



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**



**“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN DE SIBASI NORTE, PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE
2014-2018”.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTADO POR:

Dra. Msp. CECILIA CONCEPCIÓN HERRERA MOLINA

ASESORA:

DRA. Msp. PhD JAZMÍN LÓPEZ DE MÉNDEZ

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE 2019

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**MSP. JSEFINA SIBRIÁN DE RODRÍGUEZ
DECANA FACULTAD DE MEDICINA**

**LICDA. MSP. ARACELY PADILLA MENDOZA
COORDINADORA MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA**

TRIBUNAL EVALUADOR

**LICDA. MSP. ARACELY PADILLA MENDOZA
DRA. ASTRID MAGAÑA DE OLANO
DRA. Msp. PhD JAZMÍN LÓPEZ DE MÉNDEZ**

AGRADECIMIENTOS

Dar las Gracias de forma habitual, con posterioridad nos llena de maravillas.

Gracias por estar llena de bendición, apoyo y soporte por parte de mi familia, quienes en todo momento acompañaron y comprendieron este esfuerzo.

Gracias por la experiencia de un estudio superior, por la conducción y orientación por parte de Docentes y Asesora, gracias por todo lo aprendido.

A mis amistades sinceras, compañeros y compañeras nobles que acompañaron este camino.

Creo firmemente: “Un corazón agradecido, será siempre un corazón positivo”.

Cecilia Concepción Herrera Molina

RESUMEN

TÍTULO: “Caracterización Epidemiológica de las personas con discapacidades de los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención de SIBASI Norte, período de Enero a Diciembre 2014-2018”.

PROPÓSITO: Proporcionar elementos para una propuesta de intervención en salud, con un enfoque social, integral e integrado; fortaleciendo el trabajo en la red de servicios de salud, con la participación activa de la familia y de personas identificadas con algún tipo de discapacidad, con un fuerte enfoque de inclusión.

MATERIALES Y MÉTODO: Es descriptivo y de corte transversal porque no se estableció relación de causa y efecto entre los factores sociodemográficos, socioculturales y características epidemiológicas que contribuyen a las discapacidades.

RESULTADOS: El 50% de la población con discapacidad es analfabeta, el mayor porcentaje solamente desarrolla un oficio para la supervivencia, el 50% de las personas discapacitadas tiene algún familiar que ha migrado a otro país, principalmente Estados Unidos, en su mayoría practican el catolicismo, viven en núcleo familiar pequeño; el 40% padece de Hipertensión o Diabetes Mellitus, del total de mujeres discapacitadas (100), el 50% se ha tomado su prueba de Papanicolau.

CONCLUSIONES: Las personas con discapacidad son analfabetas en un 50%, el mayor porcentaje es desempleada por su misma condición de discapacidad; la principal discapacidad es la Física. El mayor porcentaje de discapacitados consultan en los establecimientos de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud.

RECOMENDACIONES: Posicionar el tema de las Discapacidades en la agenda de CISALUD (Comité Intersectorial de Salud), ya que es un tema que no solamente le corresponde a salud.

Contenido

| CAPÍTULO | PAG |
|---|------------|
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. OBJETIVOS..... | 3 |
| III. MARCO DE REFERENCIA..... | 4 |
| IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 24 |
| V. RESULTADOS..... | 29 |
| VI. DISCUSION DE RESULTADOS..... | 48 |
| VII. CONCLUSIONES..... | 53 |
| VIII. RECOMENDACIONES | 54 |
| IX. BIBLIOGRAFÍA | 55 |
| X. ANEXOS | 57 |

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) en su informe mundial sobre la Discapacidad informa que más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento.

En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental. En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas. Según los datos de la ronda censal 2010, la prevalencia de la discapacidad en América Latina varía desde 5,1% en México hasta 23,9% en Brasil, mientras que en el Caribe el rango oscila entre 2,9% en Bahamas y 6,9% en Aruba. En total, cerca de 12% de la población latinoamericana y caribeña viviría con al menos una discapacidad, lo que involucra aproximadamente a 66 millones de personas, según cifras recogidas de distintas fuentes estadísticas de la región, no siempre comparables entre sí.

Entre la población de la región prevalecen las limitaciones visuales y de movilidad, seguidas por las deficiencias de la audición y el habla en América Latina y por las dificultades relacionadas con las funciones mentales y la destreza en el Caribe, según información censal de 18 países.

De acuerdo con el estudio, las personas con deficiencias cognitivas y mentales o con poca capacidad de autocuidado son las que encuentran más obstáculos para integrarse a la actividad económica y social. La discapacidad visual y la motora son las que menos impacto negativo tienen en el acceso a la educación y el empleo.

Además de las mujeres, los grupos más vulnerables en términos económicos y sociales muestran tasas más altas de discapacidad en la región. Hablamos de los adultos mayores, habitantes de las zonas rurales, pueblos indígenas y afrodescendientes y las personas con menores ingresos.

En más de la mitad de los países de la región, las mujeres registran una tasa de prevalencia de discapacidad superior a la de los hombres, especialmente a partir de los 60 años. Según el informe, esta situación podría obedecer a dos hechos.

Por un lado, la mayor esperanza de vida de las mujeres aumenta la posibilidad de tener una discapacidad generada por un accidente o una enfermedad crónica y, por el otro, las mujeres viven las etapas avanzadas de su vida en un contexto de mayor vulnerabilidad económica, lo que potencia aún más el riesgo de que cualquier deficiencia de salud se transforme en discapacidad.

Asimismo, las personas con discapacidad están sobrerrepresentadas entre los más pobres. En tres países de América Latina -Chile, Costa Rica y México- las encuestas de hogares de los últimos años muestran una creciente prevalencia de la discapacidad en los primeros quintiles de ingreso a medida que aumenta la edad de las personas.

De acuerdo a estadísticas registradas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2007, en El Salvador existen: 235,302 personas con discapacidad mayores de 18 años, lo que corresponde a un 4.1% de la población (adulta), 53% son hombres y 47% son mujeres; de las cuales 61% son de zona rural y 39% de zona urbana.

Sin embargo, esta cantidad es mucho mayor, si se toma en cuenta que el censo únicamente registra a las personas mayores de 18 años. No incluye a la población de 0 a 18 años, población adulta sin DUI, ni población migrante con arraigo en El Salvador.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterización epidemiológica a las personas con discapacidades que asisten a los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención de los seis municipios (Apopa, Nejapa, Tonacatepeque, Guazapa, Aguilares y El Paisnal) de SIBASI Norte de San Salvador, período Enero a Diciembre 2014-2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características epidemiológicas de las personas con discapacidad.
2. Describir los factores sociodemográficos de las personas con discapacidad.
3. Identificar los factores socioculturales de las personas con discapacidad.

III. MARCO DE REFERENCIA

El tema de la Discapacidad ha estado presente desde siempre en la historia del ser humano. Desde las antiguas visiones animistas de la discapacidad (producto de un castigo divino) a la concepción actual, ha habido un notable desarrollo. Lo que hoy entendemos como discapacidad está relacionado directamente con los derechos humanos y la dignidad del ser humano, en el cual todos los hombres y mujeres son iguales y por lo tanto sujetos de iguales derechos y oportunidades. No hay discapacidades sino más bien personas en situación de discapacidad

Esta situación de discapacidad es el producto de una compleja relación del individuo y su entorno social y así lo recoge la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2006 de la ONU definiendo: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.¹

Un gran hito fue la promulgación por la OMS en el año 2001 de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), lo cual ha permitido una mayor comprensión de las variadas y complejas relaciones que existen entre los conceptos de salud, las personas en situación de discapacidad y el entorno social.

El objetivo principal de esta clasificación internacional es brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud.

La CIF realiza una síntesis entre el modelo médico y el modelo social de la Discapacidad, asumiendo el modelo biopsicosocial, en el que se enfatiza que la discapacidad no es solo una característica de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones e interacciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto y el entorno social.²

¹ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ARTICULO 1, P 4; 2006. NUEVA YORK.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD, GINEBRA (2002)

Conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía

Según la CIDD (Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Deficiencia es, según la OMS, toda pérdida o anormalidad, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo.

La deficiencia supone un trastorno orgánico, que se produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales, psíquicas.

Físicas: afectan a personas con problemas como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, que impiden llevar una vida normal o hacen necesario el uso de determinadas ayudas técnicas.

Sensoriales: afectan a personas con problemas de visión, audición o lenguaje.

Psíquicas: afectan a personas con enfermedades o trastornos mentales, como quienes padecen Síndrome de Down. En ocasiones la misma persona padece simultáneamente dos o más deficiencias. Discapacidad es, según la citada clasificación de la OMS, “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano”. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. La discapacidad se tiene. La persona “no es” discapacitada, sino que “está” discapacitada. Las discapacidades se pueden aglutinar en tres troncos principales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación. En la actualidad, se está redefiniendo el término discapacidad, como falta de adecuación entre la persona y su entorno, más que como una consecuencia de la deficiencia de las personas. Minusvalía es “la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita, o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, sexo y los factores sociales y culturales”. Una persona es minusválida cuando se le niegan las oportunidades de que se dispone en general en la comunidad

y que son necesarios para los elementos fundamentales de la vida. La minusvalía incluye tres factores:

La existencia de una desviación respecto a la norma.

Su importancia depende de las normas culturales. No se valora igual en todas las culturas.

Suele suponer una desventaja que puede ser de independencia física, de movilidad, de ocupación y de integración social. El Real Decreto vigente en España equipara discapacidad y minusvalía, al conceder la calificación de minusvalía automáticamente, en cuanto se alcance un determinado grado de discapacidad, sin que sea precisa la existencia de factores que limiten el desempeño de roles normales en el caso del individuo a calificar. Podemos decir que la calificación legal de minusvalía es el documento oficial que acredita que una persona precisa de más apoyos que la mayoría. No significa que esa persona valga menos que los demás sino que se trata del documento administrativo que facilita el acceso a determinados derechos y beneficios reservados a la persona con discapacidad. Por lo tanto, pese a los prejuicios de orden lingüístico que podamos tener, siempre es beneficioso obtener la calificación de minusvalía, que no limita en nada a la persona sino que le proporciona apoyos. La norma que regula en España el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía es el Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre.

Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Las deficiencias que caracterizan a las personas con discapacidad son:

a) Discapacidad auditiva: Consiste en el deterioro o falta de la función sensorial de oír (sordera parcial o total, dificultades para hablar).

b) Discapacidad física: Consiste en falta, deterioro o alteración funcional de una o más partes del cuerpo, y que provoque inmovilidad o disminución de movilidad.

c) Discapacidad Intelectual: Consiste en limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas.

d) Discapacidad mental: Consiste en alteraciones o deficiencias en las funciones mentales, específicamente en el pensar, sentir y relacionarse. Es conocido también bajo el término de Discapacidad Psicosocial.

e) Discapacidad visual: Consiste en el deterioro o falta de la función sensorial de ver (visión disminuida, ceguera).

Clasificación de las discapacidades

TIPOS DE DISCAPACIDADES:

Sistema Musculoesquelético

Sistema Nervioso

Aparato Respiratorio

Sistema Cardiovascular

Sistema Hematopoyético

Aparato Digestivo

Aparato Genitourinario

Sistema Endocrino

Piel y Anejos

Neoplasias

Aparato Visual

Oído, Garganta y Estructuras Relacionadas

Lenguaje

Retraso Mental ³

El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales que incluyen tanto factores personales como factores ambientales, estos últimos están organizados en la clasificación contemplando dos niveles distintos:

³ CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS

(a) Individual: en el contexto/entorno inmediato del individuo, incluyendo espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela. En este nivel están incluidas las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.

(b) Social: estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tienen un efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

Consecuencia de los avances incorporados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), es conveniente precisar el significado que en ella tienen los términos en los que basa su estructura, pues mientras algunos son ya conocidos y su significado permanece intacto, otros aparecen por primera vez o cambian notablemente su significado, al mismo tiempo que otros desaparecen tal es el caso de “minusvalía”, por su marcado carácter peyorativo, a continuación se señalan los que se entienden más relevantes, para intentar llegar a un concepto de discapacidad, si bien la clasificación incluye un glosario específico que señala el significado exacto de cada uno de los términos que utiliza. Por tanto y según la CIF:

Deficiencia es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. la desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.

Limitaciones en la actividad son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave en la realización de la actividad, tanto en cantidad como en calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud. Esta expresión sustituye al término “discapacidad” usado en la versión de 1980 de la CIDDM.

Restricciones en la participación son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable

de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad. Esta locución sustituye al término “minusvalía” usado en la versión de 1980 de la CIDDM.

A. FACTORES CONTEXTUALES DE LA DISCAPACIDAD Y SUS COMPONENTES

Factores Contextuales son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF.

Los **Factores Contextuales** tienen dos componentes:

Factores Ambientales: que se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona; incluye tanto el mundo físico natural como el mundo físico creado por los seres humanos.

Factores Personales: que son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo como la edad, el sexo, el nivel social, experiencias vitales, etc., que lógicamente no están clasificados en la CIF.

Se han propuesto diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento, que pueden resumirse en la dialéctica entre “modelo médico” y “modelo social”.

B. TIPOS DE MODELOS DE DISCAPACIDAD: MÉDICO Y SOCIAL

Mientras *el modelo médico* considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales, encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. Para lograrlo la atención sanitaria se considera primordial, lo que provoca como respuesta política principal, la modificación o la reforma de los sistemas de atención a la salud.

El *modelo social* de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, la atención del problema requiere intervención social y es responsabilidad de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para que la participación plena de las personas con discapacidad sea posible en las estructuras regulares del entramado social. De ahí,

que se considere que el problema es ideológico o de actitud, y su superación requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos.⁴

La CIF está basada en la integración de estos dos modelos opuestos. Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque “biopsicosocial”. Por lo tanto, la CIF intenta conseguir una síntesis y con ella, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.⁵

C. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN EL CONTEXTO DE LAS DISCAPACIDADES

En el año 2000, líderes mundiales se pusieron de acuerdo en una serie de ocho objetivos internacionales de desarrollo llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con la intención de cumplir con ellos para 2015. Estos ocho objetivos tenían como meta reducir la pobreza a nivel mundial, mejorar los resultados en salud pública, y poner en la escuela a todo niño en edad de ella. Se logró un significativo progreso, pero resultó disparejo. Algunos países y poblaciones se beneficiaron más que otras. En los ODM, muchas veces no se tomó en cuenta a las personas más marginadas, incluyendo a mujeres, personas con discapacidad, indígenas, minorías étnicas y raciales, niños y a otros. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio no mencionaban a personas con discapacidad. Como resultado, la mayoría de los programas concebidos para lograr el cumplimiento de los ODM no fueron incluyentes de personas con discapacidad.

Al acercarse la fecha límite para cumplir con los ODM, los líderes mundiales consultaron con gobiernos, sociedad civil, académicos, el sector privado, y más de 5 millones de ciudadanos particulares de 88 países. Después de estas consultas, líderes y dirigentes se pusieron de acuerdo en una serie de 17 objetivos llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con el propósito de ser consumados para 2030. Los ODS fueron desarrollados a partir de los ODM.

