuador.org

Jairo Eras

Rompiendo barreras
Propuesta de atención integral a las discapacidades



**UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR**
Ecuador



**CORPORACIÓN
EDITORIA NACIONAL**

Quito, 2015

Rompiendo barreras
Propuesta de atención integral a las discapacidades
Jairo Eras

SERIE 
Magister
VOLUMEN 200

Primera edición:
Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador
Corporación Editora Nacional
Quito, diciembre de 2015

Coordinación editorial:

Quinche Ortiz Crespo

Armado:

Juan A. Manangón

Impresión:

Editorial América Latina

Bartolomé Alves 623 y Pedro Cepero, Quito

ISBN Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador:
978-9978-19-723-3

ISBN Corporación Editora Nacional:
978-9978-84-899-9

Derechos de autor:
Inscripción: 047776
Depósito legal: 005417

Título original: *Propuesta de mejoramiento organizacional para centros de atención a personas con discapacidad. Caso de estudio: CEPRODIS*

Tesis para la obtención del título de Magister en Dirección de Empresas

Programa de Maestría en Dirección Empresas, 2013

Autor: *Jairo Eras Nieto* (correo e.: *erasjairo@hotmail.com*)

Tutora: *Eulalia Flor*

Código bibliográfico del Centro de Información: *T-1257*

La versión original del texto que aparece en este libro fue sometida a un proceso de revisión de pares ciegos, conforme a las normas de publicación de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, y de esta editorial.

Índice

Introducción / 9

Capítulo I

La discapacidad: terminología y significados en los diferentes modelos de atención / 11

Terminología de la discapacidad / 11

Modelos de atención a las PSD / 12

La discapacidad como una «situación» / 18

Una sociedad discapacitadora / 19

Alcance del mejoramiento organizacional / 19

Capítulo II

La realidad de las personas en situación de discapacidad en Ecuador y los centros de protección existentes / 21

Realidad de las PSD / 21

Algunos problemas sociales / 22

Los centros de protección para personas con discapacidad (Ceprodís) / 23

Capítulo III

Diagnóstico relativo al ejercicio de derechos de las PSD / 31

Marco referencial para el diagnóstico / 31

El enfoque de derechos humanos en la atención a las PSD / 31

La protección integral de los derechos de las PSD / 33

Normativa internacional sobre los derechos de las PSD / 35

Normativa nacional sobre los derechos de las PSD / 36

Metodología / 37

Resultados / 42

*Capítulo IV***Propuesta de mejoramiento organizacional para los ceprodís / 53**Ejes estratégicos del plan / **53**De Ceprodís a Caidis / **59****Conclusiones / 71****Bibliografía / 73****Anexo / 74**

*A todas las personas en situación
de discapacidad, quienes me han enseñado
que la única discapacidad está en la mente.*

*A mi mayor tesoro,
mis amores: Tere, Dariana y Juan David.*

Introducción

A lo largo de la historia, diferentes miradas han determinado la manera cómo tratar a las personas en situación de discapacidad. Estas diversas miradas han provocado emociones, actitudes y acciones de la sociedad y el Estado. El rechazo, la discriminación, la compasión, la beneficencia o la inclusión son producto de un sinnúmero de enfoques sobre la discapacidad.

En Ecuador existen muchos centros de atención para personas en situación de discapacidad, tanto públicos como privados, los cuales responden a diversos enfoques. Lastimosamente, muchos de estos enfoques, no garantizan los derechos que tienen este grupo poblacional y en nombre de la beneficencia o la caridad, agudizan más la problemática que gira en torno a este tema.

Los centros de protección para discapacitados (ceprodis) son instituciones a través de los cuales el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), busca la inclusión social y laboral de las personas en situación de discapacidad. Estos centros tienen ya 40 años de existencia y han adoptado diversos modelos de atención en función de las políticas sociales de los gobiernos de turno.

La presente investigación responde a la problemática de atención a las personas en situación de discapacidad en los ceprodis, provocada por la falta de claridad en el enfoque de atención, rezago de las diversas políticas adoptadas a lo largo de los años. En la actualidad, no existe un documento que contenga un plan, proyecto o modelo de atención de los ceprodis en el ámbito nacional y el personal de atención manifiesta su falta de claridad sobre la misión que cumplen los centros.

Como respuesta a esta problemática, desde un enfoque de inclusión, de protección integral de los derechos humanos, y de considerar la discapacidad como una situación; de un diagnóstico realizado en estos centros, y desde la realidad que viven las PSD en Ecuador, presentamos una propuesta de fortalecimiento en la atención de los ceprodis.

La pregunta que guió esta investigación fue: ¿Cómo fortalecer la atención que brindan los ceprodis, desde un enfoque de inclusión, de protección integral, y de la discapacidad como situación?

El documento, se ha estructurado en cinco secciones, la primera, correspondiente al capítulo I, hace un recorrido histórico de los diversos enfoques y modelos de atención adoptados en el tiempo para las personas en situación

de discapacidad, así como un análisis de los diferentes términos usados para referirse a este grupo poblacional.

En el capítulo II, se presentan datos estadísticos sobre los tipos de discapacidad, las edades de este grupo poblacional y algunos problemas por los que atraviesan las personas en situación de discapacidad en Ecuador. También se encontrará una descripción general de las características de la atención en los ceprodís de Quito, Cuenca y Loja.

En el capítulo III, hay una descripción de la metodología utilizada en este estudio que es de tipo descriptivo no experimental. Se realizó un acercamiento a la realidad en la que viven las PSD en los ceprodís a través de varias técnicas, indagando sobre el ejercicio de sus derechos humanos, como base para un análisis y generación de una propuesta. Esta sección presenta además los resultados del diagnóstico realizado en los ceprodís de Quito, Cuenca y Loja, enfatizando el respeto de estos centros hacia los derechos de las PSD.

En el capítulo IV, se propone algunos ejes estratégicos y una ruta de atención enmarcada en la propuesta de los centros de atención integral a las discapacidades (caidís). Esta propuesta es el resultado del análisis generado en los capítulos anteriores, con lo cual se pretende fortalecer la atención a las personas en situación de discapacidad.

Finalmente, en la última sección se exhiben las conclusiones, en donde se presentan los tres principales hallazgos encontrados en la investigación. El primero sobre la influencia que han tenido los enfoques sobre discapacidades en la labor de instituciones y del Estado a la hora de atender al sector poblacional de las PSD, siendo esta relación en muchos casos negativa. Segundo, que varios artículos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tienen un nivel muy crítico en su promoción y ejercicio por parte de los ceprodís. Tercero, que la propuesta que se plantea en este texto para reformar los ceprodís puede dar lugar a crear una nueva institución los caidís, institución que tenga mayor sensibilidad y capacidades para relacionarse con las PSD.

CAPÍTULO I

La discapacidad: terminología y significados en los diferentes modelos de atención

TERMINOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD

Es común escuchar que muchas personas se refieren a las personas que tienen algún tipo de impedimento a causa de su dificultad para acceder a las dinámicas, procesos o estructuras creadas por la sociedad como: discapacitados, minusválidos, inválidos, anormales, personas con discapacidad, personas con capacidades especiales, personas con capacidades diferentes. Pero ¿dónde nacen estos términos y a qué marco referencial responden? Muchas personas no saben el origen ni el significado de estos adjetivos o frases pero los usan para referirse a las personas a quienes consideran que les «falta» alguna capacidad o destreza física, intelectual, o de otro tipo.

En la presente investigación se recogen tres enfoques que han desembocado en tres modelos de atención: el religioso, el médico y el social. Así también se propone un cuarto que es el enfoque inclusivo. Es importante partir comprendiendo que cada enfoque ha surgido en un momento específico de la historia y que ha conllevado diferentes respuestas y reacciones, lo que ha sido una razón para el cambio de la terminología utilizada. Por ejemplo, a partir del enfoque religioso se usaban términos como endemoniado, embrujado y otros, lo cual hacía referencia también a un castigo divino.

Desde un enfoque médico surgen términos como «inválido», «minusválido», «discapacitado» haciendo referencia a una negación, ausencia o escasez de alguna capacidad y poniendo énfasis en esta característica de la persona. Por ejemplo, al decir «él es un discapacitado», se está impregnando la discapacidad en su ser, eternizándola y posicionándola en él, lo que imposibilita que en algún momento pueda dejar de serlo. Esta terminología mira a la discapacidad como un cuerpo o como una manera de ser. Desde esta visión, la discapacidad nace conjuntamente con la persona, con su desarrollo, y es parte constitutiva de ella. En otras palabras, «predomina una concepción individual de la discapacidad que localiza el problema en el individuo, siendo la causa las limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas» (Ferrari 2009).

El tercer enfoque tiene su origen en el anterior, pero con una fuerte base en los derechos humanos. De esta forma surge el término: «persona con dis-

capacidad» que es usada por la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la actual Constitución del Ecuador, así como por la Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador. Este término ubica a la discapacidad como una posesión de la persona. Así se resalta el «ser persona», pero también su característica particular, la discapacidad.

Durante los años 2008-2010, la Dirección Nacional de Discapacidades, del MIES, promovió el posicionamiento del concepto: «Personas con capacidades diferentes». Un concepto similar es el que usaba la anterior Ley de Tránsito Ecuatoriana, al referirse a este grupo poblacional como «personas con capacidades especiales». Ambas concepciones resaltan el «ser persona» y afirman la existencia de capacidades en ellas. En España ha surgido el concepto de «diversidad funcional», para sustituir al de discapacidad. Su origen y difusión ha sido impulsado por las mismas personas en situación de discapacidad, quienes han ejercido así su derecho a decidir quiénes son por sí mismos y a desechar el concepto de discapacidad que en su traducción anula sus propias capacidades. Todos estos términos, reflejan ya la influencia de un enfoque más social.

«La mayor barrera para la discapacidad la encontramos en las mentes humanas», dice con mucha razón Rafael García (García 2007). La discapacidad está en la mente de las personas que no son capaces de distinguir y respetar sus diferencias. Por tanto, la discapacidad no es algo constitutivo de los seres humanos ni es una posesión, sino la creación de una sociedad excluyente, incapaz de mirar y respetar la diferencia.

La presente investigación concebirá a la discapacidad como una «situación» y se utilizará la terminología «personas en situación de discapacidad» (PSD), para referimos a este grupo poblacional. Sobre su significado se profundizará más adelante.

MODELOS DE ATENCIÓN A LAS PSD

Los enfoques señalados anteriormente han condicionado la manera como las instituciones, los agentes sociales, el Estado y la sociedad civil han actuado y enfrentado los retos que plantean las discapacidades. Además han constituido la base de algunos modelos de atención a esta población. En Ecuador, de igual manera, las acciones emprendidas por el Estado, las organizaciones civiles, eclesiásticas, entre otras, han tenido la influencia de estas diversas visiones con respecto a la discapacidad.

A continuación se presenta los cuatro modelos de atención que responden a los diferentes enfoques de mirar a las discapacidades, los cuales pueden entenderse como el producto sistemático de una evolución histórica y que aún confluyen en nuestra sociedad, con diferentes manifestaciones.

Modelo religioso

Rafael García en su libro *Discapacidad, sistemas de protección y trabajo social*, hace un importante análisis al respecto de los modelos de atención a las personas con discapacidad. Este autor será la base para las afirmaciones que se realizan al respecto de este modelo.

En el modelo religioso, llamado modelo tradicional por Rafael García, la discapacidad tiene un origen divino. Un ser superior es el causante de la misma y por ende las personas que la viven, han sido predestinadas para ello por diferentes causas.

Una primera concepción es la idea del «castigo». Dios, ante la desobediencia de los seres humanos, los aflige enviando a la familia o a la comunidad un ser «enfermo», «incompleto» y, por ende, «maldito». Esta idea implícitamente identifica a la PSD con el «castigo de Dios» como consecuencia de una desobediencia.

Una segunda concepción es la resignación ante la intervención de Dios. Al tener la discapacidad una raíz religiosa «no hay nada que hacer», pues es la «voluntad de Dios» que esta persona sea así, y no es posible ir en contra del designio divino. Ante esta concepción, la persona debe resignarse a vivir la discapacidad durante toda su vida, asumiéndola como voluntad divina.

Una tercera concepción ubica la discapacidad como producto de la intervención del diablo. Es él quien «se ha metido en la persona» o está causando la discapacidad. Al ser el diablo quien produce la discapacidad, la persona que la vive se considera como un «maldito y representa al mal o la manifestación demoníaca.

Las concepciones religiosas fueron muy fuertes durante muchos años y aún tienen importancia en varias culturas. Ellas tuvieron consecuencias muy graves pues provocaron que las PSD se convirtieran en una carga «maldita» para la familia y la sociedad, pues se consideraba que no tenían nada que aportar. De estas concepciones se desprendieron dos tipos de actuaciones o modelos de atención: la eliminación de las PSD y la marginación.

Eliminación

Tanto la sociedad griega como la romana, basándose en motivos religiosos y políticos, consideraban inconveniente el desarrollo y crecimiento de niños con deficiencias. En Grecia el nacimiento de un niño con discapacidad era el resultado de un pecado cometido por los padres, mientras que en Roma era una advertencia de que la alianza con los dioses se encontraba rota. La solución adoptada fue la de prescindir de las personas afectadas por una deficiencia mediante el recurso a prácticas eugenésicas, como el infanticidio en el caso de los niños (García 2007).

Esta realidad nos muestra la crueldad con la cual se ha tratado a las PSD, irrespetando y desconociendo su humanidad y además incluso produciendo la muerte de las personas.

Marginación

Considerar que la discapacidad era un «mal» de tipo inmodificable tuvo como consecuencia la marginación de estas personas, pues se las catalogaba como diabólicas, embrujadas o frutos del pecado. Esto provocó también la aceptación de esta realidad por parte de las personas que vivían la discapacidad y su resignación a vivir las situaciones de marginación, pues estaban convencidas de las raíces que la provocaban.

A diferencia de las prácticas eugenésicas, en las que estas personas eran asesinadas, en este modelo las personas mueren por omisión, víctimas de situaciones de exclusión, marginación, discriminación. No hay ningún tipo de intervención, de inclusión, o de rehabilitación, porque si es «la voluntad de Dios» o «hechizo del Diablo», no tiene sentido tratar de modificar las situaciones que viven estas personas. Sin embargo, de igual manera se puede considerar a estas prácticas de marginación como formas indirectas de asesinato.

El pueblo judío, por ejemplo, marginaba a las personas enfermas de lepra, considerándolas «malditas» o «castigadas por Dios», estas personas se aislaban a vivir en las montañas o lugares lejanos a la ciudad. En las sociedades modernas aún se conocen casos de familias que envueltas en visiones religiosas equivocadas, esconden o encierran a personas que tienen alguna situación de discapacidad.

Modelo médico

Tras una larga época medieval en la cual predominaba el saber religioso y divino como referente en todos los ámbitos, surgió el Renacimiento y con este un despertar científico. Poco a poco la medicina se estableció como el saber experto sobre la discapacidad y empezaron a desecharse las concepciones religiosas. La causa de la discapacidad estaba en la anomalía fisiológica que en varios casos podía ser tratada clínicamente. Esto era lo científico y, por tanto, lo válido.

«Las personas con discapacidad, apartadas del discurrir central del orden social, fueron sometidas a un progresivo proceso de «internamiento». Se crearon instituciones especializadas de reclusión y tratamiento» (Ferreira, Ferrante y Velásquez 2009). Así fue como nació un nuevo modelo de atención a las PSD que centró la base del problema en el individuo; con instituciones encargadas de

«rectificar» a las personas que tenían algún tipo de desviación respecto de lo que se consideraba como normal.

Este modelo también se evidenció en los servicios sociales que se crearon como medios de compensación para los veteranos de guerra con discapacidad. Entre estos se destacaron las pensiones de invalidez, beneficios de rehabilitación y cuotas laborales. Posteriormente, estos servicios que inicialmente estaban dirigidos a este grupo específico, se extendieron a todas las personas con discapacidad.

Desde este modelo, las PSD, son consideradas enfermas y, por tanto, se les debe curar o rehabilitar. «Desde la perspectiva médica, las discapacidades tienden a ser tratadas como categorías diagnósticas separadas» (García 2007), por lo que no se mira la integralidad de la persona sino que se focaliza su problema físico.

Históricamente se ha definido las discapacidades únicamente dentro del marco de salud-enfermedad, considerándolas por ejemplo, como: sordera (auditiva-oral), ceguera, física y de retardo intelectual, dentro de grados: leves, moderados o profundos. Que, si bien estas clasificaciones son útiles y necesarias para orientarla comprensión de las discapacidades, descansan en un sistema de comparaciones, donde una supuesta normalidad, define lo universal, lo completo, lo ideal, lo bueno, lo sano (Torres Dávila 2008).

Por tanto, es el modelo médico el causante del nacimiento de un sujeto normal que es prototipo de la sociedad; y sobre la base de esto se comparan, ajustan y clasifican todos los demás individuos. Así, la causa de la discapacidad ya no está fuera del sujeto, como se consideraba con el enfoque religioso, sino que está dentro del mismo individuo y, por tanto, es posible «curarlo». Para ello surgieron todos los programas de rehabilitación que buscan acercar a las personas, lo máximo posible al prototipo de «normalidad».

La rehabilitación se ha asumido como un medio para superar lo no sano, lo no adecuado, lo no normal. Al lograr la similitud, entonces, obtenemos una esencia humana sana, igual, perfecta, funcional; en donde las personas con discapacidad son la no esencia de esa igualdad, de esa perfección. Esta dramática segregación impide la realización de las experiencias de vida de las personas con capacidades diferentes desde la aceptación de sus particulares condiciones (Torres Dávila 2008).

