



Fondo de Población
de las Naciones Unidas
El Salvador



GOBIERNO DE
EL SALVADOR

CONSEJO
NACIONAL
PARA LA INCLUSIÓN
DE LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD



Cuadernos sobre
Población

4

Análisis sobre la situación de las personas con discapacidad en El Salvador, 2023

VISIBILIZAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Análisis sobre la situación de las personas con discapacidad en El Salvador, 2023

VISIBILIZAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**Consejo Nacional para la Inclusión de las
Personas con Discapacidad (CONAIPD)**

Cristina Herrera

Heidi Chávez

Fondo de Población de las Naciones Unidas El Salvador (UNFPA)

Neus Bernabeu

Mario Iraheta

Ondina Castillo

Desireé Arteaga

Esperanza Alvarenga

Investigadora

Adriana Velásquez

Grupos focales:

Universidad Pedagógica de El Salvador “Dr. Luis Alonso Aparicio”

Infográficos

Adriana Velásquez

Diseño gráfico y diagramación

Carlos Saldaña

David Cisneros

Ilustración

Rafael Díaz

Roberto Gómez

Agradecimientos: CONAIPD y UNFPA agradecen a todas las personas con discapacidad y sus familias por su participación y aportes en los grupos focales. De igual manera, reconoce el aporte de todas las instituciones del Estado y su personal, así como a las organizaciones de personas con discapacidad, que facilitaron información cuantitativa y cualitativa para este análisis.

Fecha de publicación, septiembre 2023

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I	10
La discapacidad como una forma de desigualdad social	
I. ¿Por qué existe la desigualdad social basada en la condición de discapacidad?	12
II. La discapacidad como prioridad del Estado	16
CAPÍTULO II	
¿Cuántas personas son? La relevancia de la condición de la discapacidad en la población de El Salvador	20
I. El desafío de medir la discapacidad: censos, encuestas y registros administrativos	22
II. ENPD 2015: la población con discapacidad como una minoría demográfica que se vuelve más relevante con la carga de enfermedades crónicas y la vejez	25
III. ENS 2021: una relación entre discapacidad, enfermedad y vejez que se presenta de forma demográficamente más extensa	26
CAPÍTULO III	35
¿Quiénes son? El rostro de la condición de discapacidad en El Salvador	
I. La discapacidad como un conjunto de distintas dificultades funcionales	36
II. Más de la mitad de la población con discapacidad tiene un perfil de dificultad funcional único	41
III. Sin importar la clase de discapacidad, más del 50% de las personas tiene dificultades severamente bajas	43
IV. El rostro mayoritariamente femenino de la población con discapacidad	47
V. La condición de discapacidad tiene un rostro adulto mayor	50
VI. La extensión predominante urbana de la condición de discapacidad	54

CAPÍTULO IV	
¿Cuáles son sus desafíos? Nudos críticos en la inclusión de las personas con discapacidad	58
I. La salud como una condición esencial para el bienestar físico y mental	61
II. Una educación inclusiva a lo largo de la vida	83
III. Empleo para una vida digna	95
IV. Habilitación y rehabilitación para una vida autónoma	103
V. Accesibilidad física, sensorial y cognitiva para vivir en igualdad	113
VI. Protección social responsiva a la condición de discapacidad	122
VII. La corresponsabilidad del derecho al cuidado	127
VIII. Convivencia y participación sin discriminación	140
CAPÍTULO V	153
¿Qué se puede hacer? Orientaciones para la acción	
CAPÍTULO VI	159
Conclusiones	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162

INTRODUCCIÓN

La discapacidad es una condición de nacimiento o adquirida a lo largo de la vida por diferentes causas (enfermedad, accidentes, lesiones) que estructuralmente se ha convertido en una problemática para las personas y sus familias, en detrimento del disfrute pleno de sus derechos en igualdad de condiciones en la sociedad. En el marco de los mandatos de la Constitución de la República de El Salvador y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en adelante “la Convención”, nuestro país ha avanzado en la ejecución de acciones a favor de personas con discapacidad. En 2020 se aprobó la Ley Especial de Inclusión de las Personas con Discapacidad, como un instrumento jurídico de obligatorio cumplimiento a nivel nacional que integra algunas de las disposiciones reconocidas en el estándar internacional establecido por la Convención.

Además, se han adoptado instrumentos jurídicos que garantizan la protección integral de los derechos de la primera infancia, niñez y adolescencia (Ley Crecer Juntos, 2022), así como, de las personas mayores (la Ley Especial para la Protección de los Derechos de la Persona Adulta Mayor, 2021) que reconocen la importancia de integrar la atención de la condición de la discapacidad en el ciclo de vida. Ambas leyes refuerzan los compromisos del Estado para crear condiciones enfocadas en la eliminación de las barreras que restringen la inclusión plena de las personas con discapacidad.

Estos esfuerzos normativos se han acompañado de la generación de datos estadísticos nacionales que permiten caracterizar a la población con discapacidad, como un punto de partida para el desarrollo de políticas públicas cada vez más inclusivas. A partir de los aportes del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, se ha comenzado a contabilizar la prevalencia de la condición de la discapacidad bajo estándares internacionales implementados en la Encuesta Nacional de Personas con

Discapacidad 2015 (ENPD) y retomados de forma más reciente en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2021. Esta decisión representa un hito histórico en las políticas públicas a favor de la discapacidad. Por primera vez, ha sido retomado como parte de uno de los instrumentos estadísticos realizados de forma periódica a lo largo del siglo XXI.

En un momento crucial para el desarrollo del país, esta decisión ha permitido tener aproximación más actualizada sobre la prevalencia de la discapacidad en El Salvador e integrar su análisis en la lectura de las tendencias demográficas claves para la gestión de un proceso de recuperación post COVID pro-igualdad capaz de corregir desigualdades históricas como las que han afectado a este grupo poblacional. No obstante, aún persisten limitantes en la disponibilidad, comparabilidad y actualización de la información necesaria para desarrollar distintas acciones a favor de la eliminación de las barreras para la inclusión de las personas con discapacidad.

En este contexto, el Consejo Nacional para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONAIPD) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han unido esfuerzos para visibilizar la situación de las personas con discapacidad y generar una ruta de acción para avanzar en el cumplimiento de sus derechos. En este documento, se presentan de forma estratégica los resultados de esta colaboración.

En el primer capítulo se exponen los planteamientos sobre la condición de discapacidad como una forma de desigualdad social y los enfoques de política pública predominantes para su abordaje. En este contexto, se resalta el compromiso del Estado para desarrollar estrategias garantes de la igualdad de oportunidades, como parte del cumplimiento de la Convención. De manera concreta, se describen los componentes de este modelo social garantista y los principales desafíos para la implementación.

En el segundo capítulo, se describe la situación de las personas con discapacidad dentro de la población de El Salvador, a partir del análisis sobre la prevalencia de la condición de discapacidad en diferentes grupos poblacionales y su presencia en la estructura de los hogares a nivel nacional.

En el tercer capítulo, se describe a la población con discapacidad, desde dos perspectivas: las características de la discapacidad y los desequilibrios sociodemográficos. De este modo, se profundiza en el análisis de la composición de la población con discapacidad, según:

- a) la incidencia de las diferentes clases de discapacidades funcionales;
- b) la distribución de la población según la cantidad de dificultades funcionales acumuladas (perfil de discapacidad); y
- c) el grado de severidad de la discapacidad. Luego, se identifican las tendencias en la composición de la población con discapacidad por sexo, edad y territorio.

En la descripción de estas tendencias, se reconoce la importancia de abordar la convergencia de la exclusión por discapacidad con las desigualdades por género, las vulnerabilidades diferenciadas en el curso de vida y la precariedad urbano-rural.

En el cuarto capítulo, se profundiza en desafíos para la inclusión de las personas con discapacidad, a partir del abordaje de ocho nudos críticos para las políticas públicas relevantes en la garantía de derechos para una vida igualitaria, independiente, saludable, segura, justa y libre:

- 1) salud;
- 2) educación;
- 3) empleo,
- 4) habilitación y rehabilitación;
- 5) accesibilidad;
- 6) protección social;
- 7) cuidados; y
- 8) convivencia y participación sin discriminación.

En el abordaje de cada uno de estos nudos críticos, se reflexiona sobre las barreras estructurales para el disfrute de los derechos y los desafíos en las políticas públicas.

En el quinto capítulo, se presentan diferentes orientaciones para la acción, por medio de la cual se busca contribuir a la generación de propuestas sobre soluciones de desarrollo a implementar para la inclusión de las personas con discapacidad con un enfoque de corresponsabilidad.

En su conjunto, este documento proporciona evidencia para trabajar de manera sinérgica con diferentes actores. De manera concreta, aporta información valiosa desde la vivencia de las personas con discapacidad y sus familias y proporcionar elementos para desarrollar estrategias más acercadas a la realidad.

Nuestra sociedad debe trabajar articuladamente con todos los aliados estratégicos para garantizar la inclusión de las personas con discapacidad, y de manera progresiva, convertirse en un país donde la condición de discapacidad no sea un factor de exclusión.

Los hallazgos presentados se han elaborado a partir de la triangulación de diversas fuentes de información. De manera más cualitativa, se han revisado diferentes recursos bibliográficos especializados en el abordaje de los desafíos para el bienestar de las personas con discapacidad producidos en diferentes latitudes del mundo y la generación de políticas públicas para una mayor inclusión. Además, se han analizado las transcripciones de los grupos focales territoriales desarrollados por el Consejo Nacional para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONAIPD) y la Universidad Pedagógica de El Salvador “Dr. Luis Alonso Aparicio” (UPED), en cuatro regiones del país: oriental, occidental, central y paracentral.

Estos grupos focales se realizaron en 2021 y contaron con la participación de personas con discapacidad, familiares, cuidadores y personas servidoras públicas de instituciones públicas prestadoras de servicios. Por último, en el año 2022 se desarrollaron entrevistas en profundidad a personas servicios y a representantes de las organizaciones de la población con discapacidad nombradas ante el CONAIPD.

Desde una mirada más cuantitativa, se han explorado documentos como la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (2015), la Encuesta Nacional de Salud (2021), la Encuesta de Hogares para Propósitos Múltiples (2021), la Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer (2017) y la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (2017) para la identificación de datos desagregados por condición de discapacidad. Además, se han consultado los registros administrativos de diferentes entidades gubernamentales que prestan servicios a las personas con discapacidad en las áreas de educación y empleabilidad como el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología (MINEDUCYT), Instituto Salvadoreño de Formación Profesional (INSAFORP); empleo y protección social, Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS), Ministerio de Desarrollo Local (MINDEL), Superintendencia del Sistema Financiero/Despacho adjunto en Pensiones (SSF); desarrollo productivo, Comisión Nacional de la Micro y Pequeña Empresa (CONAMYPE) y Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG); salud y rehabilitación, Ministerio de Salud (MINSAL) e Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI); seguridad y acceso a justicia, Policía Nacional Civil (PNC), Fiscalía General de la República (FGR), Procuraduría General de la República (PGR) y Corte Suprema Justicia (CSJ); y participación política, Tribunal Supremo Electoral (TSE).

El CONAIPD y el UNFPA agradecen la colaboración de las diferentes instituciones gubernamentales y la participación de los sectores de la población con discapacidad y sus familias en diferentes momentos de este proceso investigativo.

CAPÍTULO I

La discapacidad como una forma de desigualdad social





Las sociedades contemporáneas se estructuran conforme a diferentes formas de desigualdad social que se han arraigado históricamente en las diferentes instituciones para el desarrollo sostenible sobre las cuales se ha moldeado de forma más o menos coherente, el comportamiento humano relacionado con la prosperidad económica, la inclusión social y la sostenibilidad ambiental a lo largo del tiempo¹. De acuerdo con la CEPAL (2016), estas formas de desigualdad social se construyen en torno al género, la orientación sexual, la raza, la etnia, el territorio, la edad y la discapacidad. A partir de la existencia de estos factores y su interacción, se configuran de manera asimétrica las capacidades individuales para alcanzar determinados objetivos de desarrollo, pero también de las oportunidades y medios facilitados por el Estado, el mercado o las redes sociales de apoyo. De este modo, estas desigualdades son individualmente interiorizadas y socialmente reproducidas; y por ello, su erradicación no solo depende de la voluntad de las personas y sus deseos de superación, sino, también de la transformación estructural de las sociedades.

I. ¿Por qué existe la desigualdad social basada en la condición de discapacidad?

De manera particular, la discapacidad se ha consolidado como un factor de desigualdad social por la existencia de imaginarios conforme a los cuales, la discapacidad se define como una serie de deficiencias biológicas que le impiden a las personas integrarse plenamente a la sociedad por no poder lucir, aprender, trabajar, moverse, comunicarse, cuidarse y realizar otras tareas cotidianas bajo parámetros definidos como “normales” (Córdova, 2008). Al no ser parte de lo “normal”, las personas con discapacidad se convierten en un grupo poblacional separado del resto y que, para ser integrado necesitan aparatos de apoyo, cirugías, terapias, medicamentos y habilidades diferentes que les permitan vivir con normalidad, hasta donde se lo permitan sus posibilidades.

De este modo, se asume socialmente como una cuestión de “lotería en el juego de la vida” o “designio divino” que cada uno debe sobrellevar de la manera que puede y en el mejor de los casos, con el apoyo de sus seres queridos (suministrado ya sea de forma solidaria o moralmente impuesta) (Kaur y Navneet, 2019)².

¹ Estas instituciones son un conjunto de normas legales, hábitos, rutinas, costumbres, normas morales, valores y actitudes que han existido de manera estable en el tiempo (Keizer, 2007 y Farkas, 2019). Desde una perspectiva racional, estas instituciones configuran los procesos de desarrollo, por medio del establecimiento social de incentivos y sanciones de naturaleza económica (influyentes en la satisfacción de necesidades económicas), social (influyentes en el estatus de prestigio social) y psicológica (influyentes en la valoración que los individuos tienen sobre sí mismos) (Farkas, 2019; y Keizer, 2008). A partir de la interacción de los incentivos y sanciones, se motivan, restringen y constriñen las decisiones y las acciones humanas, en el marco del funcionamiento de mecanismos regulatorios, cognitivo-culturales y moral-normativos (Hechter, Opp y Wippler, 1990; Peters, 1999; Scott, 1995; y Dasgupta y De Cian, 2016). Algunas de estas instituciones responden a una lógica de movimiento lento (como las asociadas con la cultura) y otras a una de movimiento rápido (como las asociaciones con los actos normativos formales adoptados por los Estados) (Portes, 2006).

Como parte de esta individualización, se tolera la falta de capacidades de la sociedad para ser inclusiva frente a la diversidad; y se desconoce su responsabilidad universal con la igualdad de sus integrantes.

En el marco de estos imaginarios, se omite que la discapacidad se vuelve un problema por las condiciones de la sociedad, donde las personas nacen y crecen. De forma más estructural, la discapacidad se convierte en una causa de rezago social por la prevalencia de instituciones que legitiman la desvalorización de las personas con discapacidad, ignorándolas, segregándolas, excluyéndolas y, por si fuera poco, categorizándolas como “no funcionales”. En ese sentido, crean y perpetúan condiciones que limitan el disfrute pleno de sus derechos, incluso de los más esenciales.




Desde el enfoque de derechos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que este abordaje es inaceptable. De manera expresa estipula que *“la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano”*. De este modo, reconoce que el compromiso estatal con la eliminación progresiva de las barreras impuestas por el entorno y las actitudes de la sociedad, en detrimento de la participación plena y efectiva de las personas con discapacidad en la sociedad en igualdad de condiciones.

En ese sentido, adopta un modelo social garante de derechos como punto de referencia para la atención de la condición de discapacidad como una condición evolutiva que puede aparecer de forma transitoria o permanente en la trayectoria de cualquier ser humano desde su concepción o a medida que pasa el tiempo, a raíz de una enfermedad, un accidente o el deterioro funcional por envejecimiento (Cruz, *et. al.*, 2017).

Desde una mirada del bienestar, la discapacidad constituye un riesgo social intrínseco a la vida misma y frente al cual, las sociedades necesitan generar procesos de inclusión en igualdad y no discriminación. Ante la falta de respuestas adecuadas, oportunas y efectivas frente a este riesgo social, las personas con discapacidad enfrentan múltiples barreras físicas, comunicacionales, actitudinales, institucionales y económicas. En conjunto, estas barreras les impiden disfrutar sus derechos en diferentes esferas de la vida política, económica, sociocultural y afectiva. De forma presencial y virtual, estas barreras limitan sus relaciones con los espacios, la variedad de objetos disponibles para la gestión de la vida cotidiana y las personas con quienes interactúan en su vida pública y privada. De este modo, las personas con discapacidad enfrentan dificultades para interactuar en el hogar, la comunidad, los centros educativos, los establecimientos de salud, las estaciones de policía, los juzgados, los espacios de recreación, los centros comerciales, los lugares de trabajo, las calles, los medios de transportes u otro espacio de interacción social.

2 En diferentes culturas, la discapacidad se ha definido religiosamente como un resultado de la intervención divina en la gestión de los diferentes aspectos de la vida, ya sea si es por nacimiento o desarrollada con el paso del tiempo. En el escenario más desfavorable para la garantía de derechos, puede incluso interpretarse como una maldición o prueba que las personas deben sobrellevar como castigo por sus acciones (Kaur y Navneet, 2019) o como un evento desafortunado que solo puede hacerse más llevadera por voluntad de una divinidad (Mora y Patiño, 2019). En coherencia con estos imaginarios religiosos, las personas con discapacidad pueden ser tratadas de forma peyorativa como una desgracia, una vergüenza o carga para su familia (Toboso y Arnau, 2008). Por lo tanto, son despojadas de los derechos intrínsecos a su humanidad.

**CUADRO I.1.
PRINCIPALES BARRERAS PARA EL ACCESO A OPORTUNIDADES Y MEDIOS
NECESARIOS PARA EL DISFRUTE DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD EN IGUALDAD DE CONDICIONES**

BARRERAS	EJEMPLOS
 <p>Barreras físicas que les impiden interactuar de forma ágil, oportuna, satisfactoria y segura con ambientes, los servicios proporcionados y las herramientas disponibles para la realización de tareas cotidianas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de vías y medios de transporte, aceras, pasos peatonales, espacios recreativos y edificaciones de usos diversos (por ejemplo, centros educativos, establecimientos de salud, ventanillas comerciales, lugares de trabajo y viviendas) con: 1) estructuras adecuadas para una movilidad reducida; 2) señalizaciones de uso cotidiano o de emergencia comprensibles para múltiples espectros sensoriales-cognitivos, 3) mobiliarios y espacios adecuados con ajustes razonables para personas usuarias de dispositivos de apoyo; y 4) zonas adecuadas y equipadas para la atención en primeros auxilios psicoemocionales en situaciones de crisis.
 <p>Barreras comunicacionales que les impiden relacionarse en igualdad de condiciones y contar con información de manera oportuna</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento de las personas sin discapacidad de la Lengua de Señas Salvadoreña (LESSA), el sistema de lecto-escritura Braille, la lectura fácil y otras formas de comunicación adecuadas al perfil sensorial-cognitivo de las personas con discapacidad. Falta de adaptación de contenidos informativos esenciales para la toma de decisiones y desarrollo de actividades cotidianas en un formato sensorial adecuado a sus necesidades y cognitivamente comprensible.
 <p>Barreras actitudinales que limitan la autonomía y la participación igualitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> Persistencia de la idea de que las personas con discapacidad son una minoría, cuyo bienestar es responsabilidad únicamente de la familia. Existencia de imaginarios y tratos discriminatorios en contra de las personas con discapacidad por su apariencia, sus necesidades y su capacidad para tomar decisiones relevantes en su vida y ejecutar tareas cotidianas. Adopción de un trato protector hacia las personas con discapacidad que inhibe su participación plena en la sociedad como sujetas de derechos y deberes, pero que también restringe su relación con diferentes espacios públicos por temor a que sean víctimas de diferentes tratos discriminatorios. Prevalencia de diferentes formas de violencia psicológica, física, sexual, económica y patrimonial basadas en su condición de discapacidad.

BARRERAS

EJEMPLOS



Barreras político-institucionales que impiden el desarrollo de una acción pública garante de derechos

- Prevalencia de normas con un enfoque médico o asistencialista en lugar de normas basadas en derechos.
- Limitadas capacidades, intervenciones programáticas y herramientas técnicas, operativas, financieras y territoriales para transversalizar el enfoque de inclusión de las personas con discapacidad en todo el sector gubernamental.
- Disponibilidad limitada de datos desagregados y estandarizados sobre el bienestar de las personas con discapacidad.
- Escasez de espacios nacionales y locales que les permitan a las personas con discapacidad participar activamente en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.
- Limitada asignación presupuestaria para dar respuesta adecuada a las necesidades de las personas con discapacidad.



Barreras económicas que precarizan el bienestar material de las personas

- Ausencia de un sector privado-empresarial socialmente responsable que esté comprometido con la autonomía de las personas con discapacidad.
- Oferta limitada y poco asequible de bienes y servicios relacionados a la condición de discapacidad (readecuación de espacios, dispositivos de apoyo, necesidades en salud -consultas médicas, cirugías, exámenes, medicamentos u otro rubro médico-, rehabilitación-rehabilitación, transporte con diseño universal, asistencia personal, casas de cuidado, dieta alimenticia diferenciada; higiene personal, entre otras).
- Falta de subsidios en efectivo y en especie que puedan aliviar las diferentes privaciones económicas que enfrentan las personas con discapacidad y sus familias y solventarlas de forma progresiva.

Fuente: elaboración propia a partir de UNDESA (2016), Mitra, et al, 2017), Vílchez y Garces (2021); entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios; grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias; y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad representados ante el CONAIPD.

Estas barreras deben ser atendidas por el Estado con un enfoque de corresponsabilidad, por medio de estrategias de inclusión para las personas con discapacidad que promuevan:

1. el reconocimiento a su dignidad humana y la identificación de la diversidad de sus necesidades;

2. el acceso a oportunidades y medios para que puedan desarrollo de forma plena sus capacidades para el logro de sus aspiraciones;







3. la participación en la toma de decisiones colectivas e individuales relevantes para su vida en diferentes espacios de interacción; y

4. la creación de espacios físicos y virtuales adecuados para el disfrute cotidiano de la variedad de sus derechos (Prodius, 2019).

II. La discapacidad como prioridad del Estado

Históricamente, la acción del Estado orientada a las personas con discapacidad se ha transformado, a partir de la emergencia de distintos enfoques. Al inicio, diferentes países del mundo adoptaron políticas para las personas con discapacidad conforme a un enfoque médico-asistencialista, donde la discapacidad figuraba como un problema de salud. Este enfoque supuso un avance para dejar atrás los abordajes basados en mitos y transitar hacia soluciones basadas en evidencia científica. No obstante, dio lugar a un trato discriminatorio desfavorable.

CUADRO I.2. LAS DIFERENCIAS ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA GENERACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	Primera generación de políticas Enfoque médico asistencialista	Segunda generación de políticas Enfoque social garantista
		
 Naturaleza del problema a ser abordado	Problema personal de salud por deficiencias funcionales de naturaleza fisiológicas, psicológicas y/o anatómicas derivadas de una enfermedad, traumatismo o envejecimiento.	Condiciones sociales que imponen barreras físicas, económicas, sociopolíticas y culturales para el disfrute pleno de los derechos
 Objetivo de las políticas públicas	Rehabilitación de las personas con discapacidad para la integración en la sociedad	Transformación de la sociedad para la instauración de arreglos universales garantes de derechos en igualdad de condiciones y no discriminantes
 Definición de la población objetivo	Población etiquetada según sus deficiencias biológicas	Población con barreras diferenciadas para disfrutar sus derechos de forma plena
 Estrategia de intervención	Segmentación / aislamiento para una atención profesional especializada	Desarrollo de sociedades con diseños espaciales universales, interacciones informativas-comunicativas ajustables a diferentes perfiles sensoriales y cognitivos; y una cultura de inclusión en diversidad
 Resultado esperado de las intervenciones	Las personas alcanzan la normalidad, en la medida de lo posible	Las personas viven dignamente sin importar su discapacidad
 Rol de las personas con discapacidad	Pacientes con una autonomía limitada para tomar decisiones relevantes sobre su vida y ser responsables de su cuidado.	Personas sujetas de derechos y deberes que tienen voz y poder de decisión en su vida (autodeterminación).

Fuente: elaboración propia a partir de Córdova (2008), Toboso y Arnau (2008); Degener (2016); Clough (2017); Mitra (2018); Barbosa, Villegas y Beltrán (2019); y Huete (2019).

De manera desfavorable para las personas con discapacidad del mundo, la relación con el Estado se construyó desde la minusvalía, es decir, desde, la identificación de sus carencias como seres humanos en comparación con el estándar normal y su separación del resto, como un individuo que necesita reparación bajo supervisión profesional “especial” y ser reintegrado progresivamente a medida que logre diferentes metas en su trayectoria de rehabilitación.

En este contexto, de forma errónea, se legitimó la vigencia de ciudadanía “inferiores” para las cuales se acepta de forma incuestionable que no puedan valerse por sí mismas en la sociedad (usando como respaldo diferentes narrativas discriminatorias basadas en barreras conforme a las cuales no pueden comunicarse sin traductores, no pueden moverse sin apoyo, no pueden adquirir conocimientos en los centros educativos bajo formas tradicionales, no pueden realizar un trabajo en las mismas condiciones e incluso, no pueden tomar decisiones relevantes sobre su vida por carecer de las facultades cognitivas socialmente exigidas) (Degener, 2016).

En consideración a este déficit natural de capacidades, se asume a la población con alguna discapacidad como un grupo vulnerable merecedor de la compasión social, materializada ya sea como asistencia social pública o beneficencia privada (Vuk, 2018).

En respuesta a los vacíos de este enfoque para la garantía del pleno cumplimiento de derechos de las personas con discapacidad, emergió una nueva generación de políticas públicas que busca promover la dignidad de las personas con discapacidad, a partir de un cambio estructural en tres direcciones narrativas:

1. La definición social del individuo. Las personas con discapacidad dejan de verse desde el déficit funcional (en comparación al estándar normal) y pasan a ser reconocidas por sus capacidades diferenciadas (es decir, la variedad de potencialidades a ser desarrolladas conforme a parámetros y trayectorias diferenciadas).
2. La autonomía del individuo. Del despojo explícito de la autonomía jurídica y psicológica como un deber moral para proteger a las personas con discapacidad de sus deficiencias, se pasa a una autonomía intrínseca a su titularidad de derechos que necesita ser garantizada como una condición esencial de su desarrollo.
3. La relación del individuo con su entorno. El sujeto de transformación deja de ser el individuo (para ser más “normal” en una sociedad “normal” y pasar a ser la sociedad (a modo de ser más inclusiva frente a la diversidad de necesidades de sus integrantes).

RECUADRO 1.

LA ADOPCIÓN DEL ENFOQUE SOCIAL COMO EJE DEL ESTÁNDAR INTERNACIONAL DE LAS POLÍTICAS NACIONALES A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2007 establece una serie de principios afines al modelo social-garantista:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de la niñez.

Fuente: Art.3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

De acuerdo con este enfoque, las sociedades deben garantizar un acceso universal a oportunidades y medios de desarrollo para todas las personas, considerando que tienen los mismos derechos, sin importar su condición de discapacidad. De este modo, ya no solo importa tipificar el perfil médico de deficiencias funcionales de las personas con discapacidad sino también tomar medidas frente a las condiciones de exclusión que las privan de sus derechos.



En la práctica el enfoque de política pública médico-asistencialista y el social-garantista coexisten en diferentes campos de la gestión del bienestar de las personas con discapacidad. En el marco de esta transición divergente, los países se enfrentan al desafío de:

1. Desarrollar capacidades en las entidades gubernamentales para que puedan transversalizar la adopción del enfoque social garante de la dignidad humana en las distintas políticas de salud, rehabilitación, educación, empleo, protección social, cuidado, accesibilidad, convivencia social, participación política u otro campo de política pública para la gestión del bienestar de las personas con discapacidad.

2. Garantizar la coherencia programática, disponibilidad de información periódica desagregada por condición de discapacidad, recursos humanos con una formación en derechos, presupuestos públicos sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad y espacios/medios/oportunidades para la participación de las personas con discapacidad como sujetos de derechos capaces de velar por su propia dignidad.

3. Integrar a los diferentes actores provisos de bienestar en el cambio cultural con un enfoque de corresponsabilidad. El reemplazo de las prácticas, actitudes, normas y otras instituciones para el desarrollo, sobre las cuales descansa la exclusión de las personas con discapacidad, es un proceso progresivo que requiere los apoyos del Estado, los actores del mercado y las redes de apoyo (familia, amistades, comunidad, organizaciones de la sociedad civil) de forma sostenida en el tiempo. La articulación de esfuerzos es vital para que el disfrute de los derechos sea una realidad cotidiana.



CAPÍTULO II

¿Cuántas personas son? La relevancia de la condición de la discapacidad en la población de El Salvador





En el marco de las complejidades históricas en torno a la definición de la discapacidad, la delimitación de la población con esta condición se enfrenta a diferentes desafíos. No existe un criterio único que sea mundialmente aceptado de manera inequívoca. Con el afán de avanzar en la identificación de esta población prioritaria, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define operativamente a la discapacidad como un conjunto de deficiencias funcionales y estructurales del cuerpo, limitaciones para la realización de actividades cotidianas y restricciones para su participación en situaciones vitales (Cuenot, 2018).

En coherencia con esta aproximación, el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad tipifica la condición de discapacidad a partir de la existencia de dificultades en torno a seis dominios:

1. ver;
2. oír;
3. caminar, moverse y/o utilizar brazos y piernas;
4. recordar o concentrarse;
5. ser autosuficiente en el cuidado personal; y
6. comunicarse.

Estas dificultades pueden tener diferentes grados de severidad:

1. ausencia absoluta de la dificultad;
2. alguna dificultad;
3. mucha dificultad; y
4. presencia absoluta de la dificultad (no puede realizar la actividad en cuestión) (CEPAL, 2019).

De este modo, la población con discapacidad es aquella que tiene alguna dificultad en al menos uno de los seis dominios antes descritos. Esta identificación no representa necesariamente los resultados de un diagnóstico médico, sino más bien, son el resultado de la percepción cotidiana recopilados mediante el uso de metodologías internacionalmente estandarizadas para analizar la extensión demográfica de la condición de discapacidad en agregados poblacionales con diferentes niveles de acceso a educación y salud.

Este capítulo presenta en primer lugar reflexiones sobre la importancia para continuar mejorando el Sistema Nacional de Estadísticas que permita cuantificar de forma más confiable, periódica y homologable la relevancia

demográfica de la condición de discapacidad; y como parte de este proceso, cotejar diferentes instrumentos estadísticos: censos, encuestas y registros administrativos.

En segundo lugar, se recogen los principales hallazgos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad de 2015 (ENPD 2015) que mostró por primera vez la relevancia de la condición de la discapacidad en El Salvador, bajo parámetros aceptados internacionalmente. En tercer lugar, retoma los aportes de la ENS 2021 en la generación de una nueva mirada sobre:

- a) la prevalencia de la condición de la discapacidad como el indicador que permite identificar cuántas personas con discapacidad hay por cada 100 personas en total;
- b) el peso de los hogares con algún miembro con discapacidad en el país como el indicador que permite identificar para cuántos hogares de cada 100 la discapacidad es un asunto cotidiano; y
- c) el porcentaje de personas con discapacidad al interior de los hogares como un indicador que permite analizar la presión demográfica de la condición de la discapacidad al interior de los hogares.

I. El desafío de medir la discapacidad: censos, encuestas y registros administrativos

Desde el Censo de Población y Vivienda 2007 se han desarrollado instrumentos estadísticos que han intentado cuantificar a la población con discapacidad. En ese momento se utilizó un set de preguntas sobre la presencia de distintas limitaciones permanentes y con respuestas dicotómicas (sí o no) que daban lugar a un amplio subregistro por la ambigüedad entre lo que se consideraba tener o no una limitación permanente. Con la ENPD 2015 y la ENS 2021 se ha intentado cerrar esta deuda, por medio de la mejora del set de preguntas y respuestas utilizadas. Con la adopción de los parámetros internacionalmente aceptados del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, se ha dejado de lado la concepción de la condición de discapacidad como un conjunto de limitaciones y se ha fomentado la definición de la condición de la discapacidad como realidad cotidiana estructurada en torno a la presencia de distintos grados de dificultad funcional.

CUADRO II.1. COMPARACIÓN ENTRE PREGUNTAS Y RESPUESTAS EMPLEADAS PARA LA MEDICIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

CENSO 2007	ENPD 2015 y ENS 2021
¿Tiene alguna limitación permanente para moverse o caminar? Respuesta: Si o No	¿Tiene dificultades de forma permanente para moverse o caminar, para usar brazos o piernas? Respuesta: ninguna; sí, poca dificultad; sí, mucha dificultad; total.
¿Tiene alguna limitación permanente para usar brazos o manos? Respuesta: Si o No	
¿Tiene alguna limitación permanente para ver, aun usando lentes? Respuesta: Si o No	¿Tiene dificultades de forma permanente para ver aun usando anteojos? Respuesta: ninguna; sí, poca dificultad; sí, mucha dificultad; total.
¿Tiene alguna limitación permanente para hablar? Respuesta: Si o No	¿Tiene dificultades de forma permanente para hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas salvadoreñas u otras señas? Respuesta: ninguna; sí, poca dificultad; sí, mucha dificultad; total.
¿Tiene alguna limitación permanente para oír aun usando aparatos especiales? Respuesta: Si o No	¿Tiene dificultades de forma permanente para oír, aun usando aparatos auditivos? Respuesta: ninguna; sí, poca dificultad; sí, mucha dificultad; total.
¿Tiene alguna limitación permanente por retraso o deficiencia mental? Respuesta: Si o No	¿Tiene dificultades de forma permanente para entender o aprender (concentrarse y recordar)? Respuesta: ninguna; sí, poca dificultad; sí, mucha dificultad; total.
	¿Tiene dificultades de forma permanente para relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas? Respuesta: ninguna; sí, poca dificultad; sí, mucha dificultad; total.
¿Tiene alguna limitación permanente para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo? Respuesta: Si o No	¿Tiene dificultades de forma permanente para vestirse, bañarse o comer? Respuesta: ninguna; sí, poca dificultad; sí, mucha dificultad; total.

Fuente: elaboración propia a partir de boletas del Censo de Población y Vivienda 2007, ENPD 2015 y ENS 2021.

En este sentido, la ENPD 2015 y la ENS 2021 representan hitos estadísticos relevantes, pero que, por sus características muestrales, reflejan una aproximación a la realidad que no tiene la misma precisión que un censo. En el caso de El Salvador, la situación es más crítica ya que el último censo no solo es antiguo (2007) sino que también utilizó un set de preguntas y respuestas distintas.

En el marco de esta trayectoria, hay que reconocer el aporte de una primera cuantificación de las personas con discapacidad que hizo la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad de 2015 (ENPD 2015), la cual fue diseñada tomando como referencia las estimaciones poblacionales del Censo de Población y Vivienda de 2007.

A partir de las preguntas propuestas por el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, este instrumento pionero permitió medir la prevalencia de la condición de discapacidad, a partir del reconocimiento de siete dificultades permanentes (ver cuadro X). Además, recabó información relevante sobre las necesidades de accesibilidad, empleo, salud, rehabilitación, cuidado, participación política y otras áreas de bienestar.

De manera más reciente, la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2021) retomó la batería de preguntas empleadas por la ENPD 2015 para la medición de la prevalencia de la condición de discapacidad, pero con parámetros metodológicos más precisos. Por un lado, su marco muestral se construyó sobre la base de las estimaciones demográficas ajustadas en 2019-2020 por la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) con el apoyo del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) con base a los cambios en la fecundidad, la mortalidad y la migración de los últimos años en sustitución de los cálculos, para entonces desfasados, del censo poblacional de 2007. De este modo, asume que la población total del país es de 5.77 millones. En cambio, la ENPD 2015 asumió que era de 6.46 millones, en coherencia con las estimaciones censales de 2007. Por otro lado, el marco muestral de la ENS 2021 es más voluminoso (19,900 hogares mientras que la de la ENPD 2015 es de 5,102 hogares). Asimismo, la ENS posee un mayor alcance territorial, con lo cual puede expandirse territorialmente a una escala nacional, urbana, rural, regional y departamental. En cambio, la ENPD solo puede expandirse a una escala nacional, urbana y rural. En ese sentido, la ENS nos permite hacer un análisis territorial más desagregado.

Hasta contar con un nuevo censo de población y con registros administrativos más robustos, las encuestas son los únicos instrumentos que nos permiten calcular la prevalencia de la discapacidad y dar visibilidad a la situación de las personas con discapacidad.

Esta acción es fundamental en esta etapa de recuperación post crisis de COVID-19 e incluir a la población con discapacidad en las dinámicas de aprovechamiento del bono demográfico que tiene el país. A pesar de que ambas encuestas, retoman las preguntas del Grupo de Washington y también aplican la misma fórmula para el cálculo de la prevalencia de la condición de discapacidad, no son instrumentos comparables, pues tanto el marco muestral, el momento y el contexto en que fueron aplicadas son diferentes.

En las vísperas de la realización del Censo de Población y Vivienda para la ronda 2020, se hace necesario que se mantenga la adopción de una forma de medición de la condición con discapacidad afín a los parámetros internacionales, pero también se establezcan los procesos de entrenamiento necesarios para que la información sea recopilada con los menores sesgos posibles.

Estos esfuerzos censales necesitan complementarse con la integración de la medición homologable de la condición de discapacidad en diferentes encuestas nacionales realizadas ya sea de forma periódica (como la Encuesta de Hogares para Propósitos Múltiples y la Encuesta Nacional de Salud) o ad hoc (como la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres o la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo).