⁴ WWW.TRASTORNOSMENTALESYJUSTICIAPENAL.COM › WP-CONTENT › UPLOADS › 1980-CL...

⁵ SOBRE EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD. UNA REVISIÓN DE LAS PROPUESTAS DE LA OMS

Organizaciones defensoras de derechos de personas con discapacidad de todo el mundo se abocaron a un diálogo global sobre qué debería ser incluido en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. Como resultado, algunos de los ODS mencionan específicamente a personas con discapacidad. La mayoría de los 17 ODS (incluyendo los objetivos que no mencionan la discapacidad) no pueden ser alcanzados si personas con discapacidad son excluidos o no tomados en cuenta.

D. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y LAS DISCAPACIDADES

Los 17 ODS incluyen objetivos tales como acabar con la pobreza y el hambre, garantizar educación inclusiva para todos, igualdad de género, empleo y trabajo digno para todos, reducir la desigualdad, y otros.

Los 17 ODS fueron concebidos como objetivos aspiracionales muy amplios. Pero cada uno de los 17 ODS también incluyen ciertas "metas" pensadas en ser más específicas y concretas. En su conjunto, 169 metas están asociadas a los 17 ODS.

En total, se están utilizando 231 indicadores para medir el progreso hacia las 169 metas y los 17 ODS que las engloban. Estos indicadores describen el tipo de información y estadísticas que son recabadas por expertos para mostrar si está habiendo progreso en alcanzar los ODS o las metas contenidas en ellos.⁶

Los 17 ODS mencionan discapacidad 11 veces y seis veces a personas en situaciones de vulnerabilidad. La discapacidad se menciona particularmente en los siguientes ODS:

ODS 4: El cuarto objetivo ODS es "Asegurar educación inclusiva de calidad para todos y promover el aprendizaje permanente". Dos de las metas para este objetivo mencionan discapacidad:

"Eliminar para 2030, la desigualdad de género en la educación y asegurar acceso equitativo a todos los niveles de educación y de formación profesional para población vulnerable, incluyendo a personas con discapacidad, indígenas y niños en situaciones de vulnerabilidad".

⁶ CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD, VERSION ABREVIADA, 2001

"Construir y actualizar instalaciones educativas con políticas sensibles hacia niños, personas con discapacidad y en función de género que faciliten condiciones inclusivas de aprendizaje libres de violencia para todos".

ODS 8: El octavo objetivo ODS es "Promover crecimiento económico inclusivo y sostenible, empleo y trabajo digno para todos." Una de las metas de este objetivo menciona discapacidad:

"Para 2030, lograr el empleo pleno y productivo además de empleo digno para todas las mujeres y todos los hombres, incluyendo a jóvenes y personas con discapacidad, y remuneración equitativa por un trabajo del mismo valor".

ODS 10: El décimo objetivo ODS es "Reducir la desigualdad al interior de los países y entre países". Una de las metas para este objetivo menciona discapacidad:

"Para 2030, fortalecer y promover la inclusión social, económica y sobre todo la política, sin importar edad, sexo, discapacidad, raza, etnicidad, origen, religión o estatus económico o de otra índole".

ODS 11: El onceavo objetivo es "Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles". Dos de las metas para este objetivo mencionan discapacidad:

"Proveer para 2030, acceso a sistemas de transporte seguros, económicos, accesibles y sostenibles para todos, mejorando la seguridad vial, especialmente al extender el transporte público, con atención especial a las necesidades de aquellos en situaciones vulnerables, mujeres, niños, personas con discapacidad y personas de la tercera edad".

"Para 2030, proveer acceso universal a espacios verdes y públicos, seguros, inclusivos y accesibles, en particular para mujeres y niños, personas de la tercera edad y personas con discapacidad".⁷

ODS 17: El 17º objetivo ODS es "Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la colaboración global para un desarrollo sostenible". Una de las metas para este objetivo menciona discapacidad:

"Para 2020 haber aumentado la ayuda para el desarrollo de capacidades en países en vías de desarrollo, incluyendo a los países menos desarrollados y pequeños Estados insulares, para incrementar significativamente la disponibilidad de información de alta calidad, de forma

⁷ [2030_AGENDA_COMPREHENSIVE_GUIDE_FOR_PERSONS_WITH_DISABILITIES.PDF](#)

oportuna y confiable, desglosada por ingreso, género, edad, raza, etnicidad, situación migratoria, discapacidad, locación geográfica, y otras características relevantes en contextos nacionales".⁸

E. LA DISCAPACIDAD EN EL CONTEXTO MUNDIAL

E.1. UNION EUROPEA

Según el informe sobre Discapacidad en la Unión Europea, Ochenta millones de personas (una sexta parte de la población) tienen discapacidades que varían de leves a severas. Estas personas, cuya discapacidad a menudo les impide participar en la sociedad y la economía, sufren un índice de pobreza un 70 % superior a la media de la UE.⁹

Se prevé que, para 2020, una quinta parte de la población de la UE tendrá alguna forma de discapacidad. La UE y sus Estados miembros se han comprometido a mejorar la situación social y económica de las personas con discapacidad, tomando como guía la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE y el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.

La Unión Europea y todos sus Estados miembros son partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas. Este importante acuerdo entró en vigor para la UE en enero de 2011 y ha orientado el contenido de la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020.

Principales iniciativas sobre discapacidad en UE

Acta Europea de Accesibilidad (Directiva (UE) 2019/882 sobre los requisitos de accesibilidad de los productos y los servicios)

Reglamentos sobre los derechos de los pasajeros con movilidad reducida en los principales modos de transporte

Directiva (UE) 2016/2102 sobre la accesibilidad de los sitios web y aplicaciones para dispositivos móviles de los organismos del sector público

Tarjeta Europea de Discapacidad

Tarjeta Europea de Estacionamiento

⁸ [DISABILITY_INCLUSIVE_SDGS.PDF](#)

⁹ [TRANSFORMAR_NUESTRO_MUNDO_LA_AGENDA_2030_PARA_EL_DESARROLLO_SOSTENIBLE.PDF](#)

Directiva 2000/78/CE relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación

La Comisión también presta apoyo a los Estados miembros en la aplicación de la CDPD a través del Semestre Europeo y con fondos de la UE.

Entre los instrumentos políticos destacan:

el pilar europeo de derechos sociales, cuyo principio 17 está dedicado a las personas con discapacidad y que también aborda la cuestión de la discapacidad en otros principios

el Semestre Europeo, que proporciona un marco para la coordinación de las políticas económicas en toda la UE y ofrece información sobre la situación de las personas con y sin discapacidad en los Estados miembros.

Aumentar la sensibilización: La Comisión Europea se ha comprometido a aumentar la sensibilización sobre las condiciones de vida de las personas con discapacidad, los retos a los que se enfrentan en la vida cotidiana y las herramientas para mejorar su vida. También divulga sus actuaciones para poner en práctica la CDPD.¹⁰

A ese fin, la Comisión Europea organiza cada año:

la conferencia del Día Europeo de las Personas con Discapacidad el Premio Ciudad Accesible, en reconocimiento a las ciudades que han hecho un esfuerzo particularmente destacado para mejorar su accesibilidad el foro de trabajo anual sobre la aplicación de la CDPD actividades de formación sobre la legislación y las actuaciones de la UE en materia de discapacidad, dirigidas a profesionales jurídicos y políticos.

Apoyo financiero y técnico: La UE presta apoyo financiero a través de una subvención anual a diversas organizaciones de personas con discapacidad y oenegés de ámbito europeo (con cargo al programa Derechos, Igualdad y Ciudadanía) para facilitar su participación en los procesos de la UE. Así pueden aportar, por ejemplo, sus opiniones sobre el desarrollo de la legislación y las políticas de la UE. Se trata de las siguientes organizaciones:

Foro Europeo de la Discapacidad

Inclusión Europa

Federación Internacional de Espina Bífida e Hidrocefalia (IFSBH)

¹⁰ ESTRATEGIA EUROPEA SOBRE DISCAPACIDAD 2010-2020 [HTTPS://EUR-LEX.EUROPA.EU > LEGAL-CONTENT > TXT 2015](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/TEXT/2015)

Unión Europea de Ciegos

Unión Europea de Sordos

Autismo Europa

Salud Mental Europa

Los Fondos Estructurales y de Inversión Europeos (Fondos EIE) son los principales instrumentos financieros de la UE para reforzar la cohesión económica y social. Contribuyen a garantizar la inclusión social de los miembros más vulnerables de la ciudadanía, entre los que se encuentran las personas con discapacidad.

La Red Académica de Expertos Europeos en Discapacidad proporciona a la Comisión Europea un análisis de los datos y políticas de los Estados miembros. Gestiona la base de datos DOTCOM, que efectúa el seguimiento de los instrumentos políticos relacionados con la CDPD en la UE y los Estados miembros.¹¹

E.2. ASIA

Hay por lo menos 83 millones de personas que padecen alguna discapacidad en China, según estadísticas oficiales. Más del 40 por ciento de este sector de la población es analfabeta. Si bien las cifras del gobierno reflejan una matriculación ecuánime entre los niños que cursan la educación primaria, existe una gran diferencia cuando se trata de menores con discapacidad: el 28 por ciento de estos niños no están recibiendo la educación básica a la que tienen derecho.

Los niños con discapacidad enfrentan importantes obstáculos en el acceso a la educación en China, y un número considerable no recibe educación en absoluto, dijo Human Rights Watch en un informe publicado hoy. En la educación superior, las directrices del gobierno permiten que las universidades restrinjan o prohíban el acceso a los solicitantes y a los estudiantes con alguna discapacidad física o mental.

En un paso importante, el gobierno chino ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en 2008, que obliga a los países a desarrollar un sistema de educación inclusivo en el cual el sistema general de educación sea totalmente accesible para los niños con discapacidad, y en el que todos los niños se benefician de aprender y jugar juntos. Las

¹¹ CONVENCION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

investigaciones han demostrado que los estudiantes con y sin discapacidades logran mejores resultados académicos en entornos inclusivos, cuando se les da el apoyo adecuado.

En la actualidad, los niños con discapacidad están excluidos de las escuelas regulares a menos que puedan demostrar su "capacidad de adaptación" al entorno físico y a los métodos de aprendizaje de las escuelas. Debido a que la inclusión no se puede lograr de la noche a la mañana, el gobierno de China carece de una estrategia clara y coherente para alcanzar este objetivo, y dedica pocos recursos a la educación de estudiantes con discapacidades en el sistema escolar general.

Los estudiantes con discapacidad que logran superar estas barreras y llegar a un nivel de educación superior se enfrentan a obstáculos adicionales. De acuerdo con la política del gobierno, los estudiantes deben pasar una serie de exámenes físicos, cuyos resultados, posteriormente, son enviados a las universidades como parte del proceso de admisión. El gobierno también define directrices que permiten a las universidades restringir o prohibir el acceso a los candidatos con ciertas discapacidades físicas o mentales. Por ejemplo, a las personas con discapacidad visual se les puede negar la admisión a una decena de campos académicos y se recomienda que les impidan el ingreso a otras disciplinas, entre ellas, las carreras de derecho o ecología.

Las escuelas de educación especial, que generalmente están bien equipadas, ofrecen acceso a la educación a los estudiantes con discapacidades, sin embargo estas escuelas segregan a los alumnos de la población en general y requieren que los niños sean separados de sus familias a una edad temprana además, ofrecen oportunidades limitadas que no van más allá de una educación secundaria media.¹²

E.3. REGIÓN ÁRABE

Históricamente, el grado de discriminación y marginación que han sufrido las personas con discapacidades que viven en la región árabe no es ni mayor ni menor que el experimentado por los discapacitados en todo el mundo. En general, los servicios y la asistencia para personas con discapacidades estaban inspirados por la piedad y la caridad, y eran prestados mayoritariamente por instituciones y organizaciones de tipo religioso. El enfoque basado en los derechos para

¹² EDUCATION OF PERSONS WITH DISABILITIES IN CHINA A REPORT ABOUT HOW PERSONS WITH DISABILITIES HAVE PROBLEMS GOING TO SCHOOL IN CHINA, JULY 2013

atender las necesidades de los discapacitados comenzó a aplicarse en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos,³ que fue aprobado por la Asamblea General en 1982.¹³

Las sociedades árabes están orientadas hacia la familia y la comunidad, a diferencia de la naturaleza individualista de la mayoría de las sociedades occidentales. Existe en aquéllas, por consiguiente, la firme convicción de que *«la gente debe ocuparse de sus asuntos»* en lugar de delegar esa responsabilidad en el Gobierno. Este credo, la estructura familiar ampliada y unida por estrechos lazos, junto con la falta de apoyo gubernamental y de una base organizativa e institucional para prestar servicios, conduce a una suerte de integración forzosa de las personas discapacitadas, la cual no es respaldada por un entorno físico accesible o por servicios específicos.

La condición general de las personas discapacitadas en las sociedades árabes es la invisibilidad. En particular, las personas con discapacidades intelectuales, psicológicas o de desarrollo son consideradas un motivo de vergüenza y una carga para su familia, situación que afecta más que a nadie a las mujeres discapacitadas. Si en otras partes del mundo las mujeres discapacitadas sufren una doble discriminación, basada por un lado en su género y por otro en su discapacidad, entonces no resulta aventurado afirmar, si tal cosa es posible, que en la región árabe las mujeres discapacitadas padecen una triple discriminación.¹⁴

Pese a que, por lo general, en el Mundo Árabe la condición de la mujer varía de un país a otro, el mayor o menor grado de marginación es un tema común a todos ellos. En países más pobres o en comunidades más conservadoras esta marginación es más profunda y más difícil de combatir.

Como mujeres son segregadas de la sociedad masculina, pero como mujeres discapacitadas son también aisladas de la vida de las demás mujeres. Para todos los fines y propósitos, son invisibles; sus problemas reciben escasa o nula atención; y existen muy pocos programas

¹³ PROGRAMA DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LOS IMPEDIDOS
A/RES/37/52 WWW.UN.ORG/ESA/SOCDEV/ENABLE/DISWPS00.HTM

¹⁴ DISABILITY: AN ISLAMIC INSIGHT (DISCAPACIDAD: UNA PERCEPCIÓN ISLÁMICA»), JEQUE ISSE A. MUSSE, IMÁN, CONSEJO ISLÁMICO DE VICTORIA, WWW.ICV.ORG.AU/DISABILITYARTI-CLE.SHTML&NBSP;

orientados específicamente a ellas. En una estructura social dominada por los hombres, en el mejor de los casos, las mujeres discapacitadas no tienen posibilidades de rehabilitación, educación y accesibilidad, y tampoco pueden disfrutar de muchos servicios disponibles para los hombres discapacitados.

En las comunidades donde la condición de la mujer depende de si consigue «*un matrimonio conveniente*», y de si es «*una buena esposa*» y «*una buena madre*», las mujeres discapacitadas llevan las de perder, pues son consideradas incasables, y sus hermanos y hermanas no discapacitados también suelen ser no considerados para un posible matrimonio, por razones de asociación.

