

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

SUBSECRETARIA DE DISCAPACIDADES Y FAMILIA

DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

**PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**

***“Tenemos el deber moral de eliminar los obstáculos
a la participación de invertir fondos,
desarrollar conocimientos suficientes
para liberar el inmenso potencial
de las personas con discapacidad.***

***Los gobiernos del mundo no pueden
seguir pasando por alto a los millones de personas con discapacidad
a quienes se les niega el acceso a la salud, la rehabilitación,
el apoyo, la educación y el empleo,
ya los que nunca se les ofrece la oportunidad de brillar.”***

Stephen W Hawking

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO NORMATIVO	5
3. VISIONES Y MODELOS PARA ENTENDER LA DISCAPACIDAD	8
3.1 EVOLUCIÓN DE LOS PARADIGMAS PARA ABORDAR LA DISCAPACIDAD... 8	
3.1.2 Paradigma de la Rehabilitación..... 9	
3.1.3 Paradigma Derechos Humanos/ Inclusión /Vida Independiente/ No Discriminación..... 10	
4. ENFOQUES	10
4.1 ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS	10
4.1.1 PARTICIPACIÓN	11
4.1.2 INCLUSIÓN SOCIAL	11
4.2 INTERCULTURALIDAD	12
4.3 GÉNERO.....	12
4.4 INTERGENERACIONAL.....	12
4.5 CICLO DE VIDA.....	13
5. MODELOS CONCEPTUALES.....	13
5.1 Modelo médico.....	14
5.2 Modelo Social.....	14
5.3 Modelo Constructivista	15
5.4 Modelo de Grupo Minoritario o Político-Activista.....	15
5.5 Modelo Universal.....	15
5.6 Modelo de accesibilidad	15
5.7 Modelo Biopsicosocial	16
5.8 Modelo Ecológico	16
Estrategia de Rehabilitación Basado en la Comunidad	18
6. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL.....	18
6.1 LA DISCAPACIDAD	22
6.2 TIPOS DE DISCAPACIDAD Y SUS CARACTERÍSTICAS.....	22
6.2.1 Discapacidad motriz.....	23
6.2.2 Discapacidad sensorial.....	23

6.2.3 Discapacidad intelectual o mental	23
7. PROPUESTA DE ATENCION INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	23
7.1 DEFINICIÓN.....	24
7.2 POR QUÉ EL ENFOQUE BIOSICOSOCIAL	24
7.3 POR QUÉ EL ENFOQUE ECOLÓGICO.....	24
7.4 POR QUÉ EL ENFOQUE DE DERECHOS	24
8. OBJETIVOS	25
8.1 OBJETIVO GENERAL	25
8.2 OBJETIVOS ESPÉCIFICOS.....	25
9. RAZONES TÉCNICAS QUE SE CONSIDERAN AL DESARROLLAR EL MODELO	25
10. POBLACION A LA QUE SE DIRIGE LA PROPUESTA	25
11. AMBITOS DE LA MODALIDAD: PROGRAMAS DE LA PROPUESTA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	26
11.1 PROGRAMA INDIVIDUAL DESARROLLO DE HABILIDADES.....	26
11.1.1 OBJETIVO GENERAL.....	26
11.1.2 ÁREAS Y SUBÁREAS DE TRABAJO	27
(Anexo 1: Programa Desarrollo de Habilidades Individuales).....	28
11.2 PROGRAMA DE DESARROLLO DE CAPACIDADES A FAMILIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	28
11.2.1 OBJETIVO GENERAL	29
11.2.3 AREAS DE TRABAJO	29
11.1 PROGRAMA DE DESARROLLO DE CAPACIDADES COMUNITARIAS	29
11.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	30
11.3.2 AREAS DE TRABAJO.....	30
12. MODALIDADES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	30
12.1 SERVICIOS INSTITUCIONALIZADOS.....	30
12.1.1 CENTROS DIURNOS DE CUIDADO Y DESARROLLO INTEGRAL PARAPERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	30
12.1.2 CENTROS DE ACOGIDA INCLUSIVOS PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SITUACIÓN DE ABANDONO.....	31
12.2 SERVICIOS NO INSTITUCIONALIZADOS.....	32

12.2.1 ATENCIÓN EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD:	32
13. SISTEMA DE SEGUIMIENTO	32
14. ESTÁNDARES DE CALIDAD.....	33
14.1 ESTÁNDAR 1: SEGURIDAD, PROTECCIÓN Y RELACIÓN.....	33
14.2 ESTÁNDAR 2: INDIVIDUALIDAD.....	33
14.3 ESTÁNDAR 3: RESPETO A LOS DERECHOS.....	33
14.4 ESTÁNDAR 4: INFRAESTRUCTURA (Norma Técnica N° 0163).....	34
14.5 ESTÁNDAR 5: TALENTO HUMANO (Norma Técnica N° 0163).....	34
15. EMERGENCIAS Y RIESGOS	35
16. GLOSARIO	38

1. INTRODUCCIÓN

A partir del año 2007, el Estado Ecuatoriano marca cambios para la garantía de derechos de las personas con discapacidad con la generación de un marco normativo especializado, definición de políticas públicas, crea y organiza nueva institucionalidad, define competencias específicas en las áreas de salud, educación, empleo, accesibilidad, capacitación, política tributaria. “La Misión Solidaria “Manuela Espejo” efectuó 825.576 atenciones médicas a personas con discapacidad, se realizaron 21.062 consultas de genetistas y 35.257 consultas de otros especialistas. Asimismo, se registraron 26.095 casos de personas con discapacidad en situación crítica, aquellos en los que es urgente la atención del Estado”¹.

Para cumplir con estos mandatos constitucionales el MIES define su nuevo modelo de gestión con la finalidad impulsar la inclusión económica y social para las personas con discapacidad y sus familias, desde un enfoque basado en la persona, potenciando las capacidades de afecto, contención y conocimiento de sus familia y promoviendo el concepto de comunidad inclusiva, recupera su rol rector, define políticas de calidad y universalidad para sus servicios, en un sistema desconcentrado de servicios sociales.

La gestión del MIES se guía por los siguientes principios: Igualdad, inclusión y equidad, universalidad, integralidad y corresponsabilidad.

2. MARCO NORMATIVO

Las Convenciones tanto de Naciones Unidas como de la Organización de Estados Americanos, la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), ratificada por Ecuador el 4 de marzo de 2008 y en vigor desde mayo del mismo año, son instrumentos vinculantes de cumplimiento obligatorio para los países ratificantes, cuyo propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, así como promover el respeto a su dignidad inherente. La Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (OEA, 1999), en vigor desde septiembre 2001 y ratificada por Ecuador en marzo 2004, insta a los Estados Partes a adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, con la finalidad de eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena inclusión.²

¹ Proyecto ampliación de capacidades de las PcD y sus familias para la promoción y exigibilidad de derechos”

² Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades (2013-2017)

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por el Ecuador en 2008, es el resultado de muchos años de lucha por los derechos de las personas con discapacidad. Fue elaborada con la activa participación de gobiernos, organizaciones de derechos humanos, ONG`s y, sobre todo, organizaciones de personas con discapacidad.

Su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, además de promover el respeto de su dignidad inherente.”³

Los principios generales de la Convención, mencionados en el Artículo 3, son los siguientes:

El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;

La no discriminación;

La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;

El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;

La igualdad de oportunidades;

La accesibilidad;

La igualdad entre el hombre y la mujer;

El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

La Constitución de la República del año 2008, en sus Arts.11, 47, 48 y 49garantizan la protección y desarrollo integral de las personas con discapacidad y sus familias; posiciona a la planificación y a las políticas públicas como medios para lograr los objetivos del Buen Vivir. Además, establece como objetivos el propiciar la equidad social y territorial, promover la igualdad en la diversidad, garantizar derechos y concertar principios rectores de la planificación del desarrollo.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013plantea mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad de acuerdo a los siguientes objetivos: 1) Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad; 2) Mejorar las capacidades y potencialidades de la población; 3) Mejorar la calidad de vida de la población; 4) Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable ; 6)Garantizar el trabajo estable, justo y digno, en su diversidad de formas ; 7) Construir y fortalecer espacios públicos, interculturales y de encuentro común; 9) Garantizar la vigencia

³ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Art. 1

de los derechos y la justicia; 10) Garantizar el acceso a la participación pública y política; 12) Consolidar la transformación del Estado para el buen vivir.⁴

La Ley Orgánica de Discapacidades⁵ define a la persona titular de derechos en los siguientes términos:

“Para efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente en al menos un treinta por ciento (30%) su participación o limitada su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria”. (Art. 6).⁶

Por otra parte, el Artículo 86 de la Ley Orgánica de Discapacidades, entre otros, determina que las personas con discapacidad tienen derecho a la protección y promoción social por parte del Estado, que les permita el máximo desarrollo de su personalidad, fomento de autonomía y la disminución de la dependencia.