Asimismo, se necesita retomar la mejora progresiva de los registros administrativos, como una fuente de información fundamental sobre el acceso de las personas con discapacidad a diferentes servicios del sector gubernamental. Por un lado, está la demanda de garantizar que el 100% de las instituciones estatales cuenten con mecanismos confiables que les permitan identificar la condición de discapacidad en los registros administrativos sobre los usuarios de sus servicios y recopilar la información conforme a protocolos sin victimizar a las personas con discapacidad. No todas las instituciones gubernamentales cuentan con registros desagregados, siendo esta una limitante para el acceso a la información estadística. Por otro lado, está la demanda de estandarizar los criterios para la identificación de la condición de discapacidad. Se mencionan las entidades gubernamentales cruciales para la prestación de servicios a la población, como el Registro Nacional de Personas Naturales (RNPN), el Ministerio de Salud (MINSAL), el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología (MINEDUCYT) y la Policía Nacional Civil

(PNC), quienes poseen registros que permiten identificar la condición de discapacidad a su población usuaria, pero no necesariamente lo hacen de una forma homologada. Utilizan diferentes procedimientos para la captura de información y criterios de clasificación; de este modo, poseen niveles de subregistro diferenciados.

La atención a esta demanda de integración y homologación es necesaria para construir indicadores que permitan reconocer el nivel de inclusión de las personas con discapacidad en diferentes áreas del desarrollo y las barreras a superar.

II. ENPD 2015: la población con discapacidad como una minoría demográfica que se vuelve más relevante con la carga de enfermedades crónicas y la vejez

En 2015, la discapacidad se definió demográficamente en un primer momento como una condición minoritaria, en un contexto marcado por la presencia relevante de dificultades con mucha o total severidad. Según la ENPD 2015, solo el 6.4% de la población total presentaba alguna discapacidad permanente³, lo cual representa a 0.41 millones en un total de 6.46 millones. De cada 100 personas con discapacidad, el 46.9 se identificaba con alguna dificultad con mucha o total severidad, es decir, el 3.0% de la población total del país. En este contexto, la ENPD 2015 contribuyó a poner un énfasis en aquellos que tenían mayores necesidades de apoyo, pero también a visibilizar la presencia predominante de dificultades funcionales leves. De cada 100 personas con discapacidad, el 13.6 solo tienen dificultades leves para ver aun cuando usan anteojos.

Como una condición vinculada a otras dinámicas sociales, la prevalencia de la discapacidad posee una mayor dimensión frente a la carga de enfermedades crónicas y el envejecimiento poblacional. Por un lado, el 48.8% de la población con alguna enfermedad crónica tenía alguna condición de discapacidad mientras que, en la población sin alguna enfermedad crónica, solo el 4.6%.

Por otro lado, la prevalencia de la condición de discapacidad subía a medida que se elevaba la edad de las distintas generaciones. En la niñez y adolescencia de 0-14 años, sólo 2.9% de la población poseía alguna dificultad funcional; en la juventud de 15-29 años, el 2.5%; en la adultez de 30-59 años, el 6.0%; y en la vejez de 60 años o más, el 24.5%.

En el marco de distintas desigualdades de género, la asociación entre discapacidad, enfermedad y vejez afectaba en una mayor proporción a las mujeres que a los hombres. La prevalencia de la discapacidad en las mujeres de 60 años o más con alguna enfermedad crónica era de 65.0%; mientras que, en los hombres, era del 53.1%.

En este contexto demográfico, la condición de la discapacidad se presentaba como una realidad cotidiana para la quinta parte de los hogares del país. En 2015, el 20.3% de los hogares del país tenía al menos una persona con discapacidad. Esta incidencia de la condición de discapacidad en los hogares presentaba matices diferenciados por generación, sexo y área geográfica. En los hogares con jefaturas más jóvenes de 15 a 29 años, el 6.5% tenía alguna persona con discapacidad, pero, en aquellos con jefaturas envejecidas de 60 años o más, el 35.8%. En los hogares con mujeres como jefaturas, el 23.8% tenía alguna persona con discapacidad, mientras que, en aquellos con hombres como jefaturas, el 18.2%. En los hogares rurales, el 20.8% tenía alguna persona con discapacidad y en los urbanos, el 20.1%.

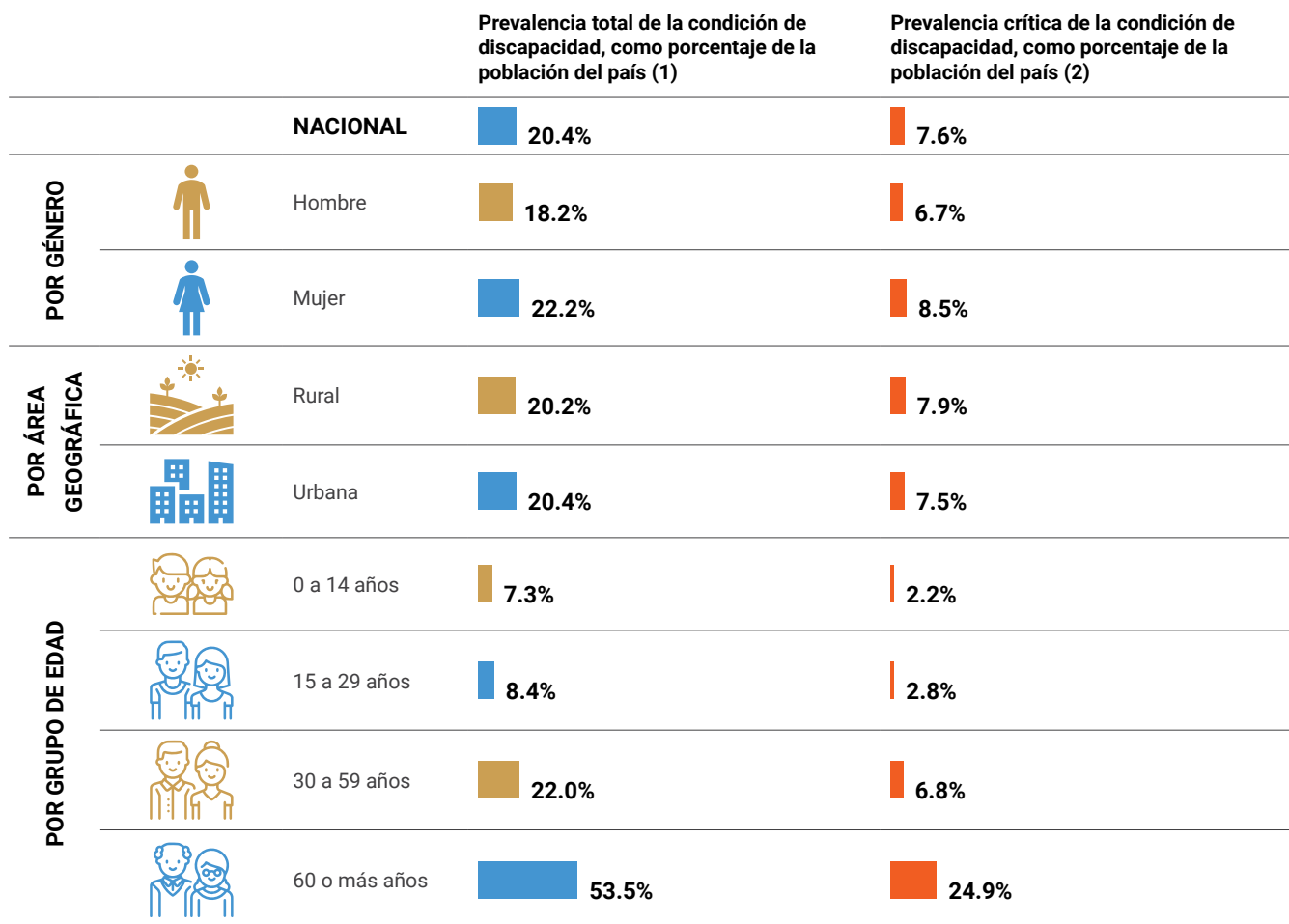
3 En este porcentaje se incluye la población poca, mucha o total dificultad para realizar tareas en alguno de los siete dominios funcionales: 1) el motriz (caminar, moverse o usar brazos y piernas); 2) el visual (ver); 3) el auditivo (oír); 4) el del habla y la comunicación (hablar y comunicarse); 5) el intelectual (entender, aprender, concentrarse o recordar); 6) el psicosocial (relacionarse con los demás por sus pensamientos, sentimientos o emociones); y 7) y el de autocuidado personal (vestirse, bañarse o comer).

III. ENS 2021: una relación entre discapacidad, enfermedad y vejez que se presenta de forma demográficamente más extensa

Según la ENS 2021, el 20.4% de la población de los hogares del país tenía alguna discapacidad permanente (prevalencia total). De este total, 26.7 de cada 100 son personas que solo tienen dificultades funcionales leves de tipo visual ya que tienen problemas para ver aun usando anteojos. A nivel nacional, solo el 7.6% de la población tenía mucha o total dificultad para desempeñarse en cualquiera

de los siete dominios funcionales analizados por la ENPD 2015: el motriz, el visual, el de habla, el auditivo, el intelectual, el psicosocial y el de autocuidado personal (prevalencia crítica). De este modo, los datos de la ENS 2021 evidencian la importancia de comprender a la población con discapacidad como un conjunto más amplio, pero con necesidades diferenciadas de apoyo. En ese sentido, hace un llamado para continuar con los esfuerzos orientados para llegar de forma más inmediata a aquellos que actualmente tienen dificultades más identificadas.

GRÁFICA II.1.
PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2021



Nota: (1) la prevalencia total de la discapacidad representa la cantidad de personas con alguna dificultad permanente en cualquiera de los dominios funcionales considerados como esenciales (el motriz, el visual, el del habla, el auditivo, el intelectual, el psicosocial y el de autocuidado personal) por cada 100 habitantes. (2) La prevalencia crítica hace referencia a la cantidad de personas que tienen alguna mucha o total dificultad permanente para desempeñarse en cualquiera de los dominios funcionales considerados como esenciales (el motriz, el visual, el del habla, el auditivo, el intelectual, el psicosocial y el de autocuidado personal) por cada 100 habitantes.

Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

En coherencia con las tendencias identificadas con la ENPD 2015, la ENS 2021 sugiere que la prevalencia total de la condición de discapacidad presenta matices diferenciados por edad y género, en el marco de procesos de envejecimiento altamente marcados por el deterioro de la salud y su feminización. Por un lado, el peso de la población con discapacidad se eleva a medida que se incrementa la edad. De este modo, la prevalencia en la población menor de 15 años es 7.8% mientras que en la de 60 años o más es de 53.5%. En 2021, las personas con discapacidad ya son la mayoría entre las generaciones adultas mayores. Esta prevalencia es más elevada en las personas con alguna enfermedad crónica. El 62.2% de las personas de 60 años o más con alguna enfermedad crónica tiene alguna condición de discapacidad. En cambio, en las personas sin enfermedad, es del 45.7%.

Por otro lado, el porcentaje de personas con discapacidad de la población femenina es 4 puntos más alto que el de la población masculina (esta diferencia equivale al 33% de la prevalencia reportada por los hombres), en el marco de diferentes desigualdades de género que se potencian con la edad. La brecha de género es más alta en la población adulta mayor. En la niñez de 0 a 14 años, la prevalencia de discapacidad es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres por 0.5 puntos porcentuales. Sin embargo, en la población de 60 años o más, la prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres por 3.9 puntos porcentuales.

Estas dinámicas también se reflejan en la configuración de la prevalencia crítica de la condición de discapacidad. Aproximadamente, un cuarto de las personas adultas mayores son parte de la población con discapacidad por tener mucha o total dificultad para realizar alguna función esencial (moverse, ver, hablar, oír, pensar, recordar, relacionarse con otros, cuidar de sí mismo). En cambio, en la población menor de 30 años, es menos del 5%. Asimismo, este porcentaje es más alto en las mujeres que en los hombres (8.5% en contra de 6.7%).

Desde una mirada más territorial, la prevalencia total de la condición de discapacidad alcanza una relevancia similar en el área urbana y la rural. Esta tendencia es similar a la reportada por la ENPD 2015. La brecha geográfica se mantiene por debajo de un punto porcentual. Una situación similar ocurre en la prevalencia crítica de la condición de discapacidad. Por ende, la condición de discapacidad necesita ser atendida conforme a un enfoque territorial dual capaz de integrar las particularidades de la prestación de servicios en ambas zonas geográficas.

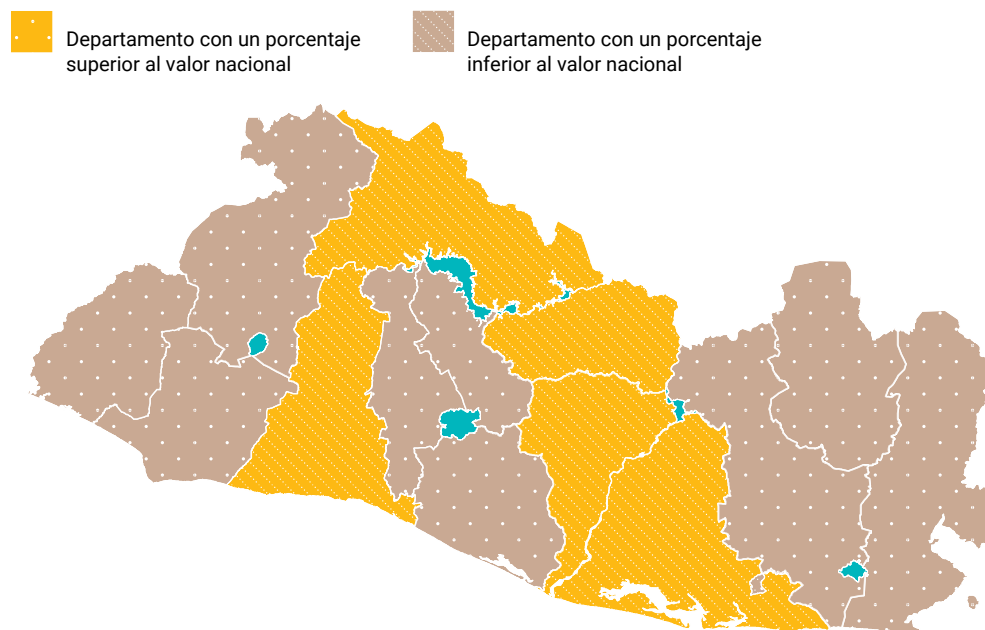
A nivel departamental, la prevalencia total de la condición de discapacidad adquiere una dimensión diferenciada que puede oscilar entre el 24.2% (San Vicente) y 18.8% (La Unión). Entre estos extremos, 5 de los 14 departamentos poseen un porcentaje de población con discapacidad superior al parámetro nacional: San Vicente, Chalatenango, Cabañas, Usulután y La Libertad. En 7 de los 14 departamentos, menos de la quinta parte de población posee una condición de discapacidad (es decir, menos del 20%).

Por otro lado, la prevalencia crítica de la condición de discapacidad posee valores departamentales que varían entre el 9.7% (San Vicente) y el 6.2% (Sonsonate). Entre dos extremos, 7 de los 14 departamentos poseen una prevalencia superior al valor nacional: San Vicente, Chalatenango, Cabañas, Usulután, Morazán, La Libertad, Ahuachapán.

GRÁFICA II.2. PREVALENCIA DEPARTAMENTAL DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, COMO PORCENTAJE DE POBLACIÓN. EL SALVADOR, 2021

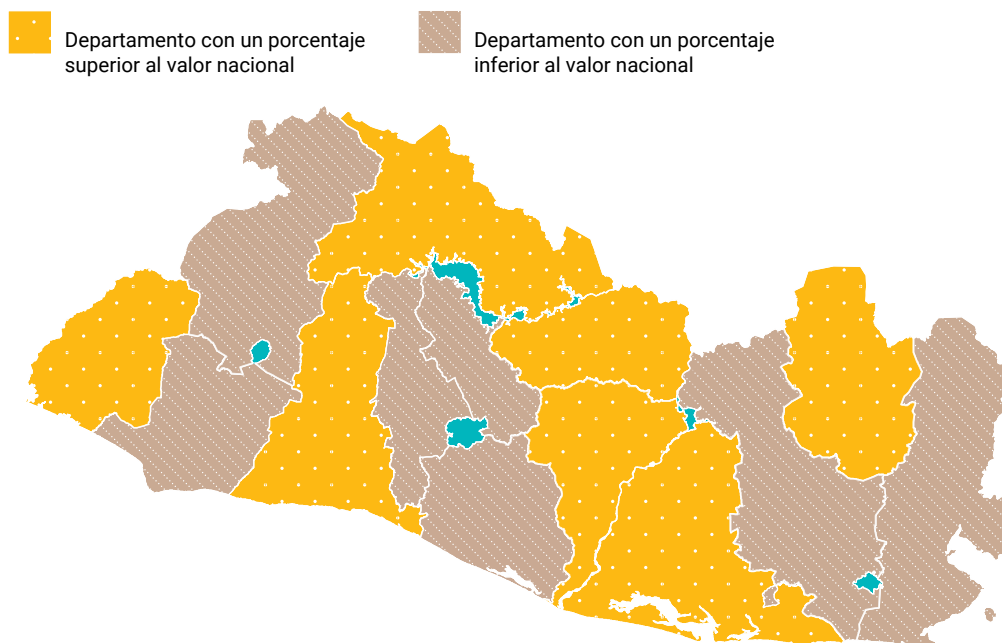
Prevalencia total de la condición de discapacidad

San Vicente	24.2
Chalatenango	23.1
Cabañas	22.4
Usulután	22.3
La Libertad	21.8
Nacional	20.4
Ahuachapán	20.3
La Paz	20.2
Morazán	19.9
San Salvador	19.8
Santa Ana	19.8
Sonsonate	19.4
Cuscatlán	19.1
San Miguel	18.9
La Unión	18.8



Prevalencia crítica de la condición de discapacidad

San Vicente	9.7
Chalatenango	9.3
Cabañas	8.9
Usulután	8.7
Morazán	8.4
La Libertad	8.2
Ahuachapán	8.0
Nacional	7.6
La Paz	7.4
San Salvador	7.4
San Miguel	7.4
Santa Ana	7.2
La Unión	7.0
Cuscatlán	6.6
Sonsonate	6.2

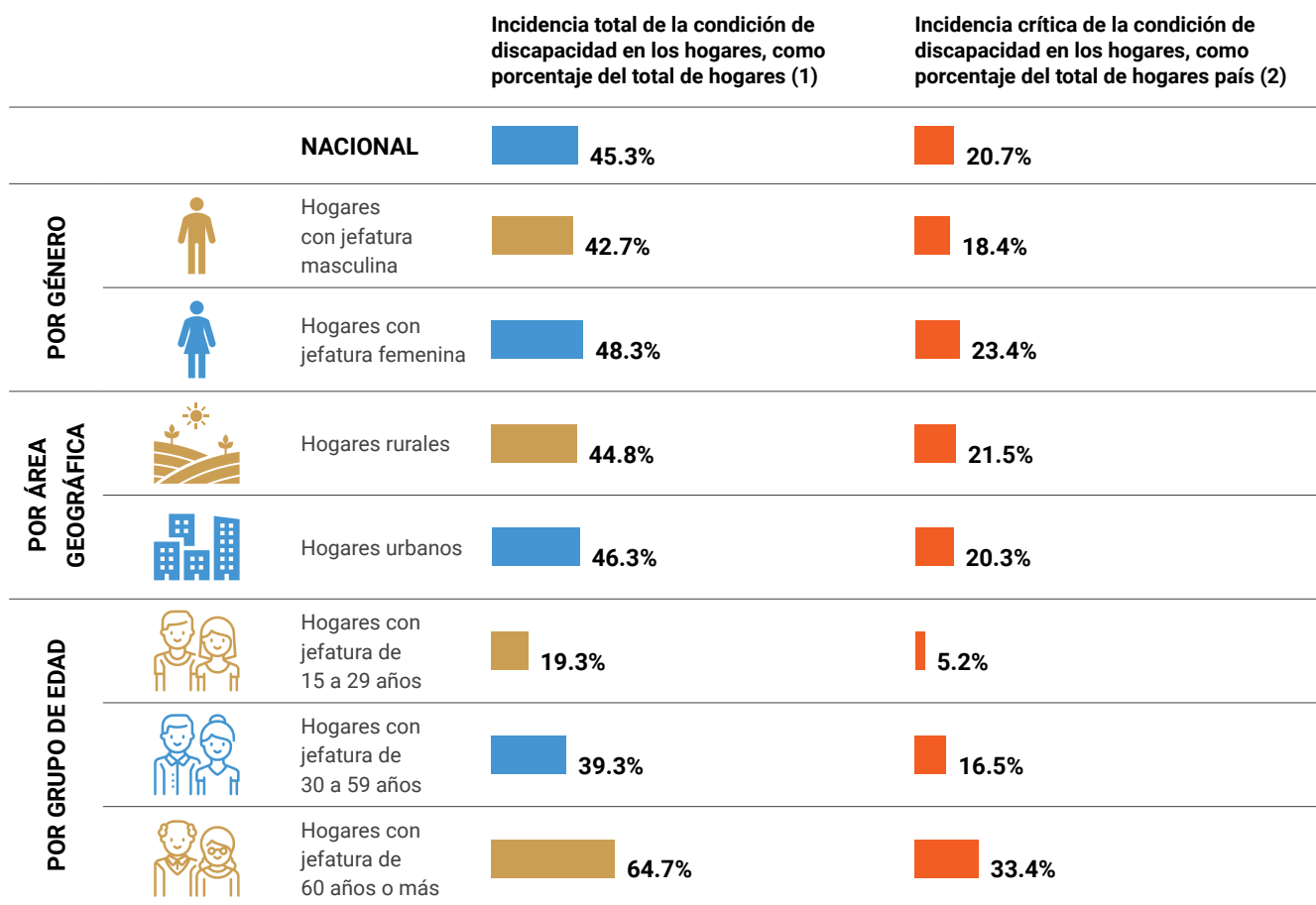


Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

En el marco de esta extensión demográfica, el 45.3% de los hogares del país tiene al menos 1 persona con alguna limitante (incidencia total) y el 20.7% de los hogares posee al menos 1 integrante con discapacidad que tiene mucha o total dificultad para desempeñar algún dominio funcional (incidencia crítica). En ambas incidencias, el porcentaje es más elevado en los hogares con jefatura femenina que en aquellos con una jefatura masculina.

En la incidencia total, la brecha de género es de 5.6 puntos porcentuales y en la crítica es de 5 puntos porcentuales. Aunque, la responsabilidad de las mujeres en la gestión de la discapacidad como un asunto del hogar se profundiza cuando la condición es más crítica. En la incidencia total, los niveles de las jefaturas femeninas representan el 113% de las masculinas; mientras que en la incidencia crítica, los niveles femeninos representan el 127.2% de los masculinos.

GRÁFICA II.3. INCIDENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN LOS HOGARES DEL PAÍS. EL SALVADOR, 2021



Nota: (1) la incidencia total representa la cantidad de hogares que tienen al menos 1 integrante con alguna dificultad funcional permanente en cualquiera de los dominios funcionales considerados como esenciales por cada 100 hogares. (2) La incidencia crítica hace referencia a la cantidad de hogares que tienen al menos 1 integrante con mucha o total dificultad permanente en cualquiera de los dominios funcionales considerados como esenciales por cada 100 hogares.

Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

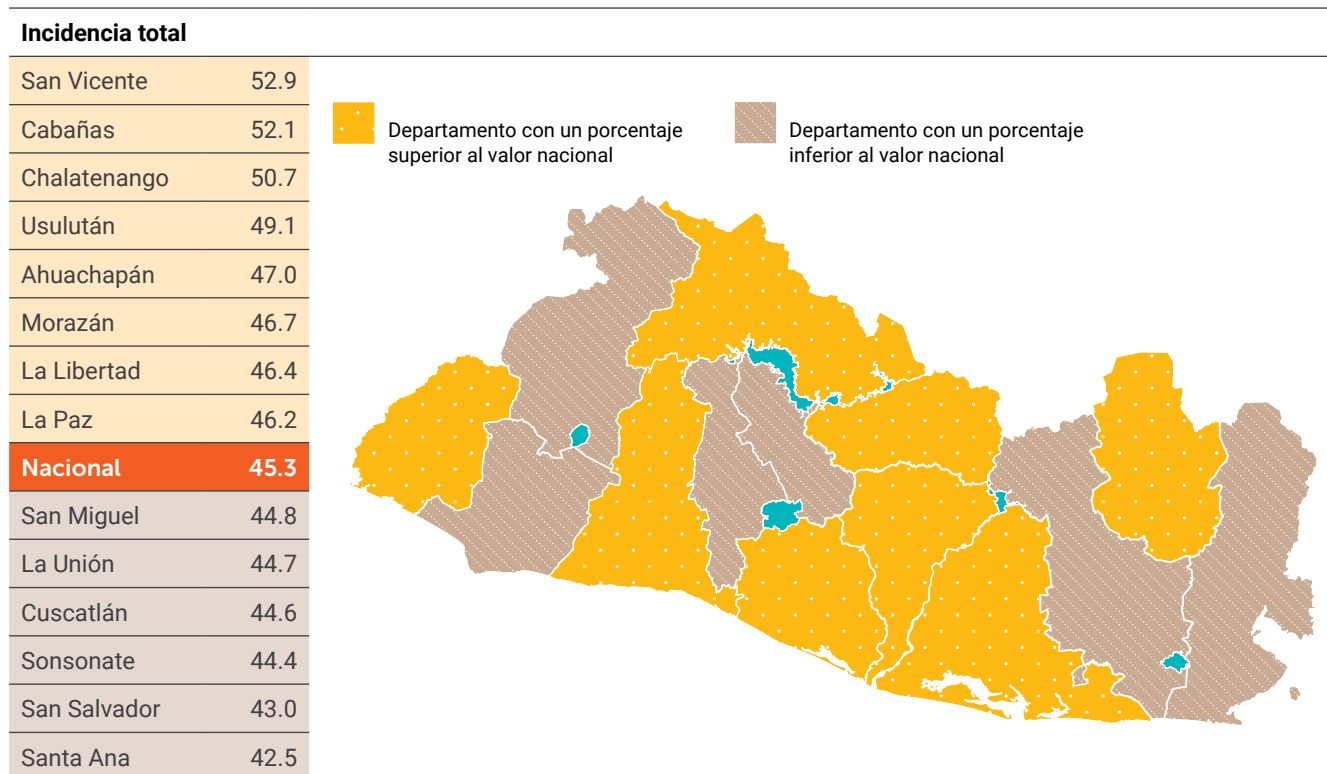
Por otro lado, la incidencia total y la crítica se elevan con la edad de las jefaturas de hogar. De este modo, casi dos tercios de los hogares encabezados por personas adultas mayores están directamente relacionados con la gestión de la condición de discapacidad (64.7%) y un más de un tercio, vinculadas con una condición más crítica (33.4%). Ante la relevancia de esta tendencia etaria, es importante reconocer que la discapacidad es una realidad que también está presente en la cotidianidad de jefaturas más jóvenes. Cerca de la quinta parte de las jefaturas jóvenes de 15 a 29 años deben asumir la responsabilidad de un hogar directamente relacionado con la condición de discapacidad (19.3%) y la sexta parte de las jefaturas de 30 a 59 años tienen a su cargo a una persona con una condición crítica de discapacidad (16.5%).

Desde una perspectiva territorial, los hogares urbanos tienen una incidencia total ligeramente mayor a la de

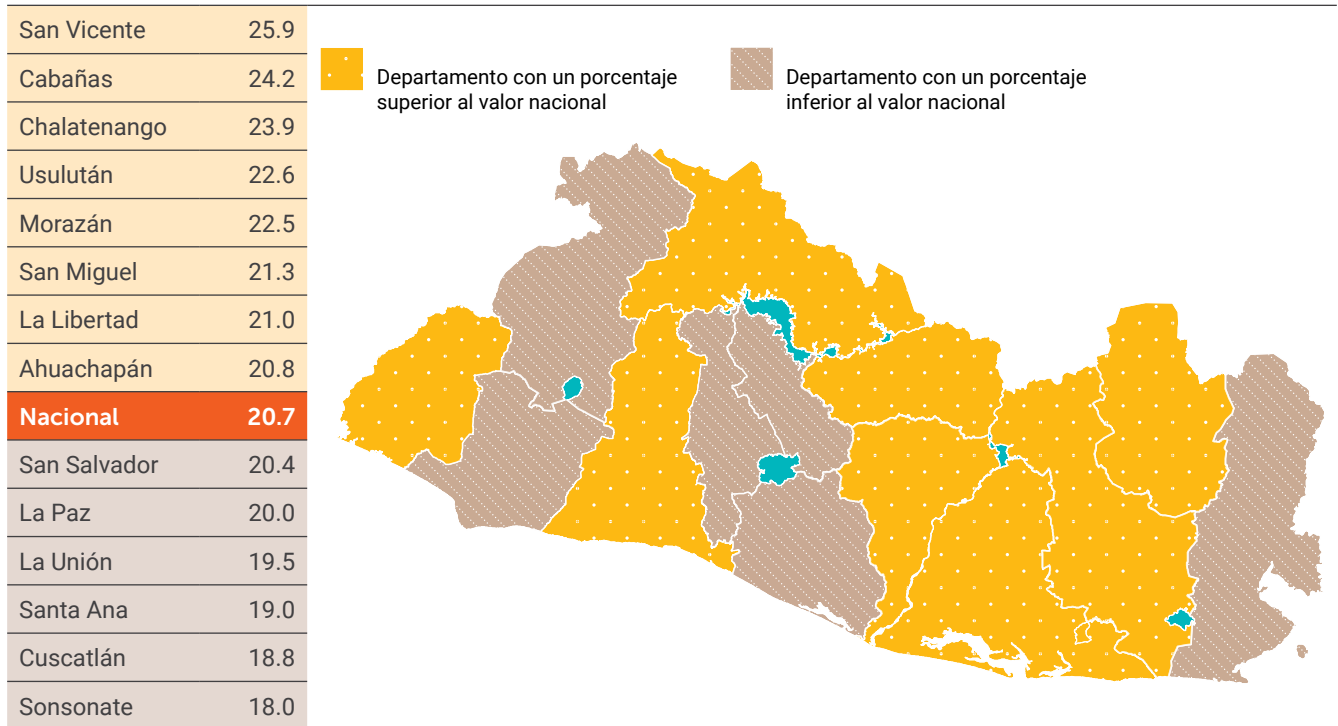
los rurales. En la incidencia (1.5 puntos porcentuales). En cambio, en los hogares rurales tienen una incidencia crítica mayor a los urbanos (1.2 puntos porcentuales). Sin embargo, a nivel departamental, los valores presentan mayores asimetrías.

En el caso de la incidencia total, el porcentaje de hogares oscila entre el 52.9% (San Vicente) y 42.5% (Santa Ana). Entre estos extremos, 8 de los 14 departamentos poseen un porcentaje de hogares con al menos un miembro con alguna condición de discapacidad superior al parámetro nacional: San Vicente, Cabañas, Chalatenango, Usulután, Morazán, La Libertad y La Paz. En los 14 departamentos del país, al menos 40 de cada 100 hogares tiene entre sus integrantes a personas con discapacidad. Sin embargo, en 2 de los 14 departamentos son más de 50 por cada 100 (San Vicente y Cabañas). Es decir, los hogares con personas con discapacidad son la mayoría.

GRÁFICA II.4. INCIDENCIA DEPARTAMENTAL DE LA DISCAPACIDAD EN LOS HOGARES, COMO PORCENTAJE DEL TOTAL DE HOGARES DEL PAÍS. EL SALVADOR, 2021



Incidencia crítica



Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

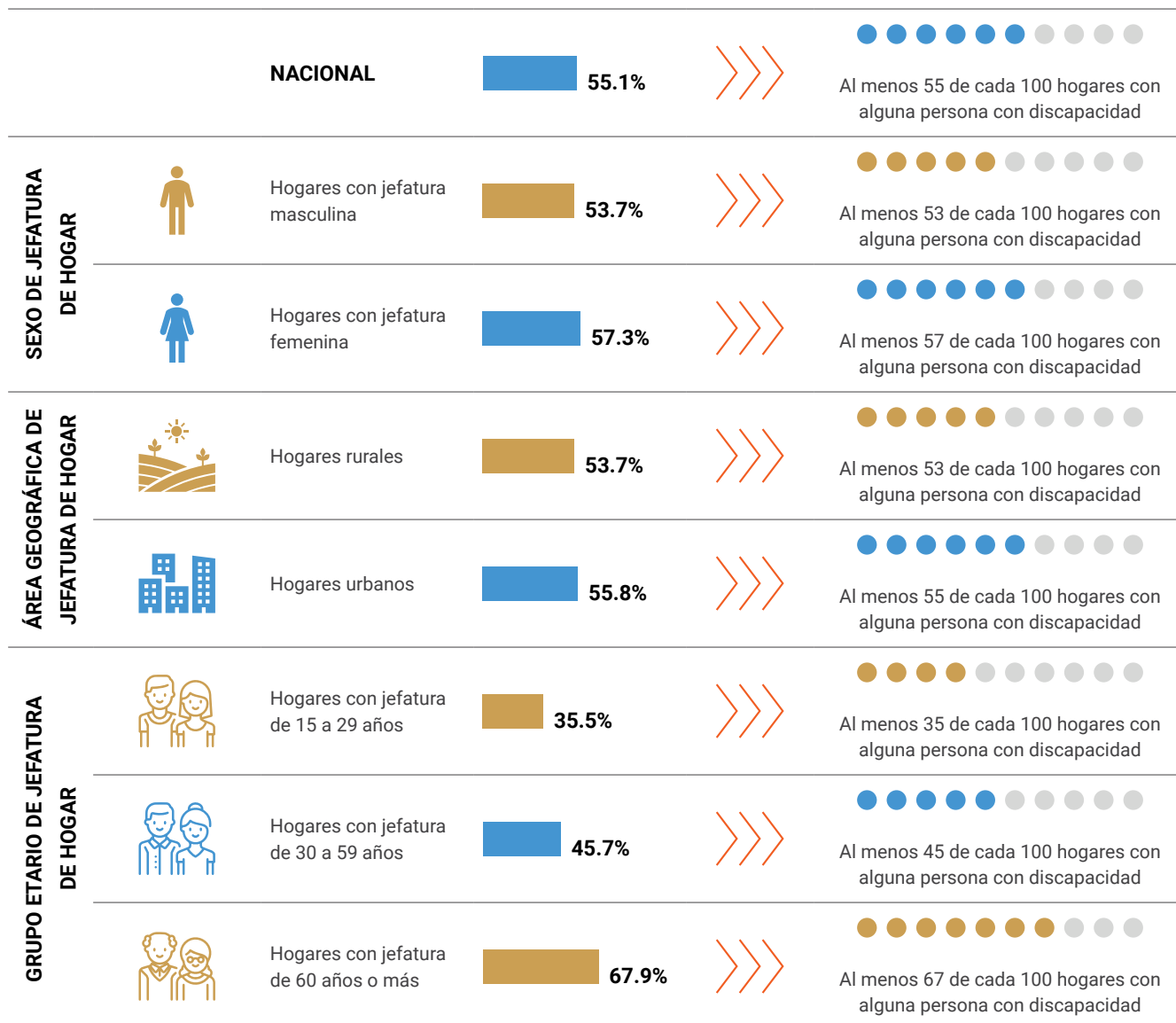
En el caso de la incidencia crítica, el porcentaje de hogares varía entre el 25.9% (San Vicente) y 18.0% (Sonsonate). Entre estos extremos, al menos 20 de cada 100 hogares gestiona una condición crítica de discapacidad en 10 de los 14 hogares del país. Sin embargo, en 1 de los 14 departamentos es más de 25 por cada 100 (San Vicente). Es decir, los hogares con personas con discapacidad crítica son más de la cuarta parte de la estructura de hogares.

La presión demográfica que enfrentan los hogares con alguna persona con discapacidad es diferente según su tamaño y la cantidad de personas con discapacidad. En 2021, más del 62.1% de los hogares solo tenían 1 persona con discapacidad; el 28.1%, 2 personas con discapacidad; y 9.2%, 3 o más personas con discapacidad. Si bien, el que la mayoría de los hogares solo tenga a una persona con discapacidad puede parecer relativamente manejable, el margen de gestión que tienen los hogares varía en función de su tamaño y de la severidad de la discapacidad.

El 18.6% de los hogares con 1 sola persona con discapacidad son unipersonales y, por lo tanto, son hogares en donde las personas con discapacidad viven solas. De cada 100 personas con discapacidad que viven solas, el 47.0% tienen una condición crítica (mucho o total dificultad funcional).

En atención a esta situación, se debe considerar la relevancia de gestionar apoyos para los hogares que están compuestos en su mayoría por personas con discapacidad y en consecuencia, tienen un desequilibrio demográfico interno más desventajoso en la gestión de las demandas de recursos y tiempo vinculadas a la condición de discapacidad. Del total de hogares con algún miembro con discapacidad, más de la mitad tiene a su cargo una presión demográfica por discapacidad superior al 50% (es decir, más de la mitad de sus miembros tienen alguna condición de discapacidad). Este dato es importante en contextos sociales caracterizados por la relevancia de la familia en la gestión de los procesos de inclusión para las personas con discapacidad.

GRÁFICA II.5. PORCENTAJE DE HOGARES A NIVEL NACIONAL CON ALGUNA PERSONA CON DISCAPACIDAD DONDE MÁS DE MITAD DE SUS INTEGRANTES TIENEN UNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

La incidencia de estos hogares con mayor presión demográfica por discapacidad es más alta en los hogares con jefatura femenina que en aquellos con una masculina; y en los hogares urbanos que en los rurales. Por otro lado, el porcentaje de hogares se eleva a medida que sube la edad de las jefaturas de hogar. En los hogares con jefaturas jóvenes, más de un tercio tiene una presión demográfica de discapacidad superior al 50%, mientras que, en los hogares con jefaturas mayores, más de dos tercios.