Por lo general, las mujeres con discapacidades están mucho más expuestas a la violencia y los abusos sexuales.¹⁵

E.4. AMERICA DEL NORTE

En los Estados Unidos, 1 de cada 5 adultos tiene una discapacidad, según un estudio publicado hoy por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. El tipo de discapacidad funcional más común es la limitación motora —definida como una gran dificultad para caminar o subir escaleras— reportada por uno de cada ocho adultos, seguida por la discapacidad para pensar o memorizar, la discapacidad para vivir de manera independiente, la discapacidad visual y la relacionada con el cuidado personal.

Los investigadores hallaron que los porcentajes más altos de personas con discapacidades se encuentran generalmente en los estados del sur, como Alabama (31.5 por ciento), Misisipi (31.4 por ciento) y Tennessee (31.4 por ciento). El estudio no determinó por qué ocurren las diferencias por estado. Sin embargo, los estados del sur por lo general tienen algunas de las tasas más altas de enfermedades crónicas asociadas a discapacidades, tales como las enfermedades cardíacas y la diabetes.

¹⁵ «ESTUDIO A FONDO SOBRE TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER», INFORME DEL SECRETARIO GENERAL, SEXAGÉSIMO PRIMER PERÍODO DE SESIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL, 2006, TEMA 60 A) SOBRE ADELANTO DE LA MUJER, PÁGINA 53, PÁRRAFO 152.

“Todos enfrentamos el riesgo de tener una discapacidad en algún momento de nuestra vida”, dijo el director de los CDC, Tom Frieden, M.D., M.P.H. “Los profesionales de la salud y los sistemas de atención médica tienen que satisfacer las necesidades de esta creciente población”, agregó.¹⁶

El informe también reveló que los adultos negros no hispanos (29 por ciento) y los hispanos (25.9 por ciento) tienen más probabilidades de tener una discapacidad que los adultos blancos no hispanos (20.6 por ciento). Aquellos con niveles de estudios más bajos y con menores ingresos, y las personas sin empleo también tienen más probabilidades de reportar una discapacidad.

"Durante los últimos 25 años, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades ha tenido efectos positivos en la vida de aquellas personas con discapacidades asegurando mejor acceso a edificios, transporte y empleo. El acceso a la atención médica todavía es especialmente importante para las personas con discapacidades", dijo Georgina Peacock, M.D., M.P.H., de la División de Desarrollo Humano y Discapacidades, de los CDC. “Muchos de los problemas de salud que enfrentan las personas con discapacidades pueden ser abordados al garantizar que tengan acceso a programas de educación en salud y a servicios de atención médica que incluyan pruebas de detección preventivas durante toda su vida”, explicó.

Los CDC están comprometidos con la protección de la salud y el bienestar de las personas con discapacidades a lo largo de su vida. Mediante sus programas estatales sobre discapacidades y salud, y colaboraciones a nivel nacional, los CDC seguirán trabajando para reducir las disparidades en la salud que enfrentan las personas con discapacidades facilitando su inclusión en las encuestas y programas de salud pública, los esfuerzos de preparación y planificación para emergencias, y los servicios de atención médica accesibles. Para alcanzar estas metas, los CDC proporcionan datos, información y recursos que los médicos de salud pública, los proveedores de atención médica y las demás personas interesadas en la salud y el bienestar de quienes tienen discapacidades pueden utilizar.

Aunque la información sobre discapacidades se ha recolectado en encuestas nacionales por muchos años, esta fue la primera vez que el tipo de discapacidad funcional se incluyó en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento (BRFSS, por sus siglas en inglés). El BRFSS es una encuesta telefónica anual y estatal que hacen los estados en

¹⁶ CDC, CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, JULIO 2015

colaboración con los CDC, y que recopila información sobre datos demográficos, estado de salud, comportamientos relacionados con la salud y discapacidades.¹⁷

E.5. AMÉRICA LATINA

En América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad. Por lo menos tres millones de discapacitados se encuentran en los siete países que componen el Istmo Centroamericano; esa cifra es superior a la población de algunos países de la Región. Probablemente, más de un cuarto de la población total de la Región se encuentre afectada directa o indirectamente por la discapacidad de familiares, amistades o miembros de la comunidad. La situación de las personas con discapacidad se caracteriza por extrema pobreza, tasa elevada de desempleo, acceso limitado a los servicios públicos de educación, atención médica, vivienda, transporte, legales y otros; en general, su posición social y cultural es marginada y de aislamiento. Alrededor de 50% de la población con discapacidad en la Región tiene edad para trabajar (entre 2.250.000 y 2.956.000 personas). Sin embargo, los altos niveles de pobreza y desempleo en la población general, así como la clara relación entre la pobreza y la discapacidad, hacen que la situación de las personas con discapacidad en la Región sea muy grave, ya que la mayoría están desempleadas o excluidas del mercado laboral. Las tendencias demográficas y los indicadores sociales, tales como la pobreza y la salud, indican que el número de personas discapacitadas y los efectos de la discapacidad sobre el individuo, su familia y su comunidad están en aumento. Las consecuencias generales que la marginación de esas personas tendrá sobre la situación política, económica y social de la sociedad son muy serias. Esa exclusión está inexplicablemente relacionada con la infraestructura política, social y económica de la sociedad. En consecuencia, las oportunidades de educación, participación social y capacitación, y en consecuencia el sentido de autoestima, para las personas con discapacidad están frecuentemente restringidas.

E.6. CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD

Causas sanitarias: Además de las causas comunes que se comparten con los países industrializados, como defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos y

¹⁷ [HTTPS://WWW.CDC.GOV > COMUNICADOS > P_ADULTOS_DISCAPACIDAD_07302015](https://www.cdc.gov/comunicados/p_adultos_discapacidad_07302015)

accidentes de tránsito, los países de la Región cuentan con casos significativos de discapacidad relacionados con enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales y problemas de salud relativos al desarrollo del feto y el parto.

Causas ambientales: Estas causas comprenden problemas de contaminación ambiental y sus efectos en la salud, como por ejemplo el uso irracional de plaguicidas en los cultivos que aumentan los riesgos de deficiencias y discapacidades en la Región; la falta de prevención de la violencia y los accidentes laborales y de tránsito, y los conflictos armados en países como, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, que causan traumas psicológicos y emocionales, sumados a la explosión de minas antipersonales.

E.7. ÁREAS PROBLEMÁTICAS DE LA DISCAPACIDAD

Educación: Por lo general, los ministerios de educación no cuentan con estadísticas sobre la inscripción, la deserción y el grado de escolaridad de los niños y adolescentes con discapacidad. La integración educativa no está basada en políticas gubernamentales, sino que ha ocurrido de modo informal y en mayor medida en los centros privados o mediante redes de solidaridad. En el caso de la educación superior, la situación es peor por las dificultades de movilidad para el transporte y por las barreras arquitectónicas. Todas estas trabas educativas traen como consecuencias una menor integración social y una limitación de oportunidades en el mercado laboral y en el ingreso económico, todo lo cual determina, a su vez, una mayor dependencia del discapacitado para su supervivencia.

Empleo: Muchos países de la Región no incluyen en sus censos datos sobre la población con discapacidades que forma parte del conjunto de la población económicamente activa. Hay un alto grado de desempleo de personas discapacitadas, así como reticencia de los empleadores para mantener en el empleo o dar trabajo a esas personas. Sería necesario revisar y actualizar las áreas de capacitación, así como las demandas del mercado laboral dentro de las posibilidades reales de las personas afectadas.

Accesibilidad y movilidad: Las barreras arquitectónicas y urbanísticas son uno de los principales problemas que intensifican la dificultad de las personas con discapacidades para integrarse en el mercado laboral y en las actividades de la vida cotidiana. **Asistencia médica:** La falta de programas de prevención y detección temprana impide, en ocasiones, evitar la discapacidad o que esta empeore. Además, la falta de asistencia especializada perjudica a la

persona con discapacidad en muchas ocasiones. Sumado a ello, el personal general de salud capacitado en rehabilitación es muy escaso y, en la mayoría de los países, el personal de rehabilitación también es escaso. Esto determina que la asistencia médica no sea idónea.

Falta de información: La falta de información es sin duda uno de los mayores problemas en este campo, porque la falta de datos precisos y fiables sobre la población con discapacidad hace más difícil programar, prevenir o incluso abogar por la elaboración de políticas o programas nacionales sobre el tema. La realidad es que el número de personas con discapacidad en las Américas es superior al que se notifica. **Legislación:** Existe legislación específica en 62% de los países; cada país cuenta con una serie de normas y leyes propias que, directa o indirectamente, tratan el tema de la discapacidad. La legislación sobre las discapacidades ha ido evolucionando gracias a la preocupación de los propios discapacitados y de las instituciones que les prestan servicios y atención. Estas comprenden a las organizaciones de personas con discapacidad o que les prestan apoyo y abogan por la sanción de legislación específica a nivel nacional; los consejos nacionales que tienen como función garantizar la aplicación de esas leyes y la creación de programas y actividades nacionales relacionadas con el tema, y, por último, las instituciones que establecen las políticas generales a nivel nacional. Cabe destacar el cambio paulatino de la terminología empleada en la legislación: desde términos como impedidos, disminuidos y minusválidos, hasta la incorporación y aceptación del término “discapacidad”, que es más respetuoso y específico. También se puede observar la evolución del papel del Estado, desde las posiciones asistencialistas y proteccionistas, hasta dar paso a la participación activa, la autogestión y la participación comunitaria.¹⁸

E.8. EL SALVADOR

De acuerdo a estadísticas registradas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2007, en El Salvador existen: 235,302 personas con discapacidad mayores de 18 años, lo que corresponde a

¹⁸ MARÍA FERNANDA STANG, LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA: DEL RECONOCIMIENTO JURÍDICO A LA DESIGUALDAD REAL

un 4.1% de la población (adulta), 53% son hombres y 47% son mujeres; de las cuales 61% son de zona rural y 39% de zona urbana.¹⁹

En 2015 se llevó a cabo en El Salvador la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENPD), la que permitió recolectar información sobre personas con y sin discapacidad en una muestra de 5,102 hogares y 19,504 personas a nivel nacional. Se recolectó información sobre las características sociodemográficas de los encuestados, educación, vivienda trabajo y condiciones laborales; así como preguntas específicas relacionadas con la discapacidad, como las deficiencias funcionales permanentes, el uso de apoyos y ayudas técnicas, el uso de servicios de rehabilitación y la accesibilidad en diferentes espacios. La encuesta también incorporó un módulo específico para la niñez y adolescencia, basado en la metodología del Grupo de Washintong sobre Medición de Discapacidad (GW).

Según la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENPD) refleja que en El Salvador existen 463,075 personas con discapacidad. De estas, 343,131 son adultos y 119,944 son niñas, niños y adolescentes (equivalente al 7.4% de la población de 2 años y más). Clasificando esta información por sexo, se obtiene que 236,263 son niñas, adolescentes y mujeres, mientras 226,812 son niños, adolescentes y hombres.

Los resultados presentados revelan que las personas con discapacidad estudian, trabajan y contribuyen a la vida productiva del país. Sin embargo, en muchos casos lo hacen en condiciones de desventaja; recibiendo menores salarios, participando en el mercado laboral informal con más frecuencia, entre otras brechas para el cumplimiento de sus derechos que han quedado evidenciadas.

Con este documento se busca dar a conocer la magnitud de esas brechas existentes en el cumplimiento de derechos de las personas con discapacidad y motivar a la acción en la definición de políticas y programas concretos que favorezcan su inclusión.²⁰

¹⁹ INDICADORES DE DISCAPACIDAD EN ES, JULIO 2016

²⁰ ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL 2015

IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Tipo de estudio:

Es descriptivo y de corte transversal porque no se estableció relación de causa y efecto entre los factores sociodemográficos, socioculturales y características epidemiológicas que contribuyen a las discapacidades.

B. Área de estudio:

Establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención de los Municipios de Apopa, Aguilares, El Paisnal, Guazapa, Nejapa y Tonacatepeque que corresponden al área de responsabilidad del SIBASI Norte, ubicados hacia la zona norte del departamento de San Salvador.

Según las estimaciones de DIGESTYC la población de los seis municipios para 2019 es de 389,696 habitantes, de los cuales 11,614 corresponden a personas con discapacidades (2.9 % del total de la población), para un total de 1,972 pacientes con discapacidad que han consultado en los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención de SIBASI Norte desde Enero del 2014 hasta Diciembre del 2018.

C. Universo y Muestra:

El universo corresponde a 1,972 pacientes, siendo el total de personas con discapacidad que han consultado entre Enero de 2014 a Diciembre de 2018 en los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención de SIBASI Norte,

En esta investigación se establece un muestreo no probabilístico, por conveniencia, considerando como unidad de análisis a los pacientes que han consultado en los establecimientos de salud de los municipios que se encuentran bajo la responsabilidad de SIBASI Norte.

Cálculo de tamaño de la muestra según fórmula siguiente:

$$\text{Tamaño de la muestra (n)} = \frac{\frac{Z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)} = 220 \text{ (muestra poblacional)}$$

n: Tamaño de la muestra

N: Tamaño de la población (11,614 PCD)

Z: Nivel de confianza: 95%=1.96 (puntuación)

e: Margen de error (porcentaje expresado en decimales): 5%=0.05

p: proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia (0.8)

LIMITANTES DE LA MUESTRA:

El total de la muestra se redujo debido a múltiples causas:

- Inaccesibilidad a las áreas de domicilio por catalogarse como de alto riesgo social.
- Direcciones erróneas proporcionadas por las mismas personas, esto verificado únicamente al momento de la visita en campo.
- Personas no encontradas al momento de la visita, debido a que dieron direcciones de familiares con el objetivo de consultar en la zona (no vivían realmente en el lugar).

Criterios de inclusión

1. Pacientes mayores de 18 años con algún tipo de discapacidad: Físico, Auditivo, Visual, Mental y/o Intelectual; que han consultado en los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención de SIBASI Norte, período Enero a Diciembre 2014-2018.
2. Que residieron en los municipios del área de responsabilidad de SIBASI Norte.
3. Que firmaron el Consentimiento Informado.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que residían en área catalogada como riesgo social
2. Pacientes que no se encontraron en el lugar de residencia en el momento de la visita.
3. Expedientes que se encontraron en mal estado o incompletos.

D. Métodos e instrumentos de recolección de datos:

El instrumento de recolección de información fue diseñado por el investigador y se aplicó a la muestra seleccionada en dos momentos:

- 1-Primer momento: Revisión de expediente clínico de cada paciente seleccionado para verificar datos generales tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.
- 2- Segundo momento: Se realizó entrevista de campo, en el lugar de residencia a cada paciente seleccionado.

MATRIZ DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PARTICIPANTES

| Componente | Fuente | Técnica | Instrumento |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Características epidemiológicas | Entrevista PCD (Personas con discapacidades) Expediente clínico | Análisis de contenido Entrevista | Guía de análisis de contenido/expedientes Entrevista PCD |
| Factores sociodemográficos | Entrevista Personas con discapacidades PCD Expediente clínico | Entrevista Análisis de contenido | Entrevista Guía de análisis de contenido/PCD Guía de análisis de contenido/expedientes |
| Factores socioculturales | Entrevista Persona con discapacidades PCD | Entrevista | Entrevista PCD |

PCD: Personas con discapacidad

E. Recolección de la Información:

Una vez establecida la muestra, la recolección de la información se desarrolló mediante los siguientes pasos:

Se procedió a realizar búsqueda a través del Sistema de Morbimortalidad de la Web (SIMMOW) del Ministerio de Salud, identificando usuarios con sus respectivos expedientes, los cuales fueron utilizados en la investigación.