En el Art. 87 de la misma Ley, se establece las Políticas de Promoción y Protección Social, determina que la autoridad nacional encargada de la inclusión económica y social, es el MIES y tiene la competencia de: Fomentar la autonomía, goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, orientar y capacitar a las personas y las familias que tienen bajo su cuidado a las personas con discapacidad, en el buen trato y atención que deben prestarles; Promover de manera prioritaria la reinserción familiar de personas con discapacidad en situación de abandono y excepcionalmente insertarlas en instituciones o centros de referencia y acogida inclusivos, para lo cual la institución responsable asegurará su manutención mientras la persona con discapacidad permanezca bajo su cuidado; Incorporar de forma temporal o permanente a personas con discapacidad en situación de abandono en hogares sustitutos de protección debidamente calificados por la autoridad nacional encargada de la inclusión económica y social, asegurando su manutención mientras la persona con discapacidad permanezca bajo su cuidado; y, establecer mecanismos de participación, solidaridad y responsabilidad comunitaria para la integración e interacción social de las personas con discapacidad y sus familias;

El Ministerio de Inclusión Económica y Social en cumplimiento al mandato constitucional y la Ley Orgánica de Discapacidades define a través del Estatuto

⁴ Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.

⁵ Aprobada por la Asamblea Nacional, en segundo debate, en junio 2012.

⁶ Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades (2013-2017). Ecuador.

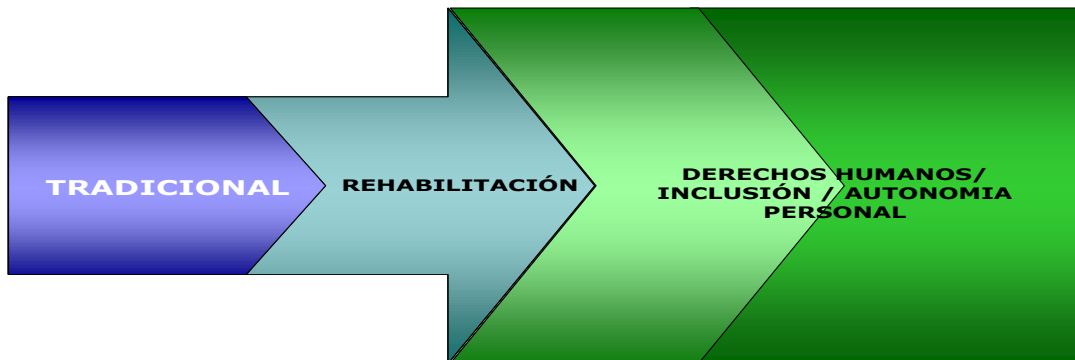
Orgánico por Procesos, mediante Acuerdo Ministerial No. 000154, de 8 de enero de 2013, su nuevo modelo de gestión y en su estructura institucional conforma la Subsecretaría de Discapacidades con las Direcciones de Inclusión Social, de Prestación de Servicios y de Familia, siendo la misión de la Dirección de Prestación de Servicios: “ Contribuir a la inclusión social de las personas con discapacidad y sus familias, a través de la prestación de servicios”.

El 10 de enero de 2013, se publica la Norma Técnica, con Acuerdo Ministerial No. 000163 que regula y viabiliza los procesos de implementación y funcionamiento de los servicios y modalidades de atención para las personas con discapacidad, con la finalidad de operativizar y homogenizar la prestación de servicios para este grupo de atención prioritaria a través de las siguientes modalidades:

Centros diurnos de cuidado y desarrollo integral para personas con discapacidad.
Centros de referencia y acogida inclusivos para el cuidado de personas con discapacidad en situación de abandono; y,
Atención en el hogar y la comunidad

3. VISIONES Y MODELOS PARA ENTENDER LA DISCAPACIDAD

3.1 EVOLUCIÓN DE LOS PARADIGMAS PARA ABORDAR LA DISCAPACIDAD



Las visiones y marcos conceptuales utilizados socialmente para abordar la discapacidad han evolucionado desde un tratamiento meramente asistencialista hasta una mirada basada en los derechos humanos. Sin embargo, las diferentes conceptualizaciones para abordar la discapacidad, en muchos casos, han coexistido simultáneamente, tanto a nivel histórico como filosófico, **compartiendo**

características comunes entre varios de los enfoques sin que se pueda distinguir un paradigma meramente puro.⁷

Para acercarnos a los cambios que se han dado en el transcurso del tiempo y la historia, a continuación se detalla los principales paradigma con los que se abordado la discapacidad:

3.1.1 Paradigma Tradicional

Aparece en los años de la Primera y Segunda Guerra Mundial, en este momento, la discapacidad es entendida como un problema de la persona; era común que se utilizaran términos tales como: minusválidos, impedidos, lisiados e inválidos.

Principales características de este paradigma:

- La persona con discapacidad no tenía contacto con el resto de la población.
- Los servicios para las personas con discapacidad eran proporcionados de modo benéfico, especialmente por instituciones religiosas.
- A nivel social, las personas con discapacidad se colocaban en la última de las clases, expuestos a toda clase de discriminación, abandono y hasta exterminio.
- Las personas con discapacidad se tratan como objeto dentro de los servicios médico-sanitarios brindados por el Seguro Social⁸

3.1.2 Paradigma de la Rehabilitación

Tiene su origen durante las condiciones sociales, económicas y políticas que acontecieron en la post-guerra; estas situaciones influyeron para que las personas con discapacidad pudieran recibir mayor atención.

Principales características de este paradigma:

- Afirma que el problema de la discapacidad se centra en la persona, sus deficiencias y sus limitaciones, debido a esto, se deben proveer servicios profesionales para lograr la rehabilitación de la persona.
- La persona con discapacidad es un sujeto pasivo, receptor de servicios.

⁷Carlos Egea García y Alicia Sarabia Sánchez VISIÓN Y MODELOS CONCEPTUALES DE LA DISCAPACIDAD, Artículos publicado en internet.

⁸Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Plan Estratégico 2004-2008, San José, Costa Rica. 2008.

3.1.3 Paradigma Derechos Humanos/ Inclusión /Vida Independiente/ No Discriminación

En este paradigma prevalece el ideal de una sociedad organizada en torno al desarrollo humano de todas las personas, basándose primordialmente en los derechos humanos, predominan las acciones orientadas a la reducción y eliminación de las situaciones de discriminación y exclusión de las personas con discapacidad. El Paradigma de Derechos Humanos reconoce a las personas con discapacidad con los mismos derechos económicos, sociales y culturales que disfruta la población en general.

Principales características de este paradigma:

- ✓ Rompe con la relación de dependencia y subordinación, colocando en un papel más activo a las personas con discapacidad hasta tomar la dirección de sus propias vidas.
- ✓ Toma fuerza la filosofía “Vida Independiente” que aboga por el ejercicio pleno de los derechos que las personas con discapacidad ostentan así como la autorepresentación, independencia y equiparación de oportunidades. Con esto se pretendía que las personas con discapacidad logaran una autonomía personal y una verdadera participación social en igualdad de oportunidades y bajo la eliminación de barreras físicas y sociales.

4. ENFOQUES

4.1 ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

La evolución del concepto de discapacidad ha pasado, en los últimos años, de un enfoque biomédico a un enfoque de derechos humanos. Este enfoque considera los aspectos individuales de la persona con discapacidad en relación con un contexto social, cultural y físico. Es esta mirada la que permite develar que las condiciones de interacción entre el individuo y el contexto, así definido, son las que determinan la magnitud de la discapacidad de un individuo su familia y la sociedad.

Cuando hablamos de derechos, es necesario aclarar, que no nos referimos a “derechos específicos”, para las personas con discapacidad, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad no establece

ningún derecho nuevo para las personas con discapacidad; más bien profundiza en lo que significan para las personas con discapacidad los derechos humanos existentes y aclara las obligaciones de los Estados para proteger y promover esos derechos.

Bajo este enfoque, la participación es la expresión del derecho, la inclusión es el reconocimiento social final de dicho derecho, y la calidad de vida superior es el resultado de la interacción de esto en un conjunto positivo de condiciones, acciones y resultados⁹, entre el Estado, la familia y la sociedad.

4.1. 1 PARTICIPACIÓN

Es un proceso gradual mediante el cual se integra al ciudadano en forma individual o colectiva, en la toma de decisiones, la fiscalización, control y ejecución de las acciones en los asuntos públicos y privados. Por lo tanto la Participación es un proceso de generación de conciencia crítica y propositiva en los y las ciudadanas, en la mejora sostenible de las condiciones de vida de la sociedad. Cuando participamos compartimos con otros nuestros objetivos, sueños problemas y también nuestras soluciones.

4.1. 2 INCLUSIÓN SOCIAL

El contexto social en el que se convive a diario está compuesto por una alta heterogeneidad poblacional, referida a una caracterización particular, denominada diversidad. Esta diversidad exige un compromiso de las diferentes partes para la sana convivencia, la oferta y prestación de servicios, así como el respeto y reconocimiento de su diferencia en la igualdad, entre otros, que permitan más que una integración, una inclusión total.