Esta tendencia etaria releva la importancia de canalizar apoyos para las personas jóvenes que empiezan su vida de responsabilidades con el hogar en un contexto familiar altamente vinculado a las múltiples exclusiones por discapacidad, pero también para las personas mayores que continúan al frente de sus hogares, en el marco de procesos vulnerables de envejecimiento y mayor prevalencia a la condición de discapacidad.

2021

DATOS RELEVANTES

1. Según la ENS, 1.14 millones de personas tienen alguna limitante identificada como una condición de discapacidad (es decir 1 de cada 5 personas en el país). Sin embargo, este total incorpora a población con discapacidades menos severas: 0.3 millones tienen exclusivamente alguna dificultad visual leve (es decir, pueden ver con anteojos, pero aun usándolos tienen dificultades que no son considerados como grave).
2. 0.43 millones de personas tienen alguna condición crítica de discapacidad ya que tienen mucha dificultad para realizar funciones cotidianas esenciales o no pueden hacerlas por completo.
3. La presencia de la condición de discapacidad es más relevante entre la población adulta de 60 años a más.
4. La condición de discapacidad tiene mayor peso entre las mujeres que entre los hombres.
5. El peso de la población con discapacidad entre la población urbana y la rural es similar.
6. De cada 100 hogares en El Salvador, 45 tienen a al menos 1 persona con discapacidad y 20 tienen al menos 1 persona con una condición crítica.
7. La discapacidad es más relevante en los hogares con jefaturas adultas mayores. De cada 100 hogares con una jefatura de hogar de 60 años o más, 64 tienen al menos una persona con discapacidad y 33 tienen a al menos una persona con una condición crítica.
8. Aproximadamente, 20 de cada 100 hogares con jefaturas jóvenes de 15 a 29 años tienen al menos 1 persona con discapacidad. Aunque solo 5 de cada 100, tienen al menos a 1 persona con una condición crítica.





CAPÍTULO III

¿Quiénes son? El rostro de la condición de discapacidad en El Salvador

La condición de discapacidad puede manifestarse de múltiples formas debido a que las personas pueden nacer con diferentes dificultades funcionales o adquirirlas a lo largo de la vida por enfermedad, accidentes o lesiones. Su vulnerabilidad puede variar según el grado de severidad de sus dificultades, pero también su convergencia. Asimismo, la condición de discapacidad puede adquirir un rostro diferenciado según género, edad o territorio. En ese contexto, la exclusión por discapacidad puede combinarse con diferentes formas de desigualdad social y adquirir matices aún más perversos (Cecchini, Holz y Soto de la Rosa -Coords-, 2021).






En este capítulo se presentan diferentes características sobre la composición de la población con discapacidad asociadas con: 1) la incidencia de las diferentes dificultades funcionales; 2) el grado de severidad de la condición de discapacidad como un indicador de vulnerabilidad de las

personas con discapacidad; 3) el perfil de las dificultades funcionales tomando en cuenta si se combinan o no diferentes dificultades funcionales en la condición de discapacidad de cada persona; 4) la feminización de la condición de discapacidad; 5) la composición etaria de la población con discapacidad; y 6) su distribución territorial.

I. La discapacidad como un conjunto de distintas dificultades funcionales

A partir de las propuestas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad, la ENS 2021, al igual que la ENPD 2015, ha empleado una serie de preguntas para la identificación subjetiva de la presencia de dificultades funcionales en siete dominios: motriz, visual, habla, auditivo, intelectual, psicosocial y autocuidado personal. La respuesta a cada pregunta es independiente de las otras.

CUADRO III.1. DEFINICIÓN UTILIZADA PARA LA MEDICIÓN UTILIZADA EN LA IDENTIFICACIÓN SUBJETIVA DE LA PRESENCIA DE DIFICULTADES EN SIETE DOMINIOS FUNCIONALES

	Dificultades motrices	»»»	¿Tiene alguna dificultad permanente para moverse o caminar, para usar brazos o piernas?
	Dificultades visuales	»»»	¿Tiene alguna dificultad permanente para ver aun usando anteojos?
	Dificultades del habla	»»»	¿Tiene alguna dificultad permanente para hablar o comunicarse, aun usando la Lengua de Señas Salvadoreña u otras señas?
	Dificultades auditivas	»»»	¿Tiene alguna dificultad permanente para oír, aun usando aparatos auditivos?
	Dificultades intelectuales	»»»	¿Tiene alguna dificultad permanente para entender o aprender (concentrarse y recordar)?
	Dificultades psicosociales	»»»	¿Tiene alguna dificultad para relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?
	Dificultades de autocuidado personal	»»»	¿Tiene alguna dificultad permanente para vestirse, bañarse o comer?

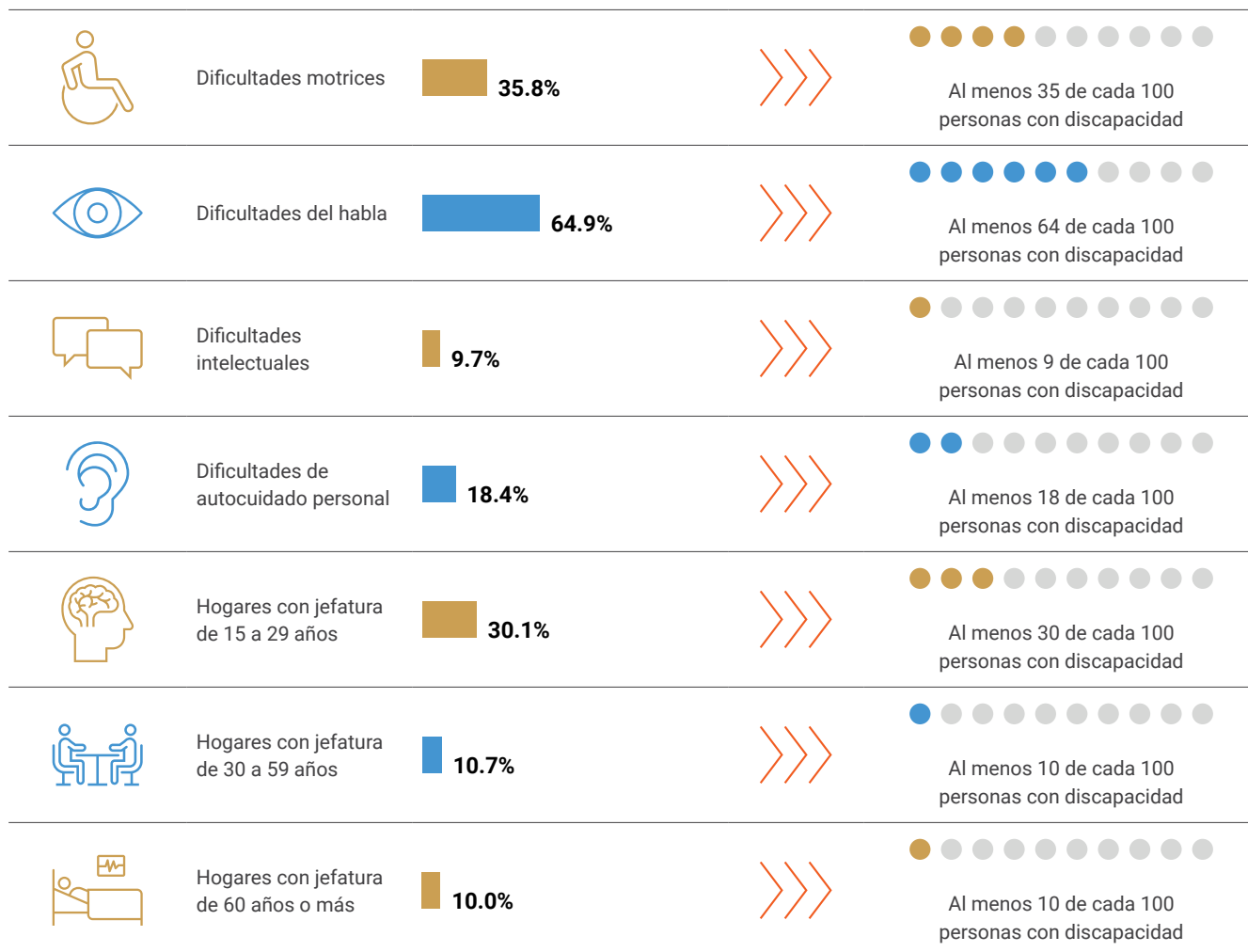
Nota: cada pregunta tiene el siguiente formato de respuesta: 1) ninguna; 2) sí, poca dificultad; 3) sí, mucha dificultad; y 4) total.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

De conformidad a estas respuestas, se reconoce la presencia de una población con discapacidad con distintas dificultades funcionales. Según la ENS 2021, las dificultades visuales son las que tienen una mayor incidencia, al estar presentes en casi dos tercios de las personas con discapacidad (al menos 64 de cada 100). En cambio, las dificultades del habla, las psicosociales y las de autocuidado personal son las que tienen la menor incidencia.

Cerca de la décima parte o menos de la población con discapacidad tiene alguna de estas dificultades. En medio de estos dos extremos, se encuentran las dificultades motrices, las intelectuales y las auditivas. Cerca de un tercio de la población con discapacidad tiene dificultades motrices e intelectuales y cerca de una quinta parte, dificultades auditivas. La incidencia de estas clases de discapacidad presenta comportamientos diferenciados por género, territorio y edad.

GRÁFICA III.1. INCIDENCIA DE DIFICULTADES FUNCIONALES EN LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ALGUNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2021

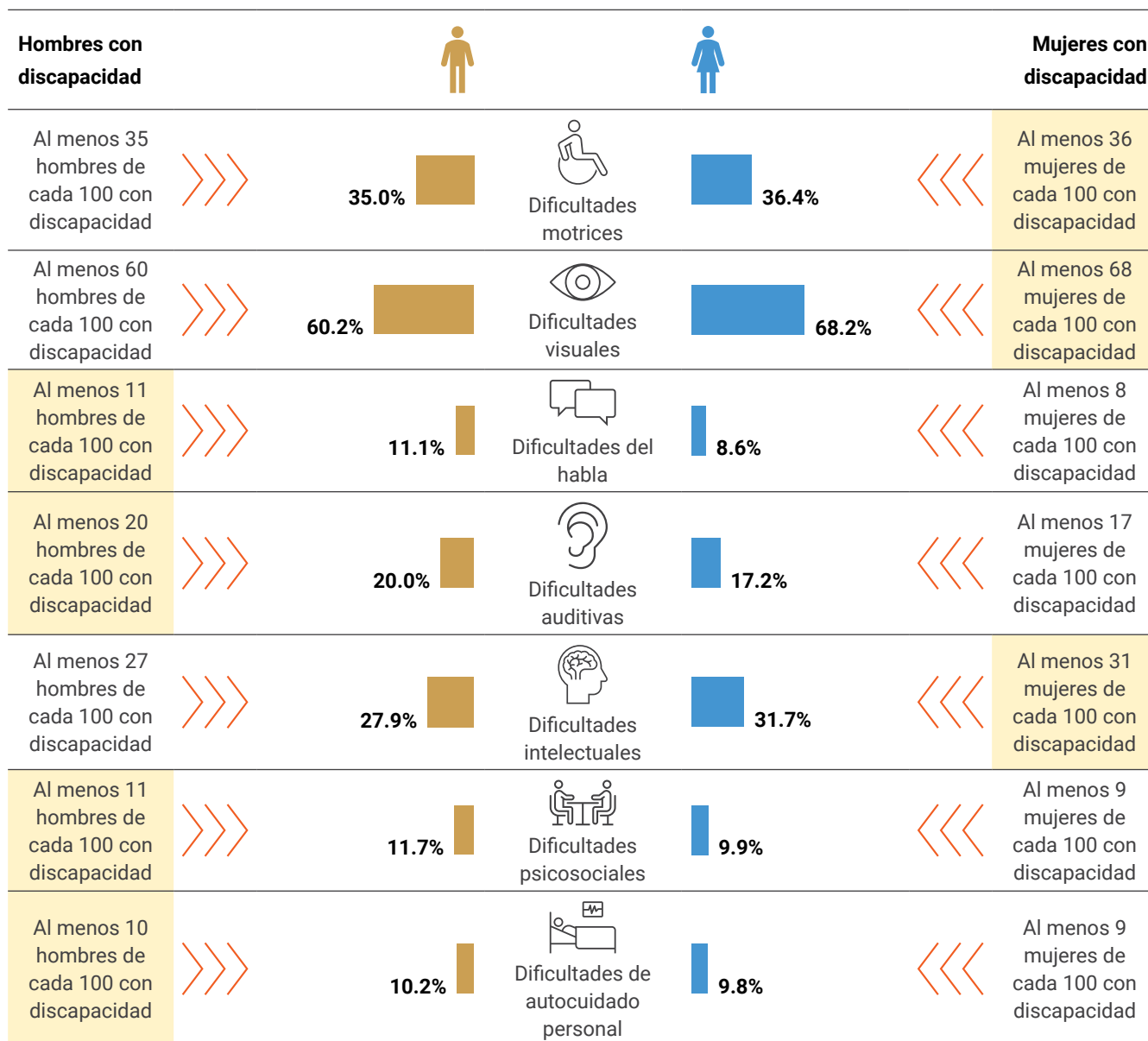


Notas: (1) La incidencia representa el total de personas con discapacidad que tienen la clase de dificultad en cuestión. De este modo, los porcentajes no son mutuamente excluyentes ya que una persona puede tener más de una clase de dificultad.

Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

- **Género.** Según la ENS 2021, la dificultad funcional con mayor extensión demográfica es la visual tanto en la población masculina como femenina. Sin embargo, la que tiene menor incidencia es la dificultad de autocuidado personal en los hombres; y las del habla en las mujeres. Por otro lado, la incidencia de las dificultades motrices, visuales e intelectuales es más alta en las mujeres que en los hombres. En cambio, la incidencia de las dificultades del habla, auditivas, psicosociales y de autocuidado personal es más alta en los hombres que en las mujeres.

GRÁFICA III.2. INCIDENCIA DE DIFICULTADES FUNCIONALES EN LA POBLACIÓN MASCULINA Y FEMENINA CON DISCAPACIDAD, EN PORCENTAJE DE LAS PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2021



Notas: (1) La incidencia representa el total de personas con discapacidad que tienen la clase de dificultad en cuestión. De este modo, los porcentajes para cada una de las clases de dificultad no son mutuamente excluyentes, ya que una persona puede tener más de una clase de dificultad. (2) El valor sombreado en amarillo es el mayor de todos los grupos etarios.

Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

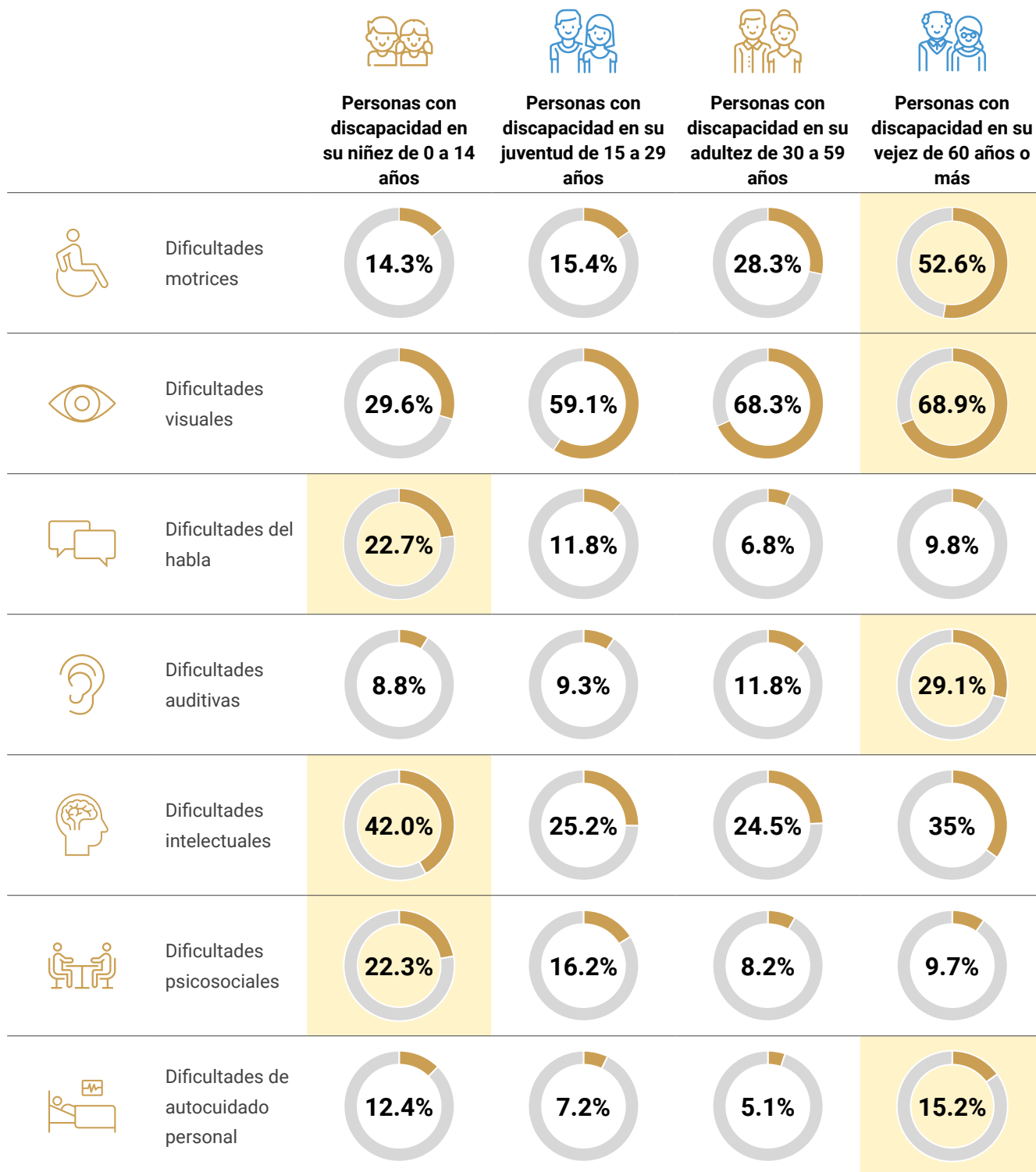
GRÁFICA III.3.
INCIDENCIA DE DIFICULTADES FUNCIONALES EN LA POBLACIÓN RURAL Y URBANA CON DISCAPACIDAD, EN PORCENTAJE DE LAS PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2021



Notas: (1) La incidencia representa el total de personas con discapacidad que tienen la clase de dificultad en cuestión. De este modo, los porcentajes para cada una de las clases de dificultad no son mutuamente excluyentes, ya que una persona puede tener más de una clase de dificultad. (2) El valor sombreado en amarillo es el mayor de todos los grupos etarios.

Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

**GRÁFICA III.4.
INCIDENCIA DE DIFICULTADES FUNCIONALES EN LA POBLACIÓN DE DIFERENTES EDADES CON DISCAPACIDAD, EN PORCENTAJE DE LAS PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD. EL SALVADOR. 2021**



Notas: (1) La incidencia representa el total de personas con discapacidad que tienen la clase de dificultad en cuestión. De este modo, los porcentajes para cada una de las clases de dificultad no son mutuamente excluyentes, ya que una persona puede tener más de una clase de dificultad. (2) El valor sombreado en amarillo es el mayor de todos los grupos etarios.

Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

- **Área geográfica.** De acuerdo con la ENS 2021, las dificultades visuales son las que tienen la mayor extensión demográfica en la población urbana y la rural. Sin embargo, la que reporta la incidencia más baja en la población con discapacidad urbana es la del habla; y en la población rural, la de autocuidado personal. Por otro lado, la incidencia de todas las dificultades funcionales, excepto las visuales, es más elevada en el área rural que en la urbana.
- **Edad.** Según la ENS 2021, existen patrones etarios diferenciados en la extensión demográfica de las diferentes dificultades funcionales. En la niñez de 0 a 14 años, el porcentaje más alto de personas con discapacidad tiene dificultades intelectuales (42%) y el más bajo, dificultades auditivas (8.8%). En los grupos etarios que se encuentran en juventud y adultez de 15 a 59 años, la incidencia más alta es la de las dificultades visuales mientras que la menor, es la de las dificultades de autocuidado personal. En la vejez de 60 años o más, el mayor porcentaje de población con discapacidad tiene dificultades visuales (68.9%) y motrices (52.6%); y el menor, dificultades psicosociales (9.7%).

En comparación con el resto de grupo etarios, la niñez de 0 a 14 años tiene la mayor incidencia de dificultades intelectuales, psicosociales y del habla. En cambio, la vejez de 60 años o más, reporta la incidencia más alta de dificultades motrices, visuales, auditivas y autocuidado personal, como parte del deterioro funcional ligado al envejecimiento.

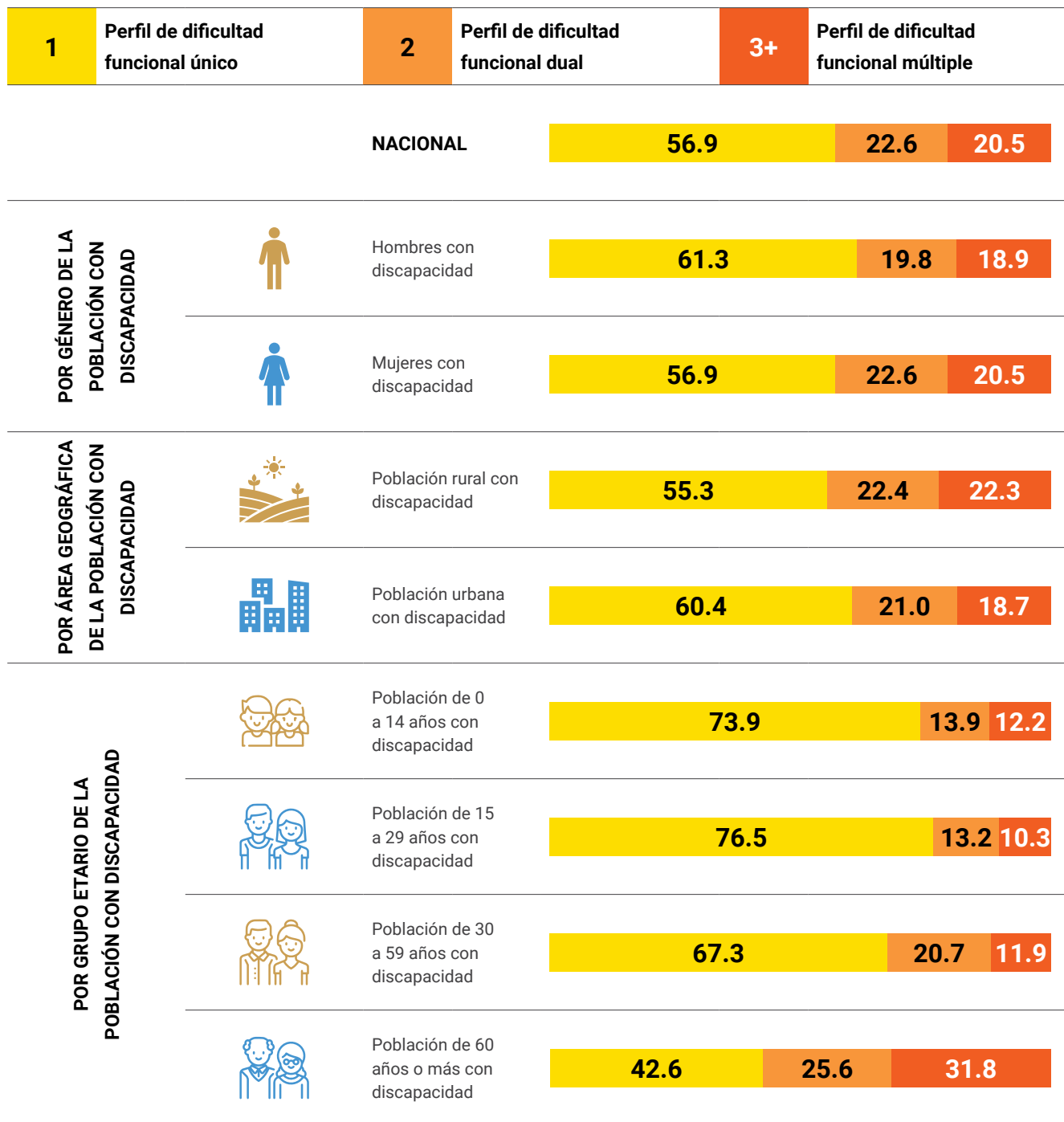
II. Más de la mitad de la población con discapacidad tiene un perfil de dificultad funcional único

La condición de discapacidad es una experiencia de vida compleja en la cual pueden converger más de una clase de dificultad funcional permanente, ya sea desde el nacimiento o con el paso del tiempo. A mayor cantidad de dificultades funcionales, mayor vulnerabilidad, como resultado de la exposición creciente a riesgos asociados de forma particular a una clase de dificultad funcional. Por ejemplo, las barreras para la inclusión plena que enfrenta una persona ciega no son las mismas que una ciega, sorda y muda. Asimismo, las barreras que enfrenta una persona con dificultades intelectuales se incrementan cuando además tiene dificultades motrices y psicosociales. En ese contexto, el perfil funcional de la discapacidad puede agruparse en tres categorías: 1) perfil de dificultad funcional único cuando solo se tiene una clase de dificultad funcional); 2) perfil de dificultad funcional dual cuando se tiene dos clases de dificultades funcionales y 3) perfil de dificultad funcional múltiple cuando se tiene 3 o más clases de dificultades funcionales.

Según la ENS 2021, el 58.7% de personas con limitantes tenía un perfil de dificultad funcional único; el 21.4%, un perfil de dificultad funcional dual; y el 19.8%, un perfil de dificultad funcional múltiple. De este modo, existe una demanda mayoritaria configurada en torno a la atención de un perfil único.

Esta tendencia favorece el desarrollo de estrategias basadas en la atención de cada una de las dificultades funcionales. Del total de personas con un perfil único, el 17% tiene dificultades motrices, el 58.7% dificultades visuales; el 2.4% dificultades del habla; el 5.6% dificultades auditivas; el 12.3% dificultades intelectuales; el 3.1% dificultades psicosociales; y el 0.8% dificultades de autocuidado. Asimismo, permite focalizar esfuerzos en la atención del perfil de dificultad funcional múltiple, como un segmento poblacional más vulnerable. La incidencia del perfil de dificultad funcional múltiple es más alta en las mujeres que en los hombres; en la población rural que en la urbana; y en la población adulta mayor que en el resto de los grupos etarios. A medida que se eleva la edad, aumenta la presencia de dos o más dificultades funcionales.

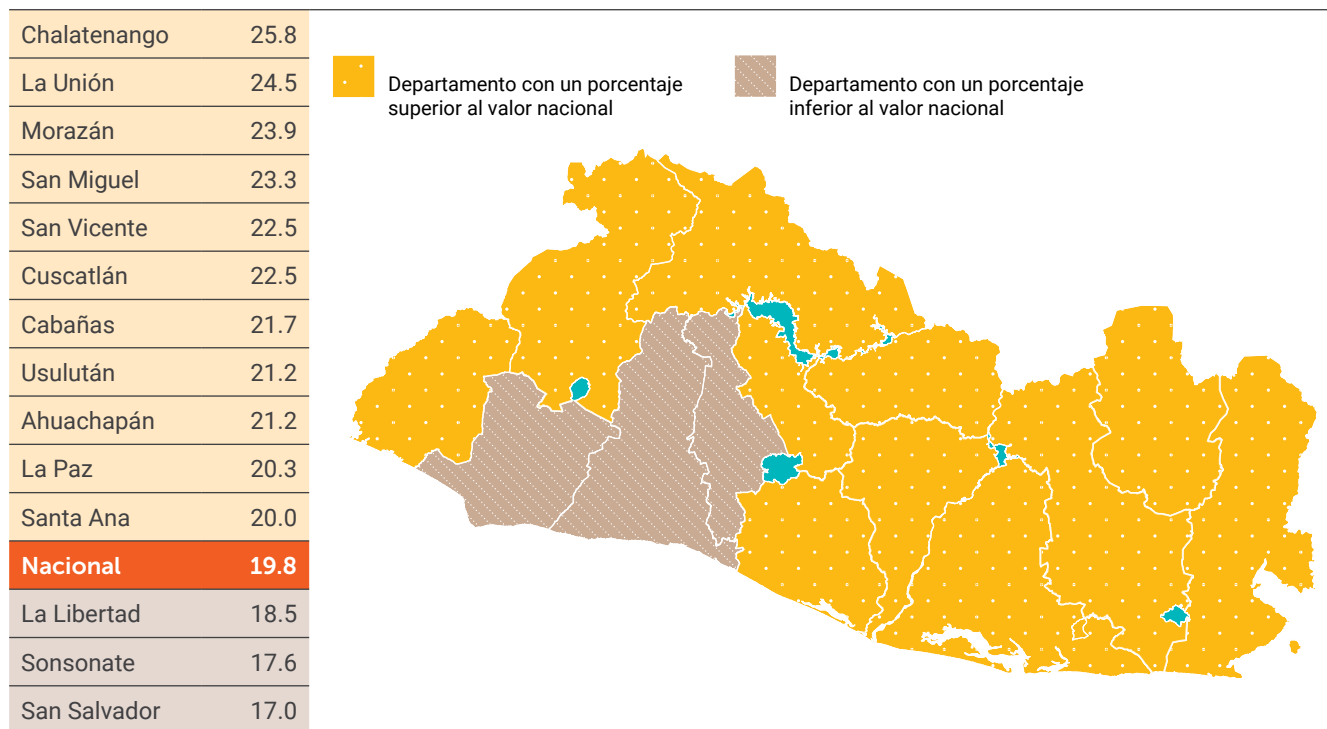
**GRÁFICA III.5.
DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, POR PERFIL FUNCIONAL,
EN PORCENTAJE. EL SALVADOR, 2021**



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

A nivel departamental, el perfil de discapacidad múltiple adquiere una mayor relevancia en 11 de los 14 departamentos del país que presentan un valor superior al nacional. En estos departamentos, la quinta parte de su población con discapacidad o más tiene 3 clases de dificultades funcionales o más. Ante esta extensión territorialmente más marcada de la condición de discapacidad múltiple, aumenta la necesidad de una acción estatal con un diseño universal capaz de ajustarse a múltiples perfiles funcionales tanto en zonas urbanas como rurales.

GRÁFICA III.6. PORCENTAJE DEPARTAMENTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PRESENTAN ALGUNA DIFICULTAD MÚLTIPLE. EL SALVADOR, 2021



Nota: este indicador se ha calculado a partir de la suma departamental de las personas que presentan total dificultad en alguno de los siete dominios funcionales: motriz, visual, auditiva, del habla, intelectual, psicosocial y de autocuidado personal. Esta suma se ha dividido entre el total de personas con discapacidad del departamento y multiplicado por 100.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

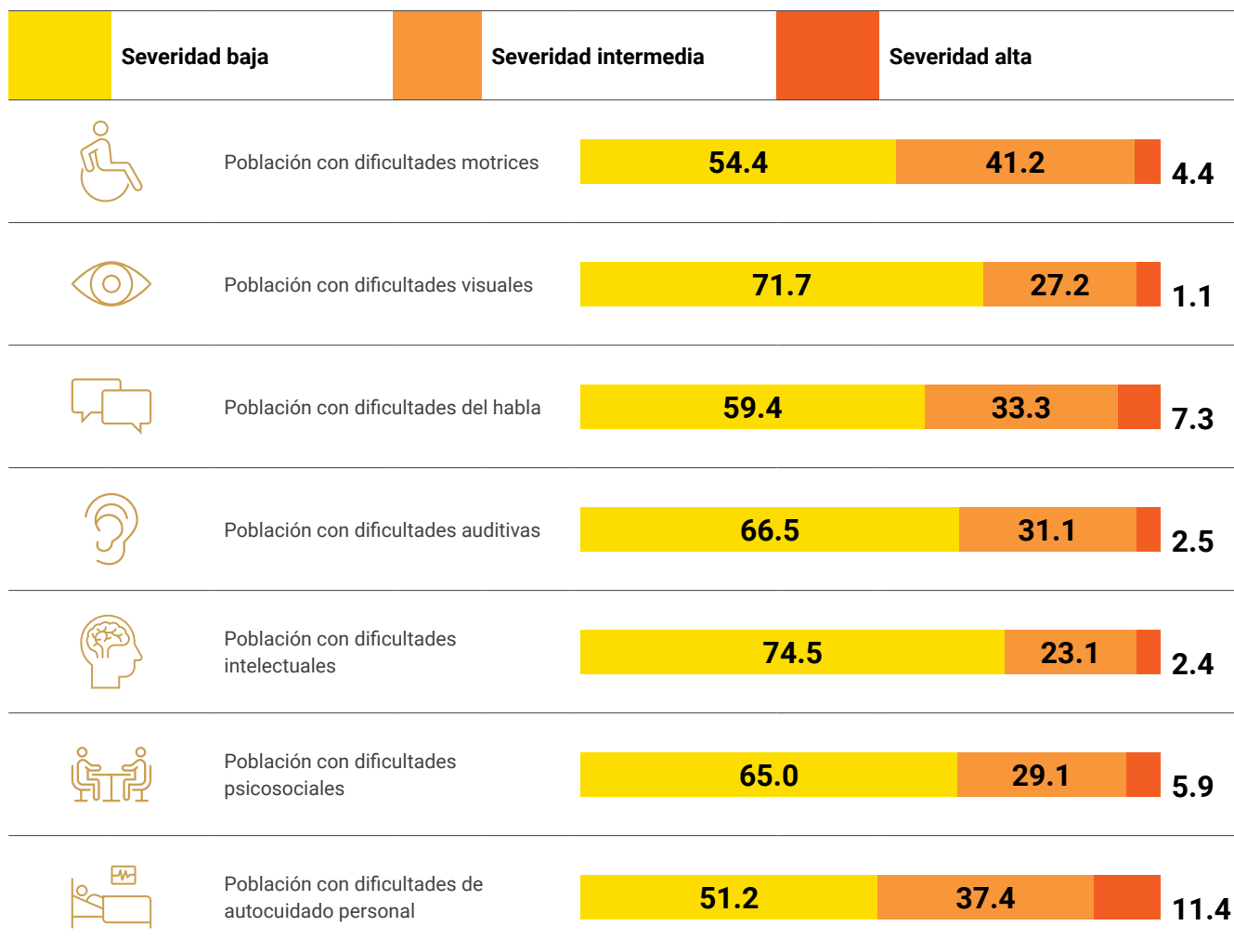
III. Sin importar la clase de discapacidad, más del 50% de las personas tiene dificultades severamente bajas

La discapacidad es una condición que puede presentarse con diferentes grados de severidad. De conformidad a los instrumentos de medición desarrollados para medir la presencia demográfica de las discapacidades permanentes según el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, las personas con discapacidad poseen dificultades funcionales que pueden ser más o menos severas. Según la manera en cómo se define subjetivamente la dificultad, algunas personas reportan tener: a) poca dificultad, es decir, tienen una severidad baja; b) mucha dificultad, es decir, una dificultad con severidad intermedia; o c) una dificultad total, es decir, una dificultad con severidad alta.

A mayor severidad, mayor vulnerabilidad, como resultado de la exacerbación de riesgos asociados con la pérdida total de funciones consideradas como esenciales. A menor severidad, mayor necesidad de rehabilitación y dispositivos de apoyo para garantizar una inclusión plena, mayor demanda de servicios de salud requeridos para frenar o ralentizar el deterioro funcional; y ventajas funcionales más amplias para ser parte del mundo educativo-laboral. De este modo, la severidad de la dificultad configura de forma diferenciada la experiencia de vida de las personas con discapacidad.

Según la ENS 2021, más del 50% de la población con discapacidad posee dificultades severamente bajas, sin importar la clase de dificultad funcional. En las dificultades visuales e intelectuales, su peso supera el umbral del 70% (es decir, al menos 70 de cada 100 personas con esta clase de dificultad).

GRÁFICA III.7. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, POR GRADO DE SEVERIDAD DE LA DIFICULTAD FUNCIONAL, EN PORCENTAJE. EL SALVADOR, 2021



Nota: severidad baja, corresponde a poca dificultad; severidad intermedia, a mucha dificultad; y severidad alta, a dificultad total.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015 y la ENS 2021.