Esta centralidad en el proceso de rehabilitación, ha llevado a los Estados a brindar respuestas institucionales exclusivamente centradas en ello. Mike Oliver (cit. por Ferrari 2009) señala que la rehabilitación se constituye en uno de los pilares de la industria de servicios humanos. En Ecuador los programas dirigidos a PSD estaban centrados también en la rehabilitación, orientándose a la dotación de órtesis y prótesis, lo cual generaba un sinnúmero de problemas porque los costos de estos servicios son muy altos y pocas personas pueden acceder a ellos.

El modelo médico también está presente en muchos programas, proyectos o escritos de muchas organizaciones internacionales. La clasificación internacional de funcionamiento, la discapacidad y la salud (La CIF-OMS 2001) define el concepto de discapacidad en términos de «limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social» (Organización Mundial de la Salud, 2001). Esto nos demuestra cómo el modelo médico está presente en el ámbito internacional, limitando y restringiendo a las PSD a llevar una vida normal en virtud de una deficiencia relacionada con la salud. El problema es que están implícitas ciertas concepciones sobre lo que es normal y saludable, construidas «según cuestiones estadísticas o de juicios de valor, mas no son universales ni deben darse por sentado» (Ferreira, Ferrante y Velásquez 2009).

Un aspecto adicional a mencionar es que al centrar el problema en el individuo no se mira para nada a la sociedad. Por tanto, para solucionar el problema no se establece ningún tipo de acciones dirigidas a la sociedad, sino que esta es quien plantea demandas y exigencias con un estándar de normalidad, que repercute en la necesidad de establecer medidas terapéuticas, rehabilitadoras y compensatorias que palian las deficiencias. Por ello García dice: «Las investigaciones y herramientas de investigación que se han desarrollado dentro de este modelo son muy útiles para los propósitos médicos, pero no tanto para los propósitos sociales, como los relacionados con la calidad de vida, la accesibilidad y la participación» (García 2007).

A partir de un modelo médico se han cometido inclusive muchas prácticas eugenésicas en algunas sociedades modernas, con la idea de mejorar la calidad genética de la especie humana, a través de la selección reproductiva. Así por ejemplo:

En Alemania, con Hitler en el poder se aprobó una ley que establecía que cualquier persona que sufría una enfermedad hereditaria podría ser esterilizada quirúrgicamente. Se calcula que entre 1933 y 1939 fueron esterilizadas, basándose en esta ley, unas 375.000 personas con discapacidad y con ideas eugenésicas se exterminaron a más de miles de personas (García 2007).

Modelo social

Este modelo nace por el propio movimiento de las organizaciones de PSD, ante la discriminación que venían sufriendo. «Aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social y sentándose sobre la base de determinados principios: vida

independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros» (García 2007).

Si el modelo médico centraba la discapacidad en la persona que la vive, el modelo social centra su atención en la sociedad en donde se desenvuelven estas personas. Las causas de la discapacidad están fuera de la persona, están en la sociedad, ya que considera que el entorno es incapaz de dar respuestas a las necesidades derivadas de las características individuales de las personas. En definitiva, es el entorno el que discrimina y crea la discapacidad en el momento en que una persona se encuentra con barreras de acceso y no puede incluirse en la arquitectura, los procesos sociales, políticos, económicos u otros creados por la sociedad.

Este modelo significa un gran avance, sobre todo por el reconocimiento del papel que juega la sociedad en las dinámicas de exclusión para con las PSD, sin embargo, tiene un vacío y es que limita las causas de la discapacidad tanto a los procesos como a las prácticas sociales y ambientales, pero obvia la importancia de las causas biomédicas.

Modelo de inclusión

Los modelos médico y social son extremos al colocar como causa absoluta de la discapacidad al individuo, en el caso del primero, o a su entorno, en el segundo. Por esto, esta investigación se aleja de los anteriores modelos presentados y plantea una alternativa conciliadora: el modelo de inclusión.

La inclusión significa por una parte, la acción de una sociedad que se moldea para integrar a estas personas y brindarles una atención integral, y por otra, la acción de las PSD que a partir de una protección integral potencian sus capacidades y se incluyen en la sociedad. Además, resalta la importancia de la persona cuando se habla de discapacidades, al considerarla como alguien con características diferentes al modelo de normalidad establecido por la sociedad, pero que debe ser incluida en la sociedad, por el simple hecho de ser persona e igual a los demás.

El modelo de inclusión se basa en un enfoque de derechos humanos; no es un modelo asistencial en el que las PSD son incluidas por caridad, sino que la inclusión se realiza por el reconocimiento de la dignidad e igualdad de derechos de todas las personas.

La lucha de las organizaciones de PSD ha logrado que se consiga el reconocimiento de sus derechos en los diferentes países, pero aún es necesario establecer mecanismos para que estos se hagan efectivos.

Como vimos, los tres modelos presentados religioso, médico y social surgen en condiciones históricas y sociales específicas buscando actuar frente a las PSD. Muchas de las concepciones de estos modelos, especialmente del médico y social, aún pueden ser encontradas en las políticas estatales y la acción de orga-

nismos internacionales. Sin embargo, el modelo que propone esta investigación, el de inclusión, busca ser una alternativa a estos modelos que en muchos casos no ayudan integralmente a las PSD.

LA DISCAPACIDAD COMO UNA «SITUACIÓN»

Considerando un enfoque de derechos humanos y el modelo de inclusión, cabe considerar la discapacidad como una situación y referirnos a estas personas como personas en situación de discapacidad. Al considerarlo así rompemos la estaticidad que se presenta cuando se habla de discapacidades, porque la situación plantea un período que puede ser corto o largo en la medida en que se rompan las barreras de acceso de las personas con discapacidad, pero que no necesariamente implica que sea una condición de por vida.

Normalmente cuando pensamos en las personas con discapacidad lo hacemos específicamente en el tipo de discapacidad que las hace diferentes y construimos una generalización global a partir de un elemento en concreto, pasando por alto una serie de puntos esenciales como sus características, circunstancias o cualidades de la persona. Cuando partimos de este parámetro de pensamiento, es bastante sencillo olvidar que cada hombre o mujer tiene idéntico valor y los mismos derechos que los demás (García 2007).

¿Cuándo nace la discapacidad? Nace cuando una persona que presenta diferencias respecto al estereotipo de normalidad, tiene dificultades de acceso o de incluirse en la sociedad, es discriminada, tratada inequitativamente o es irrespetada en sus derechos.

Una sociedad que piensa en personas diferentes y se estructura no homogéneamente sino considerando las necesidades de todos y todas, rompe las situaciones de discapacidad que viven estas personas. Si antes de construir un edificio, una casa, una acera, o antes de producir un libro, un vehículo o una televisión, se pensara que existen personas diferentes al estereotipo de normalidad y se los construyera pensando en ellos y ellas, no existiría la discapacidad. Esta nace, por ejemplo, cuando se produce un libro en lenguaje escrito, discriminando de esa lectura a personas no videntes al no plantear también la alternativa de una versión oral de este producto. O cuando se construye una casa sin pensar que hay personas diferentes que no pueden flexionar sus rodillas para subir unas gradas. Las discapacidades son, por tanto, las diferentes formas de impedimento que una persona tiene a causa de una diferencia que posee.

Cuando las discapacidades son entendidas como diferencia, se da paso a la igualdad aún en la diferencia, porque la igualdad admite diferencias pero no desigualdades ya que la ética de la diferencia es la solidaridad, el respeto y la inclusión... La igualdad desde la diferencia nos lleva a la práctica de la ciudadanía entendida como la participación en la esfera pública, social, cultural y económica (Torres Dávila 2008).

El primer paso para romper las situaciones de discriminación es el reconocimiento por parte de la sociedad que existen personas diferentes, no homogéneas.

UNA SOCIEDAD DISCAPACITADORA

Al considerar que la discapacidad se crea en el momento que una persona por su diferencia tiene dificultades de acceso al entorno, existe un sujeto que por obra u omisión permite o crea la situación de discapacidad. Al sujeto creador de la discapacidad lo llamaremos «discapacitador». Algunos ejemplos de sujetos discapacitadores son algunos medios de comunicación que no permiten que un sordo acceda a un programa televisivo o un no vidente a la lectura de un diario; son discapacitadoras las organizaciones públicas y privadas que construyen edificios sin posibilidades de acceso a personas que utilizan sillas de ruedas; o quien construye los servicios de transporte sin pensar en quienes necesitan otros modelos que faciliten su movilización.

En general, son discapacitadoras todos y todas las personas que no piensan en la existencia de otros seres humanos con capacidades diferentes y crean situaciones de discapacidad a partir de las barreras que obstruyen su acceso.

ALCANCE DEL MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL

Puesto que la presente investigación plantea una propuesta de mejoramiento organizacional, es fundamental definir conceptualmente los alcances de esta propuesta. Una organización tiene múltiples componentes desde los cuales se puede abordar el mejoramiento. Por ejemplo, se puede plantear un mejoramiento organizacional generando valor agregado en los procesos clave, o fortaleciendo los sistemas de información, o la plataforma tecnológica, o calificando al personal. A este respecto, Paulo Roberto Motta (2001), propone un conjunto de perspectivas desde las cuales se puede mirar a las organizaciones. Así tenemos:

Perspectiva	Temas prioritarios de análisis
Estratégica	Interfaces de la organización con la sociedad.
Estructural	Distribución de la autoridad y responsabilidad.
Tecnológica	Sistemas de producción, recursos, materiales e «intelectuales» para el desempeño de las tareas.
Humana	Motivación, actitudes, habilidades y comportamientos individuales, comunicación y relacionamiento grupal.
Cultural	Características de singularidad que definan la identidad o programación colectiva de una organización.
Política	Forma por la cual los intereses individuales y colectivos son articulados y agregados.

Desde la estructura que plantea este autor, la presente investigación se centrará en la perspectiva humana. «Esta perspectiva ve la organización como un conjunto de individuos y de grupos, [...] ve como relevante las interacciones personales y grupales [...] para cambiar la organización es necesario modificar las actitudes, comportamientos y la forma de participación de los individuos» (Motta 2001). La apuesta de esta investigación es mejorar la organización a través de un cambio en el enfoque de atención a las PSD.

«Todo cambio organizacional empieza con una apertura mental de las personas que trabajan en la organización» (Zimmermann 1998). Por esto, si se quiere realmente hacer un cambio radical en la atención que reciben las PSD en los ceprodís, es fundamental realizar un cambio radical en la mirada que se tiene sobre las discapacidades.

Por otro lado, desde la teoría de la administración de empresas, la atención al cliente es una clave fundamental para el éxito de una organización. Un concepto muy utilizado al respecto es el Customer Relationship Management (CRM) que «propone poner el foco de atención en el cliente, como el activo más valioso de las empresas, y no en los productos como se hacía hasta estos últimos años» (Correa 2004). El CRM plantea una atención muy personalizada al cliente, manteniendo información muy detallada y organizada sobre él, como medio para incrementar su satisfacción y por tanto las ventas. Este concepto nacido en el ámbito de la administración de empresas, se convierte en el soporte conceptual de la propuesta de mejoramiento organizacional, que como ya se mencionó estará centrado en las personas.

CAPÍTULO II

La realidad de las personas en situación de discapacidad en Ecuador y los centros de protección existentes

REALIDAD DE LAS PSD

Las PSD en cifras

A continuación se presentan algunos datos representativos sobre la realidad de las PSD en Ecuador, según el último censo de población y vivienda realizado en año 2010 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Existe un total de 811.621 PSD en Ecuador, de las cuales 378.398 son mujeres y 433.223 hombres. En relación con el total de la población ecuatoriana, representa el 5,7%, lo cual refleja la importancia demográfica de este grupo poblacional. Como los cuadros lo muestran a continuación, la población con discapacidad físico-motora es la más grande con el 42,35%. La región en donde más PSD habitan es en la Costa y la población de 65 años en adelante representa el 30,17% de PSD.

De acuerdo al tipo de discapacidad, la realidad es la siguiente:

Tabla 1. POBLACIÓN POR TIPO DE DISCAPACIDAD		
<i>Tipo de discapacidad</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Discapacidad intelectual	103.767	12,79
Discapacidad físicomotora	343.714	42,35
Discapacidad visual	186.117	22,93
Discapacidad auditiva	118.812	14,64
Discapacidad mental	59.211	7,30
Fuente: INEC, Censo 2010. Elaboración propia.		

De acuerdo a la región a la cual pertenecen, la realidad es la siguiente:

Tabla 2. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS	
<i>Región</i>	<i>Porcentaje</i>
Sierra	40,58
Costa	53,45
Amazonía	5,89
Región Insular	0,08
Fuente: INEC, Censo 2010. Elaboración propia.	

De acuerdo a la edad la distribución es la siguiente:

Tabla 3. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD POR EDAD		
<i>Edad</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
0-18 años	145.817	17,97
19-30 años	97.074	11,96
31-50 años	177.644	21,89
51-64	146.212	18,01
65 años en adelante	244.874	30,17
Fuente: INEC, Censo 2010. Elaboración propia.		

ALGUNOS PROBLEMAS SOCIALES

A continuación se enumera algunos de los principales problemas que se evidencian en la sociedad ecuatoriana en torno a la discapacidad. Las afirmaciones que se presentan a continuación, a pesar de no tener datos concretos, diagnósticos o evaluaciones que las soporten, nacen de la experiencia personal de vinculación con la problemática social que gira en torno a las discapacidades, a través del trabajo realizado dando seguimiento a varios proyectos emprendidos por la Dirección Nacional de Discapacidades.

- No existen políticas ni servicios de atención integral a las PSD. Es decir, no se enfocan en todos los derechos de las PSD, sino que se particularizan y limitan, desde el enfoque médico, a terapias e instrumentos de rehabilitación o habilitación.
- El problema de la discapacidad se ha centrado en la persona que la vive, razón por la cual, la sociedad se ha desentendido. No se han realizado por

ejemplo, campañas de concienciación a la sociedad para lograr la inclusión de PSD, o procesos educativos para promocionar las formas como se puede interactuar con las PSD.

- La oferta educativa en todos los niveles ha sido insuficiente. No se ha logrado una verdadera inclusión en el sistema educativo formal, ni tampoco existen suficientes posibilidades de educación especial.
- Las posibilidades de acceso físico al entorno son muy limitadas, porque existen muchas barreras arquitectónicas en las ciudades.
- Las PSD no tienen mayores posibilidades de acceso a la información. Los medios de comunicación escrita y oral en su mayoría, no consideran la importancia de permitir el acceso a este grupo poblacional.
- El acceso al deporte, la cultura y el ocio, con el objetivo final de lograr la participación social plena y, la vida independiente de las personas en situación de discapacidad, ha sido excesivamente limitado.

A partir de la información proporcionada se puede evidenciar claramente la situación compleja que viven las PSD. Es fundamental que las políticas sociales no se dirijan identificando como problema a las PSD o a la sociedad, sino que las mismas se orienten a las relaciones excluyentes que se crean en la interacción entre las PSD y la sociedad.

LOS CENTROS DE PROTECCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CEPRODIS)

Características generales de los ceprodís

Los ceprodís fueron creados en el año 1973, en las ciudades de Loja, Cuenca, Guayaquil y Quito. Estaban bajo la supervisión y control del Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional (Conarep) el cual tenía la responsabilidad de la formación ocupacional e inserción laboral de las personas con discapacidad.¹

El 5 de agosto de 1982 se expide la Ley de Protección al Minusválido, publicada en el Registro Oficial No. 301. En esta ley se responsabiliza al Ministerio de Bienestar Social como la rectoría de las Políticas Nacionales de Rehabilitación Integral del Minusválido y la coordinación de las acciones que desarrollan las instituciones públicas y privadas, relacionadas con esta actividad. Con la promulgación de esta ley, se cambia de nombre a los centros de rehabilitación

1. Sobre la base de entrevistas y documentos proporcionados por la doctora Rosa Mena, Técnica de la Dirección de Discapacidades del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

profesional y se los denomina: centros de rehabilitación integral al minusválido (CRIM). Las funciones de los CRIM consistían en la formación y la integración laboral. A partir de su creación se comenzó a pensar en la rehabilitación de una manera más integral y se incluyeron aspectos educativos en la propuesta de servicios.

En el Acuerdo Ministerial No. 916, publicado en Registro Oficial No. 417 de 24 de enero de 1983, se crea la Dirección Nacional de Rehabilitación Integral del Minusválido (Dinarim) como unidad técnica operativa del Ministerio de Bienestar Social para que ejecute las políticas nacionales de rehabilitación diseñadas por esta Secretaría de Estado.

En ese mismo año, los entonces CRIM pasan a denominarse centros de protección para discapacitados (ceprodis). Se determina que estos se dediquen a brindar protección integral, dejando de lado la capacitación e inserción laboral. Un enfoque inadecuado en la atención a las personas con discapacidad provocó que se constituyan en una especie de albergues asistencialistas que únicamente cuidaban a las PSD, sin ningún plan de formación e inclusión social y laboral.

El 16 de julio de 1997, a través del Acuerdo Ministerial No. 1074 del Ministerio de Bienestar Social, se unifican los centros de rehabilitación 1 y 2 de la ciudad de Quito y se plantea su reestructura. De allí surge el actual ceprodis de la ciudad de Quito.