4.1.2.1 EL DESARROLLO SOCIAL INCLUSIVO EN EL ECUADOR

El desarrollo social inclusivo, se fundamenta en el diseño e implementación de acciones y políticas públicas para todos los ecuatorianos, para que puedan acceder a la igualdad de oportunidades, independientemente de su estatus social, género, edad, condición física y mental, etnia, religión, etc. El acceso a los servicios y bienes, a la educación, a la salud, al trabajo, a la recreación, al deporte, a la plena participación como ciudadano, al ejercicio de sus derechos sin restricción o condicionamiento alguno. (Vicepresidencia y CONADIS, 2007)¹⁰

“todas las actividades que se ofrecen a las demás personas sin discapacidad, respetando su derecho a la diferencia y no como una

⁹Seminario Internacional “Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas” realizado por el Ministerio del Trabajo, Ministerio de Salud, FONADIS, OMS/OPS, OIT, PNUD, UNESCO, Universidad Central y Ministerio de Educación en Santiago, Diciembre 13 y 14 de 2004.

¹⁰ Desarrollo Social Inclusivo, 2007 Vicepresidencia-CONADIS.

condición objeto de subestimación, discriminación, marginación y exclusión; y, el diseño universal comprende la construcción de productos y de ambientes que puedan ser utilizados por todas las personas, con seguridad y que, en la medida de lo posible, se ofrezcan sin necesidad de adaptaciones particulares”.

4.2 INTERCULTURALIDAD

Es fundamental el respeto a la diversidad cultural del Ecuador, incorporando elementos específicos culturales, sobre todo potenciando procesos inclusivos intergeneracional para personas con discapacidad.

La interculturalidad implica más que la dimensión étnica, hay otras identidades y/o lógicas que deben contemplarse, como educación, formación, migración, estrato socioeconómico y condiciones materiales, entre otras, pues cada una de ellas es producto de realidades culturales propias.¹¹

4.3 GÉNERO

El género es un concepto social empleado para identificar las diferencias entre mujeres y hombres como seres sociales, partiendo no de categorías sexuales naturales, sino de las relaciones que se entablan que vienen a desempeñar roles diferenciados basados en determinaciones ideológicas, sexuales, históricas, religiosas.

Si bien se ha avanzado en lo que a reconocimiento de los derechos y la igualdad de las mujeres, la situación de la mujer con discapacidad, no es conocida ni reconocida. Pese a que los movimientos feministas han promovido cambios para desarrollar la conciencia de las mujeres sobre sus derechos, tal premisa no ha alcanzado a las mujeres con discapacidad, debido al desconocimiento de los propios movimientos feministas de sus necesidades; y a la escasa y nominal atención del movimiento asociativo de la discapacidad sobre este asunto.¹²

4.4 INTERGENERACIONAL

Este enfoque permite comprender que todas las personas en sus diferentes etapas de vida (niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores) son importantes para la construcción de una vida en sociedad y por tanto ningún grupo atareo es más o menos importante que otro. Sin embargo, la consideración de principios como el interés superior y prioridad absoluta orientan la acción del Estado en edades tempranas.

¹¹ Salud Integral Incluyente, Medicus- Mundi, Navarra-España.

¹² Género e Interculturalidad, Mujeres Imágenes y Testimonios, Cuenca-Ecuador, 2004.

4.5 CICLO DE VIDA

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves.

5. MODELOS CONCEPTUALES

Los modelos conceptuales permiten integrar conocimientos, examinarlos desde una perspectiva particular y elaborar nuevas hipótesis y ofrecer un encuadre teórico que permite avanzar en la conceptualización y la intervención sobre una realidad. A continuación, en el marco de cada paradigma se detallan los modelos que se han ido construyendo y aplicando en diferentes temporalidades.

CUADRO DE PARADIGMAS Y MODELOS PARA ABORDAR LA DISCAPACIDAD

PARADIGMA	MODELOS
TRADICIONAL	Modelo Médico
REHABILITACIÓN	Modelo Social Modelo Constructivista Modelo de Accesibilidad
DERECHOS HUMANOS/INCLUSIÓN/VIDA INDEPENDIENTE	Modelo Social Modelo Constructivista Modelo Grupo Minoritario-Político Activista

	<p>Modelo Biopsicosocial</p> <p>Modelo de rehabilitación basado en la comunidad</p> <p>Modelo Ecológico</p>
--	---

Fuente: CNREE, 2005.

5.1 Modelo médico

Considera la discapacidad como un problema de la persona causado directamente por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. En este modelo se pretende conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio en su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.¹³

5.2 Modelo Social

Defiende que la concepción de la discapacidad es una 'construcción social impuesta, y plantea una visión de la discapacidad como clase oprimida. "El problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la discapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad" (Harlan Hahn, 1993). La mirada que nos entrega el modelo social permite entrar en el problema de la exclusión social de las personas con discapacidad, las cuales son etiquetadas, estigmatizadas, marcadas de por vida por el solo hecho de ser diferentes y colocadas en una posición de inferioridad, generando actitudes de rechazo, lástima, angustia, incomodidad y conductas de sobreprotección familiar, lo que conduce a tratarlos como personas incapaces de valerse por sí mismas, potenciarse y desarrollarse

¹³ Plan Estratégico 2010-2015. • CNREE, San José de Costa Rica.

5.3 Modelo Constructivista

Define el significado y consecuencias de la discapacidad de acuerdo con las actitudes, prácticas y estructuras institucionales más que por las deficiencias en sí (Schalock, 1997b). El propósito de quienes trabajan con este modelo, que inspiró la legislación norteamericana de los últimos años (The American with Disabilities Act) es reducir al máximo esas barreras físicas y sociales que limitan a los individuos con sus deficiencias (Verdugo, 1999a). Romper las barreras físicas, sociales y actitudinales existentes contra las personas con discapacidad es tan importante, sino lo es más, como curar las deficiencias físicas o mentales (Imrie, 1997)¹⁴.

5.4 Modelo de Grupo Minoritario o Político-Activista

Es una derivación del modelo social que subraya el papel que la discriminación institucional y el prejuicio desempeñan en moldear la experiencia de discapacidad. Las personas con discapacidad, para los seguidores de este modelo, son miembros de un grupo minoritario, como los negros y otras minorías étnicas, los pobres o los ancianos, que es discriminado en sus derechos (Barnes Mercer y Shakespeare, 1997), y que puede superar las barreras que afronta por medio de una acción colectiva de autoayuda y grupos de acción política (Schalock, 1997b)¹⁵.

5.5 Modelo Universal

En este modelo se asegura que la discapacidad es una condición universal un hecho presente e inherente a la persona humana, este modelo aboga por contextualizar a la persona tanto en el ámbito individual como en el entorno.

5.6 Modelo de accesibilidad

¹⁴ LA CONCEPCIÓN DE DISCAPACIDAD EN LOS MODELOS SOCIALES, Miguel Ángel Verdugo Alonso

¹⁵ EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN LOS SERVICIOS Y APOYOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL* Robert L. Schalock y Miguel Ángel Verdugo, *Hastings College, EEUU y Universidad de Salamanca (INICO)*

Basado en el principio de “normalización”¹⁶, donde las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como la de los demás. El principio de normalización se planteó inicialmente como “el derecho que tienen todos los niños a asistir a la escuela ordinaria de su localidad, sin posible exclusión”; sin embargo, este principio trasciende el ámbito escolar por lo que se inicia su aplicación en el campo social y laboral. Como se mencionó, el problema de este modelo radica en determinar lo que es normal y enfatizar en este diagnóstico, lo que lleva un pensamiento muy asistencialista.

5.7 Modelo Biopsicosocial

Es una integración de los componentes del modelo médico y del modelo social; este último ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no exclusivamente como una característica de la persona. Se enfatiza en la importancia de la expresión y la participación plena en todos los contextos ambientales capaces de influir positiva o negativamente sobre la persona con discapacidad y, por tanto, su manejo requiere de la participación de otros. El ser humano es el eje central, toma los elementos biológicos, psicológicos y las condiciones sociales

5.8 Modelo Ecológico

Este modelo se basa en la propuesta de Bronfenbrenner (1987), quien propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Dentro de esta teoría el desarrollo es concebido como un fenómeno de continuidad y cambio de las características bio-ecológicas.