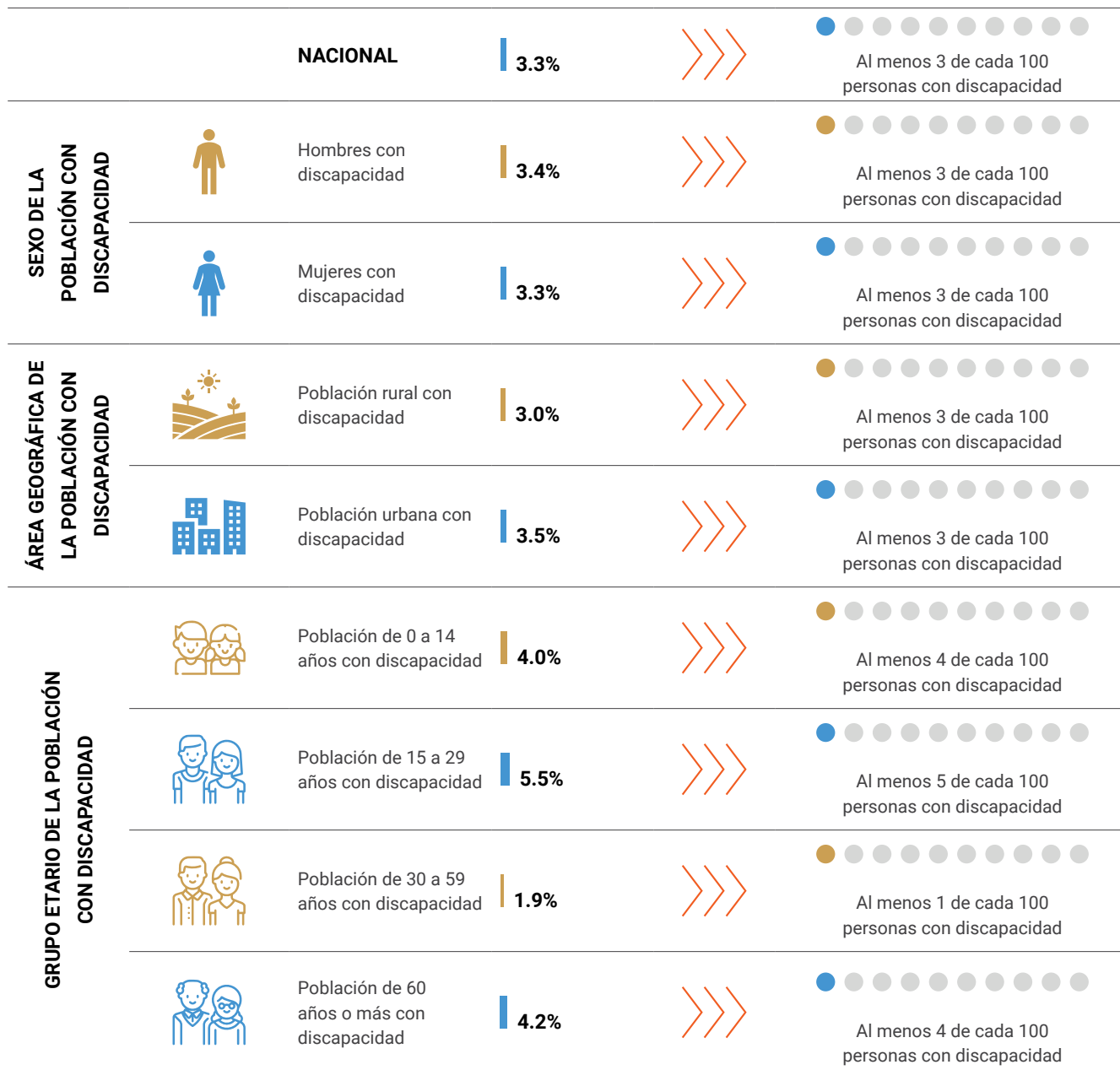
En este contexto, la presencia de la severidad alta está concentrada demográficamente en determinadas clases de discapacidad. En las personas con dificultades de autocuidado personal, la severidad alta está presente en el 10% de la población (al menos 10 de cada 100 personas con esta clase de dificultad). En cambio, es menor al 5% en las personas con dificultades motrices, visuales, auditivas e intelectuales.

Detrás de esta tendencia, subyace un desafío dual para las políticas de inclusión. Por un lado, existe una demanda extendida de apoyos orientados a la prevención del

deterioro funcional de las dificultades severamente bajas e intermedias. Por otro lado, una demanda más focalizada de apoyos para la atención de las dificultades severamente altas.

En el marco de la convergencia de diferentes dificultades funcionales, solo el 3.3% de las personas con discapacidad tenían alguna dificultad funcional severamente alta, según la ENS 2021. Esta incidencia es ligeramente más alta en los hombres que en las mujeres; en las áreas urbanas que en las rurales; y en la población joven de 15 a 29 años que en cualquiera de los grupos etarios.

GRÁFICA III.8. PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PRESENTAN ALGUNA DIFICULTAD FUNCIONAL SEVERAMENTE ALTA. EL SALVADOR, 2021



Nota: este indicador se ha calculado a partir de la suma de las personas que presentan total dificultad en alguno de los siete dominios funcionales: motriz, visual, auditiva, del habla, intelectual, psicosocial y de autocuidado personal. Esta suma se ha dividido entre el total de personas con discapacidad y multiplicado por 100.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

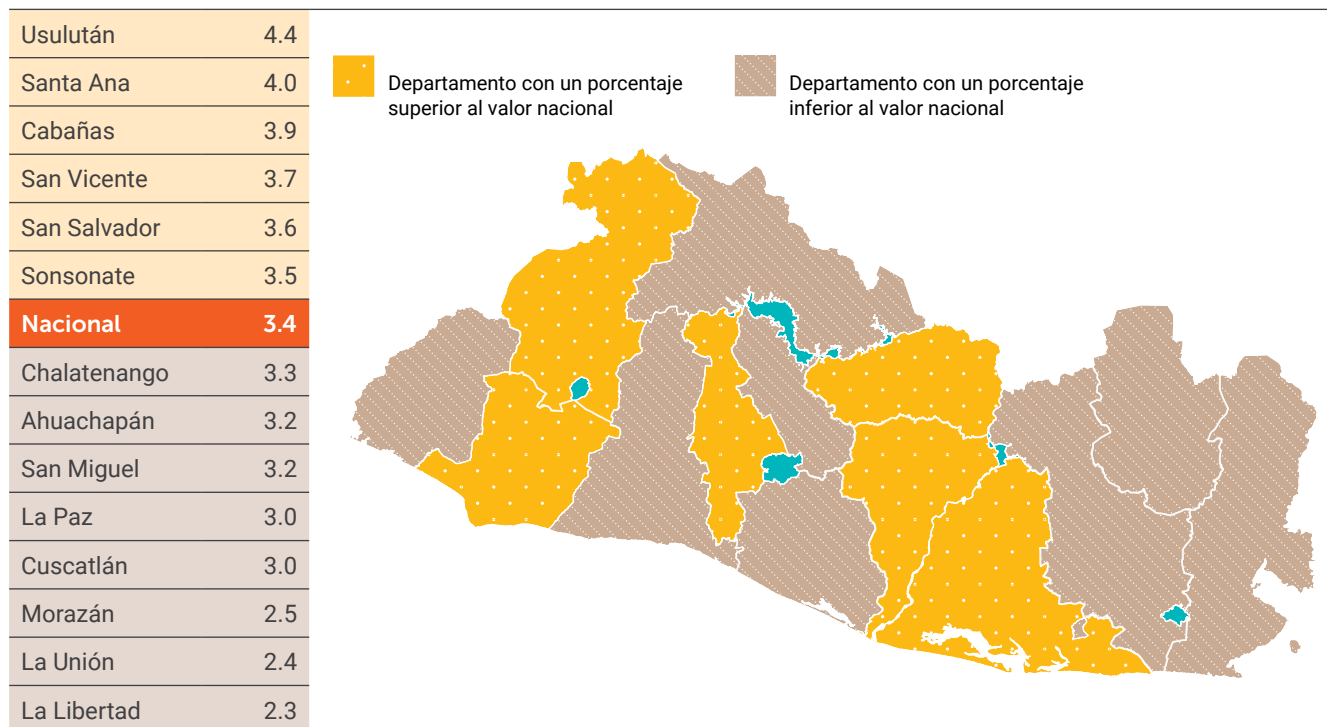
Esta forma de vulnerabilidad se presenta de forma predominante en personas que además son vulnerables por la convergencia de distintas dificultades funcionales. Del total de personas con alguna dificultad altamente severa, el 70.7% tienen un perfil de dificultades funcionales múltiples, un 18.8% un perfil dual; y solo un 10.5% un perfil único. De este modo, al menos 2 de cada 100 personas con discapacidad tiene un perfil múltiple con alguna dificultad severamente alta.

El peso demográfico de la población con dificultades severamente altas presenta diferentes desafíos para las políticas públicas. Por un lado, facilita la concentración de esfuerzos orientados a la atención intergeneracional de su perfil diferenciado de vulnerabilidad. La incidencia más alta en la población joven de 15 a 29 años da cuenta de la presencia de una responsabilidad social de larga duración.

Estas generaciones apenas están en una edad de inicio de su vida productiva y esta condición se extenderá hasta el final de su trayectoria de vida.

Por otro lado, dificulta su atención, al ser una minoría dispersa a lo largo y ancho del territorio. A nivel departamental, el porcentaje de personas con dificultades funcionales altamente severas oscila entre el 4.4% (Usulután) y el 2.3% (La Libertad). De los 14 departamentos, 6 tienen un porcentaje superior al valor nacional: Santa Ana, Ahuachapán, San Salvador, Cabañas, San Vicente y Usulután. Si bien, la cercanía espacial de estos 6 departamentos favorece la articulación territorial de infraestructura y servicios especializados para la atención de dificultades funcionales severas, se deben generar las alternativas de acceso para las poblaciones del resto de departamentos.

GRÁFICA III.9. PORCENTAJE DEPARTAMENTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PRESENTAN ALGUNA DIFICULTAD FUNCIONAL SEVERAMENTE ALTA. EL SALVADOR, 2021



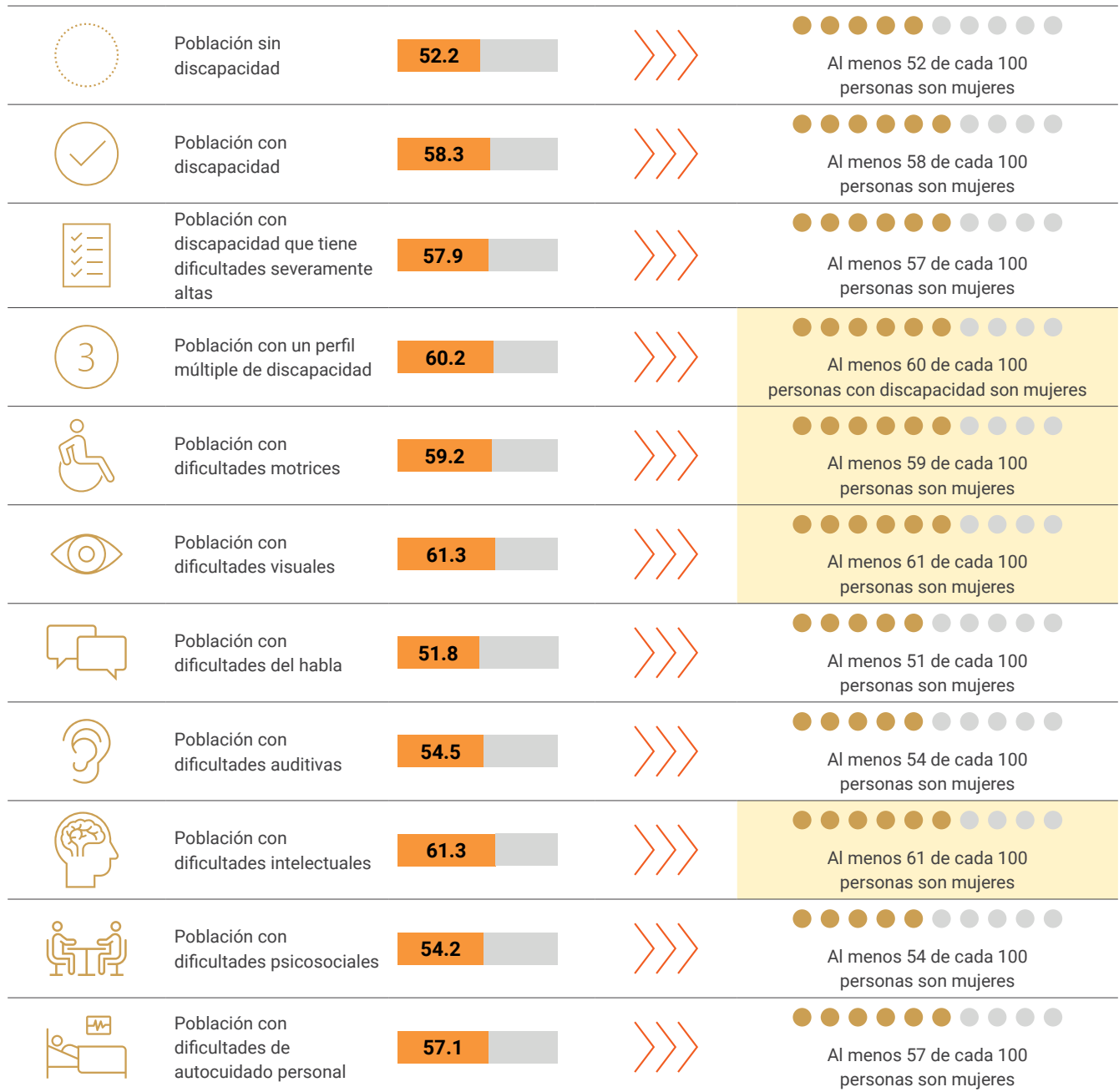
Nota: este indicador se ha calculado a partir de la suma departamental de las personas que presentan “dificultad total” en alguno de los siete dominios funcionales: motriz, visual, auditiva, del habla, intelectual, psicosocial y de autocuidado personal. Esta suma se ha dividido entre el total de personas con discapacidad del departamento y multiplicado por 100.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

IV. El rostro mayoritariamente femenino de la población con discapacidad

El Salvador posee un desequilibrio demográfico de género debido a que hay más mujeres que hombres (UNFPA, 2019). Ese desbalance es más profundo en la población con discapacidad. Según la ENS, el 58.3% de la población con discapacidad son mujeres; mientras que, en la población sin discapacidad, el 52.2%.

GRÁFICA III.10. POBLACIÓN FEMENINA, COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2021



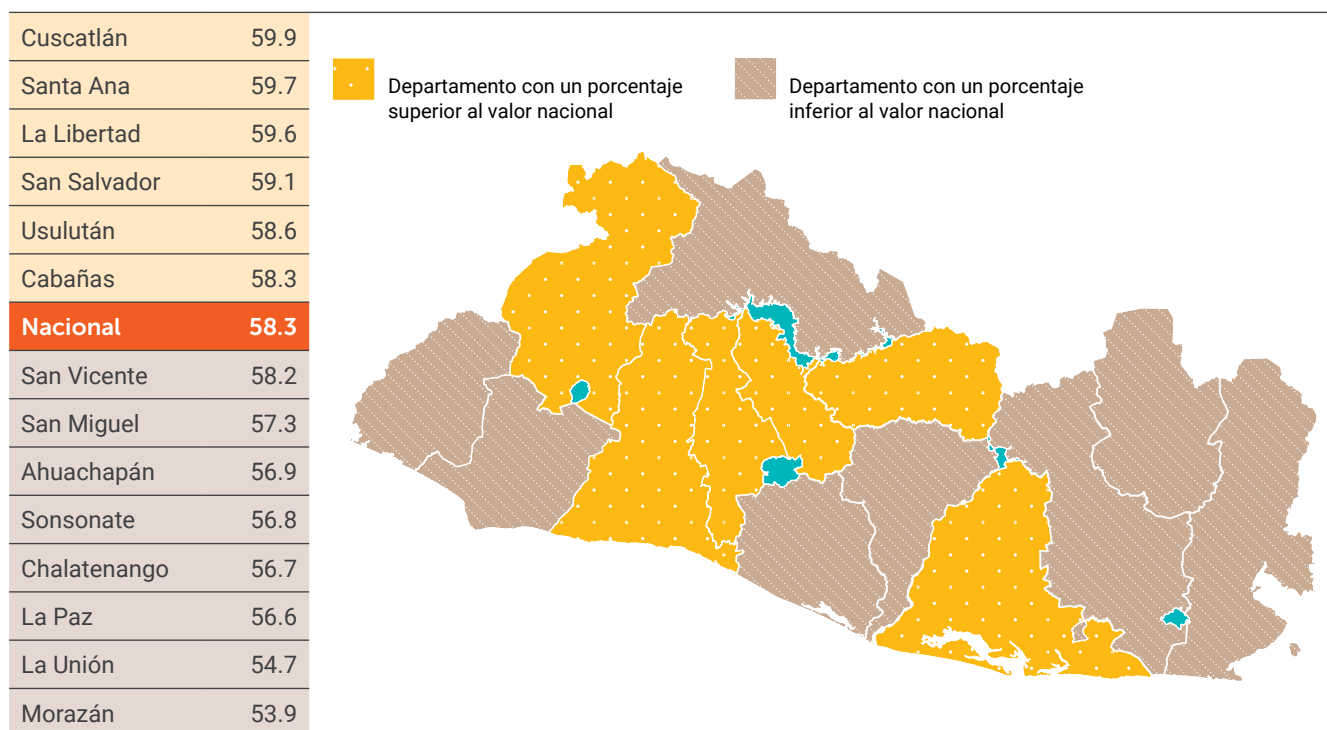
Notas: el 100% representa la población total de cada segmento poblacional.

Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

Dentro de la población con discapacidad, el peso de las mujeres es aún más alto en la población con discapacidad más vulnerable como la que tiene un perfil de dificultades funcionales múltiples (60.2% en contra de 58.2%). Asimismo, existe un rostro de género funcionalmente diferenciado de la discapacidad. El predominio de la población femenina es mayor en la población con discapacidad que tiene dificultades motrices, visuales o intelectuales.

A nivel departamental, la feminización de la población con discapacidad oscila entre el 59.9% en Cuscatlán y el 53.9% en Morazán. En los 14 departamentos del país, más de la mitad de la población con discapacidad son mujeres. No obstante, 6 de los 14 departamentos poseen un desequilibrio de género mayor al registrado a nivel nacional: Cuscatlán, Santa Ana, La Libertad, San Salvador, Usulután y Cabañas.

GRÁFICA III.11. FEMINIZACIÓN DEPARTAMENTAL DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, EN PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE SON MUJERES. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

En respuesta a esta feminización de la población con discapacidad, se necesita adoptar un enfoque de género capaz de:

1. atender los riesgos diferenciados de la mujer a la condición de discapacidad (las mujeres tienen una mayor prevalencia que los hombres);
2. velar por los derechos de las mujeres como mayoría en los diferentes sectores de población con discapacidad; y
3. construir sinergias institucionales para reducir los efectos adversos de la combinación de las desigualdades de género con las de discapacidad (por ser mujeres, las personas con discapacidad pueden enfrentar mayores riesgos de exclusión).

FIGURA III.1.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONSIDERAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD?

Existen diferentes interseccionalidades entre la desigualdad por discapacidad y por género debido a que operan en el marco de mecanismos basados en la identidad, la restricción de la autonomía y el ejercicio de violencia.

IDENTIDAD

Los imaginarios discriminatorios en contra de las personas con discapacidad se alimentan de los estereotipos de género. Por sus dificultades funcionales, se cuestiona la masculinidad o la femineidad de las personas con discapacidad.



AUTONOMÍA ECONÓMICA

Las desigualdades por género pueden agravar los rezagos de autonomía económica que enfrentan las personas con discapacidad, al incrementar sus problemas para tener ingresos propios, restringir los nichos económicos en los cuales pueden encontrar un empleo y encasillar sus responsabilidades con el hogar (asociadas con la jefatura de hogar, la provisión de ingresos o la realización de trabajo doméstico-reproductivo).

VIOLENCIA

Vulnerabilidad frente a diferentes formas de violencia (incluida la sexual) por las restricciones socialmente impuestas para la defensa de su integridad y acceso a la justicia.

PARTICIPACIÓN

Marginación de la toma de decisiones relevantes para su vida (incluyendo las relacionadas con sus derechos sexuales y reproductivos), especialmente en el caso de las mujeres.

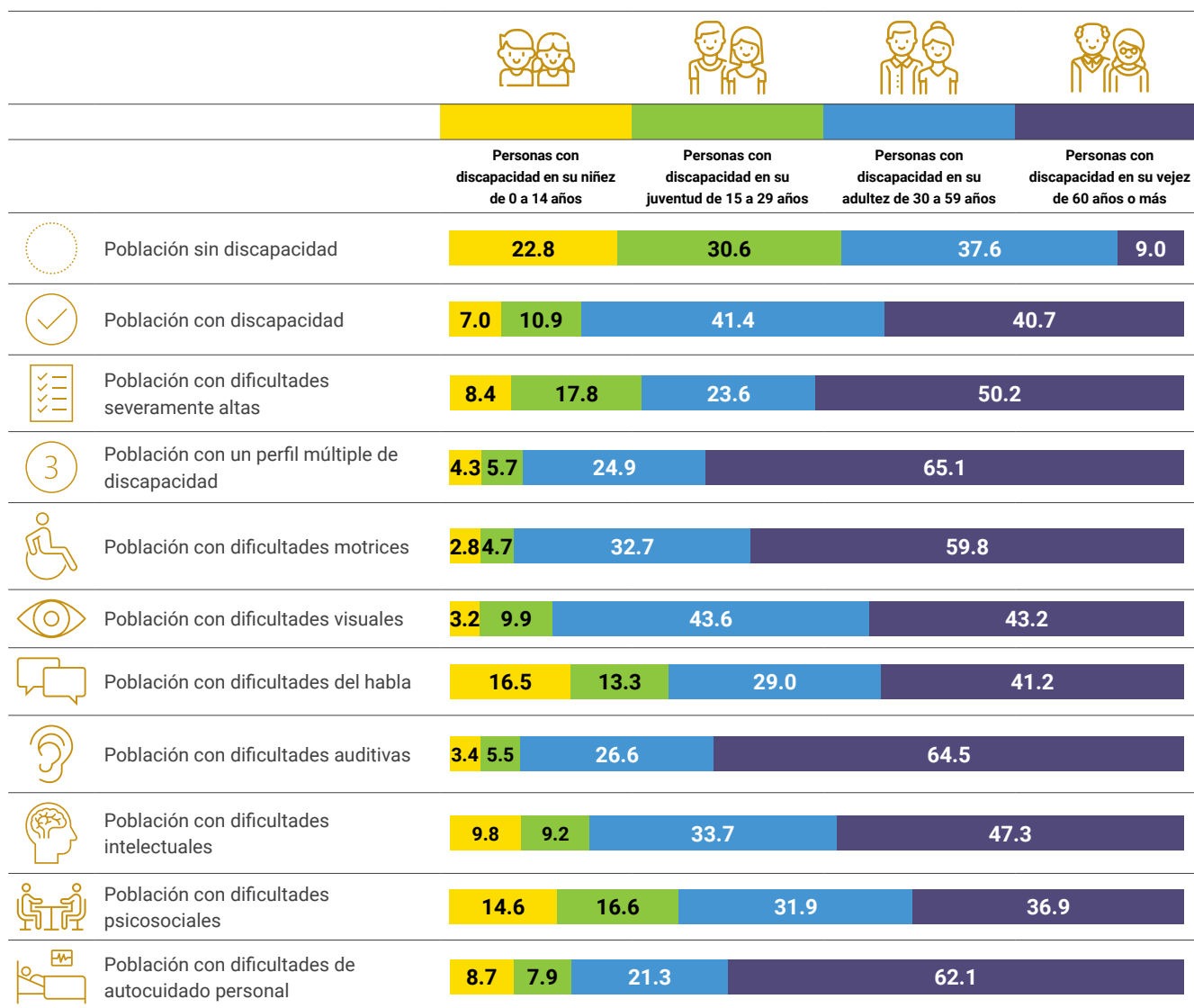
Fuente: elaboración propia a partir de Charroalde y Fernández (2006), Degener (2016), Parra y Olivia (2016); Cruz, et al. (2017); Cuesta y Melendez (2019), Beco (2020), Pava (2019), Jaramillo (2022) e insumos recopilados en las entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

V. La condición de discapacidad tiene un rostro adulto mayor

En 2021, más del 80% de la población con discapacidad (es decir, más de tres cuartas partes) era adulta no joven (30 años o más). En comparación a la población sin discapacidad, la composición de la condición de discapacidad tiene una mayor inclinación hacia las generaciones adultas plenas de 30 a 59 años y en su vejez de 60 años o más. Existe una relación entre discapacidad y envejecimiento que se acentuará con el tiempo.

Al menos 40 de cada 100 personas con discapacidad tienen 60 años o más, mientras que en la población sin discapacidad solo son 9 de cada 10. En el marco de esta relación, sobresale el rostro envejecido de las formas más vulnerables de discapacidad. La población de 60 años o más tiene un peso mayoritario en la composición de la población con discapacidad que tiene dificultades altamente severas (al menos 50 de cada 100 tienen 60 años o más) y un perfil de dificultades funcionales múltiples (al menos 65 de cada 100 tiene 60 años o más).

GRÁFICA III.12.
DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, EN PORCENTAJES.
EL SALVADOR, 2021







Nota: el 100% es la suma de cada uno de los segmentos poblacionales indicados.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

Asimismo, las personas adulto-mayores de 60 años o más representan el grupo poblacional más grande en la población con discapacidad que tiene dificultades motrices, del habla, auditiva, intelectuales, psicosociales y autocuidado personal. En la población con discapacidad motriz, auditiva y de autocuidado, más del 50% están en su vejez. Solo en la población con dificultades visuales, la población de 30 a 59 años es el grupo etario más voluminoso. En el marco de estos desequilibrios, la población con dificultades del habla y psicosociales son las que tienen una composición más joven. Cerca del 30% de su población tiene menos de 30 años.

En este contexto, el aprovechamiento de los dividendos del bono demográfico y el envejecimiento para el desarrollo también dependen de la inclusión plena de las personas con discapacidad (cerca de una quinta parte de la población total en 2021) y sus hogares (más del 45% del total en 2021). Ante la importancia de sembrar y cosechar los dividendos vinculados al disfrute de la vida digna en la vejez se hace necesario integrar acciones multigeneracionales que permitan reducir la vulnerabilidad asociada con la discapacidad al final de la trayectoria de vida. Esta acción necesita implementarse con una perspectiva territorial diferenciada, por las variaciones en la composición etaria de la población departamental con discapacidad.

**CUADRO III.1.
DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD,
POR DEPARTAMENTO, EN PORCENTAJES. EL SALVADOR, 2021**

	 Personas con discapacidad en su niñez de 0 a 14 años	 Personas con discapacidad en su juventud de 15 a 29 años	 Personas con discapacidad en su adultez de 30 a 59 años	 Personas con discapacidad en su vejez de 60 años o más
Nacional	7.0	10.9	41.4	40.7
Ahuachapán	6.0	9.6	41.7	42.7
Santa Ana	6.1	10.4	40.4	43.1
Sonsonate	9.2	11.4	44.1	35.3
Chalatenango	6.6	12.0	36.6	44.8
La Libertad	8.9	12.6	41.0	37.6
San Salvador	7.0	11.5	42.6	38.9
Cuscatlán	3.3	10.5	39.6	46.7
La Paz	7.1	9.3	45.1	38.4
Cabañas	5.9	10.1	40.8	43.2
San Vicente	7.5	13.9	38.6	40.0
Usulután	7.6	10.0	41.3	41.1
San Miguel	6.1	8.3	38.3	47.3
Morazán	4.8	9.5	42.0	43.7
La Unión	6.3	8.2	40.6	44.9

Nota: el color amarillo representa un valor superior al valor nacional.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

FIGURA III.2.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONSIDERAR LAS VULNERABILIDADES DIFERENCIADAS EN EL CURSO DE VIDA EN LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD?

Según su etapa en el curso de vida, las distintas generaciones experimentan vulnerabilidades diferenciadas que frente a las exclusiones asociadas a la condición de discapacidad pueden incrementar sus rezagos de bienestar. A continuación, se encuentran algunas de las vulnerabilidades más relevantes por etapa de curso de vida.

Población en su niñez de 0 a 14 años



- **Ausencia de una identificación temprana de la discapacidad en la primera infancia, la falta de acceso a servicios de acompañamiento biosocial requeridos para la atenuación oportuna de sus efectos negativos en la trayectoria de desarrollo y la exposición a diferentes formas de malnutrición como un acelerador de su deterioro funcional temprano.**
- Dependencia de las decisiones de los tutores legales con conocimientos y medios poco adecuados para la protección de su bienestar.
- Familiarización extrema de las demandas de cuidado de la población con discapacidad sin acompañamiento psicoemocional profesional.
- Ausencia de una oferta educativa diversificada disponible en todo el territorio nacional y falta de apoyos familiares-comunitarios para su inclusión escolar.

Población en su juventud de 15 a 29 años

- Ausencia de oportunidades para cursar la educación secundaria y desarrollar proyectos educativos terciarios; y servicios de empleabilidad que faciliten el inicio de la vida productiva en la juventud con discapacidad.
- Privaciones para el inicio de una vida sexual activa basada en el ejercicio autónomo de derechos y la falta de aprobación familiar para el desarrollo de relaciones afectivas de pareja consensuadas que sean parte de la transformación psicoemocional sana de las personas con discapacidad.
- **Embarazos no deseados y forzados, como resultado de la exposición de la adolescencia y juventud a la violencia sexual, la falta de información adecuada y las limitantes en el acceso a servicios de consejería y planificación familiar adecuados a sus necesidades.**
- Estigmatización criminal de la adolescencia y la juventud, principalmente masculina, por el uso de señas para comunicarse.



Población en su adultez plena de 30 a 59 años



- El rezago acumulativo en la obtención de logros educativos formales, a medida que avanza la edad y la falta de acceso a servicios adecuados persiste en el tiempo.
- **Ausencia de servicios de empleabilidad ajustados a las necesidades de la población con discapacidad.**
- Autonomía de los derechos sexuales y reproductivos
- Prejuicios de los empleadores sobre el potencial productivo de las personas con discapacidad; y falta de adecuación de los perfiles de puestos de trabajo e instalaciones laborales a las condiciones necesarias para la inserción laboral plena de las personas con discapacidad, conforme a sus posibilidades.

Población en su vejez de 60 años más

- Acumulación de las deudas de bienestar experimentadas a lo largo de la vida en materia de salud, alimentación, educación, empleo, protección social y vivienda.
- Deterioro progresivo de funciones fisiológicas, psicológicas y anatómicas asociado con la longevidad y la cronicidad de enfermedades.
- **Dificultades sociales para generar ingresos propios, por su pérdida de atractivo productivo.**
- Exposición a estereotipos (pensamientos), prejuicios (emociones) y formas de discriminación (actitudes y comportamientos) basados en la edad que infantilizan a la vejez, la desvalorizan y la deshumanizan.

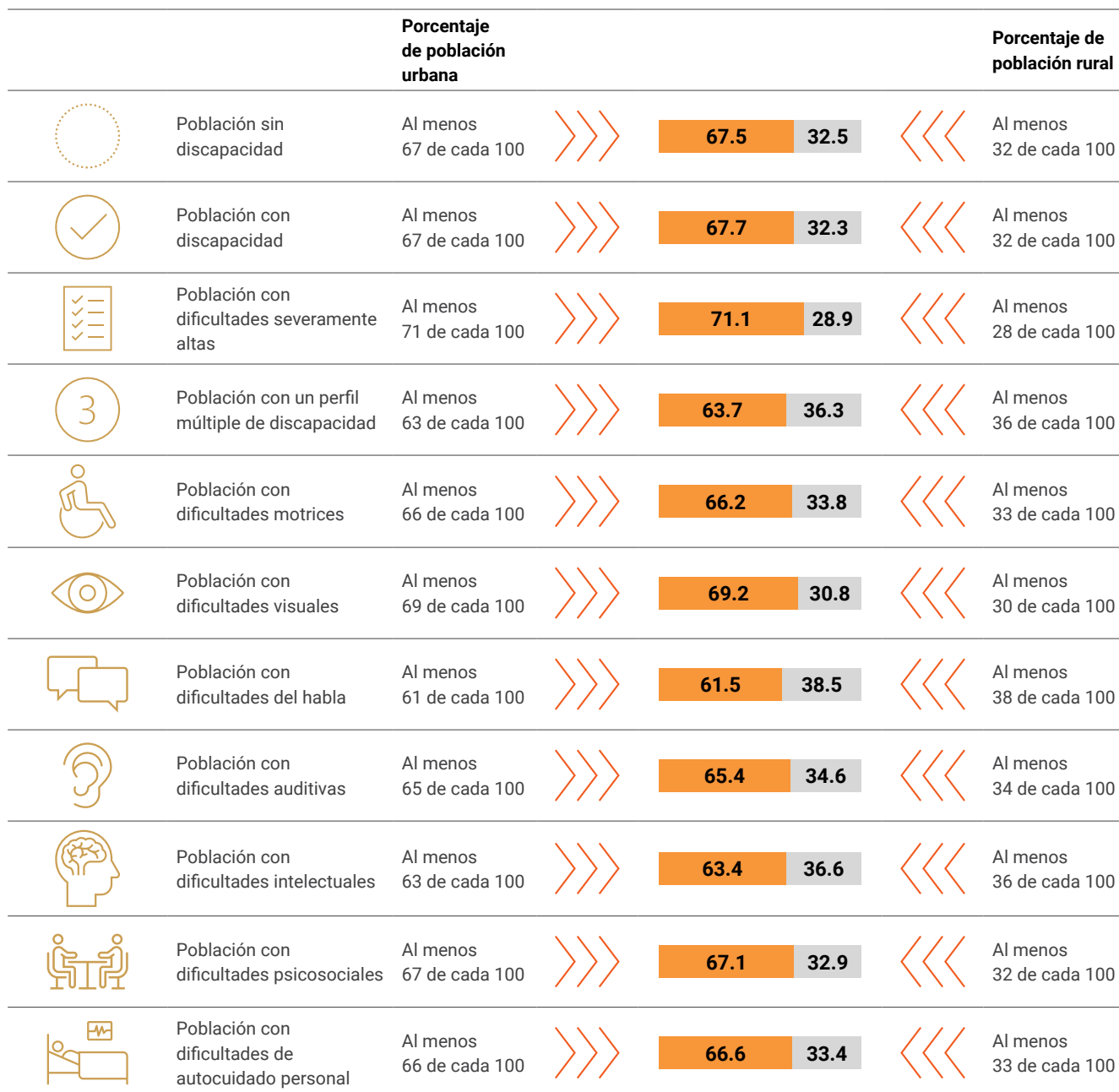


Fuente: elaboración propia a partir de Charroalde y Fernández (2006), Degener (2016), Parra y Olivia (2016); Cruz, et al. (2017); Cuesta y Melendez (2019), Beco (2020), Pava (2019), Jaramillo (2022) e insumos recopilados en entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

VI. La extensión predominante urbana de la condición de discapacidad

Desde 1992, la mayor parte de la población de El Salvador es urbana (UNFPA, 2019). En coherencia con esta tendencia, la mayoría de las personas con discapacidad son urbanas. En 2021, más de dos tercios de las personas con discapacidad viven en las áreas urbanas (67.7%). En ese sentido, la población con discapacidad presenta un nivel de urbanización similar al de población sin discapacidad.

GRÁFICA III.13.
POBLACIÓN URBANA, COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD.
EL SALVADOR, 2021



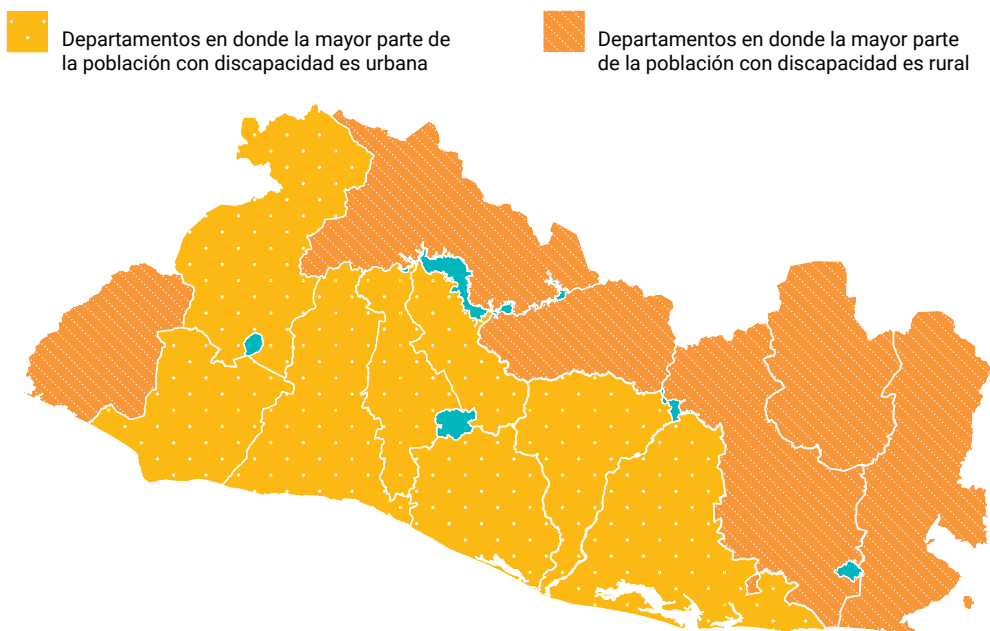
Notas: el 100% es la suma de cada uno de los segmentos poblacionales indicados.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

Esta tendencia territorial evidencia la importancia de robustecer las acciones urbanas a favor de la inclusión de las personas con discapacidad, especialmente de la más vulnerable, como aquella que tiene dificultades severamente altas (su nivel de urbanización es mayor al de la población con discapacidad en general). Asimismo, se releva el desafío de impulsar acciones rurales para una población pequeña y dispersa. En el diseño de estas acciones territoriales se necesita considerar el perfil urbano ligeramente diferenciado de los diferentes sectores funcionales de discapacidad. En 2021, las personas con discapacidad por dificultades visuales son las que presentan el porcentaje más alto de población urbana (69.2%) y las personas con dificultades del habla, el más bajo (61.5%).

Por otro lado, se deben reconocer las fisuras departamentales en la distribución geográfica de la población con discapacidad. En 8 de los 14 departamentos del país, la mayor parte de la población es urbana: San Salvador, Sonsonate, La Libertad, Santa Ana, La Paz, San Vicente, Cuscatlán y Usulután. En cambio, en 6 de los 14 departamentos, la mayor parte de la población con discapacidad es rural: San Miguel, Ahuachapán, Chalatenango, La unión, Morazán y Cabañas. En contexto, San Salvador es el departamento con el mayor nivel de urbanización (al menos 94 de cada 100 personas con discapacidad viven en las zonas urbanas); y Cabañas, el menor (solo 32 de cada 100 personas con discapacidad son rurales). Ante esta heterogeneidad departamental, se requiere fortalecer el despliegue de servicios sensibles a los desequilibrios urbano-rurales de la demanda de los servicios.