El 29 de agosto del 2008 se cambia la denominación del Ministerio de Bienestar Social por el de Inclusión Económica y Social (MIES) y se inicia un proceso de redireccionamiento con el Nuevo Modelo de Gestión Institucional a los ceprodis, para lo cual se firma un convenio de cooperación tripartita entre el MIES, Ministerio de Relaciones Laborales y el Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional (Secap), para operativizar el Nuevo Modelo de Gestión Institucional. En este mismo año, se realizan varias reformas al Código del Trabajo con el fin de impulsar el empleo de las PSD en Ecuador y de esta forma se obliga a las instituciones públicas y empresas privadas a destinar un porcentaje de su nómina para que sean ocupadas por este sector poblacional.

Actualmente, todos los ceprodis están regidos por una misma institución, el MIES, por tanto, por una misma política. Sin embargo, cada uno de ellos tiene características particulares, las cuales detallaremos a continuación.

Características de la población atendida

Existe un total de 199 PSD que asisten a los ceprodis.² De estas, 82 están en el Ceprodis Cuenca, 45 en Loja y 72 en el Ceprodis Quito. En Loja, existen

2. De acuerdo a la información proporcionada por los ceprodis en septiembre de 2012.

personas con discapacidad: leve, moderada, severa y profunda. Esto no sucede en Cuenca y Quito donde solo se reciben personas con discapacidad leve y moderada, pues discapacidades más complejas representan mayores complicaciones para las capacitaciones e inserción laboral. A continuación se presenta mayores detalles sobre las características de la población atendida en los ceprodís.

<i>Tipo de discapacidad</i>	<i>Cuenca</i>	<i>Loja</i>	<i>Quito</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
Multidiscapacidad	9	12		21	10,6
Visual	1	1		2	1,0
Auditiva/lenguaje	3	2		5	2,5
Física	4	4	10	18	9,0
Intelectual	65	26	62	153	76,9
Total	82	45	72	199	100

Fuente: archivo del Ceprodís (Cuenca, Loja y Quito).
Elaboración propia.

Como se puede ver en el cuadro, la mayor parte de PSD que asisten a los ceprodís tienen discapacidad intelectual (76,9%); en todos los ceprodís es la población mayoritaria. El segundo grupo importante está conformado por quienes poseen multidiscapacidades (10,6%), donde llama la atención que en el Ceprodís Quito no exista este registro. El tercer grupo, está constituido por quienes poseen discapacidad física (9,0%), aunque es el Ceprodís Quito donde más personas con este tipo de discapacidad se acoge. Las personas con discapacidad visual o auditiva, representan la minoría (3,5%); en el Ceprodís Quito, no existe registro de personas con este tipo de discapacidad.

<i>Edad</i>	<i>Cuenca</i>	<i>Loja</i>	<i>Quito</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
13-14	5	8		13	6,5
15-17	27	11	10	48	24,1
18-23	31	16	31	78	39,2
24-29	7	4	16	27	13,6
30-39	10	4	8	22	11,1
Mayores de 40	2	2	7	11	5,5
TOTAL	82	45	72	199	100

Fuente: archivo del Ceprodís (Cuenca, Loja y Quito).
Elaboración propia.

Como se puede observar en el cuadro, la mayor cantidad de PSD que asisten a los ceprodís, están en una edad comprendida entre 18 y 23 años (39,2%), esto se puede evidenciar inclusive individualmente en cada ceprodís. El segundo gran grupo lo conforman quienes tienen entre 15 y 17 años (24,1%). Es importante resaltar, que la gran mayoría de asistentes son jóvenes, pues casi un 85% del total tienen edades inferiores a 30 años. Llama la atención también que, a pesar de que en los lineamientos generales de todos los ceprodís no se permite PSD menores de 15 años, en los registros consta un número relativamente significativo (6,5%) de PSD que tienen entre 13 y 14 años.

Tabla 6. TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL CEPRODIS			
<i>Tiempo de permanencia</i>	<i>Cuenca</i>	<i>Loja</i>	<i>Porcentaje</i>
1 año	47	29	59,8
2 a 3 años	17	7	18,9
4 a 5 años	5	6	8,7
6 a 10 años	6	2	6,3
11 a 20 años	4	1	3,9
21 a 30 años	3	0	2,4
TOTAL	82	45	100
Fuente: archivo del Ceprodís (Cuenca y Loja). Elaboración propia.			

Se puede observar en el cuadro que la mayor cantidad de PSD, permanece un año en el centro (59,8%). Sumado este porcentaje a la población que está entre 2 a 3 años, nos da un 78,7%, lo cual nos demuestra que la población en su mayoría está poco tiempo en los centros. Así también, no deja de llamar la atención que un 6,3% de las PSD tienen más de 10 años en los centros, inclusive alguno hasta 30 años.

No se pudo tener acceso a los datos oficiales de permanencia de las PSD del Ceprodís Quito, sin embargo, en una entrevista al director del Centro, se pudo conocer que existe un grupo importante de personas que están ahí por varios años.

Tabla 7. ASISTENTES A CEPRODIS SEGÚN EL SEXO					
<i>Sexo</i>	<i>Cuenca</i>	<i>Loja</i>	<i>Quito</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
Hombres	48	19	45	112	56,3
Mujeres	34	26	27	87	43,7
Total	82	45	72	199	100
Fuente: archivo del Ceprodís (Cuenca, Loja y Quito). Elaboración propia.					

Como se puede observar en el cuadro, la mayor cantidad de PSD que asisten a los ceprodís son hombres (56,3%). Únicamente en el Ceprodís Loja, la mayoría lo conforman las mujeres. Esto se debe al tipo de talleres que se ofrecen en los centros. Muchos de los oficios que se aprenden son considerados en nuestra sociedad como actividades para los «hombres». Las diversas opciones que ofrece el Ceprodís Loja han hecho que exista una mayor concurrencia de las mujeres.

Servicios

A continuación se detallarán los diferentes servicios que se ofrecen en los ceprodís.

Ingreso

Los requisitos en general para ingresar a los ceprodís son: 1. Tener entre 15 y 45 años de edad; 2. Presentar documentación importante: informes psicológicos de otras instituciones a las que se haya asistido, informes psiquiátricos, etcétera. En el Ceprodís Cuenca explicaron que el motivo de este último requisito se debe a que no se reciben jóvenes con problemas conductuales o psiquiátricos.

Tomando en cuenta los intereses de la PSD y previa una reunión del equipo multidisciplinario, se ubica la PSD en un taller de capacitación o en el taller protegido, es decir, un taller dirigido a las personas con mayor grado de discapacidad.

En el Ceprodís Cuenca, posteriormente se elabora un plan de formación individual en el que se detallan las destrezas y actividades que la PSD debe desarrollar. En los otros dos ceprodís no se trabaja con planes individuales.

La particularidad que el Ceprodís Loja tiene con respecto a los otros dos, es que está organizado en una especie de año lectivo, por tanto, funciona desde el mes de septiembre hasta el mes de julio. Durante el mes de agosto se tiene el mes de vacaciones.

Talleres

Los talleres son las opciones de capacitación que se ofrecen en los centros para lograr la inserción laboral de las PSD. A continuación el detalle de los talleres que se ofrecen en los diferentes ceprodís:

Ceprodís Cuenca

Los talleres con los que cuenta actualmente el Ceprodís Cuenca tienen por objetivo la capacitación para la inserción laboral de las PSD en los si-

guientes oficios: costura, carpintería, mecánica, panadería y servicios generales. Cada uno tiene sus propios objetivos de aprendizaje y actividades.

La eficacia de los talleres para la inclusión laboral no ha sido buena, a excepción de servicios generales³ que es un área en donde más se han incluido laboralmente las PSD. Inclusive, varias personas que han sido capacitadas en los talleres de carpintería, costura, mecánica o panadería no han podido integrarse laboralmente en estas áreas y se han incorporado en las empresas para trabajar en servicios generales, haciendo pequeños encargos, sirviendo de mensajeros o en la limpieza.

El taller protegido es un caso especial, pues está dirigido para las personas que tienen mayor grado de discapacidad, y no tiene como propósito lograr su inclusión laboral. En este taller se ha logrado realizar producciones en serie para alguna empresa, lo cual ha generado algunos réditos económicos para las PSD que trabajan en este taller. Actualmente se busca impulsar pequeños emprendimientos conjuntamente con las familias de estas personas, razón por la cual se capacita también a los padres y madres.

Ceprodis Loja

Los talleres con los que cuenta actualmente el Ceprodis Loja, son los siguientes: panadería, corte y confección, manualidades, carpintería, computación, servicios generales y el taller protegido.

Los talleres han tenido discontinuidad porque varias de las personas que están al frente de los mismos no son personal fijo de la institución, sino que trabajan bajo contrato por un año. Esto, sumado al cambio continuo de autoridades, provoca el problema citado.

Según los reportes, desde el año 2009 se ha logrado la inclusión laboral de 12 PSD. De estas personas, todas han sido incluidas en trabajos relacionados con servicios generales, a pesar de que en el centro fueron capacitados en otro tipo de talleres. Esta es una de las razones por la cual el personal no está convencido de la pertinencia de los talleres, según lo manifestado durante la reunión que se mantuvo con el personal del centro. Así como los otros centros, el Ceprodis Loja cuenta con un taller protegido, que está dirigido a las personas con discapacidades más profundas.

Ceprodis Quito

Los talleres con los que cuenta actualmente el Ceprodis Quito únicamente son servicios generales y mantenimiento de edificios. Mencionan que, a

3. Se entiende por servicios generales actividades como mensajería o limpieza general.

partir de la experiencia, no resulta efectivo tener otro tipo de talleres. También disponen de un taller protegido.

Servicios multidisciplinarios

Además de los talleres de capacitación, existen otros servicios que son complementarios y que buscan hacer más efectiva la inserción laboral. A continuación se enumeran los servicios en los diferentes ceprodís.

Ceprodís Cuenca

Cuenta con los siguientes servicios multidisciplinarios:

- *Psicología*: Consiste en el seguimiento a las PSD que manifiestan problemas de conducta, de relación o comunicación.
- *Trabajo social*: Es responsable de acompañar y dar seguimiento a las familias de las PSD.
- *Intermediación laboral*: Tiene por objetivo facilitar la integración socio-laboral de las PSD que luego del proceso de capacitación egresan anualmente del Ceprodís.
- *Educación especial*: Tiene por objetivo ayudar a las PSD a mejorar su capacidad para comunicarse de forma oral o escrita, así como adquirir destrezas matemáticas básicas.
- *Fisioterapia*: Tiene como fin ejecutar terapias físicas con las PSD que lo necesiten.
- *Medicina*: Tiene como fin atender los problemas de salud que se presenten en el centro.
- *Servicios comunitarios*: Anualmente el Ceprodís Cuenca desarrolla una colonia vacacional, abierta a las PSD que deseen participar. Esto se lo ejecuta en el mes de agosto, periodo de vacaciones.

Ceprodís Loja

Entre los servicios multidisciplinarios están: psicología, trabajo social, fisioterapia, rehabilitación física y servicios comunitarios.

Los servicios comunitarios con los que cuenta el Ceprodís Loja están orientados a las personas adultas mayores. No necesariamente son personas con discapacidad. Cualquier persona adulta mayor puede participar de los talleres de baile y musicoterapia que funcionan cuatro veces por semana y que son impartidos por personal del mismo centro.

Además de esto el Ceprodis Loja tiene la particularidad de contar con las áreas de musicoterapia, bailoterapia y deporte adaptado. También cuenta con un grupo de música y de danza. Estos servicios son muy valorados por el personal del centro, las PSD y las familias; por cuanto han generado importantes resultados en el desarrollo de cada persona.

Ceprodis Quito

Los servicios con los que cuenta el Ceprodis Quito, además de las capacitaciones e inserción laboral, son: trabajo social, terapia física, psicología, medicina.

Además de estos servicios, como la colaboración voluntaria de un ciudadano, se tiene un grupo de danza que ha alcanzado importantes logros grupales y a nivel personal. Los representantes familiares resaltan mucho el valor de este grupo y manifiestan que este tipo de iniciativas deben formar parte de los servicios del centro, por todas las bondades que ha generado en el desarrollo de las potencialidades de las PSD.

Personal de atención

El personal de atención en los ceprodis está distribuido de la siguiente manera:

<i>Ceprodis Cuenca</i>	<i>Ceprodis Loja</i>	<i>Ceprodis Quito</i>
Total de personas: 16 Distribución: - Personal administrativo. - Equipo multidisciplinario (médico, trabajadora social, psicóloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y apoyo pedagógico). - Instructores. - Personal de servicio.	Total de personas: 13 Distribución: - Personal administrativo y de servicio. - Equipo multidisciplinario. - Instructores.	Total de personas: 18 Distribución: - Técnicos (trabajadora social, terapeuta físico, psicólogo, médico). - Educadores e instructores. - Administrativos. - Personal de servicio.

La diversidad en la oferta de servicios que tiene cada uno de los ceprodis refleja la falta de un proyecto nacional con respecto a estos centros. Las propuestas que se han generado como valor agregado a la oferta de capacitación para la inserción laboral han surgido por iniciativa de las personas que están al frente de los centros o por apoyo de la ciudadanía. Esta realidad refleja la importancia de consolidar una visión clara de lo que se quiere lograr a través de los ceprodis y construir un proyecto común en todo el país.

CAPÍTULO III

Diagnóstico relativo al ejercicio de derechos de las PSD

Con el objetivo de mirar la atención que las PSD tienen en los ceprodís, a la luz de sus derechos y de la posibilidad de que estos organismos realmente operen como centros de protección integral, se realizó en los ceprodís de Quito, Cuenca y Loja, lo que denominamos, un diagnóstico del ejercicio de los derechos de las PSD.

A continuación se presenta el marco referencial que guió el diagnóstico, así como la descripción de la metodología, herramientas y resultados obtenidos.

MARCO REFERENCIAL PARA EL DIAGNÓSTICO

Puesto que el enfoque de protección integral plantea el ejercicio pleno de todos los derechos de las PSD; dentro del presente diagnóstico se buscó tener una mirada integral del ejercicio de sus derechos en los Ceprodís. Para ello, analicemos el significado de este enfoque.

EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN A LAS PSD

Como hemos visto, la evolución del concepto de discapacidad ha pasado de un enfoque tradicional, biomédico y social, a un enfoque integrador en el cual, son las condiciones de la interacción entre el individuo y el contexto, las que determinan la magnitud de la discapacidad de un individuo, su familia y la sociedad. Por lo tanto, las acciones para evitar y enfrentar las situaciones de discapacidad deben estar dirigidas hacia estas relaciones. Este enfoque integrador sienta sus bases sobre un enfoque de derechos humanos.

El enfoque de derechos plantea que las personas deben reconocerse, asumirse y ser consideradas como sujetos de derechos fundamentales inalienables e irrenunciables. Considerar a las personas de esta manera significa entregarles el

poder para exigir algo que les corresponde por derecho, especialmente a quienes viven situaciones de vulnerabilidad, como son las PSD.

El enfoque de derechos humanos apunta esencialmente a ese otorgamiento de poder por la vía del reconocimiento de derechos. Una vez introducido este concepto en el contexto de la adopción de políticas, la razón fundamental de la reducción de la pobreza ya no procede simplemente del hecho de que ciertos sectores sociales tienen necesidades, sino también de que tienen derechos, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y por consiguiente al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad (Abramovich 2004).

Decir por ejemplo, que alguien «tiene derecho a la educación» o «tiene derecho a acceder a la información» significa que una norma le convierte en titular de ese requerimiento y por tanto crea, en otro sujeto o sujetos, la correlativa obligación de proporcionar la educación o permitir el acceso a la información.

En tal sentido un enfoque de derechos establece correlativas obligaciones cuyo incumplimiento activará diferentes mecanismos de responsabilidad o de garantías. Por ello, el reconocimiento de derechos es también el reconocimiento de un campo de poder para sus titulares y en ese sentido puede actuar como una forma de restablecer equilibrios en el marco de situaciones sociales marcadamente desiguales (Abramovich 2004).

El enfoque de derechos plantea, por tanto, un cambio en la manera como se mira y atiende a las personas, sobre todo aquellas que están viviendo situaciones de vulnerabilidad. Ya no se parte de la existencia de personas que tienen necesidades a ser satisfechas, sino de la existencia de personas que tienen derecho a demandar determinadas prestaciones o conductas.

Las acciones emprendidas sobre esta base no implican solamente el cumplimiento de mandatos políticos, religiosos o morales, sino permiten hacer efectivo el cumplimiento de obligaciones jurídicas impuestas por los tratados de derechos humanos. «Los derechos demandan obligaciones y las obligaciones requieren mecanismos para hacerlas exigibles y darles cumplimiento» (Dussan 2007).

El enfoque de derechos humanos ofrece un conjunto coherente de principios y reglas para emprender planes de desarrollo o como es el caso de la presente investigación, para orientar la implementación de una propuesta organizativa para un centro de atención a PSD.

LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS PSD

Al hablar de protección integral de derechos, nos referimos preferentemente a la protección que requieren las personas que por su situación o condición han sufrido constantes exclusiones, desigualdades e inequidades a lo largo de la historia, y que se ven afectadas en su dignidad humana al no ser reconocidas como sujetos de derechos.

La protección integral se dirige a equilibrar o eliminar aquellos factores que no permiten el goce pleno de los derechos humanos de estas personas, sino por el contrario, les ha impedido el desarrollo de sus propias capacidades y la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Considerar a las personas que viven situaciones de vulnerabilidad como sujetos de derechos, significa olvidar visiones tradicionales como la religiosa, mencionada anteriormente, y que se traducían en acciones de asistencia, ayuda, compasión, para los «vulnerables», «pobrecitos», «discapacitados», «viejitos». Se trata de mirar a todos y todas por igual, sobre la base de la dignidad humana que todos y todas poseemos.