Concretamente, Bronfenbrenner postula cuatro niveles o sistemas que operarían en concierto para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo de la persona:

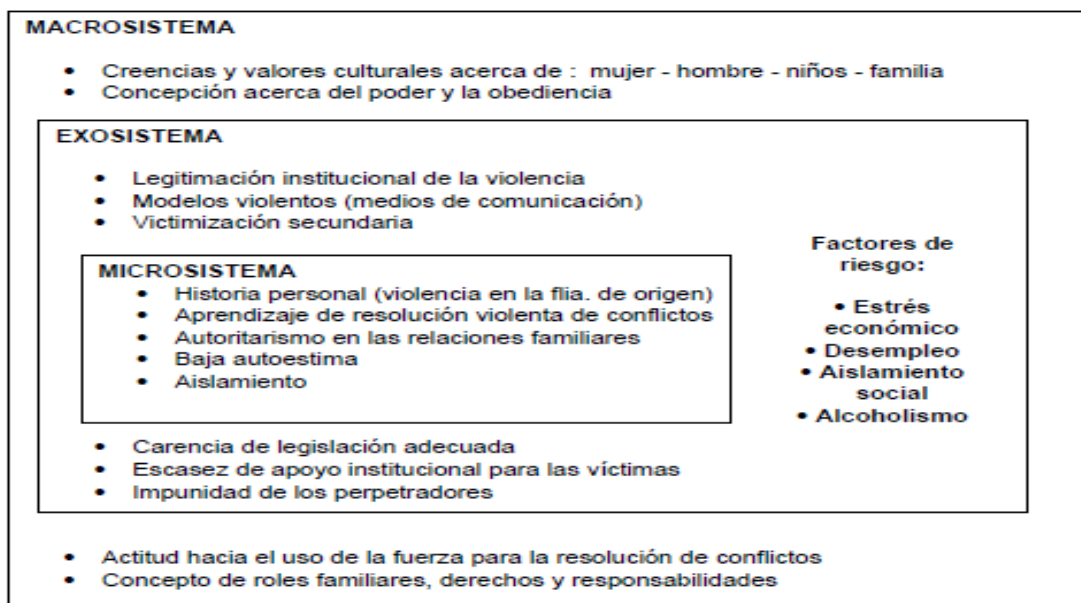
¹⁶“Normalización es la utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos, métodos, etc.), para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud, etc.) sean al menos tan buenas como las de un ciudadano medio, y mejorar o apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc.), apariencia (vestido, aseo, etc.), experiencias (adaptación, sentimientos, etc.), estatus y reputación (etiquetas, actitudes, etc.)” (García, 2000).

Microsistema: corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa (el individuo y la familia).

Mesosistema: comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social).

Exosistema: se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona si está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.).

Macrosistema: se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo-) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes.



Desde esta mirada, las experiencias de los seres humanos son únicas e individuales, y se relacionan básicamente con la percepción que tienen del ambiente, con el conocimiento aprendido en vivencias anteriores, con sus sentimientos, costumbres y tradiciones.

Estrategia de Rehabilitación Basado en la Comunidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas para la educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) consideran la RBC *como una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación*, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas en situación de discapacidad y la equiparación de oportunidades, la reducción de la pobreza y la inclusión social de las personas con discapacidad. También, se considera una *metodología de trabajo* que permite integrar de manera Coordinada los diferentes actores sociales (personas con discapacidad, familia, escuela, empleadores, Estado y sociedad civil) a través de la facilitación, (facilitador) en la búsqueda de alternativas orientadas a la integración social

6. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2011 el Informe Mundial sobre la Discapacidad. La importancia de este documento está en que se reúnen datos de personas con discapacidad de todo el mundo por primera vez.

Se espera que en años futuros, las cifras de personas con discapacidad aumenten, derivadas de enfermedades como diabetes, problemas cardiovasculares, cáncer o trastornos mentales.

Diez cuestiones básicas que el informe destaca sobre discapacidad:

- Más de 1.000 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad. Alrededor del 15% de la población mundial "tiene grandes dificultades para vivir normalmente" y cada vez serán más debido al envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas.
- Las poblaciones vulnerables son las más afectadas, pero no las únicas, los países de ingresos bajos registran una mayor prevalencia, sobre todo, entre las niñas y los niños las mujeres, los adultos mayores, y los adultos en condición de pobreza.
- Las personas con discapacidad reciben a menudo una atención sanitaria escasa. La mitad no puede pagar los servicios de salud, reciben peor trato e incluso se les niega la atención.
- Los niños y niñas con discapacidad tienen menos probabilidades de acudir a la escuela, sobre todo en los países más pobres.
- El desempleo es más frecuente. Las tasas de empleo son más bajas para los hombres con discapacidad (53%) y las mujeres con discapacidad (20%).

- Aumenta la vulnerabilidad a la pobreza. Alimentación insuficiente, vivienda precaria, falta de acceso a agua potable y saneamiento son situaciones habituales entre las personas con discapacidad, en especial, en países empobrecidos. Los ingresos también son más bajos, ya que deben abonar la atención médica o la asistencia personal.
- La rehabilitación refuerza la independencia, pero a menudo estos servicios son insuficientes.
- Por diferentes motivos, un porcentaje de personas no satisfacen su necesidad de apoyo por parte del entorno, incluidos amigos y familiares.

En nuestro país se han dado varias aproximaciones a la situación de las personas con discapacidad. La población del Ecuador es de 14'483.499 personas, de las cuales el 5.6% de la población ecuatoriana presenta algún tipo de discapacidad (INEC-CENSO2012), es decir más o menos alrededor de 815.900 personas, de los cuales 48,4% son hombres y 51,6% son mujeres. En el siguiente cuadro se visualiza el porcentaje de discapacidad por provincia de acuerdo al INEC-Censo 2010:

De acuerdo a los datos del CONADIS el número de personas con discapacidad carnetizadas es de **352.517** personas, con discapacidad, de las cuales 119.000 reciben el bono de desarrollo humano, distribuidas por provincias según el siguiente gráfico:

Id provincia	Provincia	Total personas con discapacidad	Total Personas con Discapacidad que reciben el BDH
1	AZUAY	25339	6355
2	BOLIVAR	5528	2180
3	CAÑAR	6341	1910
4	CARCHI	4995	1696
5	COTOPAXI	8882	2912
6	CHIMBORAZO	11917	4132
7	EL ORO	17347	6402
8	ESMERALDAS	12295	5303
9	GUAYAS	78862	28076
10	IMBABURA	9468	3174
11	LOJA	12887	5228
12	LOS RIOS	16858	6499
13	MANABI	41370	16960
14	MORONA SANTIAGO	4003	1280

15	NAPO	3689	1506
16	PASTAZA	2364	649
17	PICHINCHA	50253	9593
18	TUNGURAHUA	9967	3093
19	ZAMORA CHINCHIPE	3207	1361
20	GALAPAGOS	273	61
21	SUCUMBIOS	4709	2193
22	ORELLANA	4521	1400
23	SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	9260	3405
24	SANTA ELENA	8356	3454
90	ZONA NO DELIMITADA	0	283
TOTAL		352.517	119.105

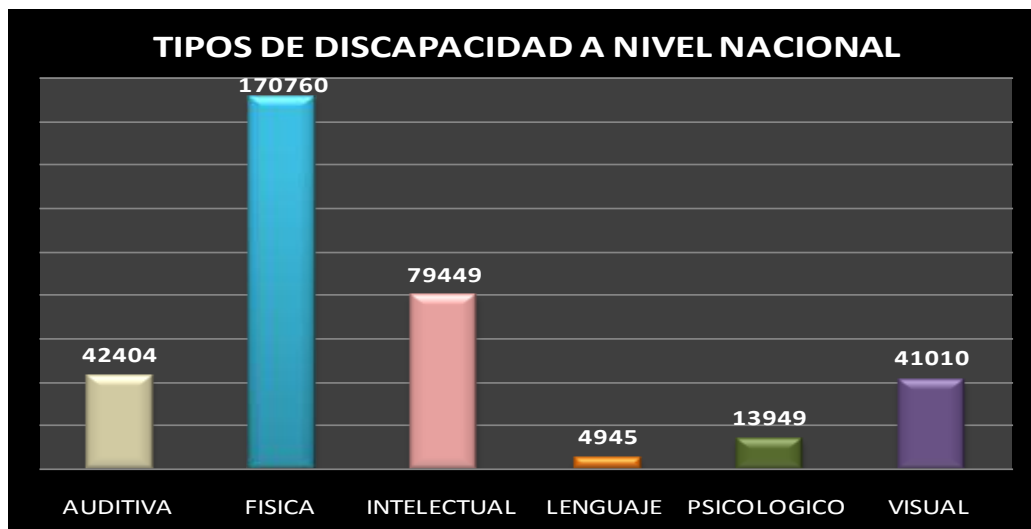
Fuente: CONADIS - PPS – RIPS 2013

Las provincias con mayor número de personas con discapacidad son las dos más pobladas: Guayas y Pichincha, le sigue en prevalencia la región amazónica.