GRÁFICA III.14. URBANIZACIÓN DEPARTAMENTAL DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, EN PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE SON URBANAS. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

FIGURA III.3.
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONSIDERAR LAS VULNERABILIDADES TERRITORIALES EN LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD?

PRECARIEDAD URBANA	LEJANÍA RURAL	DIVERSIDAD CULTURAL	VULNERABILIDAD AL CAMBIO CLIMÁTICO
<p>En las zonas urbanas, las personas con discapacidad pueden verse afectadas por la escasez de entornos, edificaciones y redes de transporte con un diseño universal.</p> <p>Además, su acceso oportuno a diferentes servicios puede verse afectado por el déficit de la capacidad instalada para la atención de poblaciones urbanas voluminosas.</p>	<p>Las personas con discapacidad de las áreas rurales suelen recorrer grandes distancias para poder llegar a las ventanillas de prestación de servicios sociales básicos necesarios para el disfrute pleno de sus derechos.</p> <p>En ese proceso, se enfrentan a la falta de opciones de transporte adecuados a precios asequibles y escasas oportunidades de conectividad digital.</p>	<p>En mayor o menor medida, los territorios pueden ser el hogar de personas con discapacidad inmigrantes, retornadas o pertenecientes a pueblos indígenas.</p> <p>En un marco de derechos, la prestación de servicios necesita ajustarse culturalmente, debido a sus creencias, valores e idiomas preferentes para una comunicación efectiva.</p>	<p>El bienestar de las personas con discapacidad es más sensible a la precariedad de las soluciones habitacionales, la inseguridad alimentaria y los riesgos por desastres naturales.</p> <p>En momentos de emergencia nacional, necesitan ser evacuadas de forma cómoda y oportuna y permanecer en albergues adecuados para su perfil funcional.</p>



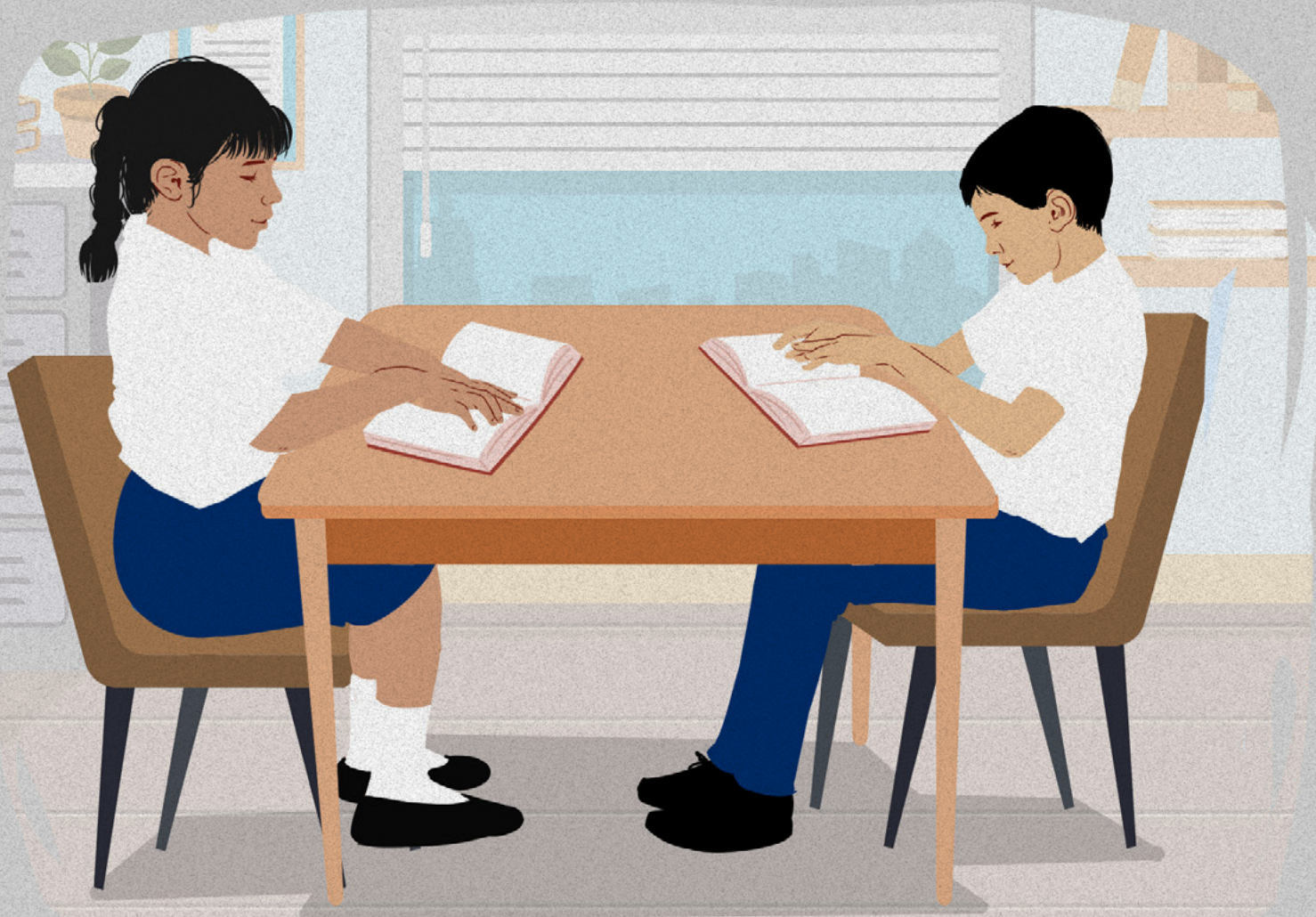
Fuente: elaboración propia a partir de Charroalde y Fernández (2006), Degener (2016), Parra y Olivia (2016); Cruz, et al. (2017); Cuesta y Melendez (2019), Beco (2020), Pava (2019), Jaramillo (2022) e insumos recopilados en entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

1. El rostro de la condición de discapacidad puede adoptar múltiples matices. Algunos de ellos, no se perciben a simple vista. Detrás de cada persona con discapacidad, hay una experiencia de vida diferente.
2. 64 de cada 100 personas con discapacidad tiene dificultades visuales, peor que no se consideran de gravedad.
3. Una persona con discapacidad puede tener 1 o más dificultades funcionales. En este contexto, más de la mitad de la población con discapacidad tiene 1 sola clase de dificultad funcional (perfil único), pero una quinta parte tiene 3 o más clases de dificultades funcionales (perfil múltiple)
4. La condición de discapacidad puede presentarse con diferentes grados de severidad. Solo 3 de cada 100 personas con discapacidad tiene alguna dificultad funcional severamente alta. Sin embargo, el 70% de esta población tiene un perfil de dificultades funcionales múltiples.
5. La feminización de la población de El Salvador es más pronunciada en la población con discapacidad. De cada 100 personas con discapacidad, al menos 58 son mujeres.
6. La condición de discapacidad tiene un adulto envejeciente. Al menos 80 de cada 100 personas con discapacidad tienen 30 años o más; y al menos 40 están en su vejez de 60 años o más.
7. La adultez mayor es la mayoría en las poblaciones con las formas más vulnerables de discapacidad. De 100 personas con alguna dificultad severamente alta, al menos 50 tienen 60 años o más. De 100 personas con un perfil de dificultades funcionales múltiples, al menos 65 tienen 60 años o más.
8. Al menos 67 de cada 100 personas con discapacidad viven en las áreas urbanas. Sin embargo, 6 de los 14 departamentos del país, la mayor parte de la población con discapacidad es rural: San Miguel, Ahuachapán, Chalatenango, La Unión, Morazán y Cabañas.



CAPÍTULO IV

¿Cuáles son sus desafíos? Nudos críticos en la inclusión de las personas con discapacidad





La inclusión social es un proceso complejo que hace referencia a las diferentes formas en las que las personas forman parte de la sociedad, a partir de sus vínculos con las dinámicas de producción y consumo de la economía, sus relaciones con el Estado como sujeto de diferentes derechos y deberes; y sus prácticas de convivencia social en el seno de redes sociales (familiares, fraternales, comunitarias y asociativas de diversa índole) (Velásquez, 2017). En el marco de diferentes formas de desigualdad social, las personas se insertan conforme a una situación privilegiada cuando tienen acceso a la mejor vida que la sociedad puede ofrecerles o, por el contrario, una rezagada cuando disfrutan de una vida precaria caracterizada por la negación de diferentes derechos.

En respuesta a las desigualdades, la Convención establece un piso de garantías sociales para las personas con discapacidad y medidas de discriminación positiva para que las personas con discapacidad puedan formar parte de procesos de inclusión social, disfrutando de una vida igualitaria, independiente, saludable, segura, justa y libre.

FIGURA IV.1.
PISO INTERNACIONAL DE GARANTÍAS SOCIAL PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Notas: (1) Participación en la vida política y pública y en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte. (2) En alusión al derecho a escoger dónde, cómo y con quien vivir, el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro. (3) Frente a la tortura, tratos crueles, conflictos y desastres naturales, explotación, violencia, abuso, las violaciones a su privacidad y otras amenazas. (4) Libertad de desplazamiento, nacionalidad, expresión y de opinión.

Fuente: elaboración propia a partir de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En este contexto, este capítulo presenta un análisis sobre nudos críticos en ocho campos de política pública claves para la inclusión plena de las personas con discapacidad: 1) salud; 2) educación; 3) empleo; 4) habilitación-rehabilitación; 5) accesibilidad; 6) protección social; 7) cuidados; y 8) convivencia y participación sin discriminación.

I. La salud como una condición esencial para el bienestar físico y mental

El estado de salud de las personas con discapacidad suele ser más vulnerable que el resto de población. Esta situación desfavorable suele estar relacionada con el perfil médico de la discapacidad (UNDESA, 2016). Por un lado, las personas con discapacidad presentan una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y por otro, son más susceptibles a desarrollar inmunodepresión y, en consecuencia, a adquirir distintas enfermedades infecciosas (OMS, 2011). No obstante, la salud de las personas con discapacidad también puede deteriorarse como resultado de las inequidades materiales

y subjetivas sobre las cuales se configura el disfrute del bienestar físico-mental de la población (Tamayo, Besoain y Rebolledo, 2017). De manera estructural, la garantía al derecho a la salud de las personas con discapacidad puede verse afectada negativamente por diferentes barreras. La eliminación de estas barreras es necesaria para que las personas con discapacidad puedan tener acceso a los servicios de salud, pero también el sistema sanitario pueda responder a sus necesidades de forma adecuada y oportuna.

En este contexto, la garantía del derecho a la salud de las personas con discapacidad implica la atención de los siguientes desafíos estratégicos:

CUADRO IV.1. BARRERAS ESTRUCTURALES PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

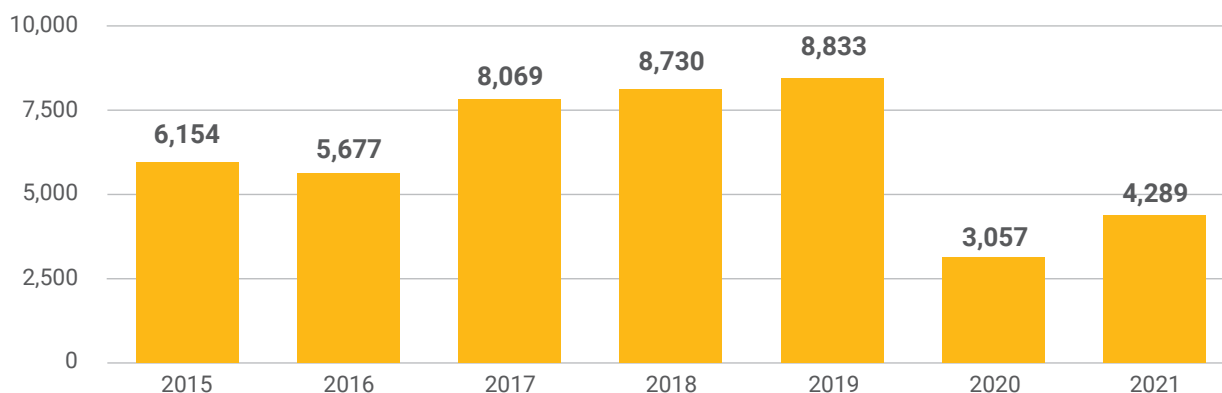
	Barreras físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueos a la facilidad de acceso a centros de salud, hospitales, líneas telefónicas de atención, plataformas digitales, otras ventanillas de atención y realización de exámenes de rutina según su edad. • Impedimentos para la satisfacción de las necesidades de salud de forma oportuna y menos costosa.
	Barreras comunicacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso limitado a la información necesaria para la gestión preventiva y curativa de su salud de la forma adecuada y en los tiempos oportunos. • Negación a la privacidad en el cuidado de salud al involucrar de forma no deseada a acompañantes con vínculos afectivos que se desempeñan como cuidadores o intérpretes en el desarrollo de las consultas y consejerías médicas.
	Barreras actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> • Reproducción de tratos discriminatorios que afectan la calidad de los servicios. • Exclusión en la toma de decisiones relevantes para la gestión del bienestar físico y mental (como la autorización de determinados procedimientos médicos o medicación con efectos secundarios).
	Barreras político-institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueos para el desarrollo de normas favorables, la disponibilidad de recursos humanos con la preparación adecuada, la generación de estadísticas desagregadas y la asignación del financiamiento requerido para la prestación de servicios universales de calidad.
	Barreras económicas	<ul style="list-style-type: none"> • Baja cobertura de seguros y poder adquisitivo para sufragar gastos en salud asociados con la discapacidad. • Desarrollo de un mercado de servicios médicos, exámenes, medicamentos y equipo de apoyo con precios poco accesibles.

Fuente: elaboración propia a partir de OMS (2011), UNDESA (2016), entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

- Desafío 1. La urgencia de generar servicios públicos de salud responsivos a las necesidades de salud de las personas con discapacidad tras el COVID 19.** De acuerdo con datos del Ministerio de Salud (2022), la consultas por primera vez de personas con discapacidad a algún punto de la red de establecimiento del sistema público de salud presentó una tendencia al alza entre 2015 y 2019. Como un indicador de la búsqueda de atención médica frente a un problema de salud, esta tendencia es favorable. No obstante, la cantidad de consultas por

primera vez cayó abruptamente entre 2019 y 2020, en el marco de la crisis sanitaria por COVID 19. Este descenso fue más profundo en las personas con discapacidad (65.4%) que en las personas sin discapacidad (43.7%). Entre 2020 y 2021, el flujo de consultas se ha elevado, pero no ha alcanzado los niveles previos a la pandemia. En el caso de las personas con discapacidad, la cantidad de consultas por primera vez de 2021 representa el 48.6% de 2019. En cambio, en las personas sin discapacidad, el 72.9%.

**GRÁFICA IV.1.
CANTIDAD DE CONSULTAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. EL SALVADOR, 2015-2021**



Fuente: elaboración propia a partir de datos suministrados por el Ministerio de Desarrollo Local.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de atención médica de personas con discapacidad en tiempos del COVID



"A mi hijo, en pandemia, le dolía una muela, yo no sabía, él no supo cómo decirme... Hasta que le vi el cachetito hinchado y moradito, vi que tenía una muela bien inflamada... Lo llevé a la clínica y me dijeron que no me lo podían atender porque estaban en pandemia. Hasta que lo lleve ahí a FOSALUD, me lo revisaron y me dijeron que cuando llegue a la casa, lo bañara y cambiara porque eso del COVID estaba feo."

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

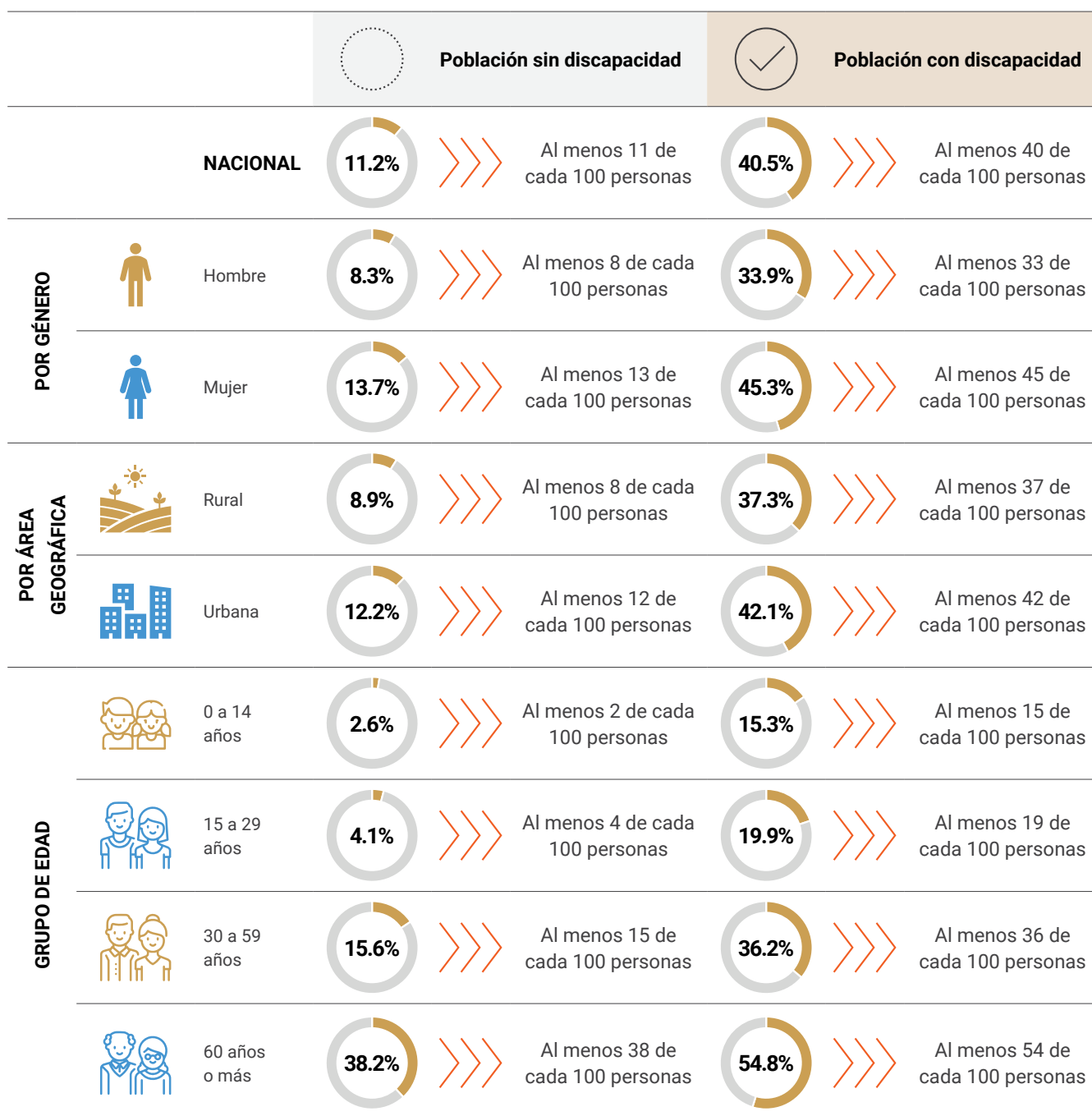
"Ultimadamente no se han enfermado, pero, una enfermedad es un problema. No le gusta ir sola. Necesita ir siempre acompañada para que le expliquen. Hoy más por el virus, por esto de la pandemia, hoy no le permiten acompañante dentro del consultorio. Ya se ha puesto mal... gripe, dolor de estómago, gastritis... fue al seguro y tuvo problemas... no podía oír cuando le llamaban, estuvo sentada esperando... las personas iban y ella nunca... estuvo ahí pacientemente esperando, va de esperar y esperar y ya a las horas... entonces fue a preguntar... le dijo que ella era sorda y no la habían llamado. Se disculparon y ya la apoyaron."

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

- Desafío 2. La gestión de la carga epidemiológica de las personas con discapacidad altamente orientada a la atención de enfermedades crónicas.** Según la ENS 2021, la prevalencia de enfermedades crónicas es más alta en las personas con discapacidad (40.5%) que en las personas sin discapacidad (11.2%). Este perfil epidemiológico diferenciado por la condición de discapacidad se presenta variaciones sociodemográficas.

**GRÁFICA IV.2.
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE AFIRMA TENER ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA.
EL SALVADOR, 2021**



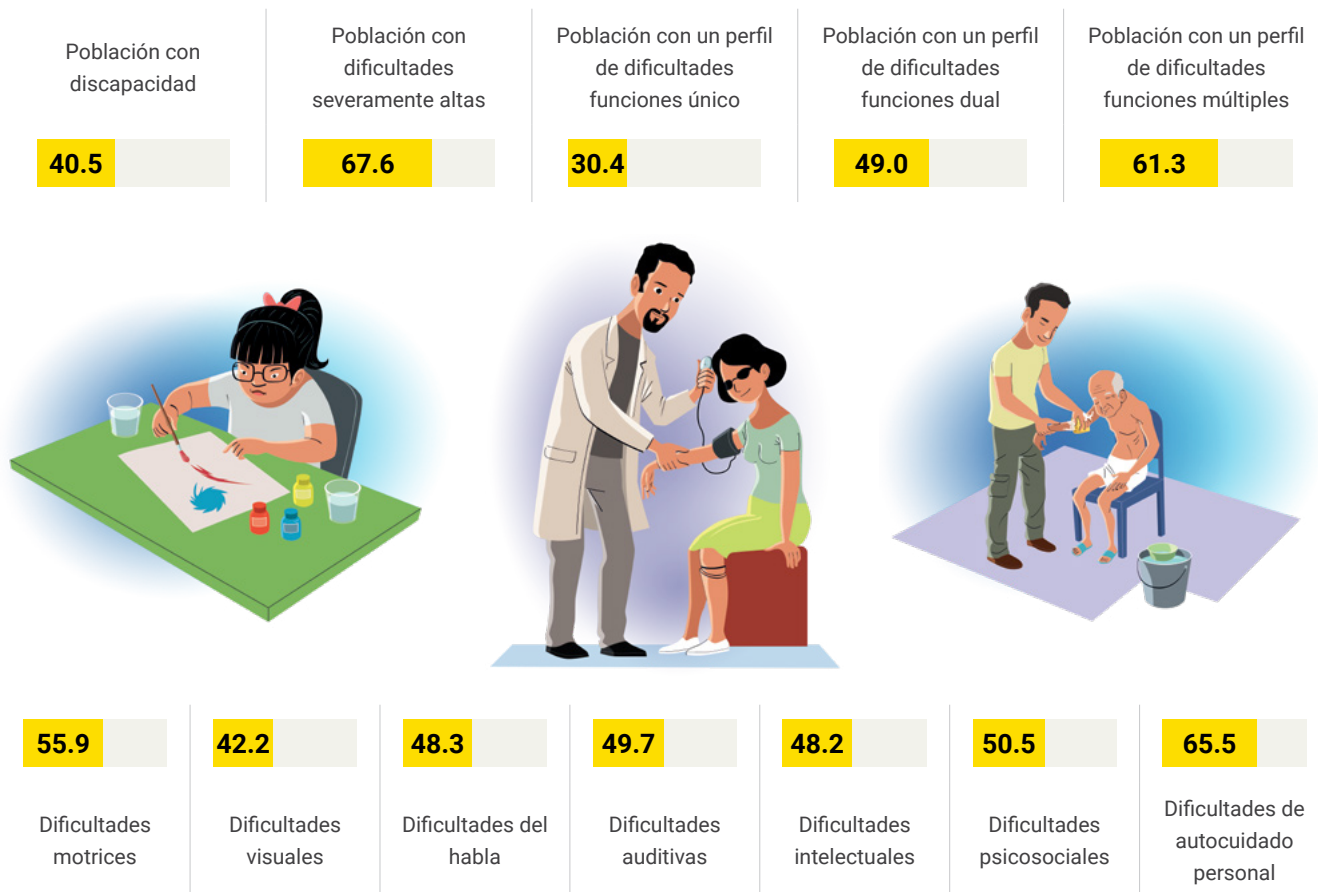
Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

Desde la perspectiva de género, la prevalencia es más alta en la población con discapacidad a tal punto que la brecha de género en la población con discapacidad duplica a la reportada en la población sin discapacidad (11.4 puntos porcentuales en contra de 5.4 puntos). Desde la perspectiva geográfica, la presencia de enfermedades crónicas es mayor en la población urbana que en la rural tanto en la población con discapacidad como en el resto de la población. Sin embargo, la brecha urbano-rural es más amplia en la población con discapacidad (es de 4.8 puntos porcentuales en contra de 3.3 puntos porcentuales). Desde la perspectiva etaria, la prevalencia de enfermedades crónicas se eleva con la edad, sin importar la condición de discapacidad. No obstante, la brecha entre las generaciones entrantes de 0 a 14 años y las generaciones salientes de 60 años o más es mayor en la población con discapacidad que en la población sin discapacidad (39.5

puntos porcentuales en contra de 35.5). De este modo, la niñez con discapacidad está más expuestas a la aparición temprana de una enfermedad crónica (2.6% en contra de un 15.3% de la población sin discapacidad) y la adultez mayor con discapacidad a vivir su vejez con una enfermedad crónica (54.8% en contra de un 38.2% en la población con discapacidad).

Por otro lado, la presencia de las enfermedades crónicas tiene una mayor extensión demográfica en las formas más vulnerables de discapacidad. En comparación a las personas con discapacidad en general, su prevalencia es un 66.9% más elevada en aquellas que tienen alguna dificultad altamente severa y un 51.4% en aquellas que tienen un perfil con dificultades funcionales múltiples. En cambio, la prevalencia es un 24.9% más baja en las personas con un perfil de dificultades funcionales único.

GRÁFICA IV.3. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, EN PORCENTAJE. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia a partir de ENPD, 2015.

En este contexto, existe una demanda de respuestas preventivas y curativas que permitan, por un lado, evitar que las personas con discapacidad que no tienen enfermedades crónicas, las desarrollen como resultado de las privaciones asociadas a su condición; y, por otro lado, prevenir que la salud de las personas con discapacidad que ya tienen enfermedades crónicas se deteriore de forma acelerada como resultado de un cuidado inadecuado de su cuadro médico. Estas necesidades provienen de población con destrezas motrices, sensoriales y cognitivas reducidas. No obstante, tiene una especial relevancia en la gestión del bienestar de la población con discapacidad que tiene dificultades motrices, psicosociales y autocuidado personal. En estos sectores, más del 50% de la población tiene alguna enfermedad crónica.

- **Desafío 3. La presión territorialmente diferenciada de la población con discapacidad sobre el sistema nacional de salud.** En El Salvador, las ventanillas de atención del sistema nacional de salud pública están organizadas territorialmente en cinco regiones: la Occidental, la Central, la Metropolitana, la Paracentral

y la Oriental. La relevancia demográfica de la condición de discapacidad dentro de la población a cargo de cada una de las regionales varía ligeramente del 19.8% al 22.0%. En tres de las cinco regiones, más del 20% de su población tiene alguna condición de discapacidad: Región Central, (22.0%), Región Paracentral (21.0%) y Región Oriental (20.0%). En cambio, en las otras dos regiones es menos del 20%: Región Occidental (19.8%) y Región Metropolitana (19.8%). No obstante, cada una de estas regiones administra una presión diferenciada de servicios responsivos a las necesidades de las personas con discapacidad por las variaciones en: a) la incidencia de formas vulnerables de discapacidad; b) la incidencia de diferentes clases de discapacidad; y c) la carga de enfermedades crónicas.

A. Incidencia de formas vulnerables de discapacidad. Dos de las cinco regiones tienen una incidencia levemente más elevada de población con alguna dificultad funcional severamente alta que la reportada a nivel nacional (3.4%): la Occidental (3.6%) y la Metropolitana (3.6%). En cambio, es menos del 3% en la Central (2.6%).

GRÁFICA IV.4. VULNERABILIDAD DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, POR REGIÓN DE SALUD. EL SALVADOR, 2021

	Dificultades altamente severas (% de población con discapacidad)	Perfil de dificultades funcionales único (% de población con discapacidad)	Perfil de dificultades funcionales dual (% de población con discapacidad)	Perfil de dificultades funcionales múltiple (% de población con discapacidad)
Nacional	3.4%	58.7%	21.4%	19.8%
Región Occidental	3.6	59.1	21.3	19.5
Región Central	2.6	60.4	19.5	20.1
Región Metropolitana	3.6	61.0	22.0	17.0
Región Paracentral	3.3	55.8	22.8	21.6
Región Oriental	3.4	55.5	21.6	22.9

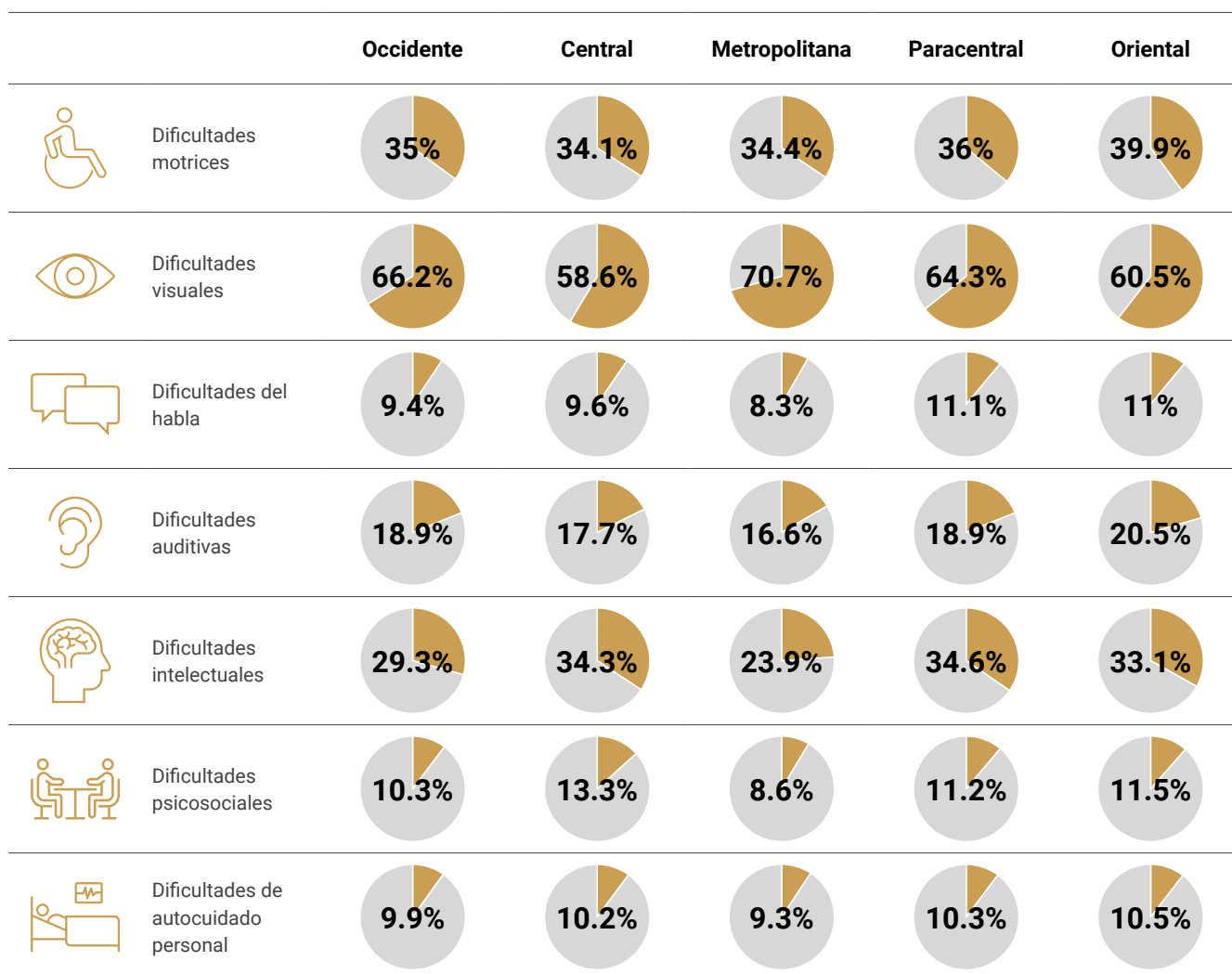
Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

Asimismo, tres de las cinco regiones tienen una incidencia más alta de personas con discapacidad con un perfil de dificultades funcionales múltiples que la registrada a nivel nacional (19.8%): la Central (20.1%), la Paracentral (21.6%) y la Oriental (22.9%). En cambio, es menos del 20% en la Occidental (19.5%) y la Metropolitana (17.0%).

B. Incidencia de diferentes clases de discapacidad. En las regiones, la demanda potencial de atención a las personas con discapacidad adquiere rostros funcionales diferenciados como resultado de las variaciones en el peso de las diferentes clases de discapacidad. El peso de la población con discapacidad que tiene dificultades motrices

oscila entre el 34.1% (Región Central) y el 39.9% (Región Oriental). El de la población con dificultades visuales, entre el 58.6% (Región Central) y el 70.7% (Región Metropolitana). El de la población con dificultades del habla, entre el 9.4% (Región Occidental) y el 11.1% (Región Paracentral). El de la población con dificultades auditivas, entre el 16.6% (Región Metropolitana) y el 20.5% (Región Oriental). El de la población con dificultades intelectuales, entre el 23.9% (Región Metropolitana) y el 34.6% (Región Paracentral). El de la población con dificultades psicosociales, entre el 8.6% (Región Metropolitana) y 13.3% (Región Central). El de la población con dificultades de autocuidado, entre el 9.3% (Región Metropolitana) y el 10.5% (Región Oriental).

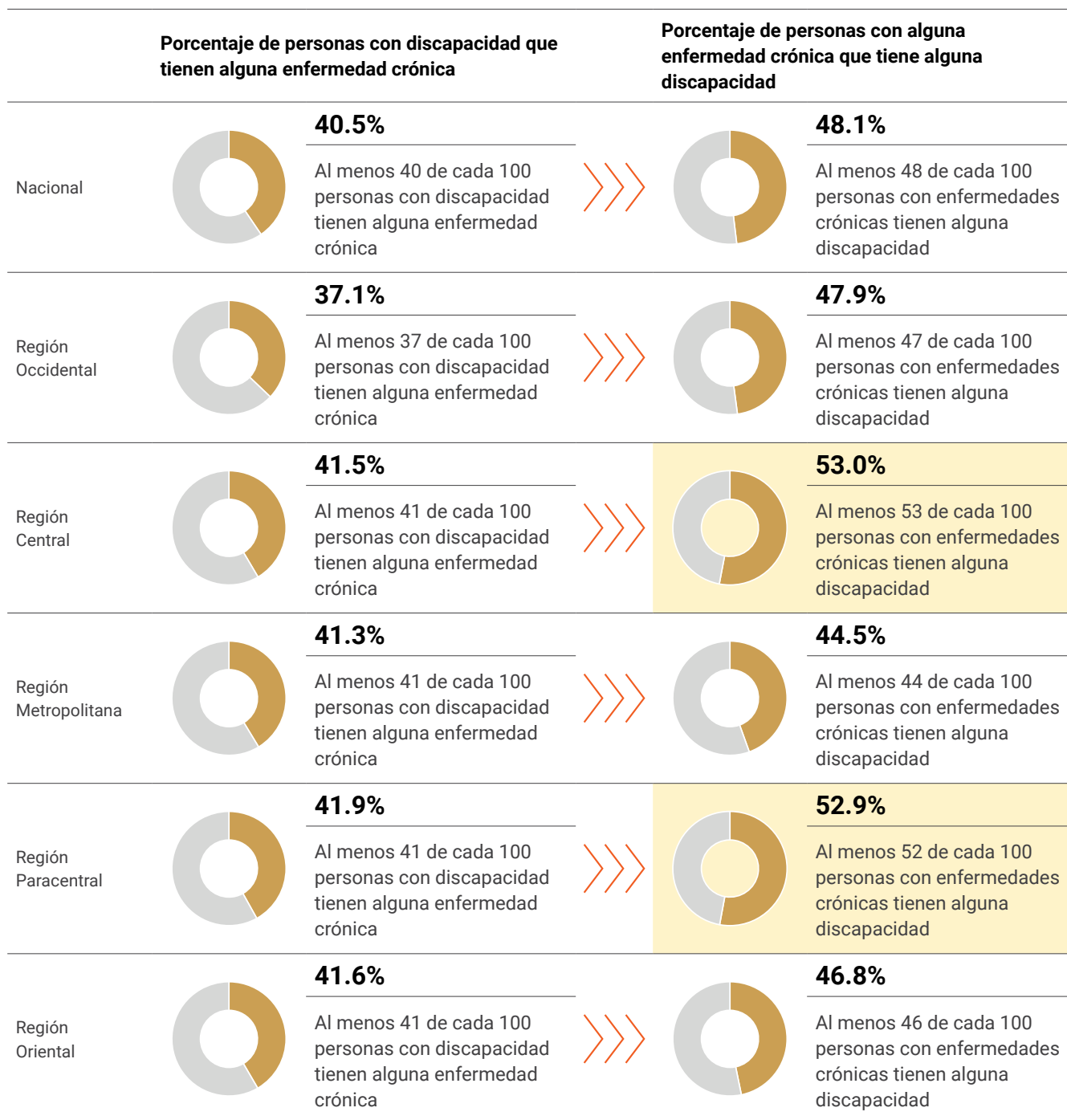
GRÁFICA IV.5.
INCIDENCIA DE DIFERENTES DIFICULTADES FUNCIONALES EN LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, POR REGIÓN DE SALUD. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

D. *Carga de enfermedades crónicas.* En 4 de las 5 regiones del sistema nacional de salud, el porcentaje de personas con discapacidad que tiene alguna enfermedad crónica supera el 40% y en las cinco regiones del sistema de salud, más del 45% de la población con enfermedades crónicas tiene alguna condición de discapacidad. En dos de las cinco regiones, es más del 50% (la Región Central y la Paracentral).