Luego de haber identificado los pacientes con sus respectivos números de expedientes clínicos, se realizó un listado de los mismos, ordenándolos por cada establecimiento de salud al que pertenecen o hayan consultado.

Se estableció coordinación con cada jefatura local, siendo Director/a y Jefatura de ESDOMED (Estadística y Documentos Médicos), de cada establecimiento de salud de SIBASI Norte, para uso de expedientes y visita de campo de sus áreas de responsabilidad.

Con el listado establecido y coordinación previa se procedió a visita a cada establecimiento de salud de SIBASI Norte para verificar quienes cumplen criterios de inclusión.

Una vez teniendo el listado; se procedió a realizar la entrevista, se codificó cada instrumento según expediente clínico, lo cual fue solamente información manejada por el investigador.

Se aplicó la entrevista en campo para lo cual se contó con instrumento en físico; fue un equipo de 30 personas por cada municipio; a quienes se les adjudicó siete entrevistas a realizar por cada uno/a; para un total de 150 pacientes; realizado en solamente dos semanas.

Se estimó un tiempo aproximado de treinta (30) minutos para cada entrevista.

En cada establecimiento un Médico fue el responsable de completar la entrevista con el expediente clínico previamente identificado y seleccionado.

F. Prueba Piloto:

Para validar la confiabilidad del instrumento se realizó la prueba piloto a doce (12) personas con Discapacidad, siendo el 0,05% de la cantidad de la muestra calculada; las cuales fueron seleccionadas a través del SIMMOW, tomando en cuenta la representatividad de cada Municipio, siendo 2 personas entrevistadas por cada Municipio (Apopa, Nejapa, Tonacatepeque, Guazapa, Aguilares y El Paisnal); pero que no pertenecieron a la muestra seleccionada para el estudio.

G. Plan de procesamiento de datos y análisis:

Al obtener los datos tanto de expedientes como de entrevistas, se procedió a su procesamiento en forma computarizada, realizando un vaciamiento de las entrevistas de manera semanal, con una base de datos en hoja de cálculo Excel, parte del análisis estadístico se utilizaron frecuencias y medidas de tendencia central, realizando su ordenamiento con Software estadístico SPSS, versión 23.

H. Consideraciones Éticas:

Esta investigación tiene como sujeto principal a la persona, por lo cual se consideró necesario tomar en cuenta algunas de las principales consideraciones éticas.

I. Riesgos posibles:

Esta investigación sí involucra sujetos humanos. Los datos se obtuvieron de fuentes primarias como la entrevista y el expediente clínico; así como de fuentes secundarias como los sistemas de información en línea que utiliza el Ministerio de Salud.

Los datos se manejaron con un código de identificación único, al cual sólo tiene acceso el investigador. Los datos fueron almacenados de manera segura y confidencial para evitar la pérdida de la confidencialidad.

J. Consentimiento informado:

Se aplicó consentimiento informado, ya que la información procedió de entrevistas en campo y de los expedientes clínicos. No se publicará ninguna información que permita la identificación de sujetos individuales.

K. Confidencialidad de los participantes:

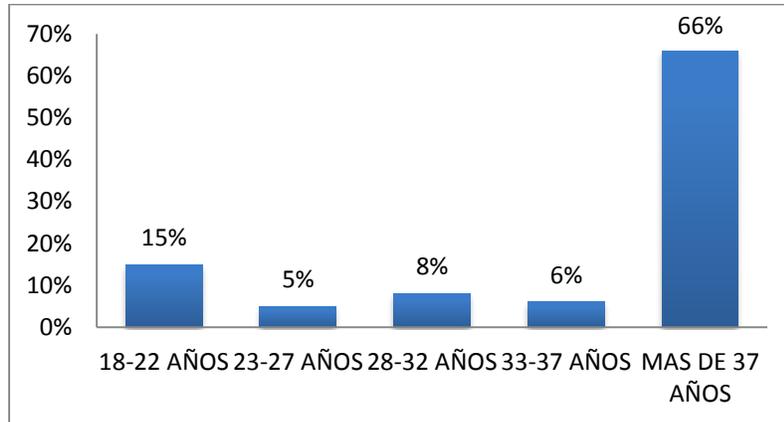
Para proteger la confidencialidad de los participantes, a cada participante se le asignó un código único de identificación en la investigación que sólo será usado para propósitos del mismo. Sólo el investigador en el sitio de estudio que revisó los registros médicos para cargar los datos en las bases electrónicas sabe quiénes son los participantes y cuál es el código que los identifica. Estos no serán divulgados ni publicados en ninguna circunstancia.

El documento que contiene los códigos que vinculan al participante del estudio con su nombre, es guardado bajo llave por el investigador de la Maestría de Epidemiología.

El investigador mantendrá una base de datos centralizada con toda la información recolectada como parte de la investigación, la cual está protegida en un servidor con contraseña que solo conoce el investigador. La base de datos contiene los enlaces entre los identificadores personales y el identificador único de la investigación. Sólo el investigador en el sitio del estudio en donde el participante se inscribe tiene acceso a los datos que vinculan los identificadores del estudio y los datos de identificación personal en la base de datos protegida con contraseña.

V. RESULTADOS

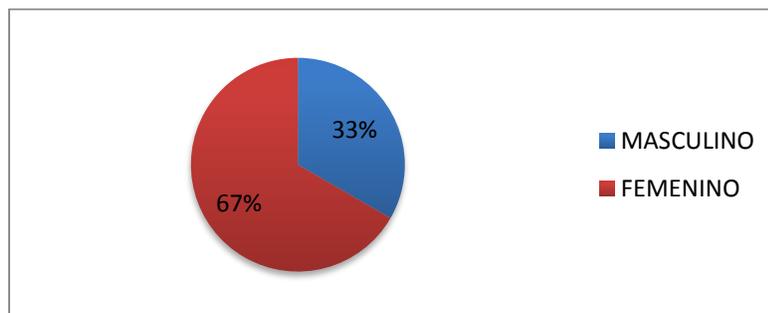
GRÁFICO 1. RANGO DE EDADES RANGO DE EDADES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014- 2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Del total de 150 personas con discapacidad entrevistadas del área de responsabilidad del SIBASI Norte de San Salvador, 99 son en su mayoría mayores de 37 años de edad, lo que corresponde a un 66%, llama la atención el segundo grupo más frecuente el que se encuentra entre los 18 y 22 años de edad, para un total de 15%; siendo el rango entre 23 y 27 años el grupo más pequeño que se encontró, correspondiéndole tan solo un 5%.

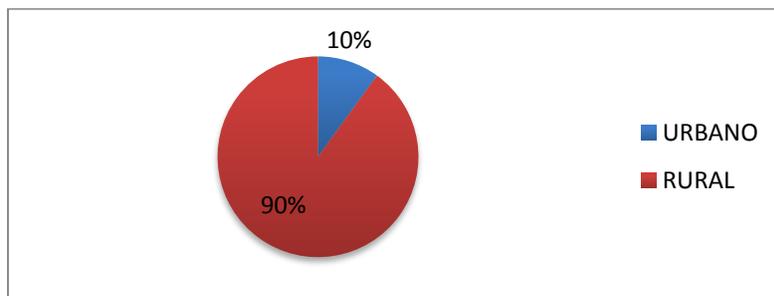
GRÁFICO 2. SEXO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014- 2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Se observa que del total de población encuestada, el 67% corresponde a personas del sexo femenino (100 mujeres), para tan solo un 33% que corresponde a personas del sexo masculino (50 hombres).

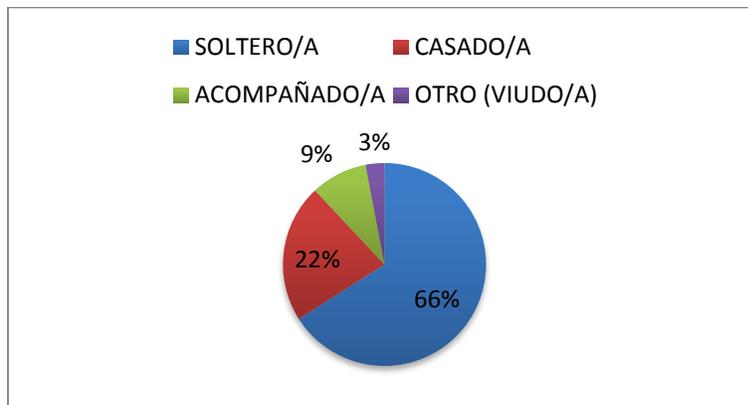
GRÁFICO 3. PROCEDENCIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

El estudio demuestra que un 90% de las personas con discapacidad proceden de área rural y una minoría, correspondiente al 10% habita en el área urbana.

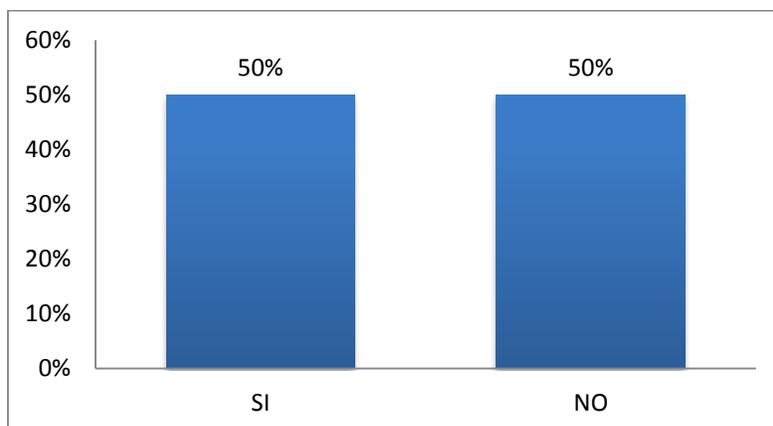
GRÁFICO 4. ESTADO CIVIL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014- 2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Se documentó que el 66% que corresponde a 98 personas con discapacidad eran solteros/as, un 22% estaban legalmente casados/as, un 9% se encontraban en unión libre y un 3% que corresponde a 5 personas, eran viudas.

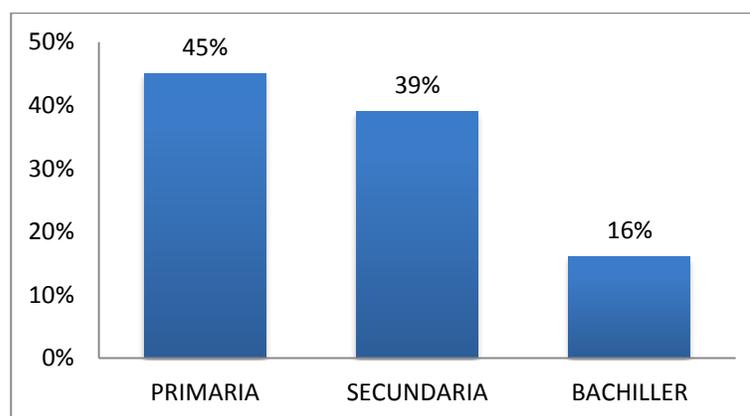
GRÁFICO 5. ASISTENCIA A ESCUELA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014- 2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Con respecto a si las personas asistieron a la escuela, el 50% que corresponde a 75 personas con discapacidad asistió a la escuela y otro porcentaje igual, no asistió.

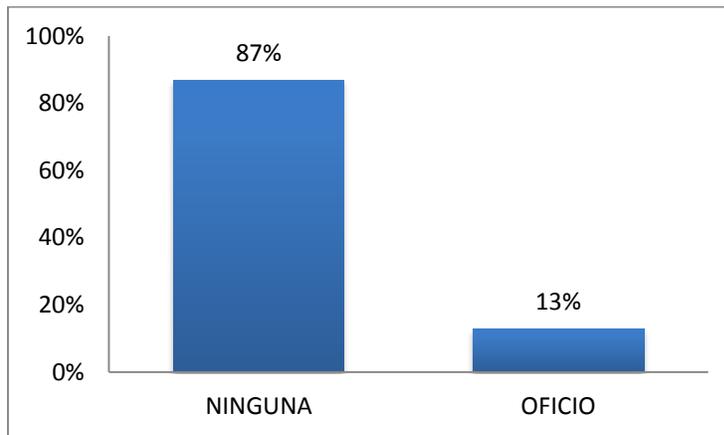
GRÁFICO 6. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014- 2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Se observa que en relación al nivel de escolaridad, el mayor porcentaje (45%), para 34 personas con discapacidad tiene un nivel de educación primaria, un 39% para 29 personas alcanzaron un nivel de educación secundaria y un 16% que corresponde a 12 personas alcanzaron nivel de Bachiller.

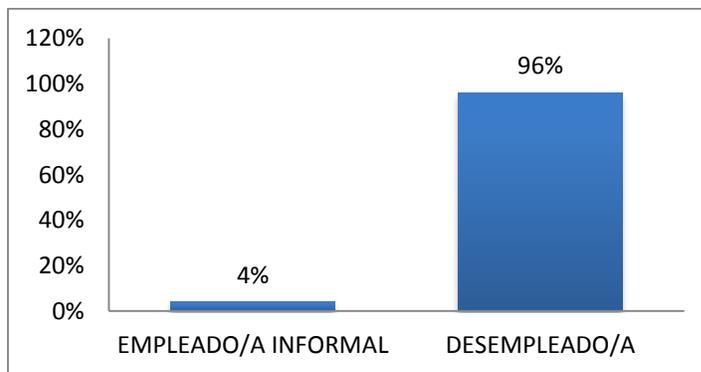
GRÁFICO 7. PROFESIONES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014- 2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

De la población estudiada ninguna persona tuvo alguna profesión; en su mayoría se registró que no tenían un oficio (87%) para 131 personas con discapacidad, solamente se alcanza un 13% que corresponde a 19 personas quienes desempeñan un oficio, entre los más frecuentes los de Agricultura, jornaleros y motoristas.

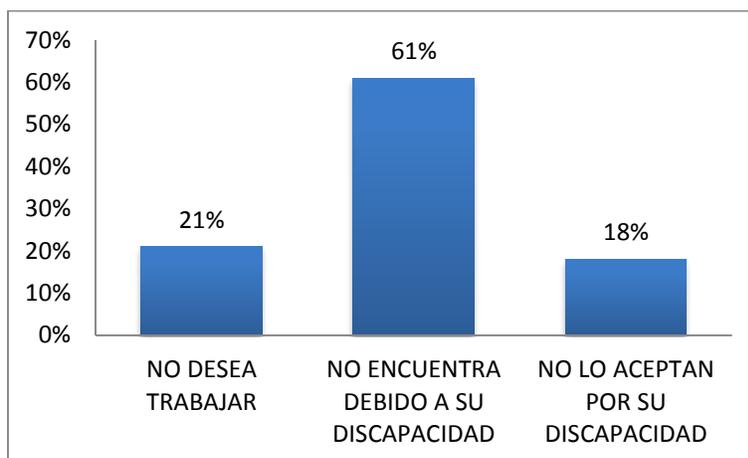
GRÁFICO 8. CONDICIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014- 2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Como se puede observar el 96% de las personas con discapacidad respondió que se encontraban desempleadas (144), las demás, solamente 6 personas para un 4% se encontraban desempeñando un empleo informal.