En este sentido, trascender la visión de grupos vulnerables en las políticas sociales y de protección integral es crucial. El salto cualitativo radica en considerar a mujeres y hombres que viven en condición, situación o posición especialmente difíciles y que requieren protección y servicios integrales para restablecer su dignidad humana como ciudadanos(as) cuyas capacidades, voluntad, dominio, creatividad e impulso de vida es el eje de la definición de las políticas y sustento de las acciones institucionales; como sujetos de las políticas de protección integral, cuyo objetivo es positivar sus derechos eliminando la re-victimización, la subordinación de los sujetos a las políticas y su tratamiento como seres institucionalizados (MIES-Subsecretaría de Protección Familiar 2007).

La razón de plantear un enfoque de protección integral para las PSD, es que los derechos de estas personas han sido altamente vulnerados a través de situaciones de desigualdad en el acceso al trabajo, educación, salud, seguridad y en general a tener una vida digna. Además, aún persisten visiones tradicionales que desvalorizan y no reconocen su *ser personas*, iguales a todos y todas. Es necesario por tanto, emprender un proceso integral, sistémico y articulador de servicios, estrategias y mecanismos que permitan reconocer, garantizar, prevenir y restituir los derechos de estas personas.

La protección integral la podemos definir como el reconocimiento de las PSD como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato. Cuatro acciones se pueden derivar de esta definición: el reconocimiento,

garantía, prevención y restablecimiento, que a la vez se pueden constituir en orientaciones operativas en la implementación de políticas de protección integral. A continuación una descripción de estas cuatro acciones:

El reconocimiento de la dignidad humana de todas las personas y en consecuencia, de las PSD es la base para la protección integral. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se dice:

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición» (Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948).

Por tanto, las personas en situación de discapacidad son personas sujetas de derechos y deben ser reconocidas como tales.

La *garantía* consiste en asegurar las condiciones para el ejercicio pleno de todos los derechos. Es el Estado el responsable de la garantía de los derechos de la población y para esto debe asegurar el acceso a servicios públicos de calidad (salud, educación, justicia, protección, etc.), teniendo en cuenta las características y necesidades de la población, especialmente de aquella que se encuentra en situaciones de vulnerabilidad, como es el caso de las PSD.

La prevención para el ejercicio libre y autónomo de derechos implica tomar las medidas necesarias y posibles para evitar los riesgos, o tratar de reducir sus efectos. Se entiende por riesgo el producto de un peligro o *amenaza* (su dimensión y probabilidad de ocurrencia) y la *vulnerabilidad* al daño (susceptibilidad del sujeto o sistema expuesto a tal situación) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar).

Al entender la discapacidad como el resultado de las relaciones inequitativas y de discriminación que se dan entre la sociedad y las «poblaciones diferentes», a causa de su estereotipo de «normalidad»; la *prevención* es un aspecto esencial para evitar que las situaciones de discapacidad sean largas o eternas.

El restablecimiento significa la restitución inmediata de derechos cuando estos han sido vulnerados. Al reconocer la existencia de las PSD afirmamos que los derechos de estas personas están siendo vulnerados, porque si no lo estuvieran no existiría tal situación.

Restablecimiento significa: emprender acciones en la persona, en la familia, en la comunidad y en la sociedad en general que eliminen la situación de discapacidad que está viviendo la persona y restituyan el ejercicio integral de todos sus derechos.

A continuación se realizará una revisión del marco legal vigente y se mencionará un extracto de los derechos que pueden ser promovidos desde los ceprodís y que están contenidos en los principales documentos relacionados con las PSD, tanto en la normativa nacional como en la internacional.

NORMATIVA INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PSD

De acuerdo a las Naciones Unidas, los Estados han aprobado en los últimos años instrumentos específicos para proteger y promover los derechos de las personas con discapacidad. Entre los más importantes están:

- La Declaración de los Derechos de las Personas con Discapacidad (1995);
- El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1981);
- Los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991);
- Las Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993).

Además de estos, los principales instrumentos de derechos humanos, son aplicables a todo el mundo, incluidas las personas con discapacidad. Los principales tratados de derechos humanos son los siguientes:

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.
- La Convención contra la Tortura.
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- La Convención sobre los Derechos del Niño.
- La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.
- La Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas.
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

También están algunos instrumentos legales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT):

- Convenio 111 de la OIT sobre la no Discriminación.
- Convenio 142 de la OIT sobre el Desarrollo de los Recursos Humanos.

- Convenio 159 de la OIT sobre la readaptación profesional de personas inválidas.
- Recomendaciones 99 y 168 de la OIT sobre la readaptación profesional y empleo de las personas inválidas.

De todos estos instrumentos internacionales, cabe destacar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, puesto que es un tratado en el que se recogen los derechos de las personas con discapacidad, así como las obligaciones de los Estados parte en la promoción, protección y aseguramiento de esos derechos. Si bien en este instrumento no se menciona ningún derecho especial o exclusivo de las personas con discapacidad, sí es un instrumento que agrupa de manera muy clara todos los derechos que corresponden a este grupo poblacional.

NORMATIVA NACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PSD

Al igual que en los tratados internacionales, hay varios documentos nacionales que se refieren a los derechos de las PSD. Entre los principales están:

Constitución Política del Ecuador

Si bien, todos los artículos de la Constitución tienen alguna forma de relación con las PSD; existen algunos artículos, que tienen relación más directa, los cuales se anotan a continuación:

- Art. 16: Acceso a la comunicación e información.
- Art. 35: Personas con discapacidad: Grupos de atención prioritaria.
- Art. 42: Movilidad humana.
- Art. 46: Niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- Art. 49: Dedicado exclusivamente a las personas con discapacidad.
- Art. 41: Personas privadas de libertad.
- Art. 61 y 62: Derechos de participación.
- Art. 66: Derechos de libertad.
- Art. 81: Derechos de protección.
- Art. 330 y 331: Formas de trabajo y su retribución.
- Art. 241: Inclusión y equidad.
- Art. 369 y 273: Seguridad social.
- Art. 381: Cultura física y el tiempo libre.

Ley Orgánica de Discapacidades

La Ley Orgánica de Discapacidades fue publicada en el Registro Oficial el 25 de septiembre de 2012. Esta ley tiene por objetivo «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, establecidos en la Constitución» (Ley Orgánica de Discapacidades 2012). Al ser una ley específica para este grupo poblacional, todos los artículos están relacionados con los derechos de las PSD.

Otros instrumentos que también tienen mucha relación con las PSD son:

- Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Ley de no Violencia contra la Mujer.
- Ley Reformativa al Código de Trabajo.

METODOLOGÍA

Método de investigación

El método descriptivo de investigación, fue la base de la presente investigación. Leiva Zea define este método como aquel que consiste en «la observación actual de hechos, fenómenos y casos. Se ubica en el presente, pero no se limita a la simple recolección y tabulación de datos, sino que procura la interpretación racional y el análisis objetivo de los mismos, con alguna finalidad, que ha sido establecida previamente» (Leiva Zea 2000). A través de la presente investigación utilizando algunas técnicas para la recolección de datos y con una propuesta para a organización y análisis de la información, se logra conocer cuáles son los aspectos más críticos en cuanto al ejercicio de los derechos de las PSD.

Focalización de la investigación

Considerando la cantidad de instrumentos internacionales y nacionales que tienen relación con los derechos de las PSD, luego de un análisis de todos ellos se ha creído conveniente centrarse en un solo instrumento: La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este es un tratado internacional en el que se recogen los derechos de las PSD y las obligaciones de los Estados partes, de promover, proteger y asegurar los derechos de las PSD. El Ecuador, ratificó su compromiso con esta Convención en marzo de 2008.

Se ha elegido este tratado, como base de la presente investigación, considerando que es un instrumento que recoge de manera muy clara todos los derechos de las personas con discapacidad y porque establece las obligaciones que tienen los Estados, para conseguir la inclusión e igualdad de las personas con discapacidad en la sociedad.

Puesto que la investigación se realizará en los ceprodís, y que estos son una estrategia que el Estado ha implementado para lograr la inclusión social y laboral de las PSD, resulta pertinente usar la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, para conocer si las obligaciones que el Estado ha asumido se están cumpliendo en estos centros.

A continuación, el detalle de todos los artículos de la Convención, contemplados y considerados para el diagnóstico:

- Art. 5: Igualdad y no discriminación.
- Art. 6: Mujeres con discapacidad.
- Art. 7: Niños y niñas con discapacidad.
- Art. 8: Toma de conciencia.
- Art. 9: Accesibilidad.
- Art. 10: Derecho a la vida.
- Art. 11: Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.
- Art. 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley.
- Art. 13: Acceso a la justicia.
- Art. 14: Libertad y seguridad de la persona.
- Art. 15: Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- Art. 16: Protección contra la explotación, la violencia y el abuso.
- Art. 17: Protección de la integridad personal.
- Art. 18: Libertad de desplazamiento y nacionalidad.
- Art. 19: Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.
- Art. 20: Movilidad personal.
- Art. 21: Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información.
- Art. 22: Respeto de la privacidad.
- Art. 23: Respeto del hogar y de la familia.
- Art. 24: Educación.
- Art. 25: Salud.
- Art. 26: Habilitación y rehabilitación.
- Art. 27: Trabajo y empleo.
- Art. 28: Nivel de vida adecuado y protección social.
- Art. 29: Participación en la vida política y pública.
- Art. 30: Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte.

En cada uno de los artículos citados de la Convención, se detallan las obligaciones que tienen los Estados respecto a cada derecho de las PSD.

Variables de la investigación

- Cumplimiento del ceprodis, con respecto a las obligaciones del Estado, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Inclusión de la familia, en las acciones del ceprodis, para lograr el cumplimiento las obligaciones del Estado, con respecto a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Inclusión de la comunidad, en las acciones del ceprodis, para lograr el cumplimiento las obligaciones del Estado, con respecto a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Técnicas para la recolección de datos

Las técnicas que se usaron para la recolección de datos fueron:

Observación

La observación tuvo las siguientes características:

- Directa: Se tuvo contacto directo con los servicios de los Ceprodis, así como con las personas involucradas.
- Participante: la investigación se realizó desde dentro; es decir, a través de visitas a las Ceprodis.
- Estructurada: Se apoyó en una herramienta construida previamente para la recolección de la información.
- Se utilizaron recursos auxiliares como grabaciones y fotografías.

Entrevistas

Las entrevistas tuvieron las siguientes características:

- Planificada: Se organizaron previamente las citas con las personas y grupos a entrevistar.
- Estructurada: Se construyó una herramienta que facilitó el levantamiento de la información.
- Estandarizada: A todos se les aplicó la misma herramienta, por tanto las preguntas fueron las mismas.

Grupos focales

Se realizaron grupos focales bajo las siguientes características:

- Participación homogénea. Se realizó un grupo con la participación de PSD y otro con la participación de representantes familiares.
- La información que se obtuvo es de índole cualitativa.
- La discusión se generó alrededor del ejercicio de los derechos de las PSD.

Herramienta para la recolección de datos

Para la construcción de la herramienta de diagnóstico en los ceprodís, se consideró la descripción de las obligaciones de los Estados que se citan en cada uno de los artículos de la Convención, y sobre esta base se elaboraron las preguntas que guían la investigación.

La herramienta completa, consta en los anexos; sin embargo, a continuación se encuentra un ejemplo, utilizando únicamente uno de los artículos de la Convención.

Artículo	Preguntas	Respuestas		
		Quito	Cuenca	Loja
Igualdad y no discriminación.	1 ¿Han sentido discriminación por su situación de discapacidad en algún lugar? ¿En el interior de este centro todos son tratados por igual, o hay preferencias? ¿Cómo procede el centro cuando sucede algún tipo de discriminación?			
	2 ¿Sienten que el trato al interior es igual entre todos? ¿Alguien se ha burlado de alguno de ustedes? ¿Cómo se tratan, por el nombre o cómo?			
	3 ¿Hay igualdad en el trato que reciben los hombres y las mujeres, las personas de diferentes pueblos, o personas con diversidad lingüística, personas con diversas discapacidades?			
	4 ¿Ha existido algún tipo de discriminación al interior del centro? ¿Qué se hace cuando esto sucede?			
	5 ¿Ha habido acciones o programas que el centro ha promovido para fomentar la igualdad y no discriminación?			

Es importante resaltar que las preguntas que constan en la herramienta son generadoras, es decir, tienen como fin iniciar un diálogo con los involucrados, con las particularidades de cada técnica usada para la investigación. De esta manera se pretendió recabar el máximo de información posible y que la misma sea muy confiable.

Involucrados en el proceso de investigación

Los involucrados, de quienes se recabó la información requerida, son los siguientes grupos de personas:

- PSD atendidos en los ceprodís.
- Familias de las PSD.
- Personal que trabajan en los ceprodís.

Al final, se obtuvo la participación de los siguientes grupos:

<i>Ceprodís</i>	<i>Participantes y técnicas de investigación</i>
Cuenca	Grupo focal con personal del Ceprodís. Grupo focal con representantes familiares. Grupo focal con PSD. Entrevista al director del Ceprodís. Observación directa.
Loja	Grupo focal con personal del Ceprodís. Entrevistas con PSD. Entrevista con la directora del Ceprodís. Entrevistas con responsables de los grupos de danza y música. Observación directa.
Quito	Grupo focal con personal del Ceprodís. Grupo focal con representantes familiares. Grupo focal con PSD. Entrevistas con PSD. Entrevista con la directora del Ceprodís.

Organización de la información

La información recolectada, se organizó de acuerdo a cada uno de los artículos de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, sobre los cuales se realizó el diagnóstico. De esta organización se pudieron obtener dos elementos importantes:

- Aspectos consultados: Presenta un resumen de los elementos más importantes que fueron abordados en cada artículo.
- Resultados cualitativos: En esta parte se organizan y redactan las respuestas obtenidas a través de las entrevistas a los grupos focales, representan-

tes familiares, personal del centro y PSD, así como la constatación que se realizó a través de la observación directa.

Análisis de la información

Con el objetivo de visibilizar de mejor manera, el nivel de la problemática que se vive, con respecto a cada uno de los derechos, se realizó una calificación en función de las variables planteadas para la investigación. Esta categorización permitió ubicar cada derecho en un nivel crítico. Los criterios usados para esta calificación, se presentan a continuación:

<i>Nivel crítico</i>	<i>Criterios de calificación</i>
	Además del trabajo al interior del centro, se evidencia un trabajo con la familia y la comunidad en general.
	Además del trabajo al interior del centro, se evidencia un trabajo con la familia.
	Se evidencia el ejercicio del derecho, en la atención que brinda el centro; además de un trabajo de fortalecimiento de capacidades en las PSD, al respecto del derecho en mención.
	Se evidencia el ejercicio del derecho, en la atención que brinda el centro.
	El derecho está siendo vulnerado por el centro.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el ejercicio de investigación realizado. La información se ha organizado de acuerdo a cada uno de los artículos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y se presentan los resultados cualitativos y el análisis crítico con respecto a cada uno de ellos.

Art. 5: Igualdad y no discriminación

Aspectos consultados

Trato igualitario y sin discriminación por situaciones de discapacidad, sexo, origen étnico.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>	<i>Ceprodís Loja</i>
Los diversos grupos coinciden que las PSD son bien tratadas en el centro por el personal y entre los compañeros y compañeras. No se evidencia ninguna forma de discriminación o algún tipo de privilegio. Sin embargo, en ocasiones existen peleas o agresiones, provocados por el tiempo libre que tienen las PSD ante la falta de claridad de las actividades a desarrollar.	Los diversos grupos coinciden en que las PSD son bien tratadas en el centro por el personal y entre los compañeros. No se evidencia ninguna forma de discriminación o privilegios en el centro.	No se detecta ninguna forma de discriminación o algún tipo de privilegios con las PSD.

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *amarillo*. No se evidencian factores de discriminación o privilegios en el trato al interior del Centro y además existen acciones que fomentan el ejercicio de este derecho. Sin embargo, no se visibiliza un proceso de trabajo con las familias y la comunidad, con respecto a este tema.

Art. 8: Toma de conciencia**Aspectos consultados**

Conocimiento de derechos, aceptación de la situación de discapacidad.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>	<i>Ceprodís Loja</i>
No existen espacios para reflexionar sobre los derechos de las personas con discapacidad. Se evidencia desconocimiento de los representantes familiares y las mismas PSD, con relación a este tema. Los representantes familiares reconocen las cualidades que tienen las PSD y consideran que las mismas pueden ser potenciadas mucho más.	No existen espacios para reflexionar sobre los derechos de las personas con discapacidad. Se evidencia desconocimiento de los representantes familiares y las mismas PSD, con relación a este tema. Los representantes familiares reconocen las cualidades que tienen las PSD y consideran que las mismas pueden ser potenciadas mucho más. Este aspecto es mencionado igualmente por las PSD, quienes valoran sus cualidades y mencionan sueños con respecto a su futuro.	El centro no cuenta con ningún plan de formación en derechos.

Nivel crítico

Este artículo se ha clasificado con color *naranja*. En los centros no se evidencia un programa de formación con respecto a la toma de conciencia y formación en derechos, tampoco se lo evidencia entre las familias y la comunidad.