GRÁFICA IV.6.
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, POR REGIÓN DE SALUD. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

Esta variedad de diferencias en la demanda potencial de servicios revela la necesidad de asignar recursos de forma territorialmente diferenciada y fortalecer la capacidad de atención de las distintas regiones del sistema nacional de salud, para que las personas con discapacidad y sus familias puedan encontrar servicios del primer, segundo y tercer nivel de forma cercana y oportuna. Por un lado, se necesita adecuar de forma progresiva, los espacios y equipamiento médico para que tengan un diseño universal. Por otro lado, se necesita garantizar la disponibilidad territorial de la diversidad de profesionales de salud⁴, trabajadores sociales, equipo médico para realizar exámenes, medicamentos y suministros necesarios para darle un seguimiento médico que sea acorde al perfil funcional de las personas con discapacidad.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de servicios médicos y medicamentos más accesibles en los territorios



"En las áreas rurales hay muchas dificultades. A las familias con personas con discapacidad les cuesta llegar a los hospitales del segundo nivel que están en las ciudades. Toca que pagar carro particular. No se puede viajar en bus con una persona con discapacidad... otra dificultad es el medicamento... Es una de las cosas que más faltan en las unidades de salud... a veces, hay que irlos a buscarlos a las ciudades... La situación es más difícil para las personas que tienen un consumo permanente como las que toman medicamentos psiquiátricos. Esos hay que irlos a buscar al hospital de Soyapango."

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

- **Desafío 4. La relevancia de la salud pública no contributiva para el bienestar de las personas con discapacidad.** En El Salvador, la mayor parte de la población no cuenta con seguros públicos o privados de salud que alivien la carga financiera de los gastos de consultas, exámenes, medicamentos, hospitalizaciones, dispositivos de apoyo o la adquisición de bienes y servicios asociadas con la atención profesional de enfermedades ya existentes o la materialización de cualquier contingencia que ponga en peligro su estado de salud. En este contexto, la red de servicios no contributivos (como la del Ministerio de Salud) adquiere una relevancia cotidiana significativa como la alternativa de atención accesible para la satisfacción de necesidades en salud, especialmente en casos de enfermedades costosas y bajo poder adquisitivo.

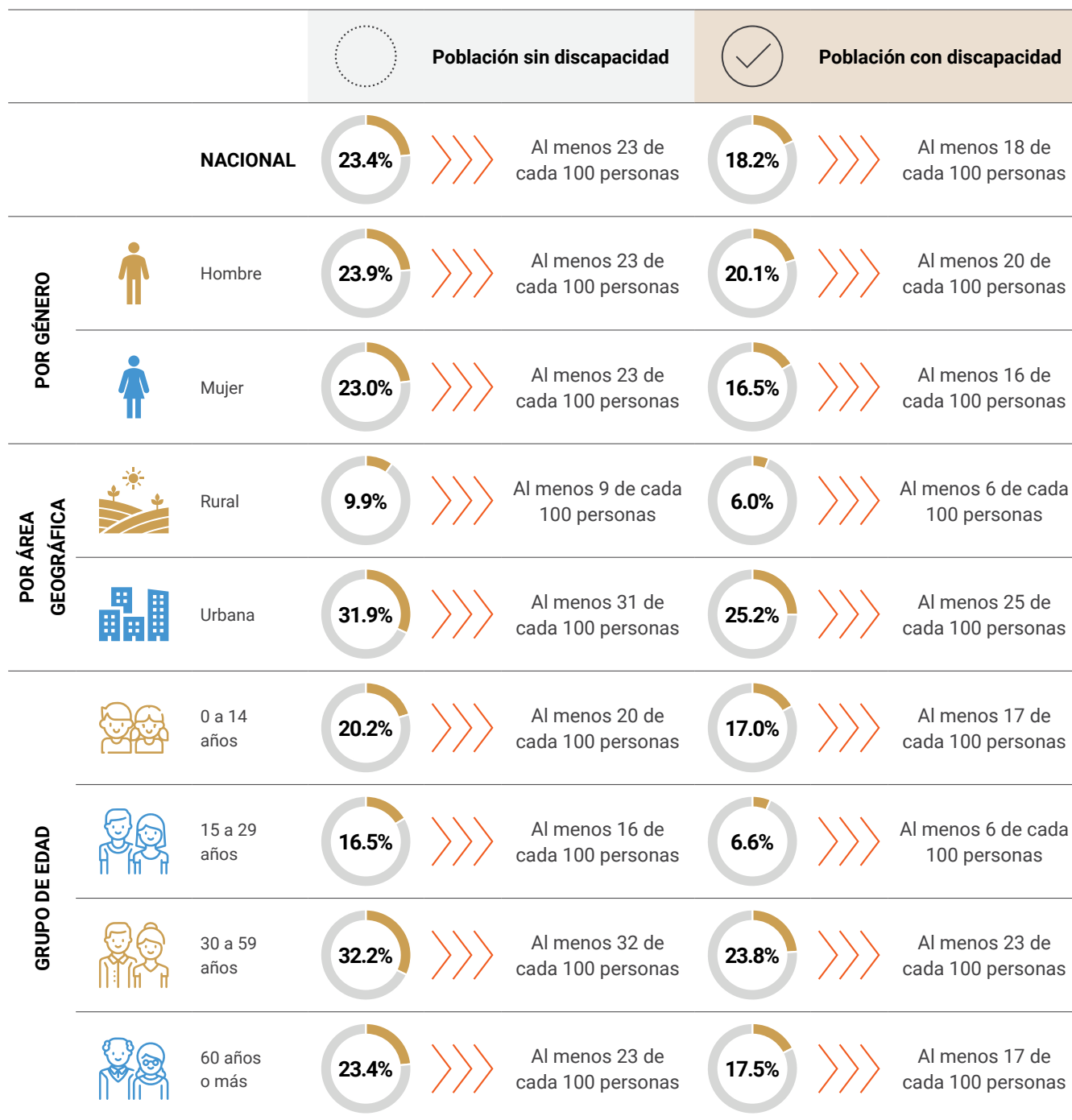
En este contexto, las personas con discapacidad enfrentan mayores niveles de exclusión. Según los datos desagregados más recientes por condición de discapacidad que corresponden a la ENPD 2015, menos de la quinta parte de las personas con discapacidad tenía un seguro de salud público o privado (ya sea como beneficiario o titular contribuyente) (18.2%), mientras que, en la población sin discapacidad, era menos de la cuarta parte (23.4%).

El rezago de la población con discapacidad se presenta en los distintos géneros, áreas geográficas y grupos etarios, por la dependencia del acceso a mecanismos de aseguramiento médico público, a la inserción laboral formal y la falta de capacidad adquisitiva necesaria para financiar seguros privados, especialmente si tienen enfermedades crónicas preexistentes. Este rezago por discapacidad se potencia con otras formas de desigualdad social, producto de las cuales, las mujeres tienen menor autonomía económica, los mercados laborales rurales son menos formales y las personas jóvenes enfrentan dificultades para ubicarse rápidamente en empleos con acceso a la seguridad social. Sin importar la condición de discapacidad, la cobertura del aseguramiento médico es menor en las mujeres (en comparación a los hombres), en el área rural (en relación con la urbana) y en las personas jóvenes de 15 a 29

⁴ Por ejemplo, reumatólogos, ortopedas, fisioterapeutas, oftalmólogos, otólogos, psiquiatras, psicólogos, cardiólogos, neurólogos, neumólogos, gastroenterólogos, nefrólogos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, entre otros.

años que en el resto de los grupos etarios. De este modo, la cobertura del aseguramiento médico de mujeres con discapacidad es 29.5% más bajo que el nivel de aseguramiento de la población nacional sin discapacidad, el de las personas rurales con discapacidad un 74.4% más bajo y el de las personas jóvenes de 15 a 29 años, un 71.8% más bajo.

GRÁFICA IV.7.
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON SEGURO MÉDICO. EL SALVADOR, 2015



Nota: se utilizan los datos de la ENPD 2015 ya que la ENS 2021 no recopila información sobre el acceso a seguro de salud para todos los miembros del hogar. Se incluye seguro público y privado.

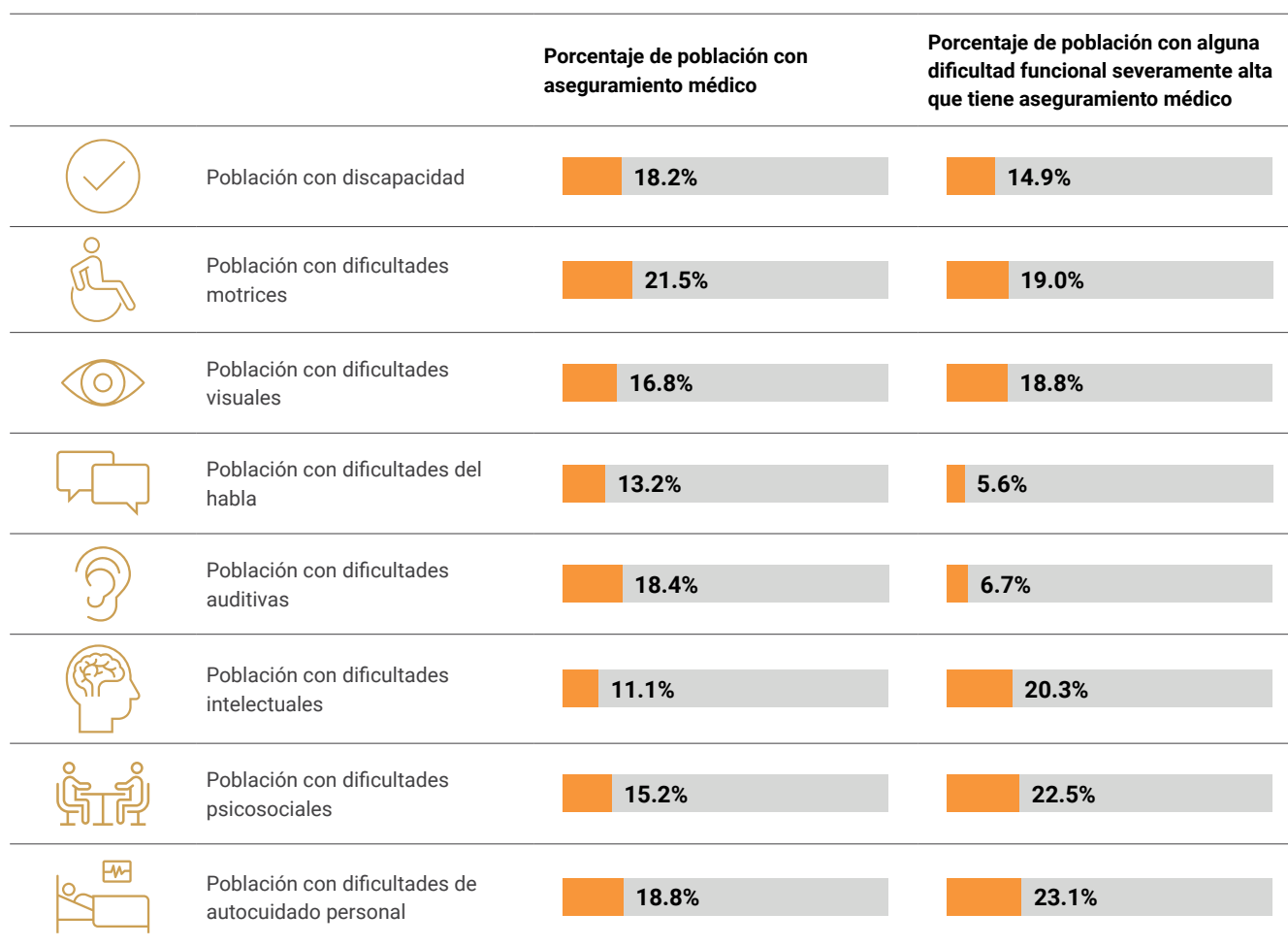
Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

Asimismo, la brecha de género en el acceso al aseguramiento médico es más alta en la población con discapacidad (3.6 puntos porcentuales en contra de 0.9 puntos en la población sin discapacidad) al igual que la brecha etaria entre las generaciones jóvenes de 15-29 años y las generaciones adultas plenas de 30-59 años (17.2 puntos porcentuales en contra de 15.7 puntos porcentuales en la población sin discapacidad). En cambio, la brecha geográfica es más baja en la población con discapacidad (19.2 puntos porcentuales en contra de 22.3 puntos porcentuales de la población sin discapacidad).

Por otro lado, los niveles de acceso a aseguramiento varían según la clase de discapacidad, en el marco de sus

privaciones económicas diferenciadas. Según la ENPD de 2015, la cobertura demográfica del aseguramiento médico era más alta en las personas con dificultades motrices (21.5%) y más baja en aquellas con dificultades intelectuales (11.1%). Como parte de su vulnerabilidad, las personas con alguna dificultad funcional severamente alta tienen menor acceso a seguros médicos que el resto de las personas con discapacidad (14.9% en contra de 18.2%). Sin embargo, esta desventaja solo se presenta en las personas con dificultades motrices, auditivas y del habla. La extensión demográfica del aseguramiento médico supera el umbral del 20% en las personas con dificultades severamente altas en el caso de las dificultades intelectuales, psicosociales y de autocuidado personal.

GRÁFICA IV.8. ACCESO A SEGURO MÉDICO EN DIFERENTES POBLACIONES CON DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

Asimismo, los niveles de aseguramiento médico varían según la presencia de enfermedades crónicas. Sin importar la condición de discapacidad, las personas que reportan tener alguno de estos padecimientos tienen un nivel más elevado de acceso a seguros médicos. Según la ENPD 2015, la cobertura de seguros médicos en las personas con discapacidad es del 22.8% si reporta la presencia de alguna enfermedad crónica y de 16.1% si reporta su ausencia.

Por otro lado, la cobertura en las personas sin discapacidad es del 32.9% si reporta la presencia de alguna enfermedad crónica y del 23.3% si reporta la ausencia. Esta relación puede darse en dos vías. Por un lado, el aseguramiento médico puede favorecer el acceso a los servicios necesarios para la identificación de sus problemas de salud. Por otro lado, la presencia de enfermedades crónicas puede incentivar la adquisición de seguros médicos, como una estrategia de alivio de la factura en salud.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de atención médica pública de calidad para las personas con discapacidad



"En los hospitales y unidades de salud, nos regañan, a las personas no videntes, porque vamos solos... los médicos prefieren darle las recetas e indicaciones a la familia por escrito... no nos dicen con paciencia qué es... solo escriben y en la casa, a veces, tampoco entienden."

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"A mí, mi mamá me acompañaba a la unidad de salud cuando estaba enfermo, pero a mí no me gusta... prefiero ir solo a que mi familia se entere de mis cosas... por privacidad y confianza. Pues, me ha tocado que ver cómo le hago... en las unidades de salud cuesta que atiendan bien a una persona Sorda de forma adecuada porque no escuchamos. Es difícil cuando nos recetan un medicamento o incluso cuando estamos esperando y nos llaman. No escuchamos. Igual, cuando nos escriben algo, los oyentes no entienden que no los comprendemos del todo... los que nacimos Sordos no entendemos por completo el español... nuestra primera lengua es la lengua de señas..."

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"La atención que brindan en las unidades de salud no es tan buena... No saben cómo atendernos... no se hace una investigación de los problemas de salud que llevan las personas con discapacidad. No preguntan mucho y es peor cuando ellos no pueden ni hablar y van con la familia".

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

En respuesta a estas tendencias, existe una demanda para garantizar el acceso a servicios gratuitos de salud pública que ofrecen una atención de calidad para las personas con discapacidad, como el principal mecanismo de garantía del derecho a la salud, en contextos de alta exclusión social.

Por otro lado, sobresale la necesidad de construir público-privadas orientadas a la mejora de la oferta de seguros médicos privados dirigidos a las personas con discapacidad para que puedan ser más accesibles (en términos financieros y procedimentales) y más integrales (en términos de la variedad de servicios y suministros médicos cubiertos).

- **Desafío 5. Importancia de visibilizar la atención en salud proporcionada a las personas con discapacidad.**

Ante la centralidad de la salud pública en la atención de necesidades en salud de una población con discapacidad sin acceso a seguros médicos y una alta prevalencia de enfermedades crónicas, el sistema nacional de servicios en salud necesita volverse cada vez más inclusivo. La adopción de la Norma Técnica para la Atención Integral en Salud para las Personas con Discapacidad en 2020 representa un hito relevante para la transformación articulada de infraestructura, equipamiento, tecnología y personal profesional, técnico y administrativo. En coherencia a esta decisión, la ENS 2021 ha permitido actualizar el cálculo de la prevalencia de la condición de discapacidad y con ello, generar evidencia útil para la readecuación de las políticas públicas en salud. A su vez, se cuenta con información desagregada sobre la condición de discapacidad, en áreas claves como las consultas por primera vez y las consultas curativas. Sin embargo, se necesita acelerar este proceso de generación de datos desagregados para poder desplegar servicios cada vez más responsivos a las necesidades de atención de las personas con discapacidad.

Estos datos administrativos son cruciales para poder orientar la oferta de servicios proporcionada en el primer, segundo y tercer nivel de atención a favor de una gestión más adecuada de la carga epidemiológica de las personas con discapacidad en las distintas regiones del sistema nacional de salud; promover una modernización tecnológica a favor de una mayor inclusión de las personas con discapacidad; recalibrar los listados esenciales de insumos, equipamiento y medicamentos a modo de que éstos puedan incluir los requerimientos generados por las personas con discapacidad; y fortalecer los recursos humanos en áreas médicas relevantes.






- **Desafío 6. Eliminar las barreras que obstaculizan la salud integral de las mujeres con discapacidad.**

Para alcanzar el bienestar integral de las personas con discapacidad, y en especial de las mujeres con discapacidad, se requiere un abordaje de salud integral que incluye la salud sexual y reproductiva. Las mujeres con discapacidad enfrentan numerosas barreras para el pleno disfrute de su derecho a la salud; entre ellas la persistencia de mitos e ideas preconcebidas en torno a su capacidad biológica para tener una descendencia saludable; sus habilidades para aprender conocimientos esenciales para el pleno ejercicio de sus derechos; su nivel de comprensión para proporcionar información y tomar decisiones responsables; y su falta de capacidad o para reconocer los hechos de violencia sexual que se cometen en su contra, para brindar su consentimiento a diferentes procedimientos relacionados con su salud sexual y reproductiva o para desempeñarse como padres o madres. (Crisp-Cooper, 2018 y Blewett, 2019). Estos mitos pueden ser reproducidos por los diferentes agentes de socialización relevantes como la familia, los centros educativos, el trabajo, los establecimientos de salud, los medios de comunicación, el internet, entre otros.

La persistencia de estos mitos se traduce en impactos negativos para la salud y la vida de las mujeres con discapacidad pues restringe el acceso a la información y a los servicios adecuados de salud sexual y reproductiva o de atención a la violencia, que pueden traducirse desde complicaciones durante el embarazo, parto o postparto, a dificultades para su salud menstrual, a la falta de acceso a métodos anticonceptivos para planificar cuándo y cuántos hijos tener, a una mayor vulnerabilidad ante la violencia sexual, entre otras situaciones que vulneran sus derechos.

CUADRO IV.2.

BARRERAS ESTRUCTURALES PARA LA GARANTÍA DE LA SALUD INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	Barreras físicas	<ul style="list-style-type: none">• Inseguridad e incomodidad en el uso de instalaciones y equipamiento sanitario inadecuados para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para personas con destrezas motrices, sensoriales y cognitivas reducidas.
	Barreras comunicacionales	<ul style="list-style-type: none">• Limitantes para proporcionar privacidad médica de las decisiones de las personas con discapacidad relacionadas a su salud, por el uso de los apoyos de interpretación suministrados por los acompañantes o familiares.• Ejercicio de derechos limitado por la falta de acceso a información, conocimientos y orientaciones basadas en evidencia científica.• Falta de adecuación sensorial y cognitiva de las estrategias de educación para su salud integral y los modos de interacción en consultas, exámenes o charlas incluidas aquellas que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva.
	Barreras actitudinales	<ul style="list-style-type: none">• Prevalencia de mitos en contra del pleno goce de todos los aspectos relacionados con la salud integral de las personas con discapacidad.• Persistencia de relaciones familiares asimétricas que anulan la voluntad de las mujeres con discapacidad en el ejercicio de su salud sexual y reproductiva, con quién vivir en pareja, cuándo iniciar su vida en pareja, qué método utilizar para evitar o retrasar un embarazo, cuándo tener hijos y cuántos hijos tener.• Vulneración de los derechos de las mujeres con discapacidad, al ser tratadas como objetos de uso que pueden ser traspasadas de la familia de origen a la de la pareja.
	Barreras político-institucionales	<ul style="list-style-type: none">• Limitados recursos para la atención de las personas con discapacidad en su salud integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva, como un área de atención prioritaria.• Procesos de educación en salud integral responsivos a las necesidades de las personas con discapacidad incluyendo la salud sexual y reproductiva.• Limitado acceso de la población con discapacidad a los mecanismos institucionales inclusivos para la interposición de denuncias por hechos de violencia sexual.• Limitada cantidad de recursos humanos especializados en el sector público y privado con los conocimientos y habilidades necesarias para brindar información sobre salud con un enfoque sensible a las necesidades de las personas con discapacidad.
	Barreras económicas	<ul style="list-style-type: none">• Reproducción económica-publicitaria de estereotipos excluyentes de las realidades de las personas con discapacidad, en una sociedad de consumo hipersexualizada.• Falta de una oferta a precios asequibles de servicios médicos especializados para el disfrute de la salud integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva responsable e informada basada en derechos de las personas con discapacidad.

Fuente: elaboración propia a partir de UNDESA (2016), Crisp-Cooper (2018), Blewett (2019), SHINESA (2022) y entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios.

Las mujeres en edad fértil de 15-49 años representaron más del 50% de la población femenina en 2021. El 13.4% de las mujeres de 15-49 años tienen alguna condición de discapacidad. A diferencia de la población sin discapacidad, las mujeres en edad fértil tienen una composición más envejecida. En 2021, la edad promedio de las mujeres de 15 a 49 años con discapacidad es de 34.8 años, mientras que en la de las mujeres sin discapacidad, es de 30.6 años. Para las mujeres en edad fértil, los servicios de salud sexual y reproductiva se vuelven por definición, un elemento crucial en el cuidado de su salud integral.

GRÁFICA IV.9. PERFIL FUNCIONAL DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD EN EDAD FÉRTIL DE 15-49 AÑOS. EL SALVADOR, 2021

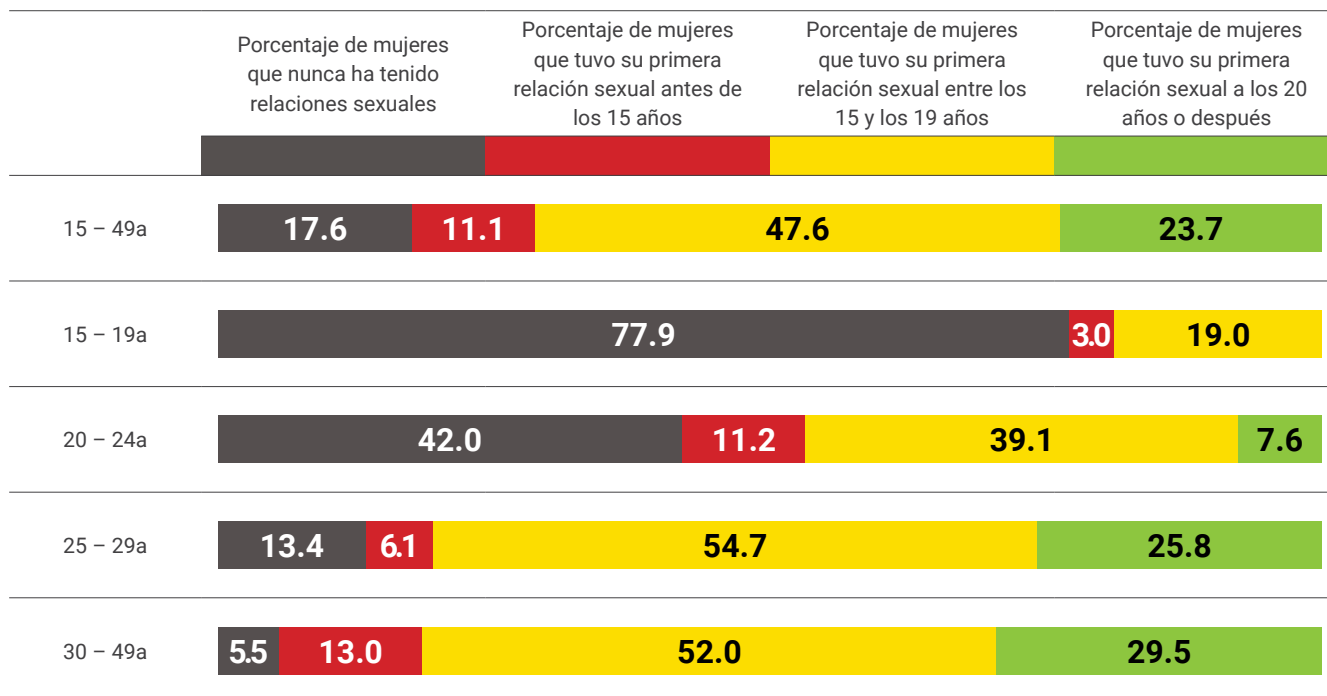


Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

La atención a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad demanda proporcionar respuestas a los diferentes perfiles de vulnerabilidad asociados con la condición de discapacidad. Al menos 2 de cada 100 mujeres con discapacidad de 15-49 años tienen alguna dificultad severamente alta y al menos 10 de cada 100 tienen un perfil de dificultad funcionales múltiples. Asimismo, necesitan adecuarse a las necesidades de mujeres con diferentes destrezas físicas, sensoriales y cognitivas reducidas, en el marco de una demanda caracterizada por el predominio de mujeres con un perfil de dificultades funcionales único. Al menos 68 de cada 100 mujeres con discapacidad de 15-49 años tienen dificultades visuales; y en cambio, solo 5 de cada 100 tienen dificultades de autocuidado personal.

En contraposición a los mitos que minimizan la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad, los datos existentes permiten identificar la importancia de atender sus necesidades e incluirlas dentro de los grupos poblacionales prioritarios en la atención de mujeres. Según la ENS 2021, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han tenido alguna relación sexual en su vida es mayor en aquellas con alguna condición de discapacidad (82.4%) que en aquellas sin esta condición (78.6%). Asimismo, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que comenzó su vida sexual antes de los 15 años es mayor en las mujeres con discapacidad (11.1% en contra de un 7.6%), en el marco de una mayor exposición a la violencia sexual como detonante del inicio de una vida sexual precoz no consentida. El 12.6% de las mujeres sin discapacidad tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años sin dar su consentimiento. En cambio, en las mujeres con discapacidad, fue el 20.7%.

GRÁFICA IV.10.
INICIO DE LA VIDA SEXUAL EN LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD DE 15 A 49 AÑOS.
EL SALVADOR, 2021



Nota: estos cálculos corresponden a la pregunta “¿Qué edad tenía usted cuando mantuvo relaciones sexuales por primera vez?”. En los casos que reportaron la respuesta “Por primera vez cuando comenzó a vivir con su pareja”, la edad de la primera relación sexual se ha obtenido de la respuesta a la pregunta “¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con su primer (esposo/ pareja)?”

Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

En este contexto, el desarrollo de una vida saludable, segura y responsable en las mujeres con discapacidad demanda el despliegue de servicios de la salud sexual y reproductiva que reconozcan la diferencia de necesidades de atención tomando en cuenta las edades, las condiciones de discapacidad y el estado conyugal, entre otros factores. En ese sentido, el peso de las mujeres sin experiencia sexual es mayor en las mujeres con discapacidad que tienen alguna dificultad severamente alta (51.8%) o un perfil de dificultades funcionales múltiples (32.2%) que en las mujeres con discapacidad en general (17.6%). Asimismo, el porcentaje de mujeres sin experiencia sexual es más alto en aquellas que tienen dificultades funcionales para comunicarse con sus pares (como las del habla), relacionarse con otros (como las psicosociales) y ejercer su autonomía (como las de autocuidado personal).

Sin embargo, según datos de la ENS 2021, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han tenido alguna experiencia conyugal es más alto en las mujeres con discapacidad que

en aquellas sin esta condición (71.9% en contra de 65.7%); al igual que el porcentaje de mujeres que está actualmente en una unión conyugal (53.6% en contra de 52.0%) y las mujeres que empezaron una vida en pareja antes de cumplir los 20 años (55.3% en contra de 54.0%).

En este contexto, existe una demanda de servicios de prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual que no solo estén enfocadas en las mujeres, sino que también involucren a sus parejas y, por consiguiente, integren un enfoque de masculinidad positiva y no violenta. Como parte del desarrollo de estos servicios, existe la necesidad de reforzar el uso del preservativo como una medida de prevención de embarazo y contagio de infecciones de transmisión sexual. Solo el 2.8% de las mujeres con discapacidad de 15 a 49 años son usuarias de algún método de planificación familiar que utilizan el condón masculino o femenino. En las mujeres sin discapacidad fue el 4.5%.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de charlas informativas sobre salud sexual



"Cuando me fui a hacer exámenes médicos, me aconsejaron, me explicaron todo el uso del preservativo... en cuanto al sexo también me explicaron que debería cuidar mi salud... también me lo enseñaron en la escuela, pero es necesario que se lo digan a uno en otro lugar... a veces los papás o las mamás no se pueden comunicar con señas con las personas que somos sordas... no saben las señas que son... no se pueden comunicar con señas con la persona sorda en cuanto al sexo o cómo cuidarse..."

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.












- **Desafío 7. Posibilidad de las mujeres con discapacidad para decidir cuándo y cuántos hijos tener.** Según los datos de la ENS 2021, la incidencia de uso de algún método para demorar o evitar un embarazo en las mujeres con discapacidad de 15-49 años es levemente menor a la de sus pares sin discapacidad (35.9% en contra de 36.7%). Este rezago se presenta tanto en las mujeres con discapacidad que están casadas o acompañadas (53.4% en contra de un 56.3% en las mujeres sin esta condición) así como en aquellas que no forman parte de una unión conyugal (16.2% en contra de un 15.8% en las mujeres sin esta condición).

Esta brecha por condición de discapacidad ocurre en el marco de una configuración diferenciada de los métodos de planificación más utilizados. La composición de los cinco métodos más empleados por las mujeres con discapacidad es diferente a la de sus pares sin esta condición, como resultado del peso predominante de la esterilización femenina (al menos 54 de cada 100 mujeres con discapacidad de 15-49 años) y la menor relevancia de métodos de uso más flexible como las inyecciones o las pastillas (en las mujeres sin discapacidad, su incidencia de uso es del 46.7% y en las mujeres con discapacidad, 30.7%).

Generacionalmente, la incidencia del uso de anticonceptivos presenta matices diferenciados en las mujeres con discapacidad. Las mujeres con discapacidad de 30 a 49 años son las que utilizan en mayor proporción algún método para demorar o evitar un embarazo, como resultado de la incursión creciente de las mujeres en relaciones de pareja con el paso de la edad (42.2%). No obstante, las jóvenes adolescentes con discapacidad en una unión conyugal son las que tienen el mayor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos, a pesar de que se encuentran en un contexto de

vulnerabilidad asociada con la precocidad de su vida en pareja. A nivel nacional, las jóvenes adolescentes con discapacidad de 15 a 19 años que están casadas o acompañadas son el grupo poblacional que utiliza en mayor proporción algún mecanismo de planificación familiar (93.1%). En las mujeres con discapacidad que no tienen una unión conyugal, las generaciones de 25-29 años y 30-49 años son las que tienen el mayor porcentaje de uso de métodos de planificación familiar (22.0%) y las jóvenes adolescentes las que tienen el menor (5.2%).

CUADRO IV.3. TOP 5 DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS POR LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 15 A 49 AÑOS

		Porcentaje de mujeres sin discapacidad de 15 a 49 años		Porcentaje de mujeres con discapacidad de 15 a 49 años
1		Inyecciones 37.0%		Esterilización femenina 54.9%
2		Esterilización femenina 36.4%		Inyecciones 24.9%
3		Pastillas 9.7%		DIU 6.4%
4		DIU 5.2%		Pastillas 5.8%
5		Implantes 4.5%		Condón masculino 2.8%
		Otro método 7.2%		Otro método 5.3%

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de uso de métodos anticonceptivos basados en derechos



“En una de las charlas, escuché a una señora, una madre de familia. Ella habló de su hija que es con autismo. Ella estaba diciendo que, si su hija sale embarazada, cómo iba a cuidar ella al niño, si ella solita no se puede cuidar. Entonces le estaba explicando a la muchacha que estaba dando la charla que ella ha pensado en irse a esterilizar. Pero le estaban diciendo que ella no puede tomar su decisión. Aunque la muchacha tiene una discapacidad, tiene que preguntarle a ella primero. Entonces la mamá dijo que cómo le voy a preguntar a ella si ella no está bien. Ella no puedo explicar bien las cosas porque no las entiende. La licenciada le dijo que ella poco a poco, con el tiempo, le vaya hablando... de a poquito quizás con el tiempo poquito, le va a entender y en algún momento, ella va a comprender y le va a decir que sí. Pero, los papás solo por así no pueden tomar la decisión de esterilizarlo a uno”.

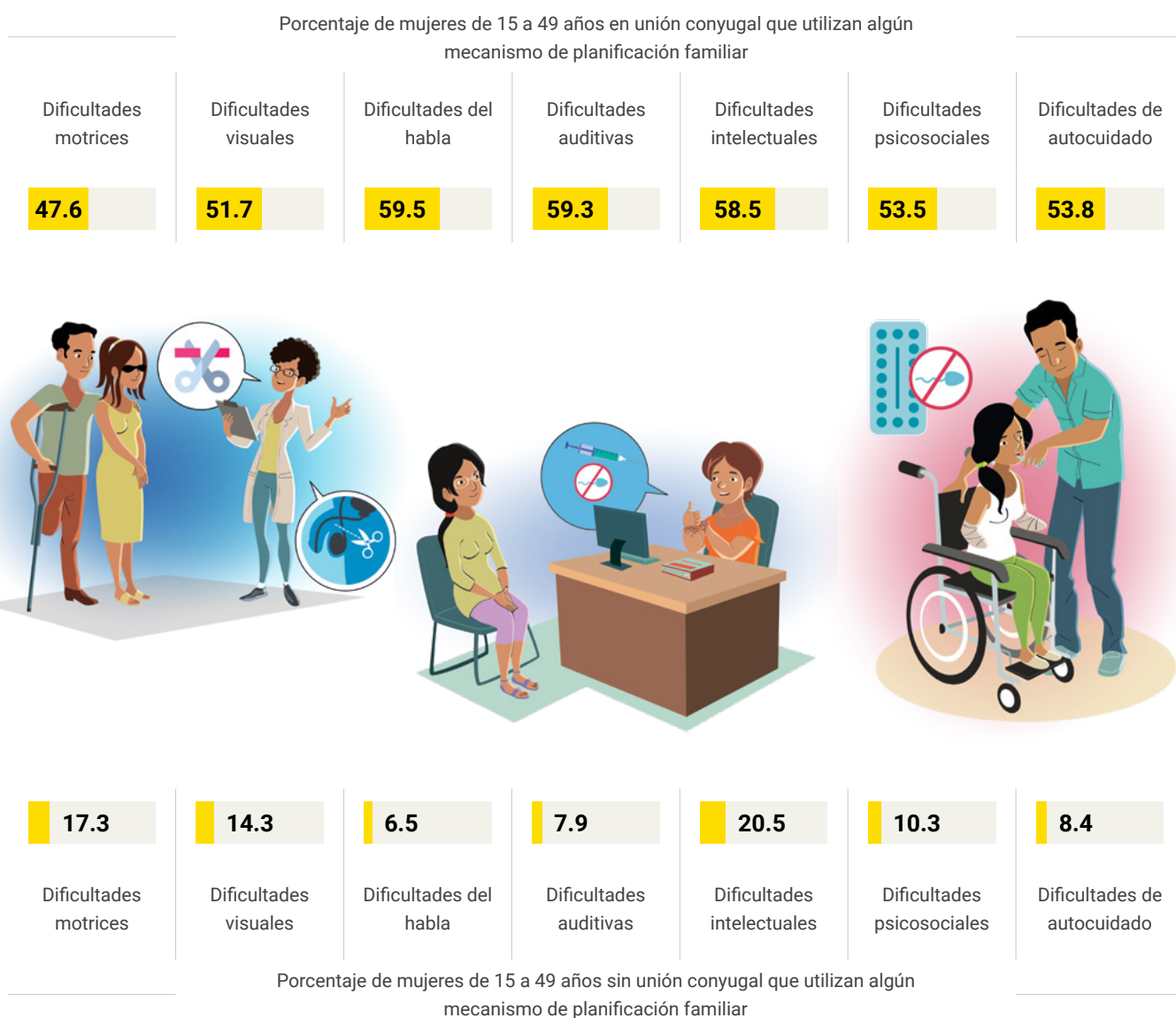
Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

Asimismo, la incidencia de uso de métodos de planificación familiar varía según las características de la condición de discapacidad. En las mujeres en unión conyugal, la incidencia de uso oscila entre el 47.6% (dificultades motrices) y el 59.5% (dificultades del habla); y en las mujeres sin una unión conyugal, entre el 8.4% (dificultades de autocuidado personal) y el 20.5% (dificultades intelectuales). En el caso de las mujeres con

alguna dificultad altamente severa, el nivel de incidencia de uso está por debajo de valor reportado por las mujeres con discapacidad en general (24.9% en aquellas que están en una unión conyugal y 10.0% en aquellas que están sin una unión conyugal). Estas tendencias dan cuenta de la existencia de una demanda funcionalmente heterogénea de servicios de planificación familiar.