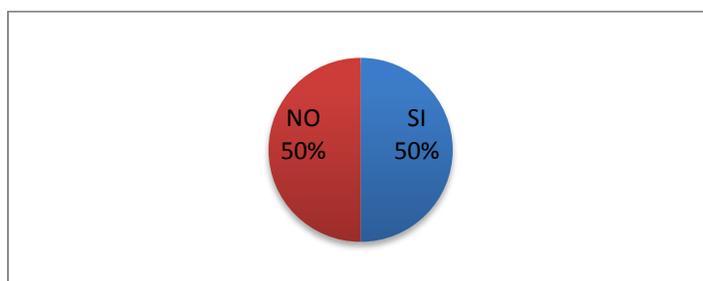
GRÁFICO 9. CAUSAS DE DESEMPLEO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Al investigar las causas de desempleo, la mayoría de personas con discapacidad, 61% que corresponde a 91 personas respondió que no encontraban trabajo debido a su discapacidad; un 21% para 32 personas no tenían trabajo porque no deseaban trabajar y una minoría del 18% para 27 personas refirió que no se encontraba trabajando debido a que no lo aceptan por su discapacidad.

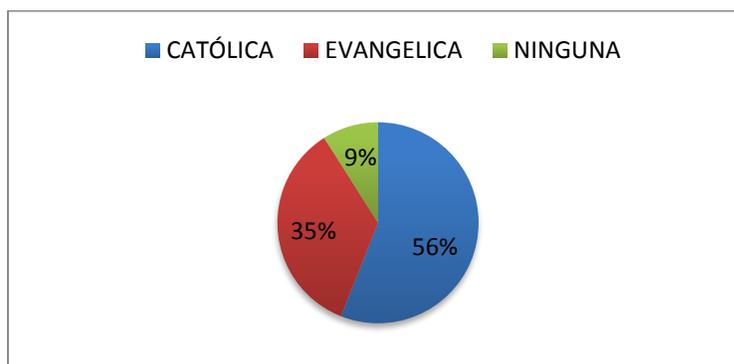
GRÁFICO 10. MIGRACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014- 2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Se observa que en relación a la migración de algún familiar, el 50% que corresponde a 75 personas con discapacidad tenían algún familiar que ha migrado hacia otro país, en su mayoría hacia Estados Unidos y una minoría hacia México; el otro 50% no contaba con migración de familiares.

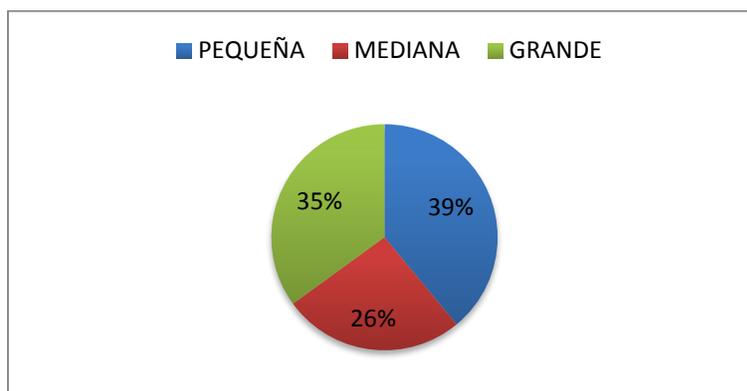
GRÁFICO 11. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECEN PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014- 2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Entre los factores socioculturales estudiados se contempló la religión, donde se observa que un 56% lo que corresponde a 84 de personas con discapacidad pertenecían a la religión Católica, un 35% para 52 personas pertenecían a la Evangélica y una minoría de 14 personas respondió que no pertenecían a ninguna religión (9%).

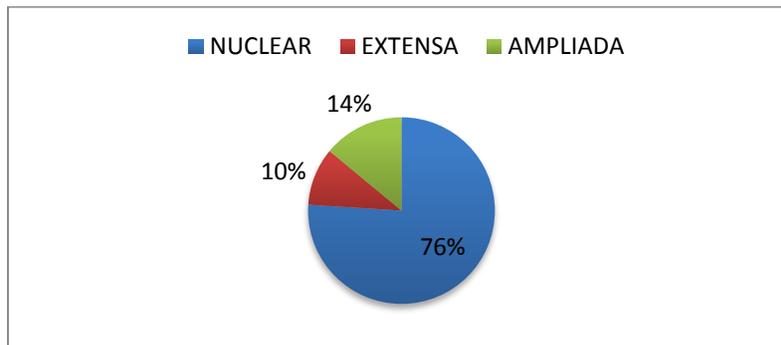
GRÁFICO 12. TIPO DE FAMILIA SEGÚN NÚMERO DE MIEMBROS, DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

El estudio del Tipo de Familia, por la cantidad de miembros al que pertenecían las personas con discapacidad demuestra que un 39% corresponde a 59 Familias Pequeñas, un 35% corresponde a 49 Familias Grandes y un 26% corresponde a 39 Familias Medianas.

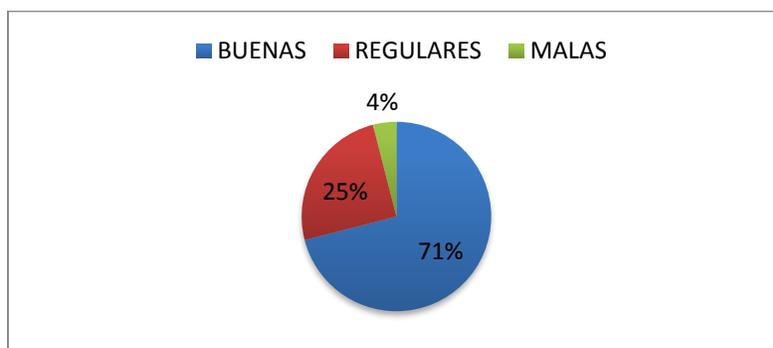
GRÁFICO 13. TIPO DE FAMILIA SEGÚN ONTOGÉNESIS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

El estudio del Tipo de Familia, según el número de generaciones presentes al que pertenecían las personas con discapacidad demuestra que un 76% corresponde a 114 Familias Nucleares, un 14% corresponde a 21 Familias Ampliadas y un 10% corresponde a 15 Familias Extensas.

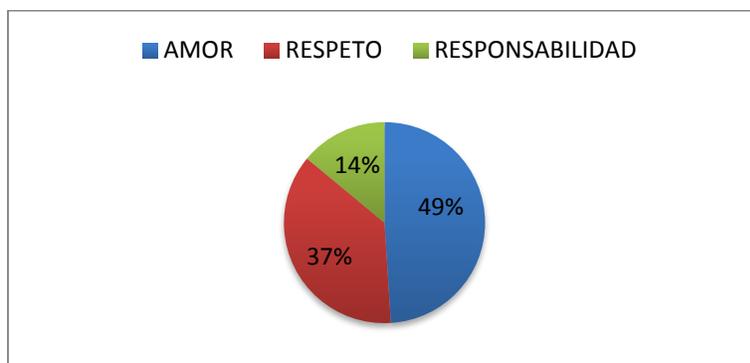
GRÁFICO 14. RELACIONES ENTRE FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014- 2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

De 150 personas con discapacidad que formaron parte de la investigación, 106 de ellas que corresponde al 71% consideraban tener Buenas relaciones con los demás miembros de la familia, un 25% para 38 personas consideraban tener Regulares relaciones con sus familiares y solamente un 4% para 6 personas consideraban tener Malas relaciones entre los mismos.

GRÁFICO 15. VALORES QUE SE PRACTICAN EN EL HOGAR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Se observa que en relación a los valores que se practican en los hogares de las personas con discapacidad investigadas, un 49% lo que corresponde a 104 personas practicaban el valor del Amor, un 37% para 73 personas practicaban el Respeto y un 14% para 60 personas practicaban la Responsabilidad.

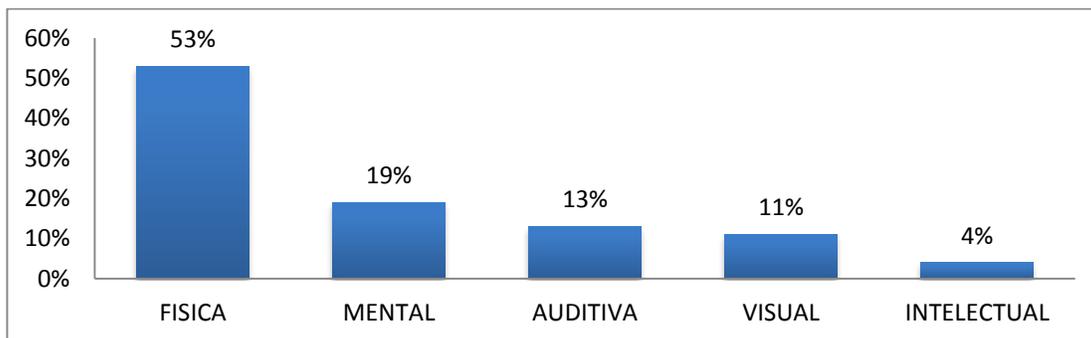
GRÁFICO 16. COSTUMBRE DE VISITAR ETNOPRACTICANTES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Se observa que en cuanto a la costumbre de visitar Etnopracticantes (curanderos o sobadores/as), en su mayoría, el 91% lo que corresponde a 136 personas no acostumbraban visitar este tipo de personas ante necesidades de salud y una minoría del 9% lo que corresponde a 14 personas si acostumbraban visitar este tipo de personas.

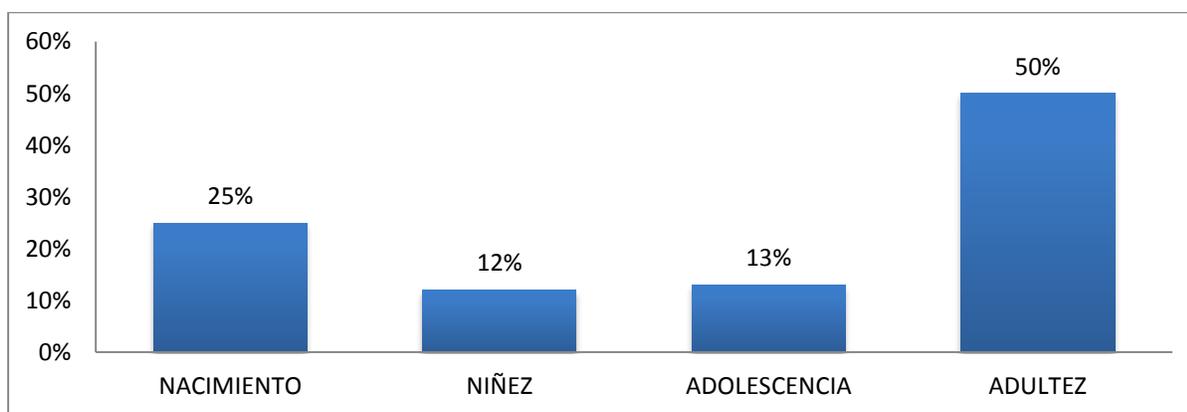
GRÁFICO 17. TIPOS DE DISCAPACIDADES DE PERSONAS ENTREVISTADAS DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

La investigación evidencia que en relación a los tipos de discapacidades, el 53% que corresponde a 79 personas presentaron discapacidad de tipo física, seguido de un 19% para 28 personas con discapacidad de tipo mental, un 13% para discapacidades auditivas, un 11% que corresponde a 17 personas presentaron discapacidad visual y una minoría del 4% para 6 personas presentaron discapacidad de tipo intelectual.

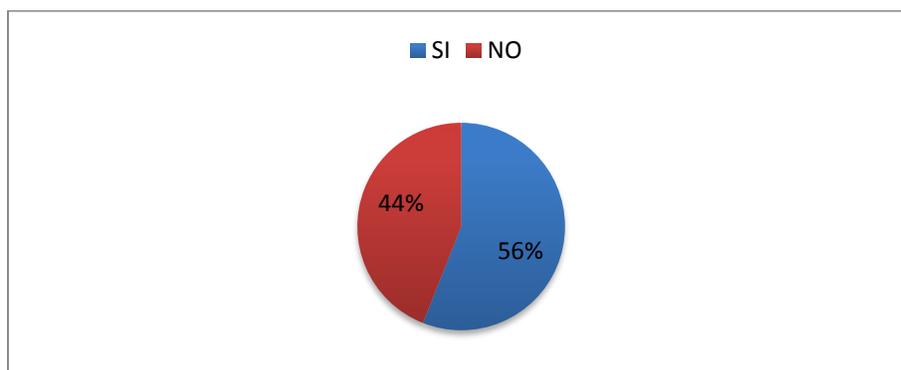
GRÁFICO 18. EDAD DE DIAGNOSTICO DE LA DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

De las 150 personas con discapacidad investigadas, el 50% correspondiente para 75 personas presentaron la discapacidad que padecen durante de la adultez, un 25% (38) nació con la discapacidad, un 13% (19) en el ciclo de vida de adolescencia y un 12% (18) en la niñez.

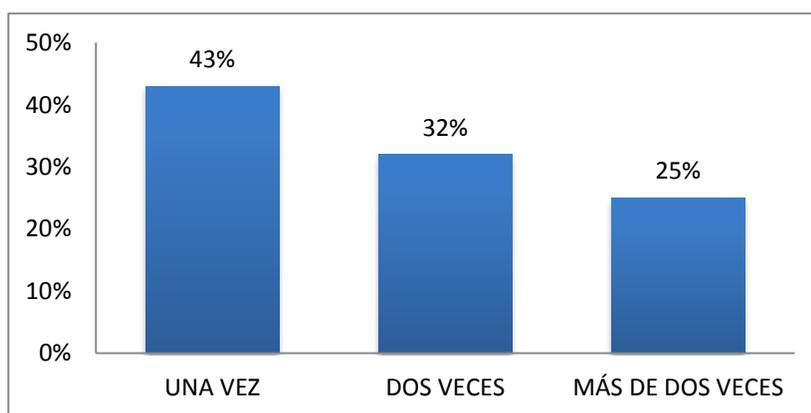
GRÁFICO 19. ANTECEDENTES DE INGRESOS HOSPITALARIOS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

De acuerdo a la investigación, del total de personas con discapacidad, un 56% que corresponde a 84 personas han tenido ingresos hospitalarios debido a su condición de discapacidad y un 44% (66 personas) no ha tenido ingresos.