Dentro de la caracterización de las persona con discapacidad es importante tomar en cuenta que dentro de esta población existen grupos que se encuentran en los diferentes niveles de pobreza (extrema pobreza; bajo la línea de pobreza; y sobre la línea de pobreza), en el siguiente cuadro se muestra el número de personas con discapacidad en los dos niveles de pobreza:



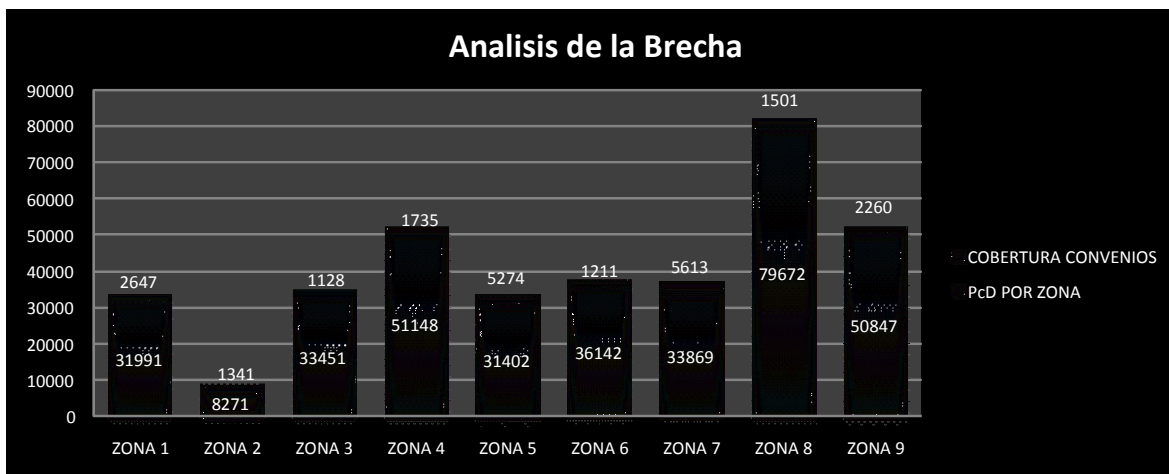
Es importante comprender que la discapacidad tiene variados factores causales, lo que determina que existan algunos tipos de discapacidad, como se visualiza en el gráfico:



Esta clasificación responde a fines estadísticos

En relación al total de personas con discapacidad registradas por el CONADIS que suman 356.793 personas con discapacidad para febrero del 2013, un total de 344.142 personas con discapacidad no están dentro de los servicios que el MIES presta, como se puede visualizar en el siguiente gráfico:

El Ministerio de Inclusión Económica y Social, como estrategia para brindar mejores condiciones de vida a través de la corresponsabilidad de la población, mantiene convenios de cooperación económica con Organizaciones de la Sociedad Civil y Gobiernos Autónomos Descentralizados y Centros de Atención Directa, que se encuentran en las 9 zonas, actualmente están atendiendo a una población de aproximadamente 22.710 personas con discapacidad a través de 218 convenios, entre directos y con la sociedad civil y GAD'S.



Fuente: base de datos de la Dirección de Prestación de Servicios, Subsecretaría de Discapacidades, MIES 2013.

6.1 LA DISCAPACIDAD

En la actualidad, la discapacidad es un tema de derechos humanos, siempre lo fue pero no estuvo visibilizado y menos aún reconocido con fuerza en las Constituciones y en las leyes. El concepto de ejercicio pleno de derechos de las personas con discapacidad es parte del paradigma del “Buen Vivir” o Sumak Kausay

El término "Discapacidad" se refiere a deficiencias físicas, mentales o sensoriales, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.¹⁷

La discapacidad surge cuando las personas tienen una condición sensorial, física o intelectual diferente, que les dificulta enfrentarse a barreras de acceso, sean sociales, culturales, materiales o físicas que para los demás ciudadanos no representa una dificultad. Por tanto es importante identificar las acciones que pueden optimizar el nivel de inclusión de las personas con discapacidad, determinando si el principal problema de la discapacidad, está en el entorno (barreras), en la ausencia de una atención adecuada, en la capacidad limitada de la persona o bien en la combinación de varios de los factores.

6.2 TIPOS DE DISCAPACIDAD Y SUS CARACTERÍSTICAS

¹⁷ Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2008, Comunidad de Madrid, www.madrid.org

Generalmente se percibe a la discapacidad como una condición permanente, invariable a lo largo del ciclo de vida de la persona. Es fundamental considerar que esta condición puede ser temporal o permanente y puede presentarse en diferentes niveles: leve, moderado y severa.

En base en las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)^{3/}, y en las experiencias contenidas en el documento de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, del Instituto Nacional de Estadística, Madrid, España (1999), se retomaron algunos criterios de clasificación adecuándolos a las características propias del proyecto censal. De aquí que la clasificación denominada "grupo", corresponda a discapacidades: sensoriales, motrices, intelectuales y múltiples.¹⁸

6.2.1 Discapacidad motriz

La discapacidad motriz se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada.

Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes o problemas del organismo.

6.2.2 Discapacidad sensorial

La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales, auditiva que ocasionan dificultades de comunicación con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales.

6.2.3 Discapacidad intelectual o mental

En la actualidad el concepto más empleado es el que propone la AAMR (American Association on Mental Retardation) en su edición de 1992 "El retraso mental se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.

7. PROPUESTA DE ATENCION INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

¹⁸OPS,ONU,Clasificación Tipo de Discapacidad, INEGI, Madrid-España, 1999

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”,

Primera frase de la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948

7.1 DEFINICIÓN

La propuesta se fundamenta en el nuevo paradigma de inclusión y los derechos humanos, que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho y poseedores de los mismos derechos económicos, sociales y culturales que disfruta la población en general; busca el fortalecimiento de las habilidades y potencialidades individuales y fomenta su participación activa en la familia y la sociedad e incidencia política.

7.2 POR QUÉ EL ENFOQUE BIOSICOSOCIAL

Al reconocer a la persona con discapacidad como un ser Biopsicosocial, tomando en cuenta que la persona es el centro de la atención, considerando las tres esferas (biológica, psicológica, social), Facilita, además, el reconocimiento de la familia y la comunidad como soporte fundamental para liderar la propuesta de vida de su familiar con discapacidad, mediante información y soporte permanente.

7.3 POR QUÉ EL ENFOQUE ECOLÓGICO

EL enfoque ecológico concibe al ser humano como un todo íntegro e integrador de sí y de su entorno inmediato, de su comunidad, ciudad, país en donde interactúa pasiva o activamente modificando los diferentes sistemas: personal, familiar, comunitario.

7.4 POR QUÉ EL ENFOQUE DE DERECHOS

El enfoque de derechos y deberes exige reconocer que las personas con discapacidad no pueden seguir siendo vistas como objeto de asistencia social, sino como sujetos con derechos y deberes, que necesitan ser incluidos, en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos, y reconocer finalmente su capacidad, su valor y el aporte que le brindan a sociedad en medio de su diversidad. Dicho enfoque plantea que los individuos deben reconocerse, asumirse y ser considerados como sujetos de derechos fundamentales inalienables, irrenunciables y universales. El Estado garantizará acciones de calidad y calidez en corresponsabilidad con la familia y la comunidad.

8. OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL

Promover la inclusión social y económica de las personas con discapacidad y sus familias, a través del desarrollo de sus habilidades, incremento de su autonomía y participación activa en la familia y la comunidad e impulsar el cambio de patrones culturales en relación a la discapacidad.

8.2 OBJETIVOS ESPÉCIFICOS

- Desarrollar las habilidades de las personas con discapacidad respetando sus características individuales y su condición de discapacidad con una visión integral de la persona, su familia y la comunidad favoreciendo su inclusión en el medio familiar y posteriormente en los diferentes ámbitos sociales.
- Fortalecer las capacidades familiares para lograr la autonomía de la persona con discapacidad, participación activa en las dinámicas familiares y en el medio donde se desarrolla.
- Desarrollar capacidades comunitarias para contribuir a la eliminación de barreras sean éstas afectivas, de movilidad o físicas, la promoción, protección y defensa de los Derechos de las personas con discapacidad.

9. RAZONES TÉCNICAS QUE SE CONSIDERAN AL DESARROLLAR EL MODELO

La Magnitud del Problema, es innegable que la discapacidad está ligada a la pobreza. El 50% de las personas con discapacidad están ubicados en los quintiles 1 y 2, es decir son 5.793.400 personas con los menores ingresos en el país (entre 0 a 30 dólares mensuales).¹⁹

10. POBLACION A LA QUE SE DIRIGE LA PROPUESTA

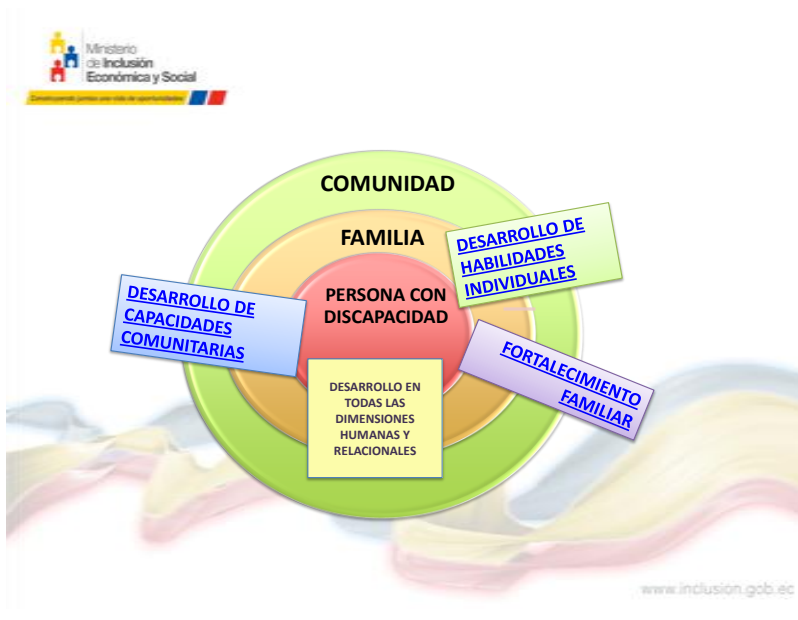
La propuesta está dirigida a las personas con discapacidad y sus familias del territorio nacional que requieran atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. El estado prestará especial protección a las personas en

¹⁹DATOS ACTUALES MCDS

condiciones de doble vulnerabilidad, de acuerdo a lo que establece el Art. 35 de la Constitución de la República.