GRÁFICA IV.11. PORCENTAJE DE MUJERES CON DISCAPACIDAD QUE UTILIZAN ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE 15 A 49 AÑOS, POR CLASE DE DIFICULTAD FUNCIONAL. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

Asimismo, existe la demanda de continuar con los esfuerzos a favor del empoderamiento de la mujer en la toma de decisiones sobre el método de planificación familiar afines a sus necesidades, en el marco de una relación de pareja libre de violencia. En el 65.8% de las mujeres con discapacidad de 15-49 que están en una unión conyugal, su pareja interviene de forma total o parcial en las decisiones sobre el uso de los métodos para demorar o evita un embarazo. Aun cuando esta incidencia es menor al de las mujeres sin discapacidad (69.6%), solo el 34.2% de las mujeres con discapacidad en una unión conyugal tienen total autonomía sobre sus decisiones de planificación familiar.

- **Desafío 8. El embarazo y la maternidad en las mujeres con discapacidad.** Según la ENS 2021, el 72.9% de las mujeres con discapacidad de 15 a 49 años han estado embarazadas en algún momento de su vida; y en cambio, en las mujeres sin discapacidad, es el 65.4%. Esta brecha en la prevalencia de embarazo está asociada con los niveles reportados en las generaciones de 30 a 49 años (en las mujeres con discapacidad, es 91.0% mientras que, en las mujeres sin discapacidad, 88.6%). En las generaciones jóvenes de 15 a 29 años, el porcentaje de mujeres que ha estado embarazada en algún momento de su vida es mayor en las mujeres sin discapacidad. El 8.9% de las mujeres sin discapacidad de 15-19 años y 43.9% de 20-24 años ha estado embarazada en algún momento de su vida. En cambio, en las mujeres con discapacidad de 15-19 años es de 7.7% y en las de 20-24 años, 30.3%.

A su vez, las mujeres con discapacidad de 15-49 años presentan una prevalencia de maternidad más alta que sus pares sin discapacidad. En 2021, el 70.8% de las mujeres con discapacidad de 15-49 años había tenido al menos 1 hijo nacido vivo, mientras que, en aquellas sin esta condición, el 63.5%. Esta brecha de prevalencia responde a los niveles más elevados de jóvenes adolescentes con discapacidad de 15-19 años (6.9% en contra de 6.4%) y mujeres adultas de 30-49 años (89.9% en contra de 87.9%).

Detrás de la diferencia entre la prevalencia del embarazo y la de maternidad, se esconden diferentes riesgos durante el período de gestación que terminan en la pérdida fetal y nacidos muertos. Estos problemas en la culminación de embarazo se presentan con una mayor intensidad en las mujeres con discapacidad de 15 a 49 años que en aquellas sin esta condición. Según la ENS 2021, el 17.8% mujeres con discapacidad que tiene experiencia de embarazo ha perdido al menos a un bebe antes de los 5 meses de gestación; y en mujeres sin discapacidad, es el 13.0%. A su vez, el 4.5% de mujeres con discapacidad que tiene experiencia de embarazo tuvo al menos un hijo nacido muerto después de los 5 meses de gestación; y en las mujeres sin discapacidad, el 2.5%. La exposición a estos riesgos se concentra en la población con discapacidad de 20-49 años. En las jóvenes adolescentes con discapacidad, no se reportan casos de pérdida fetal y nacidos muertos. Dentro de la población con discapacidad, la prevalencia de pérdida fetal afecta a las generaciones de mujeres jóvenes de 20 a 24 años (22.1%), mientras que la prevalencia de nacidos muertos en las generaciones de mujeres adultas de 30-49 años (4.8%).








Estos problemas de salud materna adquieren matices diferenciados en las mujeres con discapacidad con mayor vulnerabilidad como aquellas con dificultades funcionales altamente severas. La prevalencia de embarazo y maternidad es más baja (27% y 9.9%) que en las mujeres con discapacidad en general, como resultado de la existencia de mayores riesgos para la culminación adecuada del período de gestación. El 63.2% de las mujeres con alguna dificultad funcional altamente severa de 15 a 49 años que han estado embarazadas no ha logrado tener algún hijo vivo por pérdidas fetales antes de los cinco meses.

Asimismo, las mujeres con dificultades funcionales altamente severas que nunca han estado embarazadas presentan los porcentajes más bajos de deseos de maternidad en el futuro. Solo el 12.9% de las mujeres con alguna dificultad funcional altamente severa sin experiencia de embarazo quiere estarlo en un futuro cuando en las mujeres con discapacidad en general es el 55.4%.

Asimismo, la demanda de servicios de consejería en riesgo reproductivo y riesgo obstétrico presenta distintos matices funcionales. La prevalencia del embarazo es superior al 70% en las mujeres de 15-49 años con dificultades motrices, visuales, auditivas e intelectuales; y menor al 60% en aquellas con dificultades del habla, psicosociales y autocuidado. La prevalencia de pérdida fetal supera el 20% en las

mujeres con dificultades del habla, intelectuales y psicosociales. A su vez, la prevalencia de nacidos muertos es mayor al 5% en las mujeres con dificultades del habla e intelectuales. Por último, la incidencia de deseos de embarazo en el futuro supera el umbral del 50% de las mujeres sin experiencia de embarazo en aquellas que tienen dificultades visuales, intelectuales y psicosociales.

GRÁFICA IV.12. EXPERIENCIA DE EMBARAZO EN LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD DE 15-49 AÑOS, POR TIPO DE DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2021

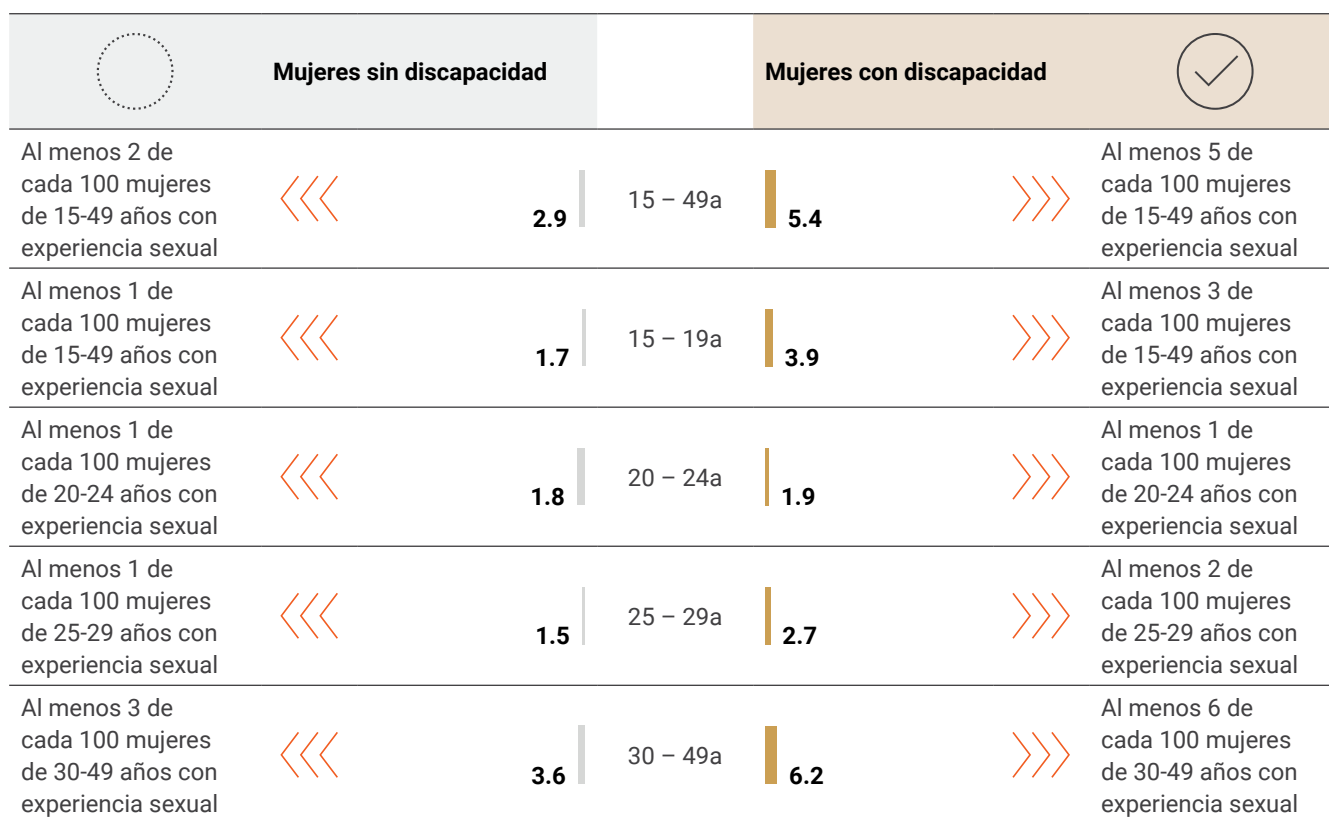
Mujeres con discapacidad de 15-49 años	Porcentaje de mujeres que han estado embarazadas en algún momento de su vida	Porcentaje de mujeres con experiencia de embarazo que ha perdido al menos a un bebe antes de que tuviera los 5 meses de gestación	Porcentaje de mujeres con experiencia de embarazo que tuvo al menos un nacido muerto después de los 5 meses de gestación	Porcentaje de mujeres sin experiencia de embarazo pero que si quieren tener un hijo después
 Presencia de dificultades motrices	72.5	19.2	4.3	45.9
 Presencia de dificultades visuales	72.3	17.6	4.5	53.2
 Presencia de dificultades del habla	56.4	22.7	9.0	34.9
 Presencia de dificultades auditivas	72.9	17.7	4.3	48.6
 Presencia de dificultades intelectuales	78.3	21.2	5.7	58.3
 Presencia de dificultades psicosociales	57.2	27.4	4.7	60.1
 Presencia de dificultades de autocuidado	58.6	19.2	4.3	29.1

Fuente: elaboración propia a partir de ENS 2021.

- Desafío 9. La exposición diferenciada a la violencia sexual.** En el marco de la convergencia de las desigualdades de género con las de discapacidad, las mujeres con discapacidad son más vulnerables a la violencia sexual. Según la ENS 2021, el porcentaje de mujeres que empezó su vida sexual con una relación sin mutuo acuerdo fue mayor en las mujeres con discapacidad que en aquellas sin esta condición (5.4% en contra de un 2.9%). Si bien, el porcentaje de mujeres con discapacidad que ha sufrido esta vulneración a sus derechos es más alto en las generaciones de 30 a 49 años, es preocupante la situación que enfrentan las mujeres jóvenes adolescentes con discapacidad de 15 a 19 años.

Desde una perspectiva funcional, el porcentaje de mujeres con discapacidad de 15 a 49 años que ha comenzado su vida sexual con un acto de violencia varía entre el 3.9% y el 10.2%. Entre estos dos extremos, la incidencia es más alta en las mujeres con dificultades motrices, auditivas, intelectuales, psicosociales y de autocuidado (por encima del 5%). A su vez, es más alta en las mujeres con perfil múltiple de discapacidad que en aquellas con un perfil único (8.6% en contra de 4.1%).

GRÁFICA IV.13.
PORCENTAJE DE MUJERES CON EXPERIENCIA SEXUAL CUYA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL NO FUE POR MUTUO ACUERDO. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

En el marco de estas experiencias diferenciadas, las mujeres con discapacidad enfrentan obstáculos para ser reconocidas como víctimas de algún un hecho de violencia sexual. En primer lugar, enfrentan dificultades para comunicar lo sucedido frente a una autoridad estatal por las diferencias en sus perfiles cognitivo-sensoriales, como resultado de la falta de servicios de atención a víctimas capaces de adecuarse a su forma de comunicación. En segundo lugar, pueden enfrentar tensiones con los miembros de su hogar por el reconocimiento de los hechos y la obtención de apoyos para la interposición de una denuncia o la búsqueda de ayuda para tratar las consecuencias de los hechos. Estas tensiones pueden ser más complejas, si el agresor es afectivamente cercano al núcleo familiar (como la pareja o familiar) o si el hogar depende económicamente del agresor (lo cual puede ser particularmente desventajoso para las mujeres con discapacidad que no tienen ingresos propios).

En tercer lugar, su credibilidad puede ser cuestionada, especialmente si tienen dificultades funcionales para comunicarse, relacionarse con otros, comprender diferentes ideas o recordar con precisión hechos de su vida cotidiana. En cuarto lugar, experimentan barreras para acceder a tratamiento clínico integral y oportuno ante un hecho de violencia. En quinto lugar, se enfrentan a la ausencia generalizada de datos estadísticos desagregados por condición de discapacidad y por ende a la visibilidad técnico-política de su victimización y sus necesidades de protección.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de servicios de prevención de violencia sexual



“Un vecino en un cantón se la llevaba para un baño y cuando la madre salía a vender verduras, el hombre abusaba de ella... El hombre decía que no que era falso, la niña trataba de comunicarse y gracias a una vecina lo identificaron y con los peritajes psicológicos vieron que era cierto”.

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

- **Desafío 10. La universalización de la autonomía corporal.** Según la ENS 2021, más del 65% de las mujeres de 15 a 49 años con alguna experiencia sexual toman por sí mismas las decisiones de su propio cuerpo. En las mujeres con discapacidad, este porcentaje es ligeramente más alto que en las mujeres sin esta condición (68.7% en contra de un 65.3%).

Esto se configura en el marco de distintas asimetrías generacionales, territoriales y funcionales. La incidencia de la toma de decisiones autónoma es más alta en las jóvenes con discapacidad de 15-24 años (más del 70%) que en la de las mujeres adultas con discapacidad de 25 a 49 años (inferiores al 70%). Además, es mayor en el área urbana (71.9%) que en

la rural (61.7%). Por otro lado, esta incidencia es más elevada en las mujeres con un perfil único (69.0%) que en aquellas con perfil múltiple (64.3%).

En este contexto, aún persiste un tercio de las mujeres con discapacidad de 15 a 49 años que no están a cargo plenamente de la toma de decisión sobre su propio cuerpo. De este tercio de mujeres, más del 95% han cedido su autonomía de forma total o parcial a favor de su pareja (esposo, compañero de vida, novio). Si bien, el peso de la intervención de la pareja en las mujeres con discapacidad es más bajo que en las mujeres sin esta condición (94.8% en contra de un 95.4%), el peso de la participación de familia es ligeramente más alto (un 4.2% en contra de un 3.7%).

La familia tiene una mayor relevancia en la gestión de las decisiones de las mujeres con discapacidad en situaciones vulnerables, como las jóvenes adolescentes con discapacidad (por su minoría de edad) (47.0%), las mujeres rurales (por su desventaja de autonomía económica) (5.9%) y las mujeres con dificultades funcionales severamente altas (60.6%) y

las mujeres con un perfil de discapacidad múltiple (17.9%). Por otro lado, tiene una mayor intervención más notable en las mujeres con determinadas dificultades funcionales: habla, auditiva, psicosociales y autocuidado (en más del 10% de las mujeres sin el control total de las decisiones sobre el cuidado de su cuerpo, la familia es quien toma las decisiones).

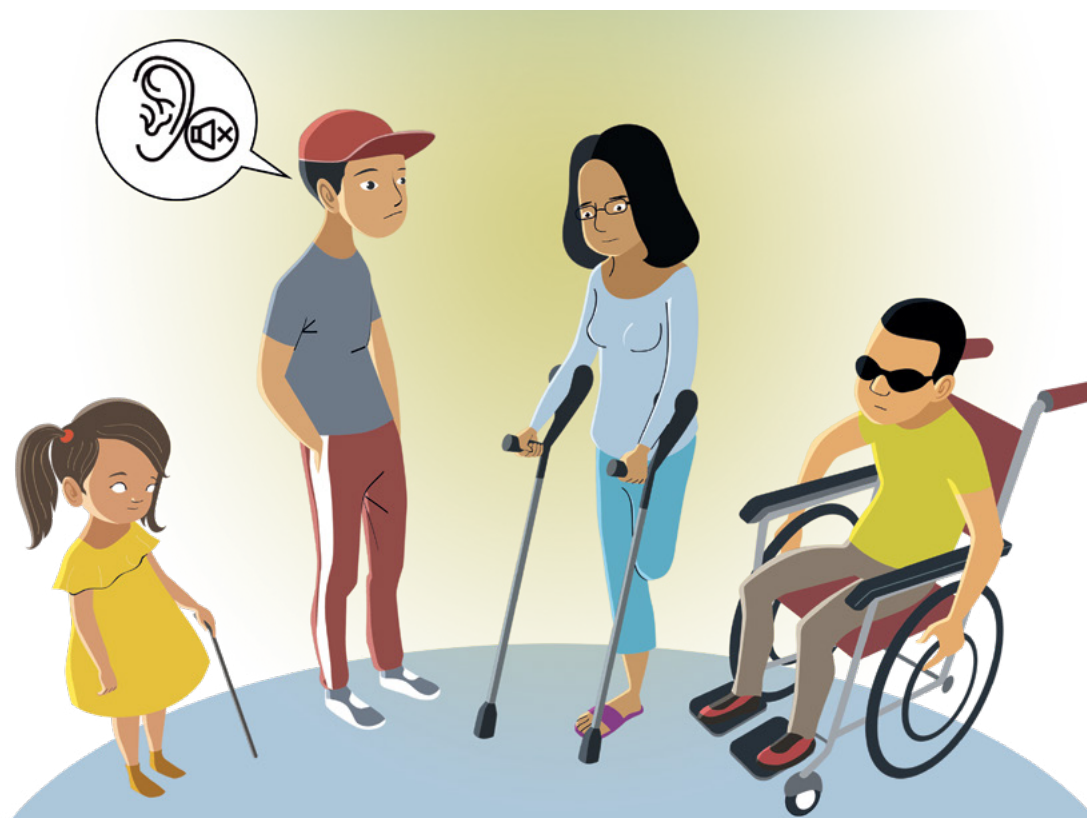
II. Una educación inclusiva a lo largo de la vida

A nivel mundial, la educación ha sido uno de los campos de política pública más relevantes en las transformaciones institucionales a favor de los derechos de las personas con discapacidad, por su potencial para reducir o perpetuar diferentes desigualdades.

El mundo educativo comenzó a operar conforme a un esquema segregado basado en la existencia de un sistema especial para las personas con discapacidad y uno regular para las personas sin discapacidad. Con la emergencia del enfoque social garantista, se impulsó la reversión de esta separación, por medio de la instalación

de centros educativos inclusivos capaces de responder a las necesidades de aprendizaje de la diversidad de miembros de la comunidad y mantener los centros de educación especial para determinados casos. Como parte de estas necesidades no solo se contemplan las de las personas en una edad escolar formal, sino que también la nivelación de logros educativos en personas jóvenes, adultos y envejecidas.

En este contexto, la garantía del derecho a la educación de las personas con discapacidad enfrenta diferentes barreras que perpetúan el rezago educativo de las diferentes generaciones y renuevan la vigencia de eliminar de forma acelerada la segregación escolar.



CUADRO IV.4.

BARRERAS ESTRUCTURALES PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Barreras espaciales

- Prevalencia de centros escolares y alrededores con una infraestructura inaccesible e insegura para las personas con discapacidad (por el riesgo a accidentes).
- Exclusión digital por la ausencia de dispositivos, plataformas y estrategias educativas digitales adaptadas al perfil funcional de las personas con discapacidad.
- Lejanía espacial de los centros educativos con una oferta de servicios de calidad que sea sensible a las distintas necesidades de aprendizaje de las personas con discapacidad.



Barreras comunicacionales

- Contenidos curriculares, metas de aprendizaje, estrategias pedagógicas y materiales didácticos escasamente adaptados a las capacidades lingüísticas y cognitivas de la variedad de perfiles de personas con discapacidades.
- Relaciones escolares excluyentes por el desconocimiento de la comunidad educativa (personal directivo, administrativo, docente y auxiliar; estudiantes y tutores responsables de los estudiantes) del LESSA, sistema Braille u otra estrategia comunicativa sensible al perfil lingüístico y cognitivo de las personas con discapacidad.



Barreras actitudinales

- Prevalencia de tratos discriminatorios y distintas formas de violencia en contra de las personas con discapacidad por prejuicios en contra de su apariencia, capacidad de aprendizaje, habilidad para comunicarse u otra característica asociada con su perfil de discapacidad.
- Ausencia de apoyos psicoemocionales para la atención del clima de aprendizaje en el núcleo familiar de las personas con discapacidad y la gestión de cambios culturales en la comunidad escolar.



Barreras político-institucionales

- Prevalencia de la segregación educativa (un sistema regular para personas sin discapacidad y un sistema especial para personas con discapacidad), en el marco de diferentes deudas de calidad educativa.
- Ausencia de personal docente capacitado, entornos pedagógicos y materiales didácticos para la inclusión educativa en las diferentes disciplinas curriculares, niveles educativos y territorios.
- Falta de recursos financieros necesarios para ofrecer una educación inclusiva de calidad a lo largo de la vida.



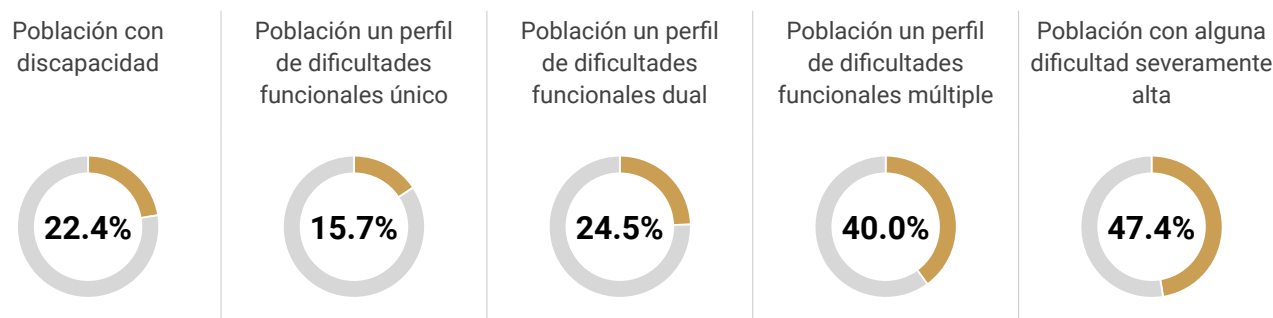
Barreras económicas

- Existencia de poder adquisitivo para pagar servicios de tutoría docente, apoyo psicoemocional, traducción, transporte y dispositivos de aprendizaje con diseños universales a costos inasequibles.

Fuente: elaboración propia a partir de Velásquez (2020), UNDESA (2016), entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

- Desafío 1. La exclusión escolar de las personas con discapacidad como un continuo a lo largo de la vida.** Las personas con discapacidad enfrentan niveles de exclusión escolar más altos, en especial si tienen una condición altamente vulnerable. De acuerdo con la ENS 2021, el 22.4% de las personas con discapacidad nunca habían asistido alguna vez a un centro escolar, mientras que, en la población sin discapacidad, era el 9.3%. Asimismo, la exclusión escolar se hace más profunda a medida que se complejiza el perfil funcional de las personas con discapacidad. Según la ENS 2021, la incidencia de la exclusión escolar que enfrentan las personas con un perfil de discapacidad único es 30% más bajo que el de las personas con discapacidad en general mientras que el de las personas con un perfil de discapacidad múltiple es casi un 80% más alto. Este problema de inclusión se agrava en función del grado de severidad de sus dificultades funcionales. Los niveles de exclusión escolar de las personas con alguna dificultad severamente alta duplican a los reportados por las personas con discapacidad (47.4% en contra de 22.4%) y quintuplican los niveles de exclusión de las personas sin discapacidad (47.4% en contra de 9.3%).

GRÁFICA IV.14. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DE 3 AÑOS O MÁS QUE NUNCA HA ASISTIDO A UN CENTRO ESCOLAR. EL SALVADOR, 2021



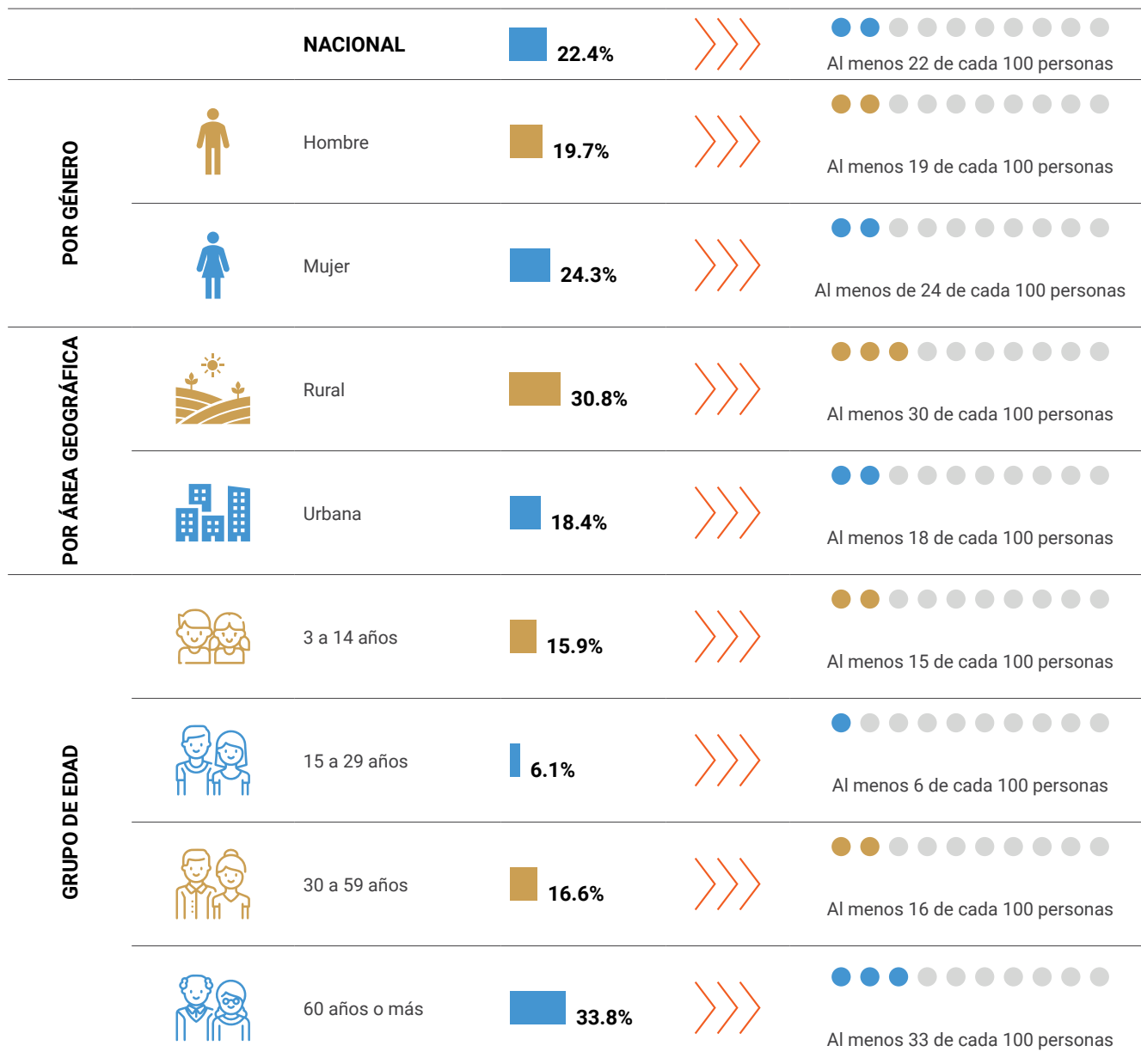
Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

En el marco de diferentes desigualdades sociales, la exclusión educativa de la población con discapacidad afecta en una mayor proporción a las mujeres con discapacidad que a los hombres. La exclusión femenina es 4.6 puntos porcentuales más alta que la masculina (es decir, un exceso equivalente al 23.4% de los niveles de exclusión masculinos). Asimismo, es más marcada en las áreas rurales que en las urbanas. La exclusión rural es 12.4 puntos porcentuales más alta que la urbana (es decir, un exceso equivalente al 67.4% de los niveles de exclusión urbanas).

Desde una perspectiva etaria, la exclusión educativa a lo largo de la vida es menor en las generaciones jóvenes de 15 a 29 años y mayor en las de 60 años o más. El porcentaje de personas de 60 años o más que nunca han ido a un centro escolar es al menos 4.5 veces mayor al de las personas de 15-29 años. La niñez de 3 a 14 años presenta niveles de exclusión al menos duplican a los de las personas jóvenes.

Esta tendencia sociodemográfica releva la necesidad de incorporar de manera oportuna a la niñez con discapacidad al sistema educativo y a la vez, reducir el rezago educativo que enfrentan las poblaciones adultas tras una vida lejos de las aulas como una acción esencial para la empleabilidad de las generaciones productivas con discapacidad y la promoción de un envejecimiento digno. Del 100% de población con discapacidad que nunca ha asistido a un centro escolar, el 5.0% tiene de 3 a 14 años; el 3%, 15 a 29 años; el 30.7%, 30 a 59 años; y 61.3% de 60 años o más. La población adulta mayor no solo experimenta en mayor proporción, las formas más vulnerables de discapacidad, sino que también es la que ha estado más expuesta a la privación educativa a lo largo de la vida.

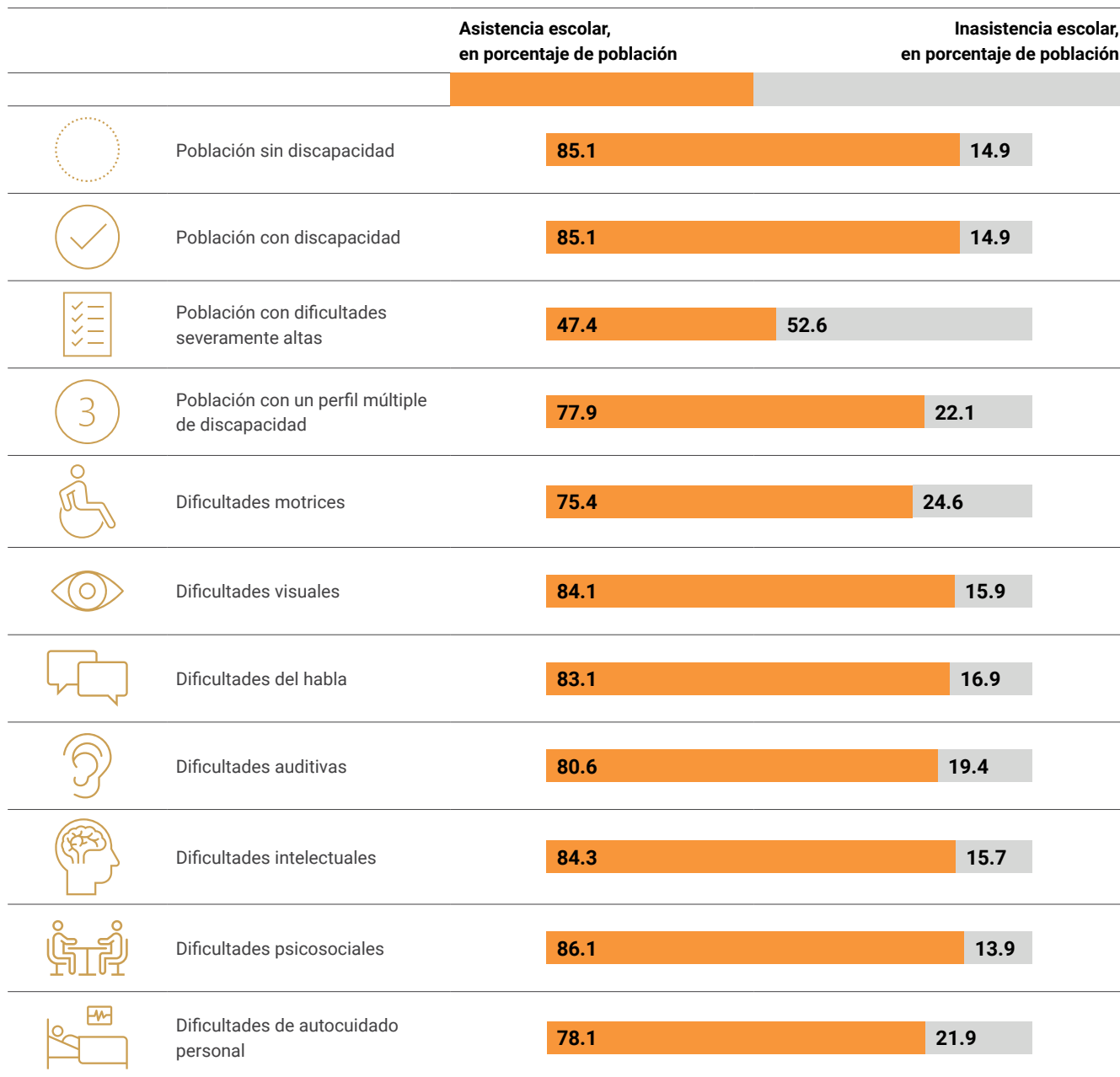
**GRÁFICA IV.15.
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DE 3 AÑOS O MÁS QUE NUNCA HA ASISTIDO A UN CENTRO ESCOLAR, POR SEXO, ÁREA GEOGRÁFICA Y GRUPO ETARIO. EL SALVADOR, 2021**



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

- Desafío 2. Incluir a la niñez y adolescencia para lograr una asistencia escolar universal en las nuevas generaciones.** Según la ENS 2021, las personas con discapacidad de 4 a 18 años poseen un nivel de asistencia escolar equiparable al de las personas sin discapacidad. En ambos grupos, el porcentaje de población que asistió a un centro escolar en 2020 fue de 85.1%. Si bien, esta tendencia es positiva en términos de igualdad de oportunidades, deja en evidencia, el reto de incluir al 14.9% restante. En 2020, las personas con discapacidad representaron el 7.4% de la población que no asistió a un centro escolar.

GRÁFICA IV.16.
ASISTENCIA ESCOLAR EN LA POBLACIÓN DE 4 A 18 AÑOS EN EL AÑO ESCOLAR 2020.
EL SALVADOR, 2015



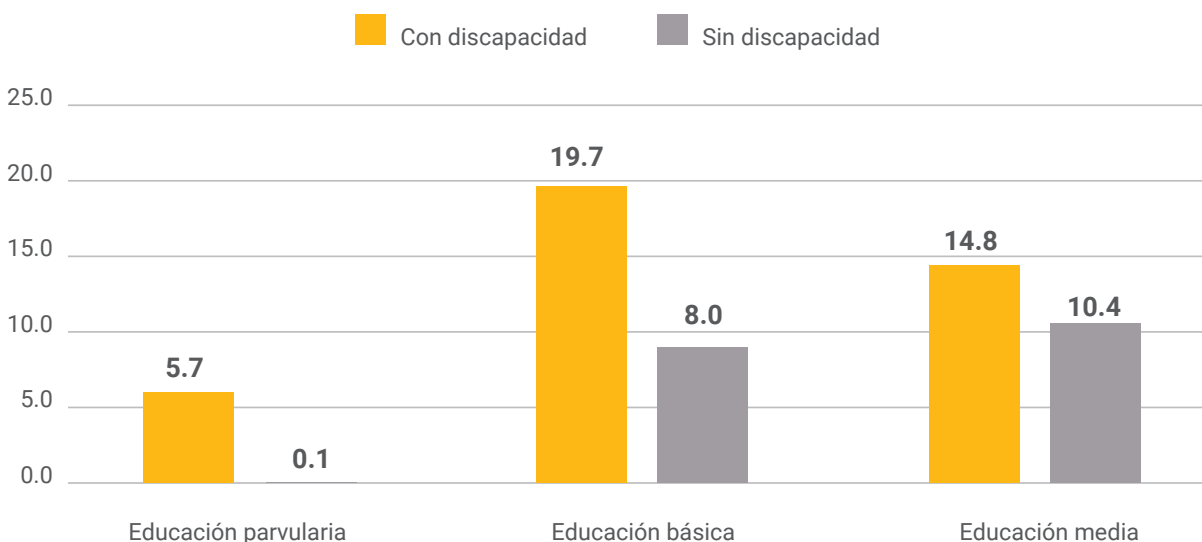
Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

En el desarrollo de esfuerzos a favor de la inclusión educativa de la niñez y juventud en edad escolar de 4 a 18 años se necesita considerar que no todos los sectores con discapacidad tienen las mismas oportunidades para asistir a un centro escolar. En la población con dificultades motrices y de autocuidado personal, los niveles de asistencia escolar en 2020 estuvieron por debajo del 80%.

La falta de acceso a la escuela es más crítica si tienen alguna condición más vulnerable. Solo el 47.4% de las personas con alguna dificultad altamente severa asistió a algún centro escolar en 2020; y en las personas con perfil de dificultades funcionales múltiples, el 77.9%.

- **Desafío 3. La garantía de una atención educativa de calidad, en especial para los estudiantes con sobreedad.** De acuerdo con los registros más recientes del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, la tasa de sobreedad era mayor en la población con discapacidad que en aquella sin esta condición, en los diferentes niveles educativos preuniversitarios.

**GRÁFICA IV.17.
TASA DE SOBREEDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL DEL SISTEMA EDUCATIVO.
EL SALVADOR, 2018**



Nota: La información de 2018 es la disponible más reciente.