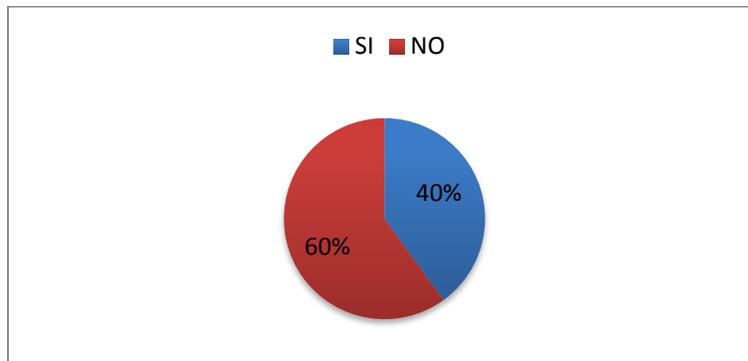
GRÁFICO 20. FRECUENCIA DE INGRESOS HOSPITALARIOS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Del total de 84 personas que han tenido ingresos hospitalarios debido a su discapacidad, en relación a la frecuencia, el 43% que corresponde a 36 personas ha sido ingresado/a solamente una vez, un 32% (27) ha sido ingresado dos veces y un 25% (21) ha sido ingresado más de dos veces.

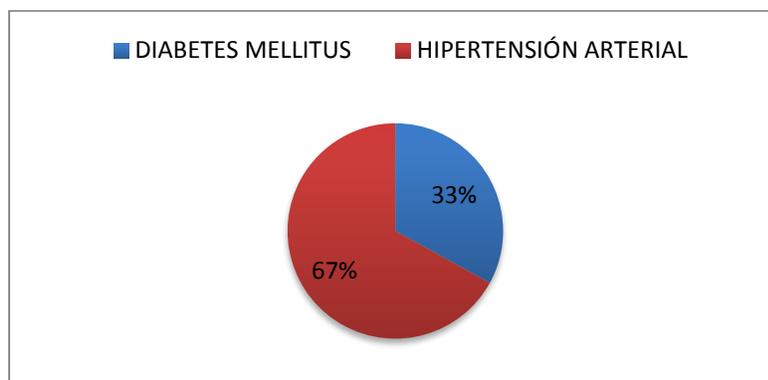
GRÁFICO 21. PRESENCIA DE ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Se observa que del total de personas con discapacidad que participó en esta investigación (150), 90 de ellas (60%) no padecía ninguna enfermedad crónica no transmisible como la Diabetes o la Hipertensión, mientras que un 40% que corresponde a 60 personas con discapacidad si presentaban alguna enfermedad como la DM y/o HTA.

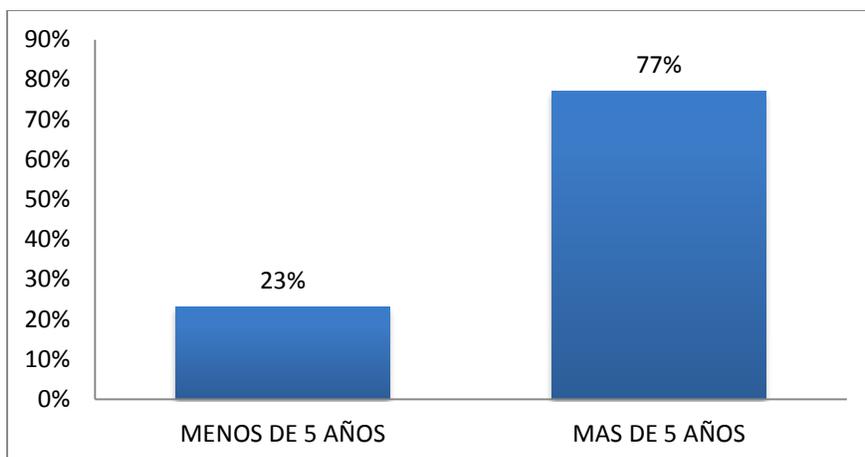
GRÁFICO 22. PRESENCIA DE DIABETES MELLITUSM E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Del total de personas con discapacidad (150) quienes presentaron enfermedad crónica no transmisible como la Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial fueron 60 pacientes, lo que hace un 40% del total de la población; por lo que un 67% que corresponde a 40 personas padecían de Hipertensión Arterial y un 33% de Diabetes.

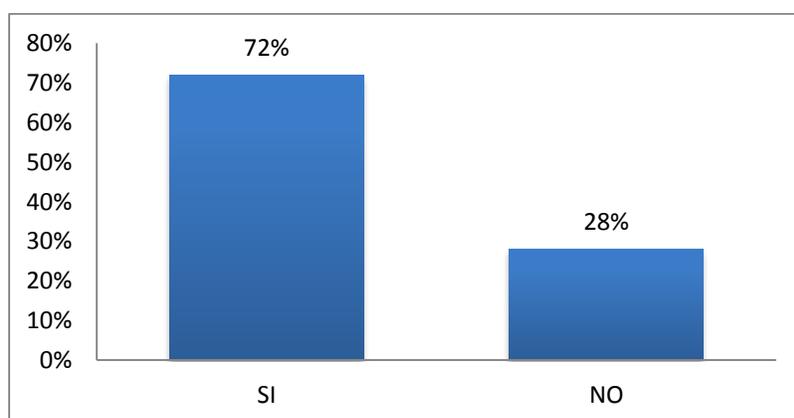
GRÁFICO 23. PERÍODO DE TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Según se registra, estas personas con ECNT (60 pacientes), un 77% que corresponde a 46 personas padecen su enfermedad hace más de 5 años y un 23% para 14 pacientes la padecen hace menos de 5 años.

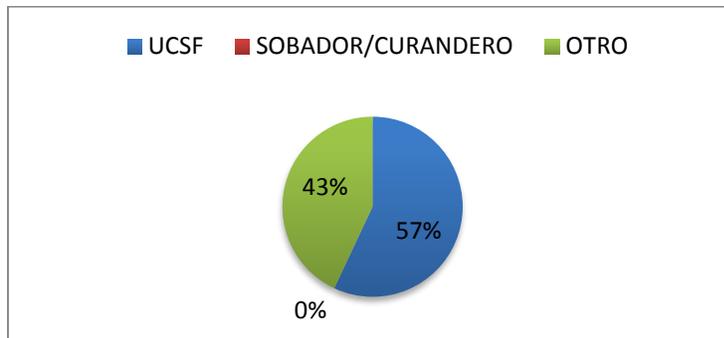
GRÁFICO 24. TRATAMIENTO MÉDICO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

De acuerdo a estas personas con ECNT (60 pacientes), un 72% que corresponde a 34 personas que padecen su enfermedad toman su medicamento y un 28% para 26 pacientes la padecen niegan tomar medicamento.

GRÁFICO 25. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN DONDE CONSULTAN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Respecto al lugar o persona donde las personas con discapacidad prefieren consultar, refirieron que un 57% lo que corresponde a 71 pacientes prefieren consultar en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y un 43%, para 26 pacientes van a otros lugares, entre los más frecuentes Hospital Nacional Rosales, Hospital Psiquiátrico y Hospital Zacamil.

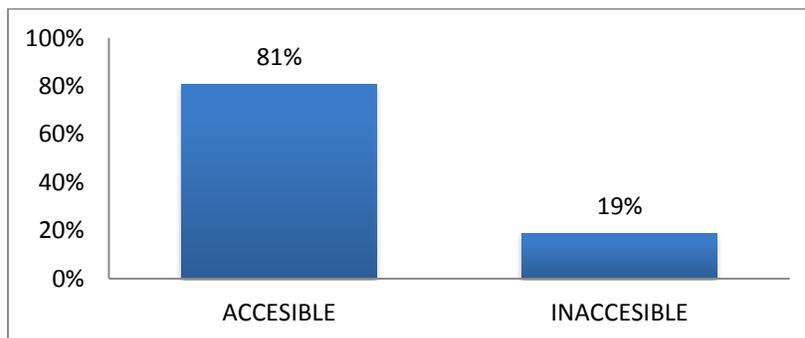
GRÁFICO 26. CAUSA DE PREFERENCIA DE CONSULTA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Según las causas de su preferencia al consultar en esos lugares, un 44% (66) reportó que porque se le atiende rápido, un 31% (46) porque se siente mejor atendido y un 25% (38) porque le daba mayor confianza.

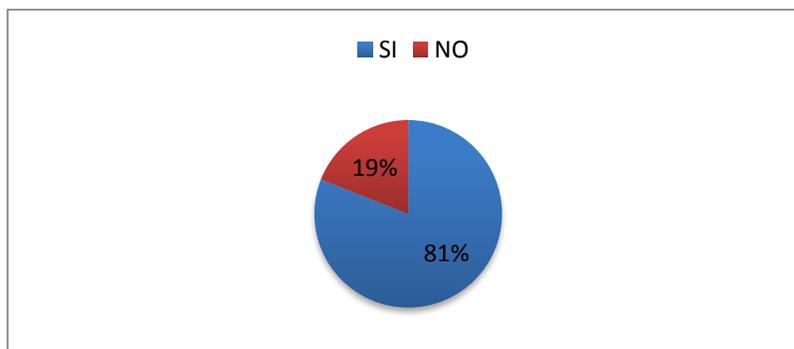
GRÁFICO 27. RAZÓN POR LA QUE CONSULTAN EN LAS UCSFI LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

La investigación evidencia que del total de 150 personas con discapacidad, el 81% que corresponde a 121 pacientes consideran que los servicios de salud hacia UCSF se encuentran accesibles y solamente un 19% para 29 pacientes las consideran Inaccesibles.

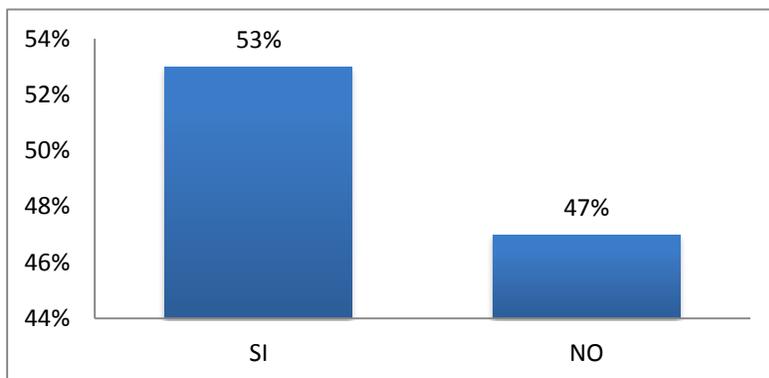
GRÁFICO 31. VISITAS POR PARTE DEL PERSONAL DE UCSF HACIA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

En relación a recibir visitas por parte del personal de salud, del total de participantes (150), el 81% que corresponde a 121 personas dijo que si ha recibido visitas por el personal y un 19% que corresponde a 29 no ha recibido visitas.

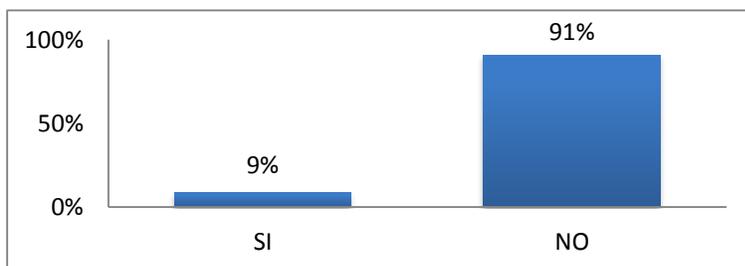
GRÁFICO 32. PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE QUE TIENEN HIJOS/AS, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Se evidencia que el 53% para 80 personas tienen hijos o hijas y un 47% para 70 personas no tienen.

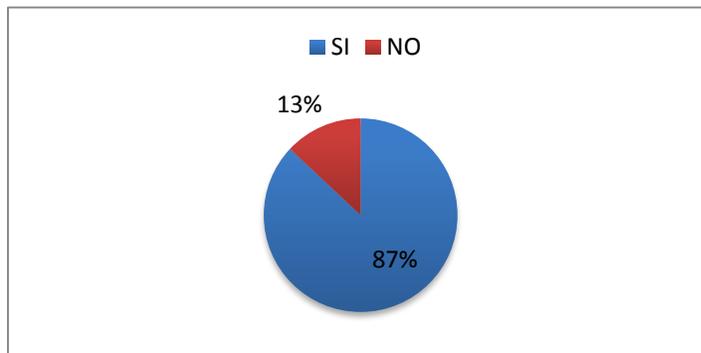
GRÁFICO 33. PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE QUE TIENEN HIJOS/AS CON DISCAPACIDAD, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Del total de 80 personas con discapacidad que tienen hijos, el 91% (73 pacientes) tienen hijos que no padecen discapacidades y un 9% para 7 pacientes tienen hijos con alguna discapacidad.

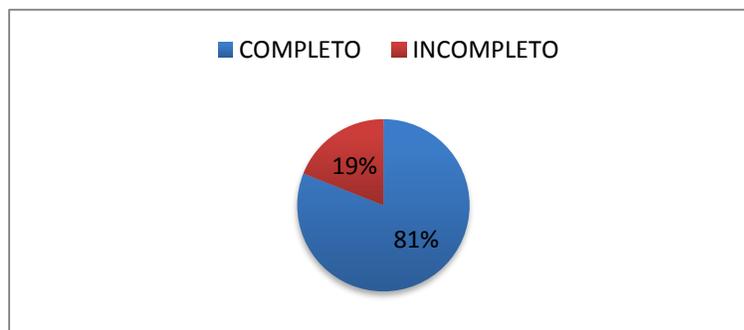
GRÁFICO 34. PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE QUE TIENEN SU CARNET DE VACUNACIÓN, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Con lo relacionado al carnet de Vacunación, del total de personas con discapacidades (150), el 87% que corresponde a 131 contaron con su carnet de vacunación, mientras que el 13% que corresponde a 19 personas no lo poseían.

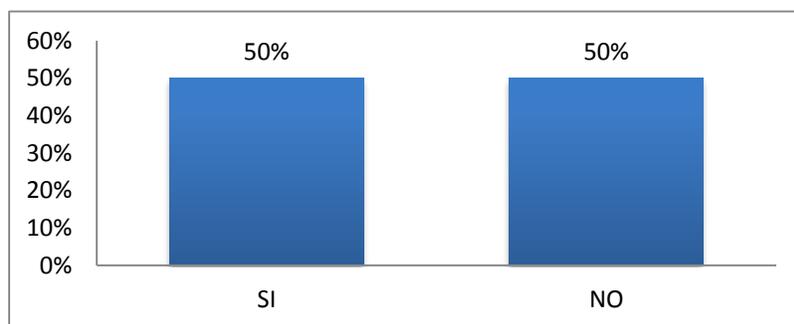
GRÁFICO 35. PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE QUE TIENEN ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Del total de 131 pacientes que contaban con su carnet de vacunación, el 81% (106) tenía su esquema de vacunación completo para su edad y el 19% (25) estaba incompleto.