11. AMBITOS DE LA MODALIDAD: PROGRAMAS DE LA PROPUESTA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El objeto fundamental de la propuesta, que tiene como referentes los modelos bisicosocial, ecológico y el enfoque de derechos, es la persona con todas sus potencialidades, destrezas, habilidades, en las cuales radicaremos nuestra acción, desarrollando al máximo su condición para su autonomía e inclusión en todos los niveles: familiares y comunitarios.



11.1 PROGRAMA INDIVIDUAL DESARROLLO DE HABILIDADES

Este es un componente que lo llamamos desarrollo de habilidades individuales en el convencimiento de que la discapacidad es una situación de una persona modificable de acuerdo al entorno familiar afectivo, al hábitat y a las oportunidades que los entornos le brinden a la persona con discapacidad; de allí que cada persona es producto de no solo de su condición de discapacidad sino de las condiciones de su familia y de su comunidad.

11.1.1 OBJETIVO GENERAL

El programa tiene como objetivo general estimular, habilitar o rehabilitar las habilidades de las personas con discapacidad respetando sus características individuales y su condición de discapacidad con una visión integral de la persona, su familia y la comunidad favoreciendo su inclusión en el medio familiar y posteriormente en los diferentes ámbitos sociales.

11.1.2 ÁREAS Y SUBÁREAS DE TRABAJO

El programa utilizara como referente el desarrollo de las habilidades que son el resultado de la maduración del sistema nervioso iniciado en la vida intrauterina e influenciado por los factores ambientales a partir del nacimiento (Luria y Vigosky). Para su valoración se han establecido una serie de hitos en las diferentes etapas del desarrollo. (Manual de pediatría) De ahí la importancia de una intervención que cubra las siguientes áreas y subáreas:

- Sensopercepciones
 - Desarrollo visual
 - Desarrollo auditivo
 - Desarrollo táctil
 - Desarrollo gustativo y olfativo
 - Sistema cenestésico

- Cognitiva
 - Atención
 - Memoria
 - Esquema corporal
 - Lateralidad
 - Conceptos nocionales

- Comunicación
 - Lenguaje expresivo
 - Lenguaje comprensivo
 - Comunicación alternativa
 - Funciones del comunicación

- Actividades de la vida diaria
 - Alimentación
 - Aseo
 - Vestido
 - Tareas del hogar

- Motricidad gruesa
 - Control postural
 - Desarrollo motor grueso

Resistencia a las actividades físicas
Dominio corporal
Marcha
Resistencia a las actividades físicas

- Habilidades sociales
Manejo de emociones
Interrelaciones personales
Integración a la comunidad
Destrezas de juego, deporte y recreación
- Habilidades Pre-vocacionales
Intereses y motivación
Coordinación visuomotora
Destrezas manuales
Habilidades de lecto-escritura
Habilidades de matemáticas
Uso de materiales
Uso de herramientas
- Hábitos de trabajo
Actitud hacia las actividades
Planificación y ejecución de las actividades
Integración y participación en el grupo de trabajo

(Anexo 1: Programa Desarrollo de Habilidades Individuales)

11.2 PROGRAMA DE DESARROLLO DE CAPACIDADES A FAMILIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Para este programa, las capacidades de las familias son aquellas posibilidades que tiene la familia para llevar adelante acciones de fomento de la autonomía e independencia en las personas con discapacidad. Ello plantea trabajar con conceptos tales como la calidad de vida y destacar la autodeterminación como el eje rector de la formación de sujetos **autogestivos** y autónomos.

Calidad de vida: *“Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno o una”.*

- Bienestar emocional
- Relaciones interpersonales
- Bienestar material
- Desarrollo personal

- Bienestar físico
- Autodeterminación
- Inclusión social
- Derechos

11.2.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las capacidades familiares para lograr la autonomía de la persona con discapacidad, participación activa en las dinámicas familiares y en el medio donde se desarrolla.

11.2.3 AREAS DE TRABAJO

TEMAS	CONTENIDOS
SER	Autoestima
SABER	Habilidades individuales de las personas con discapacidad Buen trato Nutrición Derechos Cuidado de las personas con discapacidad
ACTUAR	El Plan de Desarrollo Familiar en relación a los ámbitos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de la habilidades individuales de las personas con discapacidad en la familia 2. Calidad de vida de las personas con discapacidad y su familia 3. Redes locales

(Anexo 2: Programa de Desarrollo de Capacidades a Familias de Personas con Discapacidad)

11.1 PROGRAMA DE DESARROLLO DE CAPACIDADES COMUNITARIAS

El desarrollo de capacidades comunitarias es el proceso mediante el cual las personas, organizaciones y sociedades obtienen, fortalecen y mantienen las

aptitudes necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo” (PNUD, 2009);permitiendo la sustentabilidad de acciones, programas y/o proyectos o permitiendo que las personas sean parte de una sociedad incluyente sin barreras y con mecanismos de buen trato, respeto a sus derechos, especialmente a personas con discapacidad.

11.3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar capacidades comunitarias para contribuir a la eliminación de barreras sean éstas afectivas, de movilidad o físicas, mediante la promoción, protección y defensa de los Derechos de las personas con discapacidad

11.3.2 AREAS DE TRABAJO

- Participación comunitaria en la planificación, ejecución y seguimiento de plan de desarrollo comunitario para personas con discapacidad.
- Capacitación en técnicas simplificadas de cuidado de personas con discapacidad a las familias, comités de defensa de derechos de PCD y grupos de autoayuda.
- Conocimiento y Sensibilización a la comunidad para lograr inclusión social para las personas con discapacidad.
- Redes sociales para protección de las personas con discapacidad.

12. MODALIDADES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

12.1 SERVICIOS INSTITUCIONALIZADOS

12.1.1 CENTROS DIURNOS DE CUIDADO Y DESARROLLO INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El Centro Diurno de Cuidado y Desarrollo Integral, es un recurso cuya finalidad es procurar la atención integral a personas que por su condición no pueden acceder a servicios universales básicos y que no tienen una persona responsable durante el día. En estos Centros creados y/o gestionados por el MIES o mediante convenio, se priorizará a aquellas personas que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza.

El servicio que presta es de ocho horas diarias y durante los cinco días hábiles de la semana.

Este servicio se propone la habilitación, rehabilitación las destrezas de las personas con discapacidad en las actividades de la vida diaria, dentro del entorno familiar y comunitario, para lo cual contará con espacios de terapia social, sensibilización, participación e interacción a través de la elaboración de planes individuales y familiares de atención.

La atención a las personas con discapacidad es de ocho horas diarias y durante los cinco días hábiles de la semana.

Población objetivo: son usuarios y usuarias de este servicio, las personas con discapacidad, que por su condición no pueden acceder a servicios universales sociales básicos y que no tienen una persona responsable de su cuidado durante el día. Se prioriza a aquellas personas que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza.

Características del usuario

- Personas con discapacidad que deseen lograr mayor autonomía e independencia en sus ocupaciones diarias.
- Personas con discapacidad que por el tipo de discapacidad requieran de cuidado especializado.
- Personas con discapacidad que por el tipo de discapacidad puede llegar al Centro solos y/o con un familiar o referente.
- Personas con discapacidad que no tienen una persona responsable de su cuidado durante el día.
- Prioridad: personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema.

12.1.2 CENTROS DE ACOGIDA INCLUSIVOS PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SITUACIÓN DE ABANDONO

El acogimiento inclusivo es una medida de protección a través de un “servicio de atención especial y especializada para personas con discapacidad, en condiciones de abandono y/o carentes de referente familiar, en situación de riesgo, que requieren atención en forma emergente, temporal o permanente”.²⁰

El acogimiento es un tipo de recurso social para la población con discapacidad y en situaciones de vulnerabilidad que precisan de un contexto de convivencia similar al familiar, respetando los patrones sociales normativos de distribución de espacios, actividades, reglas y relaciones personales.

El modelo de atención que se propone para el acogimiento es el de una intervención intensa e individualizada, capaz de llevar a cabo estrategias que

²⁰ Norma Técnica Discapacidades MIES 2013, Art. 6

potencien el desarrollo en áreas como las habilidades sociales, cognitivas o de autonomía personal.

Población objetivo: personas con discapacidad de 18 años en adelante, en condiciones de abandono y/o carentes de referente familiar y en situación de riesgo.

Características del usuario

- Personas con discapacidad sin referente familiar.
- Personas con discapacidad remitidas por el Juez, policía otras instituciones y comunidad.
- Prioridad: personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema.

12.2 SERVICIOS NO INSTITUCIONALIZADOS

12.2.1 ATENCIÓN EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD:

La atención en el hogar y la comunidad es un servicio orientado a las personas con discapacidad que sigue el mismo proceso de sensibilización, evaluación, planificación y trabajo con la P.C.D., la familia y la comunidad, que las otras modalidades pero que utiliza como estrategia las visitas a los hogares y reuniones grupales. Tiene como fundamento la participación activa y comprometida de la familia y la comunidad.