Art. 9 y 20: Accesibilidad y movilidad***Aspectos consultados***

Facilidad de movilidad y acceso a todas las instalaciones, señalización en braille, señalética clara para PSD auditiva-lenguaje, capacidad de las personas en el centro para interactuar con las diferentes discapacidades.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>	<i>Ceprodís Loja</i>
Existen muchas barreras arquitectónicas para las personas con discapacidad física. Si bien, se han construido varias rampas, las PSD no pueden acceder a todas las instalaciones por los problemas arquitectónicos. No existe ningún mecanismo de señalización en braille para que las personas con discapacidad auditiva puedan moverse, ni señalización para las personas con discapacidad auditiva. No existe ningún programa de capacitación o formación dirigido a representantes familiares, PSD o a los mismos docentes que tenga como fin fomentar la interacción con las PSD (lenguaje de señas, por ejemplo).		

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *rojo*. Se observaron problemas de acceso, movilidad e interacción en los centros. No se evidencia programas de formación o acciones concretas que fomenten el ejercicio de este derecho, a un trabajo con las familias y la comunidad para romper las barreras de acceso que tienen las PSD.

Art. 11: Atención en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias***Aspectos consultados***

Manejo de la Gestión del Riesgo en el centro.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Loja</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>
No se ha trabajado el tema de Gestión de riesgos. Por esto no se cuenta con un plan de emergencias en el caso de algún acontecimiento adverso, ni se ha fortalecido las capacidades de todos los involucrados en estos temas (PSD, personal del centro, representantes familiares). No existe señalética para vías de evacuación o extintores, etcétera.		Han existido algunas capacitaciones esporádicas en primeros auxilios, sin embargo, no se cuenta con un plan de emergencias en el caso de algún acontecimiento adverso, ni se ha fortalecido las capacidades de todos los involucrados en estos temas (PSD, personal del centro, representantes familiares). no existe señalética para vías de evacuación o extintores, etcétera.

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *rojo*. Se evidencia que, en el centro, no ha existido un trabajo sostenido en temas de gestión del riesgo con las familias y la comunidad. Tampoco hay planes de emergencia, señalética o programas de fortalecimiento de capacidades en este tema.

Art. 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley y acceso a la justicia**Aspectos consultados**

Acceso a la justicia.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>	<i>Ceprodís Loja</i>
No se reconoce la necesidad de brindar el servicio de asesoría jurídica. Se menciona que hasta el momento no ha existido ningún caso en el que se ha requerido este servicio. Sin embargo, si lo hubiera se pueden hacer ayudar de los abogados del MIES		No se reconoce que haya existido la necesidad hasta el momento de brindar asesoría jurídica.

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *azul*. No se observaron problemas relacionados con este artículo. La necesidad de asesoría jurídica no ha sido necesaria. Sin embargo, se cuenta con el apoyo jurídico del MIES, si existiera alguna necesidad.

Art. 14, 15 y 28: Libertad y seguridad de la persona; nivel de vida adecuado y protección social y; protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Aspectos consultados

Libertad, seguridad y buen trato a las PSD.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>
No se evidencia ningún tipo de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes ni de privación de la libertad o encierro. Los actos de indisciplina de las PSD son corregidos a través de suspensión temporal de asistencia al centro.	

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *amarillo*. Si bien no se evidencia ningún tipo de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes ni de privación de la libertad o encierro a las PSD, tampoco se visibiliza ningún tipo de trabajo con las familias y la comunidad en temas de prevención y protección.

Art. 16 y 17: Protección contra la explotación, la violencia y el abuso a la integridad personal

Aspectos consultados

Abuso, explotación y violencia a personas con discapacidad.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>	<i>Ceprodís Loja</i>
No se reconoce ningún caso de explotación, violencia o abuso a la integridad personal en los centros. Sin embargo, se evidencia que fuera de los centros si se dan este tipo de casos, para lo cual no existe ningún proceso o mecanismo de apoyo o asesoramiento a la familia para la prevención, reconocimiento y denuncia de casos de explotación, violencia o abuso a la integridad personal de las PSD. Así también, no existe ningún proceso de veeduría ciudadana para la vigilancia de la atención brindada en los centros, como forma de participación ciudadana.		

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *naranja*. No se evidencia ningún tipo de explotación, violencia o abuso a la integridad personal de las PSD, aunque tampoco se visibiliza ningún tipo de trabajo con las PSD, las familias y la comunidad en temas de prevención, reconocimiento y denuncia de casos de explotación, violencia o abuso a la integridad personal de las PSD.

Art. 18 y 19: Vivir en forma independiente y ser incluido en la comunidad; libertad de desplazamiento y nacionalidad***Aspectos consultados***

Inclusión social de las PSD.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>	<i>Ceprodís Loja</i>
No existe ningún tipo de mecanismo de sensibilización y trabajo con la comunidad para lograr la inclusión social de las PSD. El trabajo está centrado y focalizado en la PSD.		

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *rojo*. Se evidencia un trabajo extremadamente focalizado en las PSD, descuidando la importancia que tiene el trabajo con la familia y la comunidad para lograr una auténtica inclusión social de las PSD. Sin una inclusión social efectiva no es posible una verdadera inclusión laboral.

Art. 23: Respeto del hogar y de la familia***Aspectos consultados***

Planificación familiar, toma libre de decisiones en cuanto a noviazgo, matrimonio, familias.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Loja</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>
No existen procesos de acompañamiento y capacitación a las PSD y sus familias sobre planificación familiar, reproducción, derechos sexuales y reproductivos.		Se han realizado algunas capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva; sin embargo, son actividades esporádicas que no constan en un plan general e integral de formación.

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *amarillo*. En el centro no se visibiliza ningún tipo de situación de irrespeto a la posibilidad que una PSD tenga un enamorado, enamorada o forme una familia. Sin embargo, con respecto a este tema, se evidencia que no existe un trabajo con las familias y la comunidad en general.

Art. 24: Educación**Aspectos consultados**

Promoción del acceso a la educación.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>	<i>Ceprodís Loja</i>
No existe algún tipo de alianza del centro con alguna institución educativa para que además de las capacitaciones laborales a las PSD accedan a la educación regular. El centro cumple de una manera informal el rol de una escuela, pues existen espacios de clases que reciben las PSD.	No existe algún tipo de alianza del centro con alguna institución educativa para que además de las capacitaciones laborales las PD accedan a la educación regular.	

Se ha clasificado este artículo con color *amarillo*. A pesar de que el centro ha generado espacios de educación informal, se evidencia que no se han considerado mecanismos de acceso a la educación regular para las PSD.

Art. 25: Salud**Aspectos consultados**

Acceso a servicios de salud.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>	<i>Ceprodís Loja</i>
El centro realiza la atención para la salud a través de un médico que lo visita dos veces por semana.	En el centro existe un médico de planta que atiende en salud.	La atención de salud se realiza en coordinación con los subcentros del Ministerio de Salud Pública.

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *azul*. El centro ha generado estrategias para lograr de brindar acceso a los servicios de salud, sin embargo, no se visibiliza el trabajo con la comunidad para fortalecer la atención especializada a este grupo poblacional.

Art. 26: Habilitación y rehabilitación**Aspectos consultados**

Procesos de rehabilitación y habilitación según los propios intereses y vocación.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Loja</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>
Existen programas de rehabilitación física. Los programas de capacitación están centrados únicamente en servicios generales, lo que habilita a las PSD para desempeñar en las empresas pequeños trabajos de apoyo. No existe un proceso personalizado de apoyo para la construcción de un proyecto de vida.		Existen programas de rehabilitación física y de lenguaje. Además, están disponibles varios programas de capacitación para las PSD. Sin embargo, no existe un proceso personalizado de apoyo para la construcción de un proyecto de vida.

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *rojo*. No se evidencia un plan integral de rehabilitación o habilitación para las PSD. Los procesos de rehabilitación se han focalizado en la discapacidad específica de cada persona y no han considerado a la familia y la comunidad en estos procesos.

Art. 27: Trabajo y empleo***Aspectos consultados***

Inclusión laboral de las PSD.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodis Quito</i>	<i>Ceprodis Loja</i>	<i>Ceprodis Cuenca</i>
El centro trabaja por la inclusión laboral de las PSD. Esta es su misión. Su oferta de capacitación se ha focalizado fundamentalmente en servicios generales con lo cual se ha logrado la inclusión laboral de varias PSD. Otro elemento importante es que sí se evidencia un posterior seguimiento a las PSD que han sido incluidas laboralmente.	El centro trabaja por la inclusión laboral de las PSD. Esta es su misión. Para esto, ha realizado estudios de mercado para conocer las mejores alternativas laborales y realizar capacitaciones en función de las verdaderas necesidades de mercado. Se ha logrado la inclusión laboral de varias PSD. Sin embargo, los espacios de inclusión no han tenido relación fundamental con las carceras en las cuales han sido capacitados. Otro elemento importante es que sí se evidencia un posterior seguimiento a las PSD que han sido incluidas laboralmente.	

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *azul*. El centro está focalizado en lograr el ejercicio de este derecho, sin embargo, el trabajo se ha realizado de manera desarticulada con otros elementos que tienen que ver fundamentalmente con la inclusión social de las PSD.

**Art. 21 y 29: Participación en la vida política y pública.
Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información*****Aspectos consultados***

Mecanismos de participación social, acceso a la información y tecnología.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>	<i>Ceprodís Loja</i>
No existe ningún tipo de mecanismo para fomentar la participación de las PSD, en espacios de toma de decisiones en el centro. Tampoco existe un grupo que represente a las PSD. Así también, no se puede visibilizar mecanismos para fomentar el acceso de las PSD a las tecnologías de la información.		

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *rojo*. Los centros no han promovido espacios de participación y acceso a la tecnología e información. Tampoco se ha realizado un trabajo con las familias y la comunidad, con respecto a estos aspectos.

Art. 30: Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte

Aspectos consultados

Acceso a procesos de formación deportiva, artística, cultural, recreativas.

Resultados cualitativos

<i>Ceprodís Quito</i>	<i>Ceprodís Cuenca</i>	<i>Ceprodís Loja</i>
Los procesos de formación deportiva, artística, cultural, recreativa, a pesar de ser valorados en el centro por los diferentes involucrados, no constituyen un pilar importante en la propuesta de servicios con las que cuenta el centro. Existe un grupo de danza que ha tenido mucho éxito y que es valorado por todos; sin embargo, esta es una iniciativa suelta que depende enteramente de una persona externa al centro.	Los procesos de formación deportiva, artística, cultural, recreativa, a pesar de ser valorados en el centro por los diferentes involucrados, no constituyen un pilar importante en la propuesta de servicios con las que cuenta el centro. Sin embargo, existen varias actividades recreativas, culturales y deportivas que el centro ha promovido y que son muy valoradas por todos los involucrados. Todos coinciden en la importancia de fortalecer este tipo de espacios.	El centro ha promovido un trabajo muy interesante con respecto a procesos de formación deportiva, artística, cultural y recreativa. Este es un elemento que es exclusivo de este centro y que evidencia muy buenos resultados con las PSD. Existen diversos grupos de música, baile, recreativos y deportivos que forman parte de los servicios y el plan de formación que se tiene para las PSD.

Nivel crítico

Se ha clasificado este artículo con color *rojo*. Esto por cuanto si bien existen experiencias exitosas de acceso a procesos de formación deportiva, artística, cultural y recreativa en los ceprodís de Quito y Loja, estos no se han constituido en un pilar importante de la propuesta de servicios y formación de los ceprodís.

Los resultados presentados evidencian muy claramente varios problemas por los cuales atraviesan los centros. Un tema recurrente es la falta de trabajo con la comunidad y los insuficientes procesos que se realizan con las familias, por esta razón no hay ningún tema que haya sido clasificado como *verde* y por el contrario existen muchos que han sido clasificados en *rojo*. Sin embargo, esto es muy importante para poder construir un plan eficaz, que focaliza los problemas a resolver y aprovecha las potencialidades que se tienen.

CAPÍTULO IV

Propuesta de mejoramiento organizacional para los ceprodís

Considerado el enfoque de protección integral de derechos y el modelo de atención inclusivo para las PSD, ya desarrollados en el capítulo I, y el diagnóstico realizado en los ceprodís de Quito, Cuenca y Loja, cuyos resultados se presentaron en el capítulo III; en el presente capítulo se expone la propuesta de mejoramiento organizacional para los ceprodís.

Esta propuesta se fundamenta, desde la administración de empresas, en los preceptos conceptuales presentados en el capítulo I, con respecto a la perspectiva humana de las organizaciones y a la importancia del cambio del CRM (Customer Relationship Management).

EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN

Sobre la base de la investigación bibliográfica y de campo y de la reflexión generada se presentan a continuación cuatro ejes estratégicos que son las grandes convicciones sobre las cuales se asienta el plan y que se han obtenido como conclusión de todo el proceso. Estos ejes estratégicos deben orientar todas las acciones que se realicen en los ceprodís. A continuación la descripción de cada eje estratégico.

Atención desde la protección integral y con un modelo de inclusión social

Antes de detallar lo que se plantea con este eje estratégico, presentamos a continuación las problemáticas a las cuales responde:

- La atención que brindan los ceprodís responde a un enfoque médico, pues ubica el problema de la discapacidad en la persona. Esto se pudo evidenciar en los programas focalizados en la persona en situación de discapacidad y en la ausencia de procesos con las familias y la sociedad en general. Los procesos de rehabilitación, habilitación, terapias, atención psicológica o de trabajo social están pensados exclusivamente en

las PSD, lo cual demuestra un enfoque eminente médico y desconoce que existe una sociedad discriminadora y excluyente.

- Trabajo de inclusión laboral limitado a la capacitación en algún arte u oficio y el empleo en alguna empresa. Los resultados que han obtenido los ceprodís con respecto al empleo de PSD, han sido principalmente a consecuencia de la ley que exige a las empresas con más de 50 empleados, contar al menos con un 4% de personal con alguna discapacidad. Si bien, no se pretende criticar la ley, es importante considerar el rol que los ceprodís están teniendo. Una mirada exclusiva sobre la capacitación en algún arte u oficio responde a una mirada exclusivamente productiva y hay que recordar que antes que todo, las PSD, son personas, no objetos de producción. Por otro lado, se evidencia la ausencia de trabajo con las empresas para motivarlas y capacitarlas sobre inclusión social y laboral. Existen muchas empresas que no conocen cómo abordar las discapacidades y en este aspecto el ceprodís puede realizar un aporte muy importante y valioso.
- Parte del trabajo de los ceprodís descuida derechos importantes de las PSD. Citamos textualmente lo que mencionó una persona, que es la responsable de un grupo de música en el Ceprodís Loja:
Las personas que llegan acá han sido golpeadas por la vida porque nadie les ha tratado bien, han sido tratadas como incapaces, como inútiles y eso ha provocado que ellos se sientan así, que tengan una autoestima muy baja, que ni siquiera te miren a los ojos. Ahora que yo les repito constantemente que sí pueden, que han logrado tocar un instrumento musical, que hemos realizado presentaciones, ellos se han subido a un escenario y han escuchado los aplausos de la gente, he podido mirar un cambio increíble, no son los mismos.
Puesto que la iniciativa del grupo musical del Ceprodís Loja, es un elemento aislado que no forma parte de la propuesta general de todos los ceprodís, este relato evidencia un problema significativo: hay aspectos de la vida de las PSD que son muy importantes y que no están siendo abordados, a causa de la mirada no integral que se ha tenido sobre estas personas.
- Algunas condiciones de los ceprodís no contribuyen a la superación de las discapacidades. Las barreras arquitectónicas para las personas con discapacidad física, la falta de señalética, letreros en braille, ausencia de personal que conozca el lenguaje de señas, ausencia de mecanismos para procurar el acceso a la información, son algunos de los problemas que evidencian que los ceprodís también generan discapacidades.
- Se pudo evidenciar en el diagnóstico que algunos de los derechos de las PSD tienen un nivel crítico muy sensible en su promoción o ejercicio en los centros, y esto sin duda muestra un trabajo desarticulado. Los artícu-

los de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que evidencian derechos con niveles críticos en su ejercicio son:

- Accesibilidad-Movilidad.
- Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.
- Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad.
- Libertad de desplazamiento y nacionalidad.
- Respeto del hogar y de la familia.
- Habilitación y rehabilitación.
- Participación en la vida política y pública. Libertad de expresión, de opinión y acceso a la información.
- Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte.

El detalle de los problemas encontrados se los ha presentado en el capítulo II; por tanto, lo que se resalta en este capítulo es el descuido que se tiene ante derechos muy importantes para el buen vivir de las PSD.

Considerando todos estos problemas, el eje estratégico de atención desde la protección integral y un modelo de inclusión social, se propone:

Atención integral

En la presente investigación se plantea que los centros de atención a las PSD sean centros de atención integral de derechos. Esto significa que deben procurar el reconocimiento, la garantía, la prevención y la restitución de todos los derechos. No necesariamente el centro deberá atender directamente todo, pero si lo podrá hacer a través de otras organizaciones. Un trabajo coordinado, en red, podrá asegurar el buen vivir de estas personas y sus familias.

La atención integral significa ver más allá de lo inmediato hasta comprender el contexto. Las realidades que viven las PSD y sus familias son muy duras a causa de la falta de servicios integrales, la exclusión, la falta de reconocimiento del trabajo a quienes les cuidan, generalmente las madres. En general, existen muchos derechos que han sido vulnerados y lo que se necesita es una respuesta integral a sus problemas.