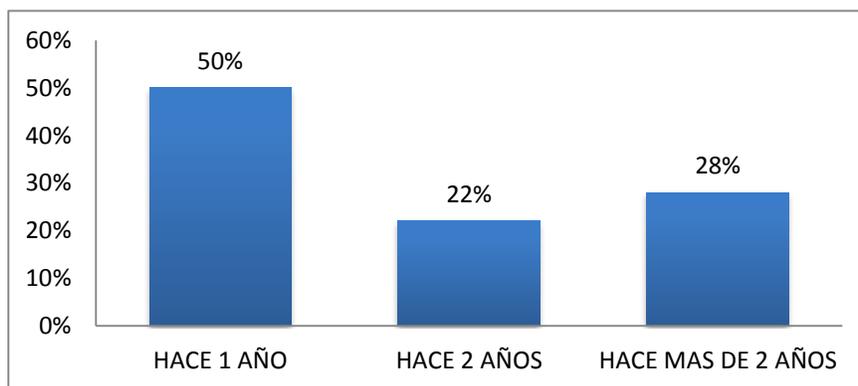
GRÁFICO 36. MUJERES CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE QUE ALGUNA VEZ SE HAN REALIZADO EL PAP, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Del total de mujeres con discapacidad que participaron en la investigación (100), el 50% se había tomado su Prueba de Papanicolao en alguna ocasión y el 50% nunca antes.

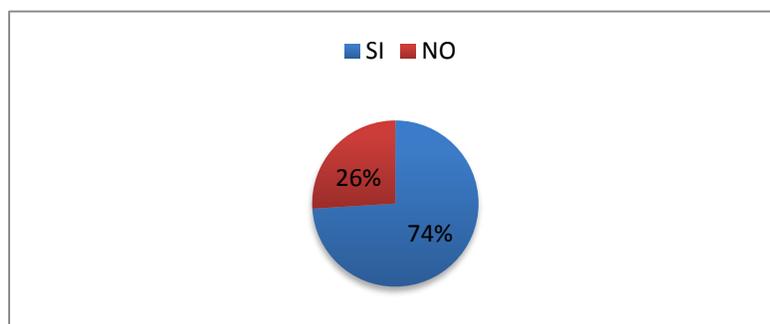
GRÁFICO 37. FRECUENCIA DE PAP EN MUJERES CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Del total de mujeres con discapacidad que se habían tomado su prueba de Papanicolao alguna vez (50), el 50% que corresponde a 25 se ha realizado el PAP hace un año, un 28% que corresponde a 14 se habían realizado su PAP hace más de dos años y un 22 % para 11 se habían realizado el PAP hace 2 años.

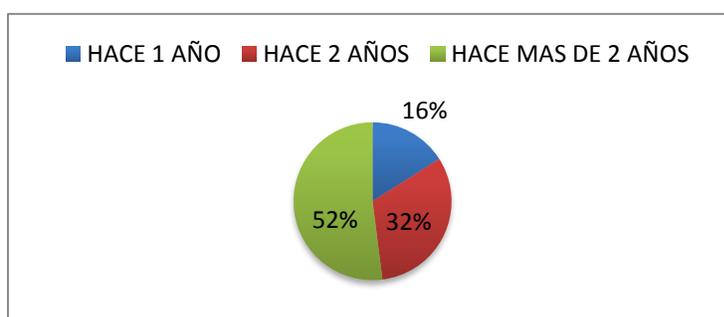
GRÁFICO 38. MUJERES CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE QUE ALGUNA VEZ LE HAN REALIZADO EXAMEN DE MAMAS, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Del total de mujeres con discapacidad que participaron en la investigación con PAP previo (50), el 74% que corresponde a 37 Mujeres, les habían realizado el Examen de Mamas en alguna ocasión y el 26% que corresponde a 13 mujeres, nunca antes.

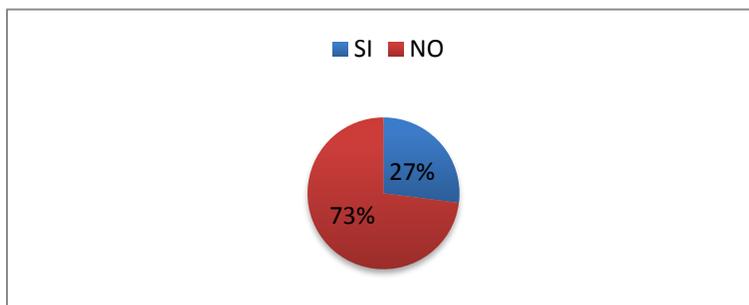
GRÁFICO 39. FRECUENCIA DE EXAMEN DE EXAMENES DE GABINETE EN MUJERES CON DISCAPACIDAD DEL SIBASI NORTE ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Del total de mujeres con discapacidad que se les había realizado el Examen de mamas alguna vez (37), el 52% que corresponde a 19 se le ha realizado el examen de mamas más de dos años, un 32% que corresponde a 12 se le ha realizado el examen de mamas hace dos años y un 16 % para 6, se le había realizado el examen de mamas hace 1 año.

GRÁFICO 40. MUJERES CON DISCAPACIDAD QUE SE REALIZAN EL AUTOEXAMEN DE MAMAS, SIBASI NORTE, ENERO A DICIEMBRE 2014-2018



FUENTE: Entrevista a personas con discapacidades

Del total de mujeres con discapacidad que participaron en la investigación (100), se registra que el 73% que corresponde a 73, se realiza el Autoexamen de mamas y un 27% que corresponde a 17, no se lo realiza.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

Los estudios poblacionales relacionados con la discapacidad no son frecuentes. La mayoría de los reportes sobre magnitud de la discapacidad se realizan a partir de estudios censales, encuestas de población o sobre muestras de población con mayor o menor grado de representatividad.

El tema de las Discapacidades aun no es incluida en agenda de tomadores de decisiones. La investigación presentada sobre la Caracterización Epidemiológica de las personas con Discapacidad que asisten a los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención de los Municipios de la Zona Norte del Departamento de San Salvador refleja que del grupo poblacional, su mayoría pertenecen a la mayoría de 37 años de edad, encontrándose algunos hasta más de la tercera edad con alguna discapacidad, con un alto predominio de mujeres sobre los hombres (67%), procedentes del área rural de la zona norte del Departamento de San Salvador.

Según el informe sobre Discapacidad en la Unión Europea, Ochenta millones de personas (una sexta parte de la población) tienen discapacidades que varían de leves a severas. Estas personas, cuya discapacidad a menudo les impide participar en la sociedad y la economía, sufren un índice de pobreza un 70 % superior a la media de la UE.

Según el informe sobre como las personas con discapacidad tienen problemas para ir a la escuela en China, Julio 2013, hay por lo menos 83 millones de personas que padecen alguna discapacidad en China, según estadísticas oficiales. Más del 40 por ciento de este sector de la población es analfabeta. Si bien las cifras del gobierno reflejan una matriculación ecuánime entre los niños que cursan la educación primaria, existe una gran diferencia cuando se trata de menores con discapacidad: el 28 por ciento de estos niños no están recibiendo la educación básica a la que tienen derecho.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el cuarto objetivo ODS es "Asegurar educación inclusiva de calidad para todos y promover el aprendizaje permanente". Dos de las metas para este objetivo mencionan discapacidad:

"Eliminar para 2030, la desigualdad de género en la educación y asegurar acceso equitativo a todos los niveles de educación y de formación profesional para población vulnerable, incluyendo a personas con discapacidad, indígenas y niños en situaciones de vulnerabilidad".

El octavo objetivo ODS es "Promover crecimiento económico inclusivo y sostenible, empleo y trabajo digno para todos."

En la presente investigación el 50% de la población investigada es Anafabeta (75 personas) del total de 150 personas con discapacidad, alrededor de la mitad que ha tenido acceso a escolaridad, es con niveles de plan Primaria, la mayoría desarrolla solamente un oficio ya que el 96% se encuentra desempleado/a, donde la situación laboral se le atribuye a su estado de discapacidad; puede considerarse esto debido a que el 50% de dicha población tiene algún familiar que ha migrado hacia otros países, principalmente hacia Estados Unidos.

Según la CIF (Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud) realiza una síntesis entre el modelo médico y el modelo social de la Discapacidad, asumiendo el modelo biopsicosocial, en el que se enfatiza que la discapacidad no es solo una característica de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones e interacciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto y el entorno social.

La investigación proporcionó información sobre aquellas características sociales y culturales en que se desenvuelven las personas con algún padecimiento de discapacidad. El 56% de los pacientes practican la religión católica; de acuerdo a su núcleo familiar, se valoró el tipo de familia con quienes viven, predominando las Familias Pequeñas, de hasta dos miembros y según la ontogénesis, Familias de Tipo Nuclear, de hasta dos generaciones.

En el sistema de valores y relaciones con la familia, se practica mayoritariamente el valor del amor, teniendo en cuenta que las relaciones interpersonales se consideran Buenas.

El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores

contextuales que incluyen tanto factores personales como factores ambientales, estos últimos están organizados en la clasificación contemplando dos niveles distintos:

(a) Individual: en el contexto/entorno inmediato del individuo, incluyendo espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela. En este nivel están incluidas las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.

(b) Social: estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tienen un efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

En los Estados Unidos, 1 de cada 5 adultos tiene una discapacidad, según un estudio publicado hoy por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. El tipo de discapacidad funcional más común es la limitación motora —definida como una gran dificultad para caminar o subir escaleras— reportada por uno de cada ocho adultos, seguida por la discapacidad para pensar o memorizar, la discapacidad para vivir de manera independiente, la discapacidad visual y la relacionada con el cuidado personal.

Similar a la presente investigación; las discapacidades encontradas en orden de frecuencia fueron las Físicas que se relacionan altamente con la movilidad, Mentales, Auditivas, Visuales e Intelectuales, quienes la adquirieron por frecuencia predominantemente en la adultez, nacimiento, adolescencia y niñez.

Las personas discapacitadas han tenido por lo menos un ingreso hospitalario debido a su condición, a esto se le suma que el 40% padece de alguna enfermedad crónica como la Diabetes e Hipertensión Arterial, con un período de más de 5 años de padecer la misma.

Sin embargo las características antes mencionadas no son factores que impidan a dichos pacientes la búsqueda de atención en salud, el 57% prefiere buscar las Unidades Comunitarias de Salud Familiar por sus padecimientos, considerando la preferencia a que se les atiende rápido (44%).

La mayoría percibe que dichos servicios son accesibles (más del 80%), que el personal de salud cumple competencias para tratar a Personas con Discapacidad (53%), la atención la actalogan como Buena (47%), que reciben visitas por personal de salud (81%), pero en su mayoría las UCSF no cuentan con infraestructura adecuada.

“Todos enfrentamos el riesgo de tener una discapacidad en algún momento de nuestra vida”, dijo el director de los CDC, Tom Frieden, M.D., M.P.H. “Los profesionales de la salud y los sistemas de atención médica tienen que satisfacer las necesidades de esta creciente población”, agregó. (CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Julio 2015).

La relación de la frecuencia de hijos con discapacidades, solamente se ve en un 9% (7 pacientes).

Según la información Discapacidad: una percepción islámica, en el Mundo Árabe la condición de la mujer varía de un país a otro, el mayor o menor grado de marginación es un tema común a todos ellos. En países más pobres o en comunidades más conservadoras esta marginación es más profunda y más difícil de combatir. Como mujeres son segregadas de la sociedad masculina, pero como mujeres discapacitadas son también aisladas de la vida de las demás mujeres. Para todos los fines y propósitos, son invisibles; sus problemas reciben escasa o nula atención; y existen muy pocos programas orientados específicamente a ellas.

Al relacionarlo con la información de la presente investigación, persiste cierto grado de discriminación; no tan marcado en cuanto a atenciones preventivas como Vacunación, porque la mayoría tiene carnet de vacunación con esquema completo para la edad, mas del 80%.

Sin embargo del total de mujeres (100), solamente 50 se han realizado la prueba de Papanicolao (50%), de las cuales a 37 de estas 50 se les realizó examen de mamas, con una frecuencia para ambos casos de al menos 1 año.

Del total de mujeres (100), solamente 27 practican el Autoexamen de mamas (27%).

Las tendencias demográficas y los indicadores sociales, tales como la pobreza y la salud, indican que el número de personas discapacitadas y los efectos de la discapacidad sobre el individuo, su

familia y su comunidad están en aumento. Las consecuencias generales que la marginación de esas personas tendrá sobre la situación política, económica y social de la sociedad son muy serias. Esa exclusión está inexplicablemente relacionada con la infraestructura política, social y económica de la sociedad. En consecuencia, las oportunidades de educación, participación social y capacitación, y en consecuencia el sentido de autoestima, para las personas con discapacidad están frecuentemente restringidas.

VII. CONCLUSIONES

1. Las personas con discapacidad son analfabetas en un 50% y quienes han tenido acceso a educación, poseen un nivel educativo básico.
2. El mayor porcentaje de las personas con discapacidad son desempleadas debido a su misma discapacidad, reciben un soporte financiero de familiares que migran al exterior.
3. Al identificar los factores socioculturales, se evidenció que la discapacidad se conciben como una interacción dinámica entre el estado de salud y factores personales, ya que en la relación con la familia, la mayoría mantiene buenas relaciones interpersonales y prácticas de valores como el amor, respeto y responsabilidad, independientemente si la familia es grande o no.
4. En relación a la identificación de características epidemiológicas, la discapacidad más frecuente es la física (o motora), siendo la intelectual la menos frecuente, con antecedentes de ingresos de al menos una vez por la misma causa, con presencia de menos del 50% de enfermedades como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.
5. El mayor porcentaje de las personas con discapacidad consultan en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud, considerándolos accesibles, que brindan buena atención y que cuentan con personal capacitado, sin embargo consideran que las infraestructuras son inadecuadas.
6. Con relación a los programas preventivos como lo es el Programa Ampliado de Inmunizaciones hace falta enfatizar en este grupo poblacional, ya que solamente se alcanza cobertura del 85% de personas con discapacidad; a modo de lograr coberturas útiles del más del 95%; así como en relación a prevención de Cáncer de mama y de cérvix, es importante considerar que las mujeres independientemente de su condición de discapacidades deben contar con esta oferta de servicios.

VIII. RECOMENDACIONES

1. MINSAL (MINISTERIO DE SALUD)

- 1.1 Posicionar el tema de las Discapacidades en CISALUD (Comité Intersectorial de Salud), ya que se evidencia que es un tema que no solamente le corresponde a salud.
- 1.2 Diseñar e implementar Lineamientos Técnicos para la Atención Integral a personas con Discapacidad en todos los ciclos de la vida.
- 1.3 Incluir el tema de Discapacidades en las agendas de Investigaciones a nivel nacional.

2. RSM (REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA)

- 2.1 Realizar vigilancia epidemiológica de este grupo poblacional (de padecimientos agudos y/o crónicos); así como de enfermedades de interés epidemiológico y en casos de enfermedades de notificación obligatoria por Epidemiología en todos los niveles (Región, SIBASI y UCSF)
- 2.2 Ampliar la cobertura, realizando monitoreo de programas preventivos como Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Prevención de Cáncer de Mama y de Cérvix en este grupo poblacional.

3. SIBASI NTE (SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL NORTE)

- 3.1 Análisis de situaciones epidemiológicas en Sala Situacional, relacionadas por personas con discapacidad.
- 3.2 Monitoreo y Evaluación de cumplimiento de metas en la provisión de servicios de la Programación Operativa Anual (Programas preventivos como PAP, Programa Ampliado de Vacunación y Enfermedades Crónicas no Transmisibles) de este grupo de personas con discapacidad.