La metodología de trabajo de esta modalidad permite integrar de manera Coordinada los diferentes actores sociales (personas Con discapacidad, familia, escuela, empleadores, Estado y sociedad civil) a través de la facilitación, (facilitador) en la búsqueda de alternativas orientadas a la integración social.

Características del usuario:

- Personas con discapacidad que por su condición de movilidad, familiar o ubicación geográfica no puedan acceder a otros servicios.
- Personas con discapacidad severa que no pueden acceder a los servicios de atención diurna u otros.
- Prioridad: personas con discapacidad en situación de pobreza y pobreza extrema.

13. SISTEMA DE SEGUIMIENTO

Para el buen desarrollo y la sostenibilidad del modelo de es imprescindible el monitoreo constante, el seguimiento y la evaluación del Plan de Acción establecido, debiéndose fijar anticipadamente los plazos y fechas para su ejecución, así como los respectivos indicadores.

El seguimiento y monitores estará cargo de las la coordinaciones zonales, a través de los técnicos distritales, quienes serán responsables de dar la asistencia técnica, seguimiento y acompañamiento en la ejecución y funcionamiento de ésta modalidades de atención.

Este proceso se realizará de acuerdo a los lineamientos técnicos establecidos por la Dirección de Prestación de Servicios, de acuerdo a la normativa vigente y a través de sus equipos técnicos. Se abordarán los aspectos financieros y técnicos de la modalidad, así como la aplicación de instrumentos técnicos que garanticen la calidad de atención y la y transparencia en el buen uso de los recursos públicos.

14. ESTÁNDARES DE CALIDAD

Los estándares de calidad establecidos en son los mínimos requeridos para el funcionamiento del servicio de atención en el hogar y la comunidad y son de cumplimiento obligatorio para todos los servicios públicos y privados de esta naturaleza²¹.

14.1 ESTÁNDAR 1: SEGURIDAD, PROTECCIÓN Y RELACIÓN

Los centros y hogares de acogimiento residencial deberán ofrecer como objetivo primordial un ambiente capaz de constituirse en un entorno de convivencia apacible y de promover vinculaciones afectivas y de apoyo con adultos e iguales.

Las relaciones entre el personal y los y las participantes del servicio se basarán en el respeto mutuo y la aceptación.

14.2 ESTÁNDAR 2: INDIVIDUALIDAD

Todas las personas participantes del servicio, recibirán un tratamiento basado en la individualidad, en la consideración de sus aspectos más personales o diferenciadores, y especialmente en las necesidades que como persona única presentan.

14.3 ESTÁNDAR 3: RESPETO A LOS DERECHOS

²¹ Norma Técnica Discapacidades MIES, Art. 10

La atención a las personas que participan en acogimiento residencial tendrá como especial referencia de actuación el escrupuloso respeto a sus derechos y a los de sus familias.

14.4 ESTÁNDAR 4: INFRAESTRUCTURA (Norma Técnica N° 0163).

La organización de espacios, está organizada en función de los siguientes requerimientos:

- a. Área que permita la integración familiar durante las visitas.
- b. Estrategias de habilitación, rehabilitación y accesibilidad utilizando recursos del medio.
- c. Espacios de privacidad con la finalidad de prevenir vulneraciones de derechos.
- d. Espacios comunales para el desarrollo de actividades de prevención y promoción de los derechos de las personas con discapacidad.
 - El terreno donde se localizan los centros deben cumplir con las normas de regulación y planificación urbana y observar que se encuentren en un entorno seguro y propicio, de conformidad con los parámetros establecidos por la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos –SNGR-.
 - El Diseño arquitectónico, mobiliario, ambientación y funcionalidad debe cumplir estándares de seguridad y de calidad, y disponer de espacios amplios que den cabida a la libertad de movimiento, creatividad y accesibilidad.
 - Tener pertinencia cultural y ambiental, favoreciendo el respeto a la diversidad y la interculturalidad.
 - Facilitar las relaciones entre grupos étnicos, de género, interculturales, fortaleciendo los vínculos afectivos y las habilidades cognitivas y sociales.

14.5 ESTÁNDAR 5: TALENTO HUMANO (Norma Técnica N° 0163)

El equipo básico de talento humano que se requiere para la atención estará de acuerdo a lo establecido para cada servicio. La misión de puesto, las responsabilidades, los requisitos y el perfil de competencias será elaborada por la unidad de talento humano de la Institución bajo los requerimientos del Proyecto y se definieron las siguientes profesionales, hombre o mujer:

- a) Coordinador/a responsable del Centro, con título profesional de tercer nivel en áreas de Ciencias Sociales o afines.
- b) Terapeuta ocupacional, con título profesional de tercer nivel.

- c) Terapeuta físico/a, con título profesional de tercer nivel.
- d) Terapeuta de lenguaje, con título profesional de tercer nivel, con énfasis en terapia familiar sistémica.
- e) Psicólogo/a clínico/a, con título profesional de tercer nivel.
- f) Trabajador/a social, con título profesional de tercer nivel.
- g) Facilitadores/ras, con título profesional en Psicología Educativa y/o Educación Especial o afines. Un facilitador por cada 15 usuarios en el caso de los centros diurnos de cuidado y desarrollo integral para personas con discapacidad.
- h) Facilitadores/ras, con título profesional de tercer nivel en Psicología Educativa y/o Educadora Especial o afines. Un facilitador por cada 10 usuarios en el caso de los centros de referencia y acogida inclusivos para el cuidado de personas con discapacidad en situación de abandono; el trabajo se organizará por turnos.
- i) Auxiliares de los Facilitadores/ras, con perfil de egresado/a en Psicología Educativa y/o Educadora Especial o afines. Un auxiliar por cada 15 usuarios en el caso de los centros diurnos de cuidado y desarrollo integral para personas con discapacidad.
- j) Auxiliares de los Facilitadores/ras, con perfil de egresado/a en Psicología Educativa y/o Educadora Especial o afines. Un auxiliar por cada 10 usuarios en el caso de los centros de referencia y acogida inclusivos para el cuidado de personas con discapacidad en situación de abandono; el trabajo se organizará por turnos.
- k) Auxiliar de enfermería, para los centros diurnos de cuidado y desarrollo integral para personas con discapacidad.
- l) Auxiliares de enfermería, para los centros de referencia y acogida inclusivos para el cuidado de personas con discapacidad en situación de abandono; el trabajo se organizará por

15. EMERGENCIAS Y RIESGOS²²

Con el objetivo de preservar la vida, la integridad física y el bienestar de las personas con discapacidad en los centros de acogida inclusivos para el cuidado de personas con discapacidad en situación de abandono, el equipo de trabajo deberá estar en capacidad de prevenir el peligro, minimizar los riesgos y

²² Norma Técnica Discapacidades MIES, Art. 14

responder a emergencias, a través de las siguientes medidas mínimas de seguridad:

- a. En caso de emergencia, la evacuación de personas con discapacidad, debe realizarse cuando se llegue a la alerta naranja. Para la evacuación de personas en estado crítico/ severo se coordinará con la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos y los Comités de Operaciones Emergentes Locales, el traslado a zonas de seguridad.
- b. Los albergues deben estar adecuados para recibir a personas con discapacidad.
- c. Establecer una zona de seguridad desde el aparcamiento hasta la entrada de los centros.
- d. Contar con letreros y señalética uniformes y de acuerdo a los estándares preestablecidos por el MIES.
- e. Distribuir de manera apropiada el mobiliario y equipamiento.
- f. Establecer la señalética interna de evacuación.
- g. Señalizar la ubicación de los otros medios de protección contra incendios existentes en los centros.
- h. Colocar extintores, sirenas y detectores de humo.
- i. Señalizar los centros, a nivel urbano, para su fácil ubicación.
- j. Realizar la señalización vertical que advierta a los conductores que se encuentran en una zona de atención a personas con discapacidad.
- k. Vallas de protección en el perímetro de los centros, para la protección las personas con discapacidad, frente a accidentes de tránsito
- l. Instalar rejillas de protección en la puerta de acceso a la cocina.
- m. Establecer paradas seguras para las personas con discapacidad, alejadas de las zonas de carga y descarga.
- n. Contar con las medidas de protección necesarias para evitar accidentes en zonas que permiten poca visión, colocando de ser necesario, espejos panorámicos.
- o. Colocar en las puertas mecanismos de cerradura fácilmente maniobrables desde el interior que aporten todas las seguridades de evacuación en caso de emergencia.
- p. Implementar medidas de protección para puertas vidriadas y ventanas, tales como cortinas, mallas protectoras o cintas adhesivas.
- q. Establecer medidas de seguridad como el anclaje al piso o techo, en caso de objetos que a consecuencia de un movimiento pudieren caer y ocasionar daño a las personas con discapacidad.
- r. Prever que las estanterías de los centros tengan la suficiente resistencia estructural.
- s. Prever y garantizar el buen funcionamiento de las instalaciones sanitarias tales como tuberías, desagües, tanques elevados o cisternas.