El cambio a un enfoque de protección integral significa repensar los servicios del ceprodis, puesto que si el fin es la inclusión social y laboral, los servicios deben ir en esa misma dirección. Existen muchos aspectos importantes en la vida de toda persona que deben ser parte de estos servicios, por ejemplo, la participación en espacios culturales, deportivos y recreativos que son elementos que no se han considerado importantes, pero que han generado muy buenos resultados, como es el caso del grupo de danza del Ceprodis Quito o el grupo de música del Ceprodis Loja.

La herramienta que consta en los anexos y que ha sido usada para el diagnóstico realizado en los ceprodis, puede ser usada para el monitoreo de la atención integral.

Enfoque de inclusión social

El enfoque de inclusión social plantea que el tratamiento de las discapacidades debe realizarse sin focalizar la intervención en la persona, sino en las relaciones que entabla. En el capítulo I se ha presentado con mayor detalle este enfoque, sin embargo, es importante resaltar que en el diagnóstico se evidenció un trabajo nulo con la sociedad y la familia, y una focalización excesiva en la persona; a esto se debe el planteamiento de trabajar en función de este enfoque.

Es necesario partir del concepto de que el centro atenderá no a las PSD, sino a las discapacidades. Así se pretende alcanzar un impacto importante en las PSD, porque los factores que causan las discapacidades están no solamente en la persona que la vive, sino en las familias, en las empresas, las calles, en la arquitectura, en toda la sociedad.

El trabajo de sensibilización, asesoramiento, acompañamiento, capacitación y seguimiento a las familias, las empresas, a la sociedad en general; redundará en la disminución de factores que causan las discapacidades y por tanto en una sociedad más incluyente.

El centro como modelo de inclusión social

El centro debe constituirse en un modelo para la sociedad con respecto a la inclusión social. Debe ser incluyente en todo sentido. Al respecto, presentamos tres elementos que se deben procurar:

- **Arquitectura:** Los centros deben poseer una edificación que sea un ejemplo de modelo arquitectónico inclusivo a ser replicado. Para esto, es necesario revisar la infraestructura actual, analizando, por ejemplo, los sitios en que hace falta letreros grandes y muy visibles, señalética en braille y con sonidos, rampas, infraestructura que permita la movilidad autónoma y sin riesgos de todas las PSD.
- **Interacciones incluyentes:** Otro elemento que se debe analizar es la incapacidad de interactuar con las PSD en los centros de atención. Para ello se necesita que las personas que asisten y trabajan allí conozcan el lenguaje de señas, las destrezas para ayudar a personas con discapacidad visual, y en general las diversas técnicas para interactuar con personas de diversas discapacidades.
- **Investigación y desarrollo de nuevas formas de inclusión social:** El centro debe contribuir constantemente con la sociedad, generando nuevas

formas para eliminar los factores que causan discapacidades. Así por ejemplo, necesita trabajar en mecanismos para mejorar el acceso a la información, a las nuevas tecnologías, y proponer cómo hacer de ellas, herramientas para evitar que se sigan produciendo discapacidades.

Inclusión laboral con inclusión social

La inclusión laboral debe considerarse un elemento de la inclusión social. Por tanto, la capacitación académica o en algún arte u oficio, debe realizarse en el marco de un proceso de inclusión social. Por esto, es fundamental un proyecto más amplio, de recuperación emocional, de valoración, autoestima, de trabajo con las familias y las empresas, de ayuda a las PSD a construir su proyecto vital, que contemple todas las dimensiones de la vida.

Las personas en situación de discapacidad como sujetos de derechos

Puesto que las PSD son consideradas en los ceprodís como objeto de atención, se plantea a través de este eje estratégico el salto importante de considerarlas sujetos de derechos.

El ceprodís ha cumplido un papel importante de visibilización de las PSD. Este papel lo han cumplido también muchos otros proyectos o políticas públicas, con lo cual se ha logrado un paso importante para visibilizarlas y convertirlas en sujetos de las políticas. Muchas maneras de tratarlos o de referirse a ellos dan cuenta de esta realidad. Al ser considerados objetos de derechos son «beneficiarios» de un programa, se les denomina «pobrecitos»; se les ha «ayuda muchísimo» a través del centro. Estas son expresiones dichas por los diferentes interlocutores (representantes familiares, personal del centro, PSD) en el diagnóstico realizado, que dan cuenta del enfoque que mantienen los ceprodís, y de los logros en visibilización de las PSD, pero como destinatarios de unos beneficios mas no como sujetos de derechos.

Trabajar con un planteamiento de considerar a las PSD como sujetos de derechos, plantea los siguientes retos:

- Atención desde un diálogo entre iguales: Las personas responsables de la atención en los centros deben dar un trato igualitario a todas las personas. Desde el primer momento deben hacer notar que miran a las PSD como personas que no son inferiores en ningún sentido, que no es que se les hace un favor, sino, al contrario, que están haciendo que se cumplan sus derechos.
- Los protagonistas son las PSD: Es importante que el centro trabaje en el empoderamiento de cada persona para que se haga cargo de su proceso,

de su vida, de lo que quiere alcanzar. El centro debe tener claro su rol de facilitador.

- De beneficiarios a ciudadanos atendidos: Es fundamental el cambio de mirada. No se está haciendo ningún favor, ni se está ayudando a las PSD, se está generando un proceso para que sus derechos sean ejercidos. Por esto, es importante cambiar en la mente de las personas, en el trato diario y en todos los informes, la palabra «beneficiarios», por la de «ciudadanos atendidos».

La discapacidad no es eterna

Este eje estratégico parte de la siguiente premisa: si la discapacidad es una situación, queda abierta la esperanza de solucionar el problema, y por tanto, afirmar que la discapacidad no es eterna.

En el diagnóstico se pudo evidenciar que existen muchos de los involucrados al centro que siguen mirando la discapacidad como algo innato a la persona, como algo constitutivo del ser, ante lo cual, hay que resignarse. Con la nueva misión propuesta para los ceprodís, que plantea acabar con los factores, situaciones, condiciones de discapacidad, es fundamental tener muy claro que esta premisa es incorrecta.

La discapacidad dejará de ser un problema, cuando la sociedad incluya socialmente a todos y todas, cuando las PSD tengan todos los mecanismos y garantías para el goce integral de sus derechos. Para esto se necesita la voluntad de los Estados, pero también la voluntad y las acciones de todas las instituciones y personas.

Es una labor que la debe realizar cada persona, desde su familia, desde su comunidad, desde su trabajo. Es una labor que involucra a las PSD, a sus familias, a la comunidad en donde se desenvuelven, a todas las instituciones públicas, privadas y a todas las personas en general, quienes somos discapacitadoras, aun cuando lo hagamos por ignorancia.

Con seguridad, cuando las PSD puedan gozar de todos sus derechos, su situación de discapacidad se habrá eliminado y entonces podrán ser personas con capacidades diferentes.

Procesos educativos personalizados

Este eje estratégico se ha planteado en función del problema de estandarización de los servicios con los que cuentan los ceprodís, lo cual vuelve ineficaz los resultados esperados. En párrafos anteriores se resaltaba las complejas

y diversas problemáticas que tiene cada PSD; por tanto, lo mínimo esperado es que la propuesta del centro responda de manera eficiente a cada problemática. Si bien es importante contar con una base estandarizada de servicios, esto no se contradice con la posibilidad de personalizarlo, de acuerdo con la realidad, contexto, anhelos y sueños de cada PSD.

A continuación algunos elementos importantes a considerar, al respecto de este eje estratégico:

- *Es importante interactuar con la diversidad de las personas:* Las PSD deben estar preparadas para atender a todas las personas desde su diversidad. No se puede tratar a todos y todas por igual, porque cada situación y cada vida es diferente. Cada persona que es atendida en el centro debe sentirse acogida, querida, importante, valorada, debe darse cuenta que el servicio que le están prestando ha sido pensado para ella en especial.
- *Creación conjunta de experiencias personalizadas:* La experiencia que debe tener cada persona que hace un proceso de atención en el centro debe ser especial. No es posible estandarizar la atención, pues el proceso que se emprenda con cada persona es diferente en cada caso. El centro de atención no ofrece un conjunto de recetas que deben ser aplicadas, el proceso es construido con la participación de muchos actores: la familia, la comunidad, la persona en situación de discapacidad y el centro de atención; por esto, cada proceso resulta diferente y es personalizado.

DE CEPRODIS A CAIDIS

En la visita realizada a los ceprodis, se constató que cada uno tiene una manera diferente de traducir el acrónimo «ceprodis»; a través de los letreros principales, a la entrada de los centros, así tenemos:

- Ceprodis Quito: Centro de protección para discapacitados.
- Ceprodis Cuenca: Centro de protección para las discapacidades.
- Ceprodis Loja: Centro de protección para personas con capacidades diferentes.

Esto sin duda refleja una falta de claridad al respecto del enfoque, los servicios y la manera de abordar las discapacidades. El nombre debe condensar la propuesta de servicios que tiene el centro por lo cual se convierte en un elemento fundamental.

El nombre que desde esta propuesta planteamos es: *centros de atención integral a las discapacidades (caidis)*. Este nombre sugiere dos elementos que son fundamentales en la propuesta de fortalecimiento:

1. Atención integral. Plantea una manera de abordar a la integralidad de los derechos de las PSD.
2. Orientación a las discapacidades. No se orienta hacia las personas que viven una discapacidad, sino a las discapacidades en sí mismas, es decir, a las situaciones, condiciones o limitaciones que causan la discapacidad. Desde esta óptica, el centro trabaja con las familias y con la comunidad en general.

A lo largo de este capítulo, se abordará con mayor profundidad lo que significa la atención integral y la focalización en las discapacidades.

Estructura base de los caidís

Se propone que los centros organicen su atención en función de tres públicos objetivo: la comunidad, las PSD y sus familias.

Área de trabajo con la comunidad

Tendría las siguientes responsabilidades:

- Sensibilización, asesoría y capacitación a empresas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como a la comunidad en general, sobre la inclusión social y laboral de las PSD.
- Acompañamiento a las empresas y a las PSD del centro para la efectiva inclusión laboral y social.
- Campañas de difusión y sensibilización sobre la inclusión social de las PSD.
- Articulación de acciones con otras organizaciones, con el fin de fortalecer las existentes.
- Coordinación con otras organizaciones para garantizar los derechos de las PSD.

Área de trabajo con las familias de las PSD

Tendría las siguientes responsabilidades:

- Sensibilización, asesoría y capacitación a las familias sobre la corresponsabilidad que tienen en la inclusión social de las PSD. Empoderar a las familias de la corresponsabilidad que tienen en la garantía de los derechos de las PSD.
- Asesoría y acompañamiento para garantizar los derechos que tienen las familias de las PSD.
- Asesoría y acompañamiento para que las familias tengan los ingresos económicos necesarios que les permitan tener una vida digna junto a las PSD.

- Capacitación a las familias sobre las formas adecuadas de interacción con las PSD.

Área de trabajo con las PSD

Tendría las siguientes responsabilidades:

- Diagnosticar la situación que tiene cada PSD para la construcción del plan individual de atención.
- Elaborar, ejecutar, acompañar y evaluar el plan de atención de cada PSD.
- Acompañamiento para la inclusión social de la PSD.
- Acompañamiento para la inclusión laboral de la PSD.

Fases del proceso de atención para las PSD

En esta parte de la propuesta se presenta lo que podría ser el proceso para el diagnóstico y construcción del plan individual de atención.

Diagnóstico integral

Esta es la primera fase del proceso que inicia una vez que la PSD llega al centro de atención. Se parte del criterio de que toda persona que ingresa tiene que hacer un proceso y el centro es el responsable de su acompañamiento. El objetivo de la etapa es conocer la situación general de la discapacidad que vive la persona y es fundamental para que posteriormente se pueda realizar un plan de atención que garantice su protección integral efectiva.

Al tratarse de un diagnóstico integral, debe ser realizado por un equipo interdisciplinario que permita valorar realmente el ejercicio de derechos en esta persona, considerando todas las dimensiones del ser humano. Por esto, también en el diagnóstico deben intervenir las personas que conforman el entorno de la persona, como su familia, amigos y amigas, compañeros y compañeras de trabajo o estudio. Además, es importante considerar los procesos realizados por la persona en algún otro centro de atención.

Por otra parte, es importante considerar que los resultados obtenidos en el diagnóstico sean el producto de un consenso entre el equipo interdisciplinario, la PSD y su familia.

Responsables del diagnóstico

En el centro de atención debe haber un equipo interdisciplinario que realiza el diagnóstico. Este equipo estará conformado de la siguiente manera:

1. Sociólogo o socióloga, trabajador o trabajadora social: Será el responsable principal del diagnóstico. Deberá coordinar al equipo interdisciplinario y por ende deberá coordinar el diagnóstico en general. Además será el responsable principal del acompañamiento en el plan de atención.
2. Psicólogo o psicóloga: Será el responsable de valorar todos los aspectos psicológicos planteados en los indicadores de las fichas de diagnóstico.
3. Médico: Será el responsable de valorar todos los aspectos relacionados a la salud y rehabilitación, planteados en los indicadores de las fichas de diagnóstico.
4. Abogado o abogada: Será el responsable de valorar todos los aspectos relacionados al cumplimiento e incumplimiento de la ley, planteados en los indicadores de las fichas de diagnóstico.

Metodología

Elaboración de un plan de diagnóstico

Cada situación de discapacidad es diferente, por esto no es posible estandarizar unos procedimientos de atención o de diagnóstico, sino que involucra pensar unos procedimientos personalizados para cada situación. El plan de diagnóstico pretende responder a este problema y tiene por objetivo plasmar la forma como se realizará el diagnóstico integral de cada persona en situación de discapacidad, su familia y la comunidad.

Para realizar el plan de diagnóstico, la persona responsable en el centro se entrevistará con la persona en situación de discapacidad y/o la persona que conozca bien su situación. En la mayoría de casos esta persona es su madre, quien además suele ser quien está a cargo de su cuidado. En este primer acercamiento se deberá consignar la siguiente información básica:

- Datos personales (nombres, apellidos, número de cédula de identidad, número de carné del Conadis, números de teléfono convencional y celular).
- Datos personales de su familia (padre, madre, hermanos, hermanas, esposo, esposa).
- Datos personales de las personas con quién vive.
- Datos sobre el domicilio.
- Datos laborales (lugares donde ha trabajado, trabajo actual, logros y/o problemas enfrentados).
- Datos sobre el estudio (estudios realizados, instituciones, logros y/o problemas enfrentados).
- Datos sobre desenvolvimiento en la comunidad (problemas y/o logros realizados).
- Características de la discapacidad que vive (principales dificultades).

- Procesos de rehabilitación realizados.
- Procesos de atención psicológica realizados.
- Otros ambientes o espacios en los que participa (deportivos, culturales, sociales, políticos, religiosos, etcétera).

Esta información le permitirá al responsable del diagnóstico tener un panorama general sobre la situación que vive la PSD y su familia, para luego planificar la intervención. Con este insumo se deberá abrir un expediente en donde se anotará y guardará toda la información relacionada al proceso emprendido. A cada expediente se deberá asignar un código de proceso que permita ubicarlo con facilidad.

Las principales acciones que se realizarán en el diagnóstico son: entrevista a la persona en situación de discapacidad, a su familia, y personas representativas; visita al lugar de residencia, lugar de trabajo, estudio u otro espacio donde se desenvuelva; chequeo médico y psicológico. Sin embargo, dependerá de la persona responsable considerar las acciones pertinentes de modo que se asegure un diagnóstico integral.

La planificación del diagnóstico se realizará en la siguiente matriz:

<i>Acciones</i>	<i>Participantes</i>	<i>Responsable</i>	<i>Fecha</i>	<i>Lugar</i>	<i>Herramientas</i>

Entrevista con la persona en situación de discapacidad

Todo el equipo interdisciplinario deberá reunirse con la PSD y crear primeramente un ambiente de familiaridad y de confianza, de modo que pueda ser sincero al contestar las preguntas que se formularán. Si es necesario, por la condición o situación de la persona, puede acompañar en la entrevista su madre o la persona a quien le tenga confianza. Lo importante es que la entrevista no se convierta en un interrogatorio al estilo policial, sino que sea un diálogo agradable y fraterno.

Se deberá procurar que las respuestas las realice la misma PSD, de modo que se pueda conocer su percepción al respecto. Si hay preguntas que no puede contestar, no hay problema con ello, puesto que se las puede constatar posteriormente en la entrevista a su familia, la comunidad o mediante la observación directa.

En esta entrevista se sugiere utilizar las tres fichas:

- Ficha 1: Sobre la situación de la PSD;
- Ficha 2: Sobre la situación de la familia, y
- Ficha 3: Sobre la situación de la comunidad.

Sin embargo, esto dependerá mucho del plan de diagnóstico elaborado, puesto que cada situación es diferente y habrá ocasiones en las que la persona en situación de discapacidad estará en condición de valorarse a sí misma, a su familia y a la comunidad, lo cual posibilitaría la utilización de las tres fichas y, en otras ocasiones, esto no será posible. Todas estas situaciones específicas de la PSD, deben ser consideradas dentro del plan de diagnóstico.

Entrevista con la familia

Todo el equipo interdisciplinario deberá reunirse con la familia de la PSD, procurando las mismas condiciones descritas anteriormente. En el plan de diagnóstico se deberá contemplar con qué miembros de la familia se realizará la entrevista y si es procedente o no reunirse con todos por igual o a través de entrevistas separadas. Para esta entrevista se deberá utilizar las tres fichas ya mencionadas.