4. UCSFI (UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR)

- 4.1 Análisis de situaciones epidemiológicas en Sala Situacional, relacionadas por personas con discapacidad.
- 4.2 Cumplimiento, Monitoreo y Evaluación de cumplimiento de metas de Programación Operativa Anual (Programas preventivos como PAP, Programa Ampliado de Vacunación y Enfermedades Crónicas no Transmisibles) de este grupo de personas con discapacidad.
- 4.3 Readecuar o construir espacios en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar que permita brindar un mejor servicio sanitario en este grupo poblacional.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. (OMS INFORME MUNDIAL SOBRE LA DISCAPACIDAD [HTTP://WWW.WHO.INT-DISABILITIES-WORLD REPORT](http://www.who.int/disabilities-world-report)
2. DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, DESAFÍOS PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, N 74 DICIEMBRE 2012
3. PANORAMA SOCIAL DE AMÉRICA LATINA 2012 CEPAL
4. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ARTÍCULO 1, P 4; 2006. NUEVA YORK.
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD, GINEBRA (2002)
6. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS
7. [WWW.TRASTORNOSMENTALESYJUSTICIAPENAL.COM › WP-CONTENT › UPLOADS › 1980-CL...](http://www.trastornosmentalesyjusticiapenal.com/wp-content/uploads/1980-cl...)
8. SOBRE EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD. UNA REVISIÓN DE LAS PROPUESTAS DE LA OMS
9. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD, VERSION ABREVIADA, 2001
10. [2030_AGENDA_COMPREHENSIVE_GUIDE_FOR_PERSONS_WITH_DISABILITIES.PDF](#)
11. [DISABILITY_INCLUSIVE_SDGS.PDF](#)
12. [TRANSFORMAR_NUESTRO_MUNDO_LA_AGENDA_2030_PARA_EL_DESARROLLO_SOSTENIBLE.PDF](#)
13. ESTRATEGIA EUROPEA SOBRE DISCAPACIDAD 2010-2020 [HTTPS://EUR-LEX.EUROPA.EU › LEGAL-CONTENT › TXT 2015](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/txt/2015)
14. CONVENCION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

15. EDUCATION OF PERSONS WITH DISABILITIES IN CHINA A REPORT ABOUT HOW PERSONS WITH DISABILITIES HAVE PROBLEMS GOING TO SCHOOL IN CHINA, JULY 2013
16. PROGRAMA DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LOS IMPEDIDOS A/RES/37/52 WWW.UN.ORG/ESA/SOCDEV/ENABLE/DISWPS00.HTM
17. DISABILITY: AN ISLAMIC INSIGHT (DISCAPACIDAD: UNA PERCEPCIÓN ISLÁMICA»), JEQUE ISSE A. MUSSE, IMÁN, CONSEJO ISLÁMICO DE VICTORIA, WWW.ICV.ORG.AU/DISABILITYARTI-CLE.SHTML;
18. «ESTUDIO A FONDO SOBRE TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER», INFORME DEL SECRETARIO GENERAL, SEXAGÉSIMO PRIMER PERÍODO DE SESIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL, 2006, TEMA 60 A) SOBRE ADELANTO DE LA MUJER, PÁGINA 53, PÁRRAFO 152.
19. CDC, CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, JULIO 2015
20. [HTTPS://WWW.CDC.GOV](https://www.cdc.gov) > COMUNICADOS > P ADULTOS DISCAPACIDAD 07302015
21. MARÍA FERNANDA STANG, LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA: DEL RECONOCIMIENTO JURÍDICO A LA DESIGUALAD REAL
22. INDICADORES DE DISCAPACIDAD EN ES, JULIO 2016
23. ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL 2015

XII. ANEXOS

CÓDIGO: 0000

XII.I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SIBASI NORTE, DURANTE EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2014-2018”.

Universidad de El Salvador, El Salvador

Consentimiento para participar en la Investigación: “Caracterización Epidemiológica de las personas con discapacidades de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención de SIBASI Norte, durante el período de Enero a Diciembre de 2014-2018”.

Investigador Principal: Dra. Cecilia Concepción Herrera Molina

Número de teléfono del contacto de la investigación: (503) 7986-0935

Correo electrónico del contacto de la investigación: doctorcita2008@hotmail.com

Algunos aspectos generales que usted debe saber acerca de esta investigación:

El estudio está diseñado para obtener conocimientos nuevos sobre la situación de salud de las personas con Discapacidad/es de los Municipios de Apopa, Nejapa, Tonacatepeque, Guazapa, Aguilares y El Pasinal, del Departamento de San Salvador; conocimiento que será y necesario para poder planificar intervenciones en salud hacia este grupo poblacional. Además, podría ayudarle a usted a conocer su estado de salud en este momento.

Si Usted decide participar, proporcionará información de primera mano para establecer un precedente y así aportar la toma de decisiones a las autoridades locales de Salud, en relación al abordaje de las personas con Discapacidad/es, fortaleciendo el trabajo en red de los servicios de salud, con la participación de la familia y de las personas identificadas con algún tipo de discapacidad, con un fuerte enfoque de inclusión.

Usted siempre tendrá la posibilidad de permanecer o abandonar la investigación en el momento que lo estime conveniente, se le garantiza que su decisión en caso de ser positiva o negativa no tendrá ninguna repercusión que le afecte a su persona.

A continuación, se describen los detalles sobre esta encuesta para que usted los comprenda bien y pueda tomar la decisión de participar o no de manera fundamentada.

Si acepta participar, se le entregará una copia de esta hoja de consentimiento.

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, Usted debe consultarla con el investigador nombrado arriba, y puede hacerlo en cualquier momento.

¿Cuál es el propósito de esta Investigación?

Esta investigación se realiza para conocer más acerca del estado de salud de las personas que padecen algún tipo de Discapacidad, así como el comportamiento de otras enfermedades y factores socioculturales relacionadas a la misma. Por lo que es necesario comprender mejor las características con que ellas se presentan en la zona Norte de San Salvador. Se pretende además con esta investigación establecer un precedente que no existen documentos relacionados con el tema en el lugar seleccionado. Además de proporcionar elementos para una propuesta de intervención a futuro, con la conciencia de que se trata de un proceso de mediano a largo plazo en el desarrollo y práctica de la salud, con un enfoque social, integral e integrado; fortaleciendo el trabajo en la red de servicios de salud, con la participación activa de la familia y de personas identificadas con algún tipo de discapacidad, con un fuerte enfoque de inclusión.

¿Cuántas personas participarán en este Estudio?

Aproximadamente 220 personas participarán en esta encuesta en la zona Norte del Departamento de San Salvador.

¿Cuánto durará su participación en esta Investigación?

Su participación total durará treinta minutos.

¿Qué ocurrirá si usted participa en la investigación?

Una vez usted acepte participar en la investigación, se le solicitará que responda preguntas sobre su salud y sus hábitos sociales y laborales. Esta información puede parecer personal, sin embargo, los únicos que sabrán sus respuestas serán el responsable de la investigación y los encuestadores. Las respuestas de las encuestas se identificarán únicamente con un código, por lo que no será posible asociarlas con un nombre, excepto para el investigador.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar en esta investigación?

Si Usted decide participar, contribuirá a formar un precedente que aportará un valor teórico y técnico, desarrollando estrategias locales para la mejorar la calidad de vida de estas personas y a la población en general a través de la identificación y mejoramiento del manejo de estos problemas de salud en la zona Norte de San Salvador.

¿Cuáles son los posibles riesgos o molestias que acarrea la participación en esta encuesta?

No se considera que exista algún tipo de riesgo y/o molestias con su participación.

Si usted decide no participar, ¿con qué otras opciones cuentan?

Usted cuenta con la red de servicios de salud donde recibirá una atención médica cuando lo considere conveniente.

¿De qué manera se protegerá su privacidad?

No se identificará con su nombre a ninguna persona en un informe o publicación alguna sobre esta investigación. La información que el investigador obtenga se rotulará con un código de números y no con su nombre o documentos personales. Únicamente el investigador principal tendrá acceso a las encuestas y al código que relaciona las respuestas con usted.

¿Recibirá algo por participar en este estudio?

Usted no recibirá compensación monetaria por participar en la investigación; sin embargo, tendrá los beneficios en relación a las estrategias en salud que desarrollen con el objetivo de mejorar el estado de salud de esta población.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA



CÓDIGO: 0000

XII.II. ENTREVISTA

TÍTULO: “CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SIBASI NORTE, DURANTE EL PERÍODO DE ENER A DICIEMBRE DE 2014-2018”.

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar de manera epidemiológica a las personas con discapacidades que asisten a los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención de los Municipios de Apopa, Nejapa, Tonacatepeque, Guazapa, Aguilares y El Paisnal de SIBASI Norte de San Salvador durante el período de Enero a Diciembre de 2014-2018.

INDICACIÓN: A continuación se le harán una serie de preguntas, por lo que a su vez se le darán las opciones de respuestas; solicitándole que se sienta con tranquilidad y pueda responder con la mayor sinceridad posible.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Qué edad tiene usted?

| | |
|----------------|--|
| 18-22 años | |
| 23-27 años | |
| 28-32 años | |
| 33-37 años | |
| más de 37 años | |

2. Sexo

| | |
|-----------|--------------------------|
| Masculino | <input type="checkbox"/> |
| Femenino | <input type="checkbox"/> |

3. ¿Cómo es el área donde usted vive?

| | |
|--------|--------------------------|
| Urbano | <input type="checkbox"/> |
| Rural | <input type="checkbox"/> |

4. ¿Cuál es su estado civil?

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Soltero/a | <input type="checkbox"/> |
| Casado/a | <input type="checkbox"/> |
| Acompañado/a | <input type="checkbox"/> |
| Otro Especificar | <input type="checkbox"/> |

5. ¿Asistió usted a la Escuela?

| | |
|----|--------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

6. Si la respuesta es sí, ¿Hasta que nivel de estudio alcanzó?

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Primaria | <input type="checkbox"/> |
| Secundaria | <input type="checkbox"/> |
| Bachiller | <input type="checkbox"/> |
| Otro Especificar | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Tiene usted alguna profesión u oficio?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Ninguna | <input type="checkbox"/> |
| Profesión Especificar | <input type="checkbox"/> |
| Oficio (Especificar) | <input type="checkbox"/> |

8. ¿Cómo es su condición laboral?

| | |
|---------------------|--|
| Empleado/a formal | |
| Empleado/a informal | |
| Desempleado/a | |

9. Si la respuesta es Desempleado/a ¿Cuál es la razón de su desempleo?

| | |
|---|--|
| No desea trabajar | |
| No encuentra trabajo debido a su condición (Discapacidad) | |
| No lo aceptan por su condición de salud (Discapacidad) | |

10. ¿ En su familia alguien ha migrado a otro país?

| | |
|------------|--|
| Sí | |
| ¿Qué país? | |
| No | |

FACTORES SOCIOCULTURALES

11. ¿Pertenece a alguna religión?

| | |
|---------------------|--|
| Católica | |
| Evangélica | |
| Adventista | |
| Otra Especifique | |

12. ¿Cuántos miembros de la familia viven con usted?

| | |
|------------------------------------|--|
| <u>Pequeña</u> Hasta 2 miembros | |
| <u>Mediana</u> Hasta 4 miembros | |
| <u>Grande</u> 5 o más miembros | |

13. ¿Vive en casa solo con familiares o con otras personas cercanas?

| | |
|--|--|
| <u>Nuclear</u> Hasta dos generaciones | |
| <u>Extensa</u> Dos generaciones o más que viven junto a otros familiares consanguíneos por adopción o afinidad (primos/as tíos/as, etc) | |
| <u>Ampliada</u> Dos generaciones o más que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, nuera/yerno, compadres) | |

14. ¿Cómo considera su relación con los demás miembros de la familia?

| | |
|-----------|--|
| Buenas | |
| Regulares | |
| Malas | |

15. ¿Cuál de los siguientes valores considera que se practican en su hogar?

| | |
|-----------------|--|
| Amor | |
| Respeto | |
| Responsabilidad | |

16. ¿En su hogar acostumbran visitar a curanderos o sobadores?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

17. ¿Qué tipo de discapacidad es la que usted presenta?

| | |
|-------------|--|
| Física | |
| Auditiva | |
| Visual | |
| Mental | |
| Intelectual | |
| Más de una | |

18. ¿Desde cuándo padece la discapacidad?

| | |
|--------------|--|
| Nacimiento | |
| Niñez | |
| Adolescencia | |
| Adulterez | |

19. Ha estado ingresado/a debido a su discapacidad?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

20. Si la respuesta es sí, ¿Cuántas veces?

| | |
|------------------|--|
| Una vez | |
| Dos veces | |
| Más de dos veces | |

21. ¿Padece usted de alguna enfermedad?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

22. Si la respuesta es sí, ¿de qué enfermedad padece?

| | |
|-----------------------|--|
| Diabetes Mellitus | |
| Hipertensión Arterial | |
| Otra (Especificar) | |

23. ¿Desde cuándo padece de esta enfermedad?

| | |
|----------------------|--|
| Hace menos de 5 años | |
| Hace más de 5 años | |

24. ¿Toma algún medicamento?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

25. ¿Dónde consulta por su enfermedad?

| | |
|---------------------|--|
| Unidad de Salud | |
| Sobador/Curandero/a | |
| Otro (Especificar) | |

26. ¿Por qué razón prefiere consultar en ese lugar o con esa persona?

| | |
|----------------------------|--|
| Es atendido/a con rapidez | |
| Le da mayor confianza | |
| Se siente mejor atendido/a | |

27. ¿Cómo considera el acceso a los servicios de salud (Unidad de salud)?

| | |
|-------------|--|
| Accesible | |
| Inaccesible | |

28. ¿Usted cree que la Unidad de salud cuenta con una infraestructura Adecuada para atender a personas con Discapacidad?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

29. ¿Desde su punto de vista usted cree que el personal de salud se encuentra capacitado para atender a todo tipo de personas con discapacidad?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

30. ¿Cómo considera la atención por parte de personal de las Unidades de salud hacia las personas con discapacidad?

| | |
|---------|--|
| Buena | |
| Regular | |
| Mala | |

31. ¿Ha recibido visitas por parte de personal de salud de las Unidades de Salud?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

32. ¿Tiene Hijo/as?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

33. Si la respuesta es sí, ¿Tiene hijos/as discapacitados/as?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

34. ¿Tiene usted Carnet de Vacunación?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

35. Si la respuesta es sí, ¿tiene vacunas completas para la edad?

| | |
|------------|--|
| Completo | |
| Incompleto | |

36. Si es mujer, ¿Alguna vez se ha tomado su Citología?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

37. Si la respuesta es sí ¿Con qué frecuencia se ha tomado la Citología?

| | |
|----------------------|--|
| Hace un año | |
| Hace dos años | |
| Hace más de dos años | |

38. Si es mujer, ¿Alguna vez le han realizado Examen de mama?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |

39. Si la respuesta es sí, ¿Con qué frecuencia le han realizado el Examen de Mama?

| | |
|----------------------|--|
| Hace un año | |
| Hace dos años | |
| Hace más de dos años | |

40. ¿Se realiza Usted el Autoexamen de Mama?

| | |
|----|--|
| Sí | |
| No | |