- t. Verificar de manera permanente el funcionamiento adecuado de las instalaciones eléctricas evitando la existencia de tableros de distribución sin leyenda y señal de peligro, instalaciones eléctricas precarias en cables, toma corrientes, puntos de luz, y cargas de energía demandadas
- u. Instalar protección y seguridad en los tomacorrientes.
- v. Prever y garantizar que los espacios recreativos de los centros no tengan estructuras cortantes, atrapantes o punzantes.
- w. Considerar que los escalones tengan un largo y ancho perfectamente adecuados al tipo de discapacidad.
- x. Considerar que no se debe utilizar materiales con componentes tóxicos.
- y. Ubicar los tanques de gas fuera de la cocina, con seguridad y evitando que estén al alcance de las personas con discapacidad.
- z. En los espacios dedicados a las personas con discapacidad no deben haber instrumentos cortopunzantes o materiales inflamables.
- aa. Establecer que el horario de limpieza de los centros se realice fuera de las horas de permanencia de las personas con discapacidad o coordinar horarios pertinentes en el caso de los centros de referencia y acogida inclusivos para el cuidado de personas con discapacidad en situación de abandono.

En los centros además se realizará las siguientes acciones:

- a) Calificación del estado de seguridad física de los centros y de la preparación frente a riesgos y emergencias que tienen sus ocupantes.
- b) Determinación de zonas críticas.
- c) Determinación de aéreas seguras.
- d) Elaboración de un Plan de Prevención donde se especifique los riesgos potenciales de los centros, la valoración de los mismos y los medios disponibles para enfrentar una posible emergencia.

16. GLOSARIO

Ambliopía: es la pérdida de la capacidad de un ojo para ver los detalles. Esta afección aparece en un ojo causada por su falta de uso durante la primera infancia.

Astigmatismo: defecto de visión debido a la curvatura irregular de las superficies de refracción del ojo.

Articulación: Es la interrelación sistémica, definida a partir de un marco estratégico compartido, que incluye por lo general: coordinación, relaciones causa-efecto, entidades de enlace (equipos de trabajo), normalización de procesos o resultados, patrones de comportamiento y recursos compartidos.

Alteraciones óseas: en este grupo se incluyen las fracturas, síndromes congénitos y enfermedades degenerativas, que originan una limitación en la movilidad de las personas.

Braillespeak: aparato portátil con teclado braille y voz sintética que realiza diversas funciones: creación de archivos, calculadora, agenda electrónica... Posee puerto de serie, lo que hace posible su conexión al ordenador o a una impresora de tinta o braille.

Campo visual: es el área total en la que un objeto puede ser visto en la visión periférica mientras el ojo está enfocado en un punto central.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud (CIF): Clasificación que brinda un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud.

Colectivo: agrupaciones sociales que no solo se refieren a organizaciones no gubernamentales u entidades formalmente constituidas.

Deficiencia: Son problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Pueden consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto a la norma estadísticamente establecida.

Desarrollo Humano: Consiste en “la libertad y la formación de las capacidades humanas”, es decir, en la ampliación de la gama de cosas que las personas pueden hacer y de aquello que pueden ser.

Descentralización: Transferencia o creación de competencias de manera última y definitiva en un sujeto con personalidad jurídica propia distinta del ente que transfiere (Dictamen 086-91 del 23 de mayo 1991).

“La descentralización es la tendencia a distribuir la autoridad de toma de decisiones en una estructura organizada. Es un aspecto fundamental de la delegación; en la medida en que la autoridad no esté delegada, será centralizada.”

Discapacidades derivadas de accidentes: se incluyen fundamentalmente traumatismos cráneo-encefálicos y lesiones medulares. Dependiendo de la lesión y la evolución clínica se ve afectada en mayor o menor medida tanto la capacidad de movilidad como la comunicación y el funcionamiento cognitivo.

Distrofia muscular: son debidas a un proceso degenerativo de la fibra muscular que dificulta el funcionamiento orgánico y motor del sujeto.

Enlaces interinstitucionales: es la coordinación entre entidades organizacionales de enlace (equipos de trabajo, comités y consejos), con el fin de sistematizar el trabajo, sistematizar los productos o servicios y compartir la información.

Equipos de Trabajo: es un subsistema especializado dentro de una organización. Las personas que lo componen lo diseñan con un funcionamiento fijo para proyectar y realizar el mismo tipo de tareas. El sentimiento de pertenencia al grupo es automático y el alto o bajo nivel de satisfacción es lo común.

Esclerosis múltiple: es la enfermedad neurológica más frecuente entre los jóvenes, afecta a la sustancia blanca del cerebro y a la médula espinal. Los síntomas más frecuentes son: visión doble o borrosa, debilidad y torpeza en las extremidades, alteración de la sensibilidad, vértigo y fatiga excesiva.

Espina bífida: es un defecto congénito en el cierre de las vértebras de la columna vertebral, que tiene como consecuencia diferentes grados de lesión en la médula espinal y el sistema nervioso. Este daño es irreversible y permanente. Esto provoca varios grados de parálisis y pérdida de sensibilidad en las extremidades inferiores, así como diversas complicaciones en las funciones intestinales y urinarias.

Estrabismo: es un trastorno que provoca la desalineación de un ojo con respecto al otro al enfocar

Gestión Sectorial: la gestión sectorial consiste en monitorizar y controlar los recursos de un sector con el fin de evitar que este llegue a funcionar incorrectamente degradando su desempeño.

Intérprete de Lengua de Señas: la figura del intérprete de Lengua de señas juega un papel fundamental en cualquier sociedad que pretenda dar verdadera

participación a las personas sordas. Actúan como puente de comunicación con la sociedad oyente.

Lengua de señas: es la lengua natural de las personas sordas. La Lengua de señas no es universal.

Lectura de los labios: acción que permite interpretar un mensaje a través del movimiento de la boca y rostro.

La lengua oral está concebida para transmitirse por vía auditiva y sólo es parcialmente visible. Hay muchas variables que impiden la comprensión de los mensajes en la lectura de los labios: la falta de luz, la habilidad del hablante, la habilidad del receptor, la capacidad para vocalizar, el conocimiento previo del vocabulario que se está utilizando.

Parálisis cerebral: es producto de una lesión neurológica que puede afectar a diferentes partes del cuerpo, modificándose el tono, que incide no sólo en los desplazamientos y posturas, sino también en el lenguaje y en la capacidad de atención y procesamiento de la información.

Producción Social: la producción social consiste en las acciones y procesos en los que intervienen múltiples actores sociales y que provocan el desarrollo integral de las personas y la comunidad.

Rectoría: La función de rectoría consiste en gobernar, dirigir, conducir a una comunidad, conjunto de instituciones o personas, o ejercer autoridad sobre ellas. Bajo este concepto son funciones de una entidad rectora: dirigir y conducir, promocionar el desarrollo, planificar estratégicamente, monitorear y evaluar las políticas y acciones, análisis y seguimiento del desarrollo de las personas, regulación y desarrollo científico y tecnológico.

Rectoría del Sector: Ejercicio de la potestad de gobernar, dirigir o conducir sobre todas las entidades públicas, mixtas y privadas, que lo conforman.

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

Sector: Cada una de las partes de una colectividad, grupo o conjunto que tiene caracteres peculiares y diferenciados.

Sistema: Un todo organizado. Conjunto de reglas o principios sobre una materia racionalmente enlazados entre sí. Conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto.

Valor Social: El concepto de valor social se puede definir como el conjunto de acciones, productos y servicios de una organización, que generan un impacto positivo sobre la sociedad y que determina su identidad social.

Vida independiente: El pleno derecho de asumir el control de su destino y de su vida, para la toma de decisiones.

17. BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo Ministerial Nro. 000163, norma técnica para la presentación de servicios de atención a las personas con discapacidad y sus familias.
- Constitución de la República del Ecuador, 2008.
- Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad, 1998
- Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad] New York, United Nations, 2006 (disponible en: www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150).
- Consulta Internacional para Revisar la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)] Geneva, WorldHealthOrganization, 2003 (available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who_dar_03.2.pdf).
- Discapacidad, incluyendo la prevención, la administración y la rehabilitación] 58 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, Geneva, 25 de mayo del 2005 (disponible en: www.who.int/disabilities/publications/other/wha5823/en/index.html).
- Discapacidad y prevención: Informe del comité de expertos de la OMS sobre prevención de la discapacidad y rehabilitación] Geneva, WorldHealthOrganization, 1981 (disponible en http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf).
- Estatuto Orgánico del Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Ley Orgánica de Discapacidades, 2012.

- Organización Mundial de la Salud, *Guía para la Rehabilitación Basada en la Comunidad, Folletos*
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación y otros, *Estrategia para la Rehabilitación, la Igualdad de Oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*
- Una estrategia para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades, la reducción de la pobreza y la inclusión social de las personas con discapacidad. Documento de Posición Conjunta 2004] Geneva, WorldHealthOrganization, 2004 (disponible en: www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html).
- Villalba Quesada, Cristina. *Redes Sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. Intervencion Psicosocial. Revista sobre igualdad y calidad de vida. 1993. Vol 2.* España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2003.

Quito, julio 05 del 2013.

Elaborado por:

Revisión y Aportes:

María Cristina Valarezo I.
Técnica de Prestación de Servicios

Isabel Chanataxi V.
Directora de Prestación de Servicios