Entrevista con otras personas relacionadas a la PSD

Dependiendo de la realidad de cada persona, en el plan de diagnóstico se considerará entrevistas con personas que se consideren importantes, influyentes o relacionadas con la vida de la PSD. Estas personas pueden ser: la profesora o profesor de la escuela, el director o directora de algún centro, el enfermero o enfermera, la vecina o vecino, el jefe del trabajo, el amigo a la amiga, la enamorada o enamorado. Cualquier persona que por su condición de relación con la PSD pueda brindar información que resulte valiosa para tener un diagnóstico integral.

Al igual que en las entrevistas anteriores, para esta entrevista se deberán utilizar las tres fichas ya indicadas.

Visita al lugar de residencia de la PSD

Con la visita se podrá responder a muchas de las preguntas planteadas en las fichas y se podrá constatar algunas que ya han sido respondidas. Es importante que antes de realizar la visita se realice un pequeño plan de acción, a partir de la información que ya se tiene a través de las entrevistas, detallando lo que se quiere constatar o averiguar. Los objetivos de recolección de información, planteados en el plan de visita, deben procurar conseguirse sin que la PSD o su familia se den cuenta. Esto es importante para que quienes reciben la visita no se sientan presionados o exigidos y se abran al diálogo sin ningún condicionamiento.

La visita tiene por objetivo constatar la información proporcionada y conocer las condiciones en las que vive la PSD, su familia y la comunidad en la que se encuentra el hogar, resulta muy importante porque hay aspectos relacionados con la discapacidad que únicamente puede darse cuenta de estos

conociendo el lugar de residencia, así por ejemplo, las dificultades arquitectónicas que impiden la inclusión. Quien realice la visita deberá utilizar muy bien la herramienta de la observación.

La visita debe tornarse en clima de confianza y debe hacerse conocer bien a la familia el objetivo que tiene. La visita no consiste en un chequeo de condiciones, sino en un acercamiento directo a la realidad en la que vive la PSD, para que desde esa realidad se construya un plan de atención.

Visita a los lugares donde se desenvuelve la persona

Existen ambientes o espacios en los que se desenvuelve la PSD, que por su importancia deben ser visitados con el objetivo de ampliar la visión del diagnóstico. Estos lugares pueden ser la escuela, el lugar de trabajo, el club en el que participa, entre otros. Dependiendo de la realidad de cada persona, en el plan de diagnóstico se considerará las visitas que se crean pertinentes.

Durante las visitas es importante que se converse con las personas relacionadas a la PSD y se escuche sus apreciaciones. Al igual que lo planteado para las visitas a la familia, se deberá elaborar un plan de visita en donde se programará lo que se desea conseguir y cómo se lo va a realizar.

Chequeo médico

El chequeo médico no constituye un retroceso al modelo médico. Como se puede notar en esta propuesta, el chequeo es un componente de todo el proceso de atención que se da a una PSD, a su familia y la comunidad. Esto, porque no se puede desconocer que existen personas que necesitan procesos de rehabilitación para conseguir un mejor desenvolvimiento, amplía sus potencialidades y capacidades. La rehabilitación no es por tanto, un mecanismo para acercar a la «normalidad» a las personas, sino un proceso que procura ampliar sus potencialidades y capacidades.

El chequeo médico es una valoración general del estado de salud de la persona, para que sobre esta base se plantee un plan de rehabilitación, en caso de ser necesario. Es importante que se consideren procesos de rehabilitación realizados anteriormente, en caso de haberlos.

Diagnóstico psicológico

Esta área del diagnóstico pretende valorar el estado psicológico de la persona. Es importante considerar que la suma de exclusiones, diversidad de enfoques, discriminaciones o malos tratos, que en muchos casos sufren las personas producto de su situación de discapacidad, pueden generar trastornos o traumas psicológicos que necesitan ser tratados por un profesional.

El psicólogo o psicóloga, aplicará la metodología y herramientas de diagnóstico que considere convenientes para cada situación.

Observación

Esta técnica en el diagnóstico es de suprema importancia y por ello debe ser considerada en todas las acciones que se realicen en el proceso de construcción del diagnóstico. Significa estar muy atento para observar todos los detalles presentes durante las entrevistas o las visitas. A partir de la observación se generarán preguntas que aclararán dudas o develará la situación real que vive una persona.

Por esto, es muy importante que los responsables del diagnóstico anoten todo lo observado para que luego en la reunión del equipo se saquen las conclusiones.

Reunión del equipo interdisciplinario

Una vez realizadas todas las acciones relacionadas a la recopilación de información y el conocimiento integral de la situación que vive cada PSD, su familia y la comunidad, es necesario que el equipo interdisciplinario se reúna para hacer un análisis de lo recopilado.

En esta reunión se sacarán conclusiones sobre las valoraciones que corresponden a los indicadores planteados en las fichas de diagnóstico y se elaborará la propuesta de plan de atención para cada PSD, su familia y la comunidad.

Elaboración de un plan de atención

El proceso de diagnóstico y evaluación se debe materializar en un plan de atención para cada PSD y su familia. El objetivo de esta etapa es consolidar una propuesta de atención personalizada, desde la situación de discapacidad de cada persona y desde la realidad de su familia y comunidad.

El plan de atención significa la organización de las acciones que se emprenderán, la coordinación y concreción de los compromisos asumidos por el centro de atención, la PSD y su familia. Es un proceso de construcción colectiva que debe pensarse como un componente del proyecto de vida de cada persona. El plan de atención no es una receta para una persona, es un plan de acompañamiento que involucra a muchos actores.

Lo que se pretende con este instrumento es generar las condiciones necesarias para garantizar la protección integral de las PSD. Esto significa el reconocimiento de las PSD como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato.

Con la metodología y los enfoques planteados, la PSD no es considerada un objeto a quien intervenir, sino como actores del plan, junto a su familia y la comunidad. Lo que se interviene a través del plan es la discapacidad, sabiendo que esta es la imposibilidad provocada por varias causas, para el pleno desenvolvimiento de una persona. Conocemos que quienes coadyuvan a que la discapacidad se mantenga son: la comunidad, la familia y la misma persona, por esto, es importante que todos intervengan en el diseño del plan. El rol que cumple el centro de atención es el de coordinar, viabilizar y orientar las acciones de los diferentes actores.

Otra característica importante del plan de atención es que debe ser dinámico y flexible. Si bien se establecen acciones concretas con cronogramas y responsables, es importante que no se convierta en una camisa de fuerza, sino que en la medida que se lo comienza a implementar pueda ser revisado y redireccionado por quienes lo han formulado y adquirido compromisos (familia, centro, persona en situación de discapacidad, comunidad). Es un ejercicio de evaluación continua y por ende de mejoramiento constante. Sin embargo, no hay que olvidar que este ejercicio de revisión permanente debe ser un proceso analizado, coordinado y dialogado entre todos los actores.

Proceso de formulación del plan de atención

Elaboración de la propuesta de plan de atención

El equipo interdisciplinario, una vez que ha realizado todas las acciones para el diagnóstico, y se ha reunido para analizar y sacar las conclusiones sobre el mismo, deberá elaborar una propuesta de plan de atención. La propuesta del plan deberá ser realista en la formulación de acciones y metas que se quieran conseguir, de modo que no se caiga en simples intenciones que nunca se hacen efectivas. Para el diseño del plan se propone una matriz que contendrá los siguientes elementos:

Datos personales básicos: Se refiere al nombre de la PSD, su edad, sexo y el código de proceso que le fue asignado durante el diagnóstico.

Derecho: Se anotará todos los derechos sobre los cuales se intervendrá. Estos derechos constan en las fichas de diagnóstico. No es requisito que se anoten todos los derechos, sino únicamente aquellos sobre los cuales se intervendrá con el plan de atención.

Problema: Se anotarán los problemas encontrados. La base de problemas encontrados se encuentra en las fichas de diagnóstico, anotados como indicadores de incumplimiento de derechos. Por ejemplo, barreras arquitectónicas que dificultan el acceso físico de las PSD. Este es un problema concreto que debe constar en las fichas de diagnóstico.

Ámbito de intervención: Se refiere al lugar, espacio y persona relacionada directamente con el problema. Para el ejemplo citado anteriormente, respecto a las barreras arquitectónicas que dificultan el acceso físico de las PSD, el ámbito de intervención es su residencia.

Acciones: Es lo que se va hacer para solucionar los problemas planteados. Las acciones se enmarcarán en lograr un real ejercicio de los derechos de las PSD.

Responsable: Es el actor que se responsabilizará de la acción. Puede ser que el responsable sea el centro, en este caso es importante que se anote la persona, área o departamento que se hará responsable. En muchas acciones serán responsables la familia o alguno de sus miembros. En otras acciones será responsable la misma PSD. En otros casos será necesario responsabilizar algún amigo u otra persona, siempre y cuando este participe activamente del proceso. No se puede responsabilizar de alguna acción a alguien que desconoce del proceso emprendido.

Fecha/Tiempo: Es importante ubicar en el tiempo las acciones que se emprenderán. Lo que se deberá colocar en esta parte dependerá mucho del tipo de acción. Hay diversas maneras como se puede hacerlo, dependiendo del tipo de acción. Así por ejemplo: 2 de julio de 2009; permanentemente durante tres meses; de enero a julio; diariamente; etcétera. Lo importante es que esto nos sirva para posteriormente evaluar si se ha cumplido o no la acción. No es posible que se ponga, por ejemplo, algún día, porque esto no nos denota un tiempo o fecha concreta.

<i>PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL</i>					
Nombre de la PSD:					
Sexo:					
Edad:					
Código de proceso:					
<i>Derecho</i>	<i>Problema</i>	<i>Ámbito de intervención</i>	<i>Acciones</i>	<i>Responsable</i>	<i>Fecha/Tiempo</i>
Igualdad y no discriminación					
Toma de conciencia					
Accesibilidad					
Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias					
Igual reconocimiento como persona ante la ley					
Acceso a la justicia					
Libertad y seguridad de la persona					
Protección contra la tortura y tratos crueles					

<i>Derecho</i>	<i>Problema</i>	<i>Ámbito de intervención</i>	<i>Acciones</i>	<i>Responsable</i>	<i>Fecha/Tiempo</i>
Protección contra la explotación, violencia y abuso					
Protección de la integridad personal					
Libertad de desplazamiento y nacionalidad					
Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad					
Movilidad personal					
Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información					
Respeto del hogar y de la familia					
Educación					
Salud					
Habilitación y rehabilitación					
Trabajo y empleo					
Nivel de vida adecuado y protección social					
Participación en la vida política y pública					
Participación en la vida cultural, actividades recreativas, esparcimiento y deporte					

Socialización y ajuste de la propuesta del plan de atención

Una vez que se ha elaborado la propuesta del plan de atención se deberá hacer una reunión con la PSD y su familia para exponerles la propuesta. Si el equipo interdisciplinario lo considera conveniente, se puede invitar a alguna otra persona ya que el objetivo de este momento es vincularlos en el desarrollo del plan. Por esta razón se llama «propuesta de plan», porque hacen falta los aportes y observaciones de la PSD y su familia. Para esto es muy importante lo siguiente:

- Se les dé a conocer el enfoque con el cual se abordará la discapacidad y las razones por las que se decidieron las acciones propuestas en el plan.
- Se les explique claramente las responsabilidades que deben asumir y que están contenidas en la propuesta de plan.
- Se haga valer los aportes que puedan dar. Esto ayudará mucho para que ellos se involucren más fuertemente en el proceso.

Con sus propuestas se realizarán los cambios respectivos y se definirá el plan de atención integral.

Ejecución del plan de atención integral

Una vez definido el plan de atención integral lo que queda es ponerlo en marcha. Para que tenga éxito es fundamental el compromiso de todos los actores. Cada centro desde su realidad podrá acompañar el proceso. Como se mencionó anteriormente, no es indispensable que cuente directamente con todos los servicios, sin embargo, es muy importante que a través de otras instituciones se brinde todo lo necesario para que el proceso resulte exitoso.

No hay un tiempo determinado que dure el proceso. Al ser la discapacidad una realidad tan amplia y diversa, el tiempo del proceso será relativo a cada situación.

Evaluación del plan individual

La evaluación se refiere a la verificación real, constante y sistemática del proceso emprendido. Para esto, es necesario utilizar el plan de atención donde se definieron las acciones con tiempos y responsables bien definidos, y donde constan los problemas que a la vez sirven como indicadores de seguimiento.

Las evaluaciones deben hacerse periódicamente y en ellas deben participar todos los actores. Se debe realizar reuniones para este fin con la participación de los responsables del centro, la PSD y su familia. Sobre la base de estas evaluaciones se harán los ajustes que se consideren pertinentes al plan de atención. Se eliminarán los problemas que ya han sido solucionados, se incorporarán nuevos, se ajustarán o incluirán acciones para mejorar los resultados.

En el momento que la evaluación indique conveniente que la intervención del centro debe concluir, se lo hará. Sin embargo, el centro de atención debe continuar realizando un seguimiento, aunque con mayor distancia, acompañando la vida de la persona en situación de discapacidad y su familia. Para esto establecerán los mecanismos que se consideren pertinentes. Se lo puede hacer a través de encuentros anuales, visitas periódicas, etcétera. Lo importante es que nunca se pierda la relación creada entre el centro de atención, la persona que fue atendida y su familia.

Conclusiones

Los diferentes enfoques sobre las discapacidades y sobre las PSD, han condicionado la manera como las instituciones, los agentes sociales, el Estado y la sociedad civil han actuado y enfrentado los retos que plantean las discapacidades. Además han constituido la base de algunos modelos de atención a esta población. Muchas de estas visiones y enfoques, son las causantes de muchas muertes, discriminación, abandono, rechazo, etc. Conocer todos estos enfoques y modelos de atención, fraguados a lo largo de la historia, nos llevan a concluir que, efectivamente, la mayor discapacidad se encuentra en la mente de las personas, en una sociedad excluyente, incapaz de mirar y respetar la diferencia. Una sociedad que piensa en personas diferentes y se estructura no homogéneamente, sino considerando los derechos de todos y todas, rompe las situaciones de discapacidad que viven estas personas.

Luego del diagnóstico realizado en los ceprodís, se evidenció que los artículos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que tienen un nivel crítico muy sensible en su promoción o ejercicio, están relacionados a los derechos de: accesibilidad y movilidad; protección en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias; vivir en forma independiente y ser incluido en la comunidad; respeto del hogar y de la familia; habilitación y rehabilitación; participación en la vida política y pública; libertad de expresión, de opinión y acceso a la información; participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte.

A través de la propuesta de los caidís, detallado en el último capítulo de esta publicación; se logra dar una respuesta positiva a la pregunta planteada para esta investigación: ¿Cómo fortalecer la atención que brindan los ceprodís, desde un enfoque de inclusión, de protección integral, y de la discapacidad, como situación?

Bibliografía

- Abramovich, Víctor. 2004. «Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo en América Latina». Santiago de Chile, CELS. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. 1948.
- Ferrari, Giselle. 2009. «Industria de la discapacidad en Argentina». Curso abierto sobre discapacidades. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Quito.
- Ferreira, Miguel, Carolina Ferrante y Eduardo Velásquez. 2009. «Un nuevo marco teórico-sociológico para la interpretación de la discapacidad: Teoría crítica, ciudadanía y género». Curso abierto de discapacidades, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Quito.
- García, Rafael. 2007. *Discapacidad, sistemas de protección y trabajo social*. Madrid: Alianza.
- Guevara Correa, Maritza. 2004. «Enfoque de un programa CRM (Customer Relationship Management): fidelización, aplicado a detallistas tipo AAA, para un productor de confitería en la ciudad de Quito». Tesis de Maestría en Dirección de Empresas. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Quito.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2007. *Lineamientos técnicos para la organización del Sistema de Atención para la Atención Integral*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Leiva Zea, Francisco. 2000. *Nociones de metodología de investigación científica*. 5a. ed. Quito: Grupo Leer.
- Ley Orgánica de Discapacidades*. 2012. Ecuador.
- MIES-Subsecretaría de Protección Familiar. 2007. «El enfoque de protección integral». Documento elaborado para discusión, Quito.
- Motta, Paulo. 2001. «Transformación organizacional». En *Redalyc*. Bogotá: Uniandes.
- Organización Mundial de la Salud. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Organización Mundial de la Salud.
- Parra Dussan, Carlos, y María Teresa Palacios. 2007. «Enfoque de derechos humanos en la política pública de discapacidades». *Civilizar, Ciencias Sociales y Humanas*, vol. 7, No. 13 (julio-diciembre) 97-114. <<http://www.redalyc.org/pdf/1002/100221524006>>.
- Torres Dávila, María Soledad. 2008. *Las discapacidades como diferencia*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Zimmermann, Arthur. 1998. *Gestión del cambio organizacional. Caminos y herramientas*. Quito: Abya-Yala.

ANEXO

Herramienta para el levantamiento de información sobre el cumplimiento de los artículos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Artículo	PREGUNTAS		RESPUESTAS		
			Quito	Cuenca	Loja
Igualdad y no discriminación	1	¿Han sentido discriminación por su situación de discapacidad en algún lugar? ¿En el interior de este centro todos son tratados por igual, o hay preferencias? ¿Cómo procede el centro cuando sucede algún tipo de discriminación?			
	2	¿Sienten que el trato al interior es igual entre todos? ¿Alguien se ha burlado de alguno de Ud.? ¿Cómo se tratan por el nombre o cómo?			
	3	¿Hay igualdad en el trato que reciben los hombres y las mujeres? ¿Las personas de diferentes pueblos, o personas con diversidad lingüística? ¿Personas con diversas discapacidades?			
	4	¿Ha existido algún tipo de discriminación al interior del centro? ¿Qué se hace cuando esto sucede?			
	5	¿Ha habido acciones o programas que el centro ha promovido para fomentar la igualdad y la no discriminación?			
Toma de conciencia	6	¿Han existido espacios para conocer y reflexionar sobre los derechos de las PD? ¿Cuáles?			
	7	¿Qué piensan sobre las PD? ¿Cuál es la causa de la discapacidad?			
	8	¿Se sienten felices de su situación? ¿Por qué? ¿Qué puede ayudar para que estén mejor? ¿Cómo puede ayudar el centro?			
	9	¿Existe algún tipo de acompañamiento personalizado? ¿Cómo es el proceso de acompañamiento a cada persona? ¿Hay alguna ficha? ¿Tienen reuniones constantes? ¿A quién se dirigen cuando hay un problema?			

Artículo	PREGUNTAS		RESPUESTAS		
			Quito	Cuenca	Loja
Toma de conciencia	10	¿Existe un plan de formación para cada persona? ¿Existe algún tipo de proyecto de vida? ¿Podría ayudar? ¿Cómo puede ayudar?			
	11	¿En qué se centra fundamentalmente el plan de formación del centro? ¿O es un plan únicamente de capacitación? ¿Qué les enseñan?			
Accesibilidad	12	¿Las personas con discapacidad física pueden movilizarse sin problema por el centro? ¿Hay barreras arquitectónicas? ¿Existe algún lugar peligroso? ¿Cómo pueden mejorarse?			
	13	¿Los talleres son inclusivos? ¿Por qué?			
	14	¿Los servicios higiénicos están diseñados para la inclusión de PD? ¿Cómo son?			
	15	¿Los espacios (talleres, salones) son cómodos? ¿Cuál es el estado en el que están? ¿Cómo pueden mejorarse?			
	16	¿Les gusta los espacios físicos del centro? ¿Qué mejorarían?			
	17	¿Para las personas no videntes, existe señalización en braille o algún otro tipo de sistema que les permita comprender las instalaciones?			
	18	¿Todos saben cómo interactuar con las diversas discapacidades? ¿Es decir, saben cómo guiar a una persona no vidente o cómo ayudar a una persona con discapacidad física?			
	19	¿Cuántas personas conocen el lenguaje braille?			
	20	¿Cuántas personas conocen el lenguaje de señas en el centro? ¿El personal? ¿Las PD?			
	21	¿Se ha emprendido alguna acción de trabajo con las familias para enseñar braille, lenguaje de señas, o mejorar sus viviendas para que no tengan barreras arquitectónicas?			
	22	¿Existe algún sistema para que las personas con discapacidad accedan a la información?			
23	¿Todos pueden acceder a tecnologías de la información? ¿Internet? ¿Cómo se logra el acceso de las personas no videntes?				

Artículo	PREGUNTAS		RESPUESTAS		
			Quito	Cuenca	Loja
Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias	24	¿Existe algún tipo de plan de emergencias? ¿Han existido simulacros por ejemplo por incendios o terremotos? ¿Están claras las funciones y roles en caso de algún evento adverso?			
Igual reconocimiento como persona ante la ley - Acceso a la justicia	25	¿Existe algún tipo de estrategia de asesoramiento jurídico a las PD? ¿Algún mecanismo para el acceso a la justicia? ¿Ha existido algún caso en el que se ha sentido la necesidad de contar con el apoyo de un asesor jurídico para ayudar a alguna PD?			
	26	¿Todos en el centro tienen cédula de identidad, carné del Conadis?			
Libertad y seguridad de la persona	27	¿En el centro existe algún mecanismo de privación de la libertad o encierro?			
Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	28	¿Cómo se corrige actos indisciplinarios? ¿Cuando alguien se porta mal, desobedece o no cumple una tarea qué le pasa? ¿Existe algún tipo de castigo? ¿Cuál?			
Protección contra la explotación, la violencia y el abuso - integridad personal	29	¿Se ha conocido de algún caso de abuso, explotación o violencia con alguna de las personas con discapacidad en el centro? ¿Existe algún tipo de apoyo por parte del centro hacia estas personas?			
	30	¿Qué mecanismos están estipulados en el caso de violencia, abuso o explotación de las personas con discapacidad? ¿Existe algún tipo de mecanismos para la detección, investigación y asesoramiento para el juzgamiento de casos de explotación, violencia o abuso a PD?			
	31	¿Se ha generado alguna capacitación a familiares y PD sobre la manera cómo prevenir, reconocer y denunciar de casos de explotación, violencia o abuso a PD?			
	32	¿Existe algún tipo de veeduría ciudadana o vigilancia de los representantes familiares o la sociedad sobre la atención que se brinda en los centros?			

Artículo	PREGUNTAS		RESPUESTAS		
			Quito	Cuenca	Loja
Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad-Libertad de desplazamiento y nacionalidad	33	¿Todas las PD están en el centro libremente? ¿El centro recibe PD que no estén de acuerdo en permanecer ahí?			
	34	¿Existe algún caso de abandono o marginación de las PD? ¿Qué acciones desarrolla el centro en estos casos?			
	35	¿Qué acompañamiento realiza el centro para lograr la inclusión de las PD en la comunidad-sociedad?			
	36	¿Existe algún tipo de vinculación comunitaria para ampliar la protección de las personas con discapacidad?			
	37	¿Existe algún programa de formación para apoyar a las PD a desenvolverse independientemente? ¿Cuál?			
Movilidad personal	38	¿Todas las personas con discapacidad pueden movilizarse independientemente, sin problemas, en las instalaciones del centro? ¿Qué dificultades existen?			
	39	¿Todas las PD del centro pueden movilizarse sin problema en la ciudad? ¿Qué dificultades existen? ¿Ha existido por parte del centro programas con alternativas tecnológicas, técnicas, humanas o animales para lograr la movilidad humana?			
	40	¿Existe conocimiento sobre formas de apoyo para lograr la movilidad de las PD?			
Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información	41	¿Las ideas de las PD pueden ser expresadas libremente por ellos? ¿A través de qué mecanismos se escuchan sus opiniones?			
	42	¿Existen actividades para evaluar la satisfacción del servicio que brinda el centro? ¿Con qué frecuencia? ¿Se toman en cuenta estas observaciones?			
	43	¿Existe alguna manera para facilitar a las PD información que por lo general lo reciben todos? ¿Periódico por ejemplo?			

Artículo	PREGUNTAS		RESPUESTAS		
			Quito	Cuenca	Loja
Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información	44	¿Se da alguna capacitación a las PD sobre lenguaje de señas, braille? ¿Todos en el centro lo conocen? ¿Creen que es necesario que todos conozcan?			
Respeto a la privacidad	45	¿Existe en el centro algún espacio que sea propio-privado para cada PD?			
Respeto del hogar y de la familia	46	¿Hay algún tipo de apoyo a las PD para que tomen sus propias decisiones respecto al noviazgo, matrimonio, familia, paternidad o maternidad? ¿Ha existido alguna dificultad?			
	47	¿Existe algún tipo de prohibición en el centro para que las PD tengan un enamorado o enamorada?			
	48	¿Ha existido algún tipo de capacitación y asesoramiento sobre planificación familiar, reproducción, derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo a su edad?			
	49	¿Han existido en el centro situaciones de separación de PD de su familia por algún motivo? ¿Qué ha hecho al respecto el centro?			
Educación	50	¿Existe algún tipo de alianza del centro para que además de las capacitaciones laborales las PD accedan a la educación?			
Salud	51	¿Cuándo se presenta alguna situación de enfermedad, cómo lo aborda el centro? ¿Hay un dispensario, o alianza con algún centro de salud cercano?			
	52	¿Cómo se logra el apoyo para el acceso a servicios de salud específicos sobre la discapacidad?			
	53	¿Existe algún programa de formación sobre salud sexual y reproductiva?			
	54	¿Quiénes atienden la salud de las PD tienen conocimientos sobre la manera de tratar a PD?			
	55	¿Las PD tienen algún tipo de seguro médico o de vida? ¿Es posible que se pueda conseguir algún tipo de seguro?			

Artículo	PREGUNTAS		RESPUESTAS		
			Quito	Cuenca	Loja
Habilitación y rehabilitación	56	¿Cómo se da el proceso de elección de la carrera en la cual quieren capacitarse las PD? ¿Existe algún tipo de evaluación o valoración sobre la vocación de las PD?			
	57	¿Están contentos con la capacitación que reciben? ¿Hay algunas otras actividades que fomenten otro tipo de habilidades de las PD?			
	58	¿Existen directa o indirectamente procesos de habilitación o rehabilitación para las PD?			
	59	¿Existen procesos de capacitación a las personas que atienden a las PD? ¿Sobre qué han sido capacitados en este año?			
	60	¿Las personas que trabajan en el centro son felices de estar ahí?			
Trabajo y empleo	61	¿Se ha logrado la inclusión laboral de algunas personas? ¿Qué porcentaje de las personas que ingresan al centro logran insertarse luego laboralmente?			
	62	¿Existe acompañamiento a la inclusión laboral de las PD? ¿Existe acompañamiento posterior para garantizar la estabilidad laboral?			
	63	¿Existen mecanismos de vigilancia para garantizar condiciones de selección justas, continuidad en el empleo, promoción profesional, condiciones de trabajo seguras y saludables, etcétera?			
	64	¿Existen convenios o formas de ubicación de empleo a las PD?			
	65	¿Qué carreras se tienen? ¿En función de qué estudio se tiene esta oferta? ¿No existe la necesidad de abrir nuevas oportunidades de carreras?			
	66	¿Existe algún programa para fomentar emprendimientos (pequeños negocios o empresas) con las PD y sus familias?			
	67	¿Existen programas de capacitación sobre el uso del dinero? ¿Es necesario?			

Artículo	PREGUNTAS		RESPUESTAS		
			Quito	Cuenca	Loja
Nivel de vida adecuado y protección social	68	¿El agua del centro es agua segura?			
	69	¿Existe algún tipo de acompañamiento o asesoramiento para el acceso de las PD a los servicios sociales?			
Participación en la vida política y pública	70	¿Existe algún tipo de organización que represente a las PD en el centro? ¿Cuál es su función? ¿Cómo es el proceso de elección?			
	71	¿Hay algún mecanismo de participación de las PD en la toma de decisiones o gobierno del centro?			
Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte	72	¿Existen espacios de participación cultural de las PD al interior del centro?			
	73	¿Existen iniciativas para que las PD tengan acceso a teatro, películas, televisión en formatos accesibles?			
	74	¿Existen iniciativas o mecanismos para lograr fomentar la participación de las PD en eventos culturales como: teatros, museos, cines, bibliotecas, servicios turísticos, monumentos y lugares de importancia cultural nacional?			
	75	¿Existen iniciativas o mecanismos para que las PSD desarrollen y utilicen su potencial creativo, artístico e intelectual?			
	76	¿Existen espacios de participación en actividades deportivas? ¿Cuales? ¿Se logra la participación de todos? ¿Frecuencia?			
	77	¿Existen espacios de participación en actividades recreativas? ¿Cuales? ¿Se logra la participación de todos? ¿Frecuencia?			
	78	¿Existen espacios de acceso a instalaciones recreativas, deportivas o turísticas?			

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

La Universidad Andina Simón Bolívar es una institución académica de nuevo tipo, creada para afrontar los desafíos del siglo XXI. Como centro de excelencia, se dedica a la investigación, la enseñanza y la prestación de servicios para la transmisión de conocimientos científicos y tecnológicos.

La Universidad es un centro académico abierto a la cooperación internacional, tiene como eje fundamental de trabajo la reflexión sobre América Andina, su historia, su cultura, su desarrollo científico y tecnológico, su proceso de integración, y el papel de la Subregión en Sudamérica, América Latina y el mundo.

La Universidad Andina Simón Bolívar es una institución de la Comunidad Andina (CAN). Como tal forma parte del Sistema Andino de Integración. Fue creada en 1985 por el Parlamento Andino. Además de su carácter de institución académica autónoma, goza del estatus de organismo de derecho público internacional. Tiene sedes académicas en Sucre (Bolivia), Quito (Ecuador), sedes locales en La Paz y Santa Cruz (Bolivia), y oficinas en Bogotá (Colombia) y Lima (Perú). La Universidad tiene especial relación con los países de la UNASUR.

La Universidad Andina Simón Bolívar se estableció en Ecuador en 1992. En ese año la Universidad suscribió un convenio de sede con el gobierno del Ecuador, representado por el Ministerio de Relaciones Exteriores, que ratifica su carácter de organismo académico internacional. En 1997, el Congreso de la República del Ecuador, mediante ley, la incorporó al sistema de educación superior del Ecuador, y la Constitución de 1998 reconoció su estatus jurídico, el que fue ratificado por la legislación ecuatoriana vigente. Es la primera universidad del Ecuador en recibir un certificado internacional de calidad y excelencia.

La Sede Ecuador realiza actividades, con alcance nacional e internacional, dirigidas a la Comunidad Andina, América Latina y otros ámbitos del mundo, en el marco de áreas y programas de Letras, Estudios Culturales, Comunicación, Derecho, Relaciones Internacionales, Integración y Comercio, Estudios Latinoamericanos, Historia, Estudios sobre Democracia, Educación, Adolescencia, Salud y Medicinas Tradicionales, Medio Ambiente, Derechos Humanos, Migraciones, Gestión Pública, Dirección de Empresas, Economía y Finanzas, Estudios Agrarios, Estudios Interculturales, Indígenas y Afroecuatorianos.

Últimos títulos de la Serie Magíster

Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador

- 187** Ernesto Flores Sierra, HETEROGENEIDAD Y ESQUIZOFRENIA EN LOS UNIVERSOS LITERARIOS DE JORGE ICAZA Y JOSÉ DE LA CUADRA
- 188** Sylvia Benítez Arregui, VOCES DE MUJERES DE LA PLEBE EN EL HOSPICIO DE QUITO: 1785-1816
- 189** Hugo González Toapanta, EL PERIÓDICO *LA ANTORCHA* Y LOS INICIOS DEL SOCIALISMO EN QUITO: 1924-1925
- 190** María Isabel Mena, LA BARONESA DE WILSON Y LAS METÁFORAS SOBRE AMÉRICA Y SUS MUJERES: 1874-1890
- 191** Raúl Zhingre, LA PARTICIPACIÓN CONSERVADORA EN ALIANZA DEMOCRÁTICA ECUATORIANA: 1943-1944
- 192** Fernando López Romero, «DIOS, PATRIA Y LIBERTAD»: ARTESANOS QUITENOS Y POLÍTICA (1929-1933)
- 193** Katerinne Orquera Polanco, LA AGENDA EDUCATIVA EN EL PERÍODO LIBERAL-RADICAL: 1895-1912
- 194** Silvana Sánchez Pinto, PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CONTROL PREVIO CONSTITUCIONAL EN EL PROCEDIMIENTO LEGISLATIVO
- 195** S. Gonzalo Herrera, DE LA LUCHA POR LA TIERRA A LA MODERNIZACIÓN CONSERVADORA
- 196** Miguel Ángel Bohórquez, MASCULINIDAD Y TELENOVELA: Entre la identidad y el estereotipo
- 197** Edgar Zamora, LA «POLÍTICA EXTERIOR» DE BOGOTÁ EN EL SIGLO XXI: Agenda política e institucionalidad para la internacionalización (2001-2013)
- 198** David Chávez, VALOR DE USO Y CONTRADICCIÓN CAPITALISTA: Una aproximación al pensamiento de Bolívar Echeverría
- 199** Fernando Vaca, DE LA REALIDAD A LA ACCIÓN PARA LOGRAR VENTAJAS COMPETITIVAS EN VENTAS: El *e-marketing* en las pyme de Quito
- 200** Jairo Eras, ROMPIENDO BARRERAS: Propuesta de atención integral a las discapacidades

Esta obra es una propuesta para la protección integral de los derechos de las personas en situación de discapacidad mediante los centros de atención del Estado.

Presenta los diferentes enfoques que los Estados y la sociedad han adoptado a lo largo de la historia para atender a las personas con discapacidad; además, muestra el proceso y los resultados obtenidos en una investigación realizada en los centros de protección para discapacitados (CEPRODIS) de Quito, Cuenca y Loja, sobre el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y, por último, propone un plan detallado, con la metodología y las herramientas necesarias, para el fortalecimiento en la atención a las discapacidades desde los enfoques de inclusión social y de protección integral de derechos, considerando a la discapacidad como una situación.

Con estos elementos, este libro se convierte en una herramienta de orientación para las políticas públicas con respecto a los centros de atención a personas con discapacidad, y un insumo importante para la reflexión y toma de conciencia de la ciudadanía en torno al rol que debe cumplir para romper las barreras que provocan la exclusión social.



Jairo Eras (Paute, 1981) es Licenciado en Ciencias de la Educación (2005) por la Universidad Politécnica Salesiana; Especialista Superior en Creación de Empresas (2008) y Magíster en Dirección de Empresas (2013) por la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Quito; además, cuenta con un Diploma en Juventudes y Sociedad en América Latina (2012) por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Ecuador, Quito, y un Certificado Internacional en Administración de Proyectos (2010) por el Instituto Tecnológico de Monterrey. Tiene amplia experiencia de trabajo en temas de educación no formal, inclusión social y gestión pública.

ISBN: 978-9978-84-899-9



9789978848999