Fuente: elaboración propia a partir de los registros administrativos del MINEDUCYT.

En comparación a la población sin discapacidad, las generaciones con discapacidad comienzan su vida escolar con niveles más elevados de sobreedad en la educación parvularia. La brecha en la tasa de sobreedad se expande entre los estudiantes de algún grado de la educación básica; y en cambio, es más baja en la educación media. Detrás de la sobreedad de la población con discapacidad se esconden problemas más complejos asociados con las dificultades de las familias para inscribirlos de manera oportuna pero también de los centros escolares para aceptarlos, retenerlos a lo largo del año lectivo y garantizar la obtención de los logros necesarios para aprobar el grado cursado.

Los estudiantes con discapacidad pueden enfrentar diferentes problemas en el centro escolar que pueden motivar su deserción: desde el acoso de diferentes miembros de la comunidad escolar hasta dificultades de adaptación pedagógica. Los centros escolares necesitan fortalecer sus capacidades humanas y mejorar sus espacios educativos para garantizar que las personas con discapacidad puedan desarrollar su potencial de forma plena en entornos inclusivos.

- Desafío 4. La transformación inclusiva del sistema educativo.** Desde 2006, El Salvador comenzó con la implementación de un Modelo de Escuela Inclusiva de Tiempo Pleno. Este proceso se reforzó con la promulgación de una Política de Educación Inclusiva y la conformación del Sistema Integrado de Escuela Inclusiva de Tiempo Pleno. De acuerdo con la última medición del Observatorio del Ministerio de Educación, 1,950 centros escolares formaban parte de algún SI-EITP en 2018, lo cual representa el 37.76% de los centros escolares públicos y privados con subvención estatal (Velásquez, 2020).

Esta transformación tardía del sistema regular se ha acompañado de deficiencias en la generación de capacidades para atender la heterogeneidad de discapacidades. Según los últimos datos disponibles, en 2018, sólo el 11.3% de los centros escolares con subvención estatal tenía intervenciones de atención especializadas a estudiantes con discapacidad intelectual, el 10.30% para discapacidad física-motriz, el 7.7% para discapacidad mental y el 5.5% para discapacidades múltiples. No había registros de intervenciones especializadas de accesibilidad comunicativa requeridas por estudiantes con discapacidades sensoriales (como las auditivas, visuales o del habla) (id.).

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de prácticas educativas inclusivas para la diversidad de perfiles funcionales



"Idealmente, las escuelas deberían tener una infraestructura adecuada para las diferentes discapacidades... deberían ser rampas en vez de escaleras... espacios y puertas amplias. Si tiene segunda planta, debería haber un ascensor... además, señalización con Braille. Para personas con discapacidad intelectual, sobre todo sirve la lectura fácil. Deberían poner los rótulos con letras grandes y mensajes concretos. En todas las escuelas debería haber un intérprete de señas disponible".

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

"La integración dice, con el apoyo de un intérprete, desde pequeñitos, los niños pueden ir avanzando hasta lograr el objetivo del bachillerato. Pero hay muchos obstáculos. No hay intérpretes. Es difícil encontrarlos. Quizá lo que les pagan a los intérpretes es poquito y nadie quiere hacer eso... Cuesta cuando las personas sordas están integradas con las personas oyentes. La comunicación se hace más difícil en séptimo, octavo, noveno, bachillerato... Los niños van por una nota también no es solo por ir a la escuela... A las personas sordas a veces solo les van pasando porque son sordas. A veces nadie les apoya y les explican poquito. Entonces, entonces se ponía uno mejor a hacerlo por su parte. A veces había oyentes que, si les explicaban, iban aprendiendo el lenguaje de señas, le escribía a la persona sorda y así iban haciendo luego, grupos de estudio. Esto es bueno, pero no siempre se da".

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

"En Canadá, las escuelas tenían un espacio donde llevaban a los chicos con alguna discapacidad física fuerte, como los chicos con parálisis cerebral. Para ellos es un problema estar en la misma posición mucho tiempo. Entonces llegaban terapeutas físicos del ministerio de salud para hacerle los masajes. En las escuelas de aquí, deberían tener espacio para eso y el apoyo del Ministerio de Salud"

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

Ante estas limitaciones, el sistema educativo regular se enfrenta continuamente para el reto de reaccionar adecuadamente en respuesta a la recepción de la demanda. La mayoría de los centros escolares no están preparados para recibir a cualquier estudiante con discapacidad, en cualquier momento y en cualquier distrito escolar. En mayor o menor medida, se necesitan solventar carencias de instalaciones, docentes, personal de apoyo, recursos

pedagógicos y colaboración de la comunidad estudiantil. El desarrollo tardío de estas capacidades puede suponer un costo de calidad en la educación de las personas con discapacidad. Al final, asisten a un centro escolar pero no tienen el acompañamiento docente, pedagógico, psicológico y familiar necesario para obtener los logros de aprendizaje esperados y avanzar en el sistema educativo.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de prácticas docentes más inclusivas



“Desde pequeña estoy en una escuela regular. Por primera vez todos mis compañeros me apoyaban. Todo bien. Ya con los maestros fue otra experiencia. A veces me aceptaban en lo que yo les decía que era mi manera de trabajar. En la escuela regular uno tiene que ver cómo va a trabajar y hablar con el docente para que sea más accesible. No es que le va a regalar la nota, como dicen. Pero uno necesita apoyo para unas cosas... yo siempre he buscado sentarme adelante porque de lejos no puedo ver... a veces que yo le decía a los maestros que había cosas que no las podía hacer porque era muy difícil o algo por el estilo y que me lo dejara un poco accesible para que pudiera hacerlo... Unos no me entendían y era cuestión de acostumbrarse al modo de ellos... otros si eran más comprensivos... Ya en bachillerato uno me apoyó y otros, no... pero como siempre trabajo con los mismos compañeros no tengo problema, ellos me ayudan”.

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

“A veces, hay que hacer adaptaciones en los ejercicios, pero no siempre la maestra se siente capaz o lo que sea, entonces, uno le hace la adaptación. Si bien hacen falta materiales especiales para enseñar a niños con discapacidad, hace falta que el maestro tenga la forma de adaptarse a los niños o sepa la forma, haya estudiado o haya sacado buenas notas en su carrera; y entonces se acuerda de herramientas que le dan durante la carrera para hacerle llegar el conocimiento a los niños”.

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

En este contexto, el sistema educativo regular necesita fortalecer sus capacidades para terminar de absorber el perfil de estudiantes matriculados en el sistema educativo especial y ofrecerles un servicio de calidad. En 2018, el sistema de educación regular tiene más estudiantes con discapacidad que el sistema de educación especial (11,367 en contra de 2,460). En el marco de esta relación, ha logrado absorber a más del 80% de los estudiantes con discapacidad que asisten a algún centro escolar.

No obstante, aún quedan discapacidades con mayor representación en el sistema segregado, como la discapacidad intelectual y la discapacidad múltiple. La educación especial es necesaria en determinados casos de discapacidad que requieren un trato más personalizado y también en aquellos donde puede operar como un peldaño previo que facilite la integración educativa en niveles más avanzados.

**CUADRO IV.5.
COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DEL SISTEMA EDUCATIVO
REGULAR Y EL ESPECIAL. EL SALVADOR, 2018 (1)**

	Cantidad de estudiantes con discapacidad matriculados		Distribución de los estudiantes matriculados	
	Sistema regular	Sistema especial	Sistema regular, en porcentaje	Sistema especial, en porcentaje
Ausencia de miembros	189	0	100.0	0.0
Discapacidad motora	1,126	104	91.5	8.5
Baja visión	3,602	10	99.7	0.3
Ceguera	294	16	94.8	5.2
Sordoceguera	20	1	95.2	4.8
Sordera	677	100	87.1	12.9
Hipoacusia	185	13	93.4	6.6
Discapacidad intelectual	2,038	1,519	57.3	42.7
Discapacidad mental (2)	1024	195	84.0	16.0
Multidiscapacidad o retos múltiples (3)	741	502	59.6	40.4
Otra	1,471	0	100.0	0.0
Total	11,367	2,460	82.2	17.8

Nota: (1) el año 2018 es el año más reciente con información disponible. (2) Incluye esquizofrenia, depresión, bipolaridad y autismo). (3) Incluye el Síndrome de Down.

Fuente: elaboración propia a partir de los registros administrativos del MINEDUCYT.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de educación especial



"En las escuelas hay niños sordos y ciegos. Los ponen juntos, pero deberían estar separados. Al querer enseñarles a todos, se pierde mucha información. La comunicación es diferente... La integración no es buena cuando los niños van, pero no van aprendiendo bien".

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

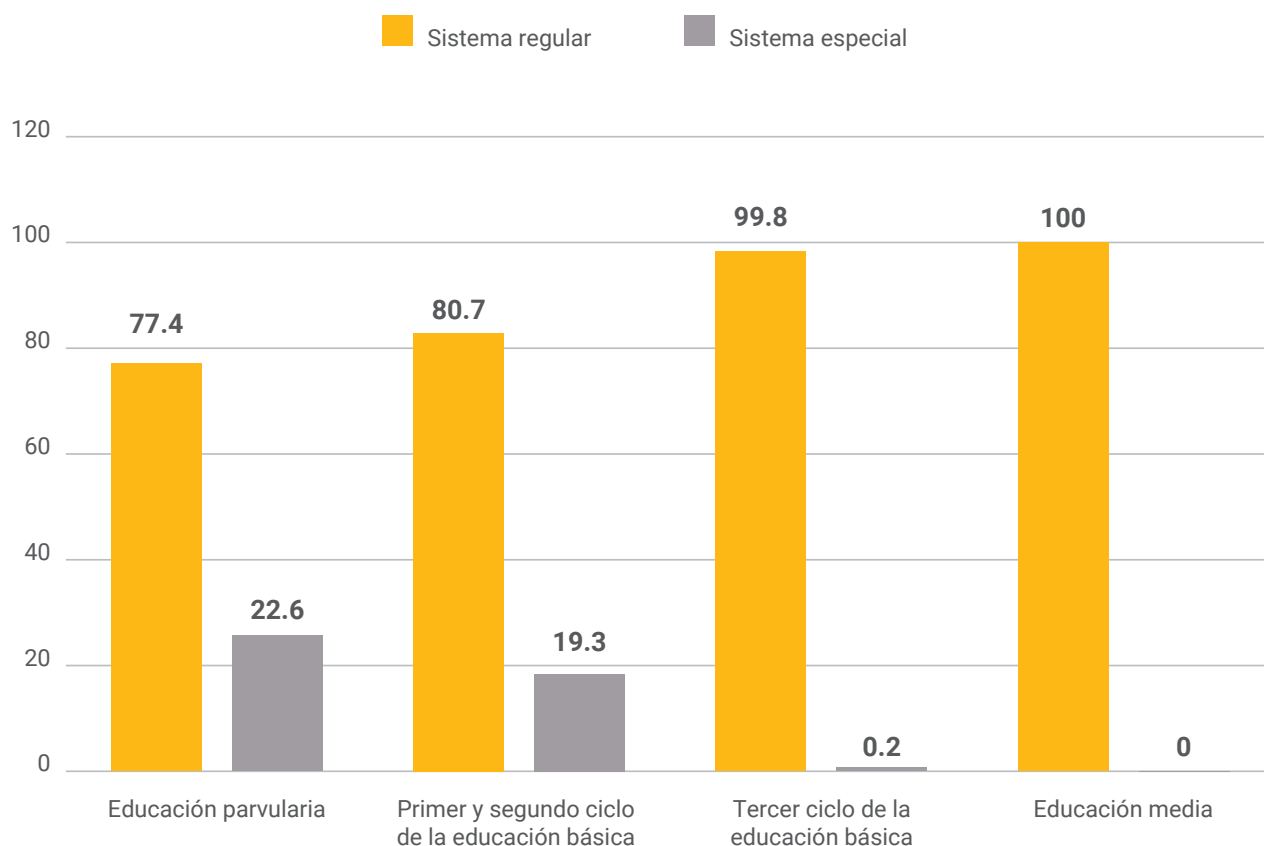
"Yo iba antes a la escuela regular, pero de ahí entré a la escuela especial. Ahí fue que aprendí el Braille. Me quedaba todo el día. Lo aprendí rápido porque no me quería quedar mucho tiempo ahí, en esa escuela especial. Quería regresar a la escuela regular. Eso sí, la rehabilitación que hice ahí, si me ha ayudado".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

El fortalecimiento de estas capacidades para la atención de las personas con discapacidad no solo involucra al sector público sino también al privado. En 2018, más del 75% de la matrícula educativa en el sistema regular está bajo responsabilidad del sector público y más del 95% en el sistema especial.

**GRÁFICA IV.18.
DISTRIBUCIÓN DE LA MATRÍCULA DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL SISTEMA EDUCATIVO, EN PORCENTAJES. EL SALVADOR, 2018**



Nota: el año 2018 es el año más reciente con información disponible.

Fuente: elaboración propia a partir de los registros administrativos del MINEDUCYT.

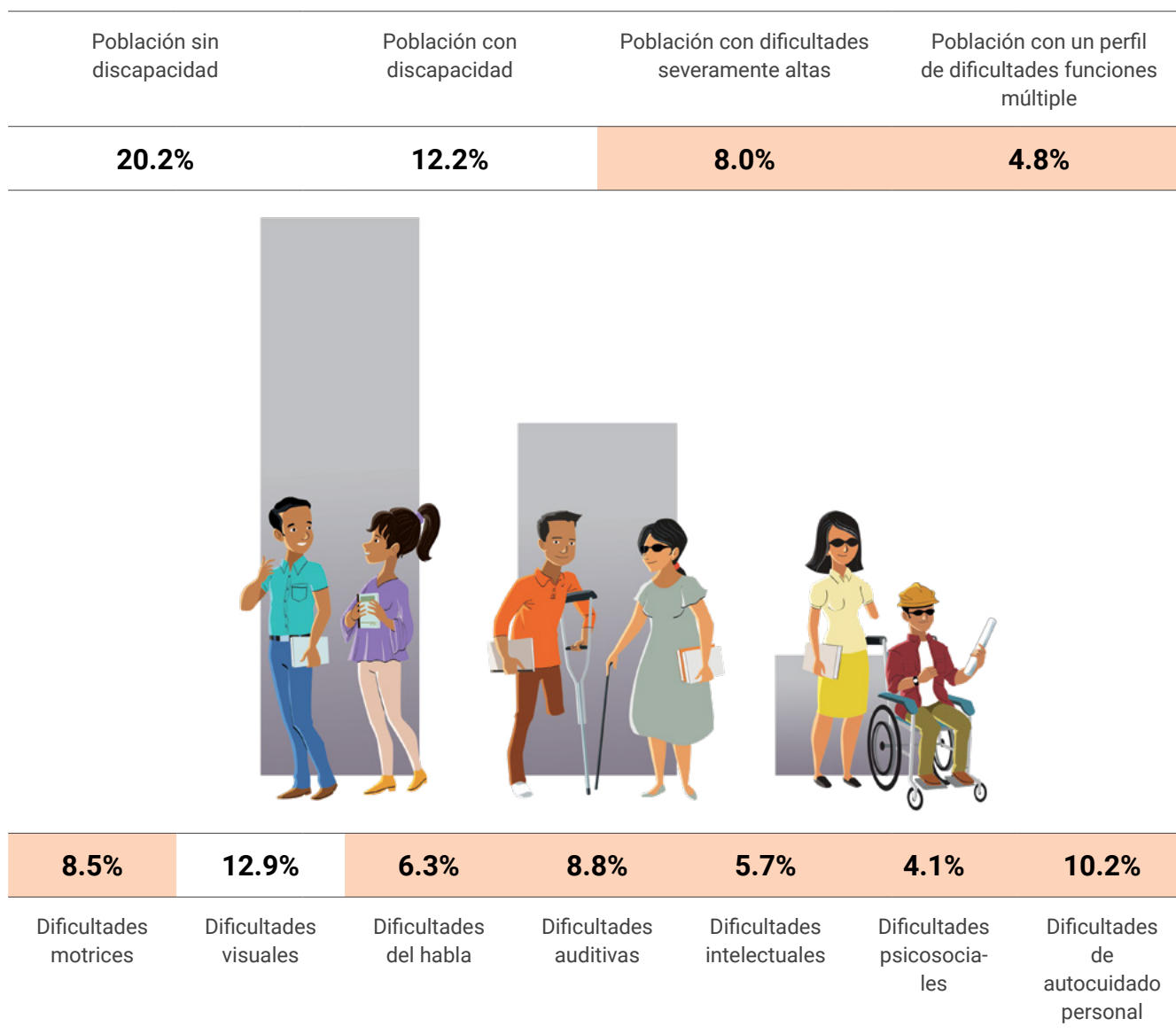
- Desafío 5. Las deudas de la educación para adultos: entre la nivelación educativa y la educación superior inclusiva.** Como resultado de la exclusión acumulada a lo largo de la vida escolar, pero también de la falta de una oferta ajustada a las necesidades de diferentes generaciones de las personas con discapacidad, la población adulta ha alcanzado en menor proporción logros educativos avanzados (educación media o superior) que le permitan disfrutar de un mejor nivel de vida. Según la ENS 2021, el 23.2% de la población

con discapacidad de 19 años o más había cursado algún grado de educación avanzada, mientras que, en la población sin discapacidad, el 48.2% (más del doble de lo reportado por la población con discapacidad). El rezago en la obtención de este logro educativo es mayor en la población con mayor vulnerabilidad. En las personas con un perfil de dificultades funcionales múltiples, solo el 8.9% había alcanzado este logro; y en las personas con alguna dificultad severamente alta, solo el 8.3%.

- Asimismo, la educación superior aún representa un tramo educativo altamente excluyente para los sectores más vulnerables. Del total de personas que alguna vez han asistido a un centro escolar, el 20.2% de la población sin discapacidad de 19 años o más ha cursado algún grado de educación terciaria. En cambio, en la población con discapacidad, es solo el 12.2%. En este marco de exclusión, la situación

es más crítica para las personas con un perfil de dificultades funcionales múltiples (solo el 4.9%) y las personas con una dificultad severamente alta (8.0%). De las diferentes clases de discapacidad, solo aquellas que tienen dificultades visuales poseen un nivel de acceso mayor que la población con discapacidad en general. Esta situación se debe a que la mayoría tienen dificultades severamente bajas.

GRÁFICA IV.19.
PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 19 AÑOS O MÁS QUE HA ASISTIDO A UN CENTRO ESCOLAR Y HA LOGRADO CURSAR ALGÚN GRADO DE EDUCACIÓN TERCIARIA. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

En este contexto, existe la demanda para desarrollar modalidades flexibles inclusivas que contribuyan a incrementar el nivel educativo alcanzado por las personas adultas con discapacidad, en especial de aquellas que se encuentran en una edad productiva y cuya inclusión laboral se ve altamente afectada por sus rezagos educativos. Asimismo, se identifica la necesidad de hacer más inclusiva la prestación de servicios de educación superior.

Este es un proceso complejo que incorpora mejoras en la accesibilidad física de los diferentes centros educativos y una mayor accesibilidad comunicativa-cognitiva en la variedad de disciplinas profesionales. Asimismo, requiere apoyos financieros para proyectos educativos que pueden prolongarse más de lo esperado, por las desventajas que enfrentan las personas con discapacidad para acoplarse a programas educativos que no han sido pensados en función de sus necesidades de aprendizaje.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de oportunidades de nivelación educativa inclusivos



"En la era de nosotros difícilmente se estudiaba. Nadie era bachiller y ser bachiller costaba un ojo de la cara. Pero cuando va a buscar trabajo, lo primero que le dicen es: ¿Qué grado tiene?... no es bachiller... pues no... Para los de 50 años o más, ser bachiller era difícil".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"A los adultos que no tuvieron acceso a una educación adecuada en su tiempo, les cuesta obtener un empleo. Es bastante complicado. Los empleadores siempre exigen títulos académicos para emplear gente".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Demanda de una educación superior más inclusiva



"En las universidades prohíben estudiar las carreras que uno puede estudiar. Uno no puede estudiar libremente... Yo quería estudiar relaciones internacionales, pero en las oficinas administrativas, dudaban que yo podría hacerlo. En esa carrera, había que comunicarse en otros idiomas. A mí gustaría estudiar inglés, pero no nos aceptan porque no podemos pronunciar las palabras en inglés. No tenemos la voz. Aunque, las personas sordas si podemos aprender a escribir y leer otro idioma... De hecho, nuestra primera lengua, es el lenguaje de señas, no es el español... Siempre se nos compara con los oyentes y en las universidades dicen que tienen más facilidad en la comunicación y pueden entender mejor. En otros países, España o Estados Unidos, dan la oportunidad de estudiar libremente".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

III. Empleo para una vida digna

Socialmente, las personas con discapacidad no suelen ser consideradas como miembros que puedan sumarse de forma plena a la fuerza laboral, por la existencia de diferentes prejuicios en torno a las habilidades desarrolladas, su potencial productivo, los cambios en el clima laboral y los costos reales de contratación (Naciones Unidas, 2007). En diferentes países del mundo, el mercado suele ignorar el potencial productivo de las personas con discapacidad, por la falta de incentivos para desarrollar esquemas empresariales socialmente responsables con la comunidad, cambiar los entornos laborales para hacerlos más sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad; y brindar apoyos para que puedan ingresar

a las empresas, conserven esta vinculación y desarrollen una carrera en el tiempo (Fundación ONCE y OIT, 2019).

Los cambios tecnológicos en el mundo del trabajo han abierto oportunidades para las personas con discapacidad por medio del teletrabajo y el desarrollo de tecnologías digitales de asistencia. Sin embargo, han surgido otros problemas de inclusión. Por un lado, aún no se ha masificado el acceso a dispositivos digitales ajustados al perfil funcional de las personas con discapacidad; y, por otro lado, tienen menores oportunidades de desarrollar perfiles técnicos altamente valorados por el mercado tecnológico y son marginados por procesos de alfabetización digital que no son sensibles a sus necesidades (Fundación ONCE y OIT, 2019).

FIGURA IV.2. COMPONENTES DE LA INCLUSIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Fuente: elaboración propia a partir de OIT (2015) y Velásquez (2018).

En este contexto, prevalecen diferentes barreras y desafíos para el disfrute del derecho al empleo de las personas con discapacidad. Por la ausencia extendida de información actualizada para su monitoreo, es difícil

dimensionar con precisión su alcance. En ese sentido, la información recopilada sólo refleja algunos de los matices de la exclusión laboral de las personas con discapacidad.

CUADRO IV.6. BARRERAS ESTRUCTURALES PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO AL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	Barreras físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez territorial de espacios de trabajo adecuados a la funcionalidad sensorial, motriz, cognitiva y psicoemocional de las personas con discapacidad. • Deterioro en la salud de las personas con discapacidad por la exposición a accidentes laborales asociados con la falta de adecuación de los espacios de trabajo y la inflexibilidad de las jornadas laborales.
	Barreras comunicacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusión laboral por falta del dominio de empleadores, empleados, proveedores y clientes de la LESSA, el sistema Braille u otra estrategia comunicativa sensible al perfil lingüístico y cognitivo de las personas con discapacidad.
	Barreras actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de prejuicios en contra de la capacidad productiva de las personas con discapacidad. • Ausencia de medidas de seguridad ocupacional sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad.
	Barreras político-institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos estatales insuficientes para el despliegue de servicios integrales de empleo y servicios de inspección laboral que puedan operar de forma oportuna en el territorio.
	Barreras económicas	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusión de los beneficios económicos del cambio tecnológico. • Existencia de prácticas de contratación basadas en la explotación salarial de las personas con discapacidad (es decir, contratarlas por un salario inferior para un mismo cargo debido a su discapacidad). • Variedad limitada de las ocupaciones disponibles para las personas con discapacidad.

Fuente: elaboración propia a partir de Velásquez (2018), Light for the World (2021), UNDESA (2016), entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

- **Desafío 1. La eliminación de la condición de discapacidad como una barrera para la inclusión laboral.** De acuerdo con la ENPD 2015, la discapacidad es una barrera estructural para la ocupación laboral. Sin importar la edad, el género o el área geográfica, las personas de 15 años o más con alguna discapacidad tuvieron un nivel de ocupación laboral menor a las que no tenían alguna discapacidad. Esta brecha era más profunda en las mujeres que en los hombres, en

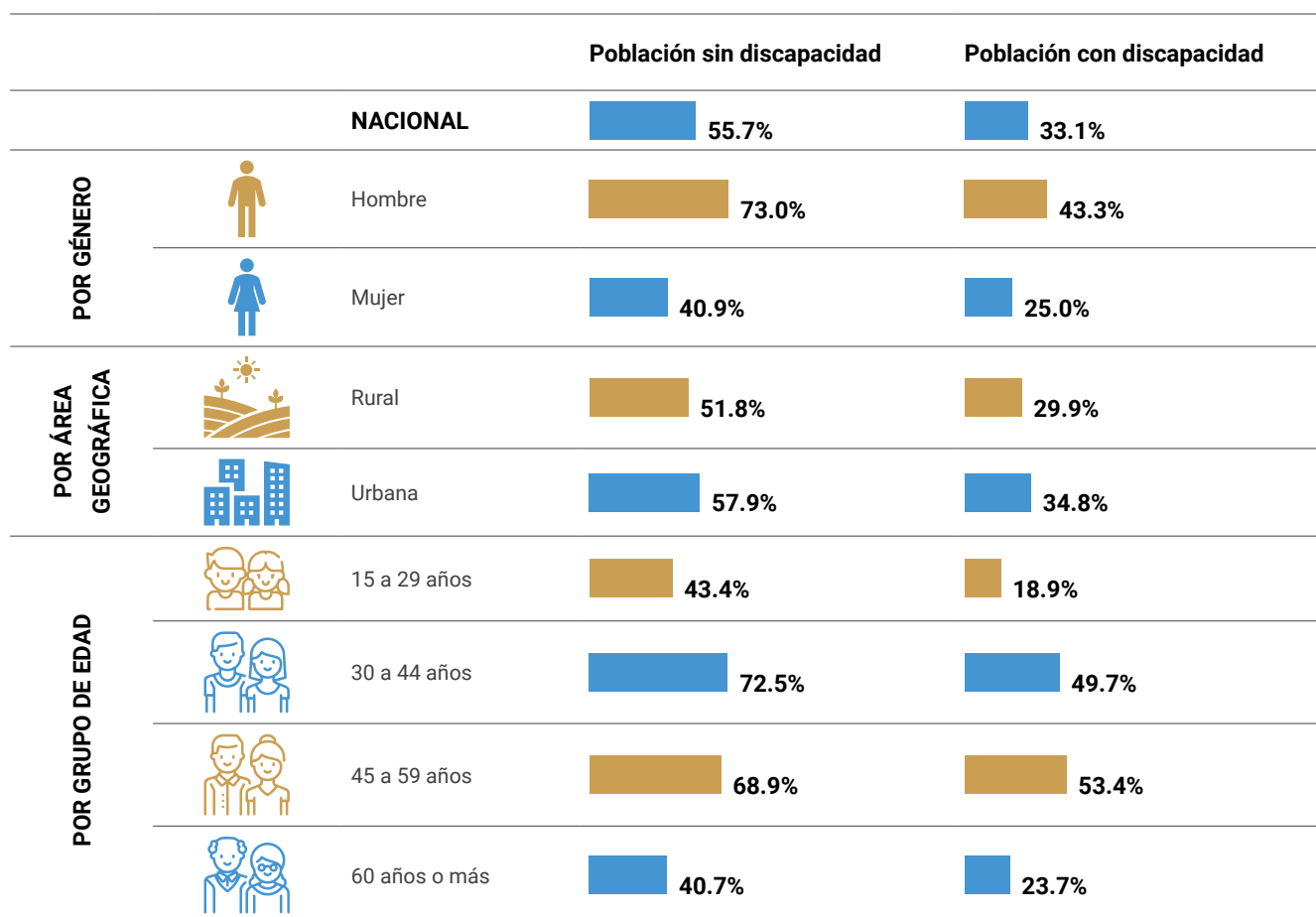
la población rural que la urbana y en las generaciones jóvenes que van comenzando su vida potencialmente productiva (15 a 29 años) que en las generaciones envejecidas de 60 años o más.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares de Propósito Múltiples (EHPM) 2021, el 20.2% de personas de 15 años o más estaban en situación de exclusión laboral, al ser “económicamente inactivas” por un deterioro

funcional asociado con una enfermedad, un accidente, una discapacidad o la vejez. La incidencia de esta forma de exclusión económica es más alta en los hombres que en las mujeres como resultado de las desigualdades de género que inhiben el rol productivo de la mujer y potencian sus responsabilidades domésticas y reproductivas con el hogar. Más del 62.9% de las mujeres no fue parte de la fuerza productiva por su dedicación exclusiva al trabajo doméstico y de cuidado; y en cambio, en los hombres solo fue el 2.1%.

En este desbalance, las mujeres con una condición de discapacidad pueden estar desconectadas de la vida económica no por su deterioro funcional sino también por su rol de género en el hogar. Asimismo, presentan variaciones etarias relevantes debido a que crece conforme se incrementa la edad. De este modo, es más alta en las generaciones envejecientes de 60 años o más que en el resto de los grupos etarios. En términos geográficos, los niveles de exclusión del área rural son similares a los de la urbana.

GRÁFICA IV.20.
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN LABORAL EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS O MÁS, POR UNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, EDAD, GÉNERO Y ÁREA GEOGRÁFICA. EL SALVADOR, 2015

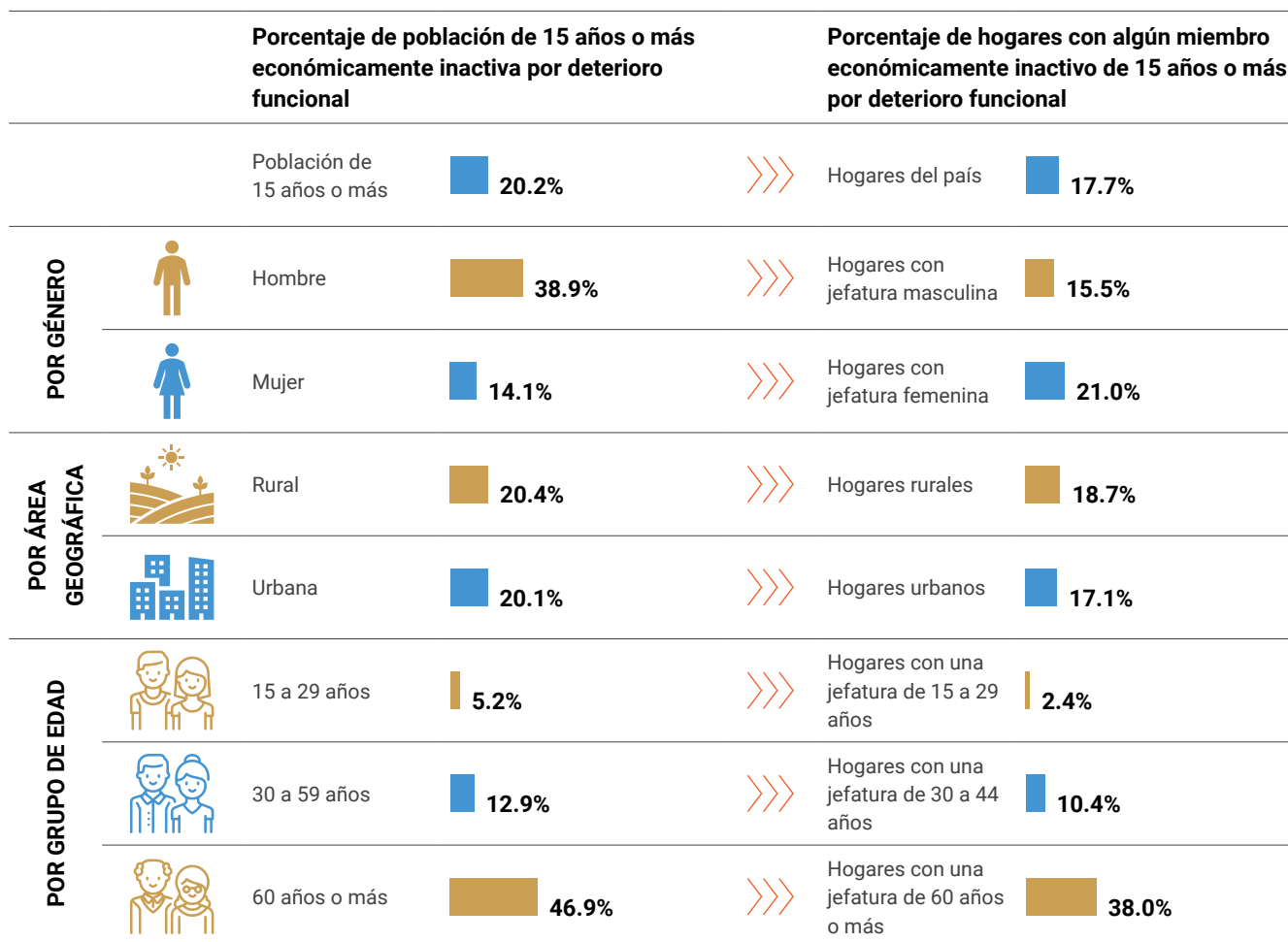


Nota: La participación laboral se refiere al porcentaje de personas de 15 años o más que realizó en la semana anterior realizó al menos una hora de trabajo.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

Esta situación de exclusión laboral se extiende a la estructura de los hogares, afectando su capacidad de generación de ingresos. En 2019, el 17.7% de los hogares tenía algún miembro de 15 años o más en exclusión económica por deterioro funcional. Este porcentaje era mayor en aquellos con jefatura femenina (21.0%), los hogares rurales (18.7%) y los hogares con una jefatura de 60 años o más (38.0%).

GRÁFICA IV.21. ALCANCE DE LA EXCLUSIÓN LABORAL POR DETERIORO FUNCIONAL. EL SALVADOR, 2021



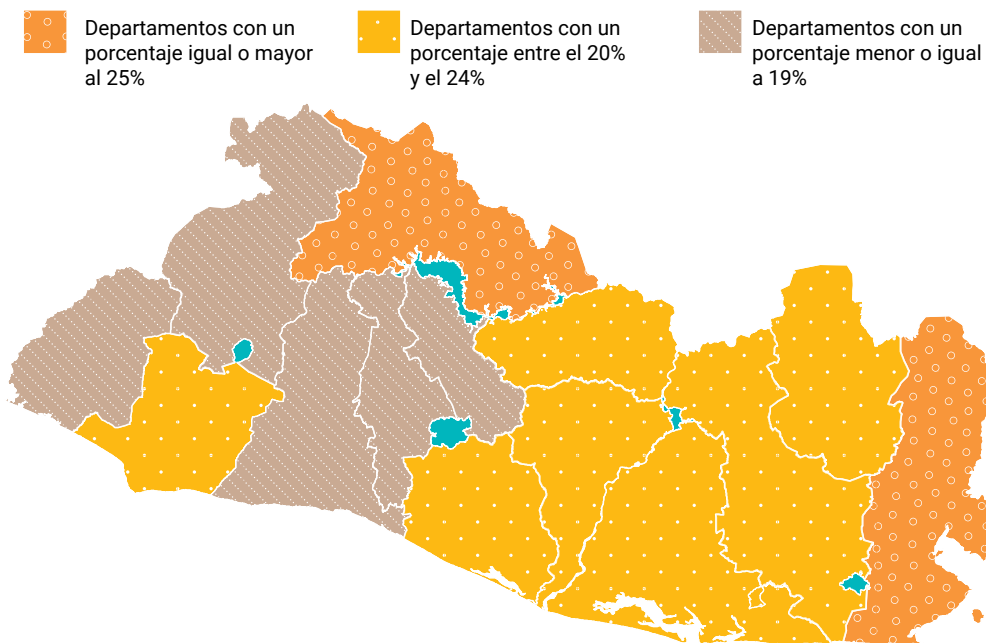
Nota: (1) El deterioro funcional se refiere a las personas de 15 o más que están económicamente inactivas por enfermedad/ accidente y discapacidad/edad

Fuente: elaboración propia a partir de la EHPM 2021.

A nivel departamental, el porcentaje de personas de 15 años más en exclusión laboral por deterioro funcional oscila entre el 27.4% (La Unión) y el 15.6% (Ahuachapán). En el marco de estos extremos, 8 de los 14 departamentos tienen un nivel de exclusión laboral por deterioro funcional superior al valor nacional. En 2 de estos departamentos, más del 25% de la población económicamente inactiva está en esta situación por deterioro funcional: La Unión y Chalatenango.

GRÁFICA IV.22. PORCENTAJE DEPARTAMENTAL DE POBLACIÓN INACTIVA ECONÓMICAMENTE DE 15 AÑOS O MÁS POR DETERIORO FUNCIONAL. EL SALVADOR, 2021

La Unión	27.4
Chalatenango	26.6
Usulután	22.7
San Miguel	22.4
La Paz	22.1
San Vicente	21.0
Cabañas	20.6
Morazán	20.3
Nacional	20.2
Sonsonate	20.0
Santa Ana	19.2
Cuscatlán	19.1
San Salvador	19.0
La Libertad	18.8
Ahuachapán	15.6



Fuente: elaboración propia a partir de EHPM 2021.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de apoyo a la inclusión laboral de las familias de las personas con discapacidad



“Hay poco empleo para las personas con discapacidad que realmente lo necesitan; y cuando uno ya está mayor y tiene una enfermedad, cuesta más conseguir algo. Está situación afecta a la familia. Entonces, se debería facilitar que los miembros de la familia tengan trabajo, como principal sostén de la casa. Un trabajo bueno que no sea temporal y si se quedan sin trabajo, ayudarles a conseguir otro. Lo importante es que se tenga ingreso en la casa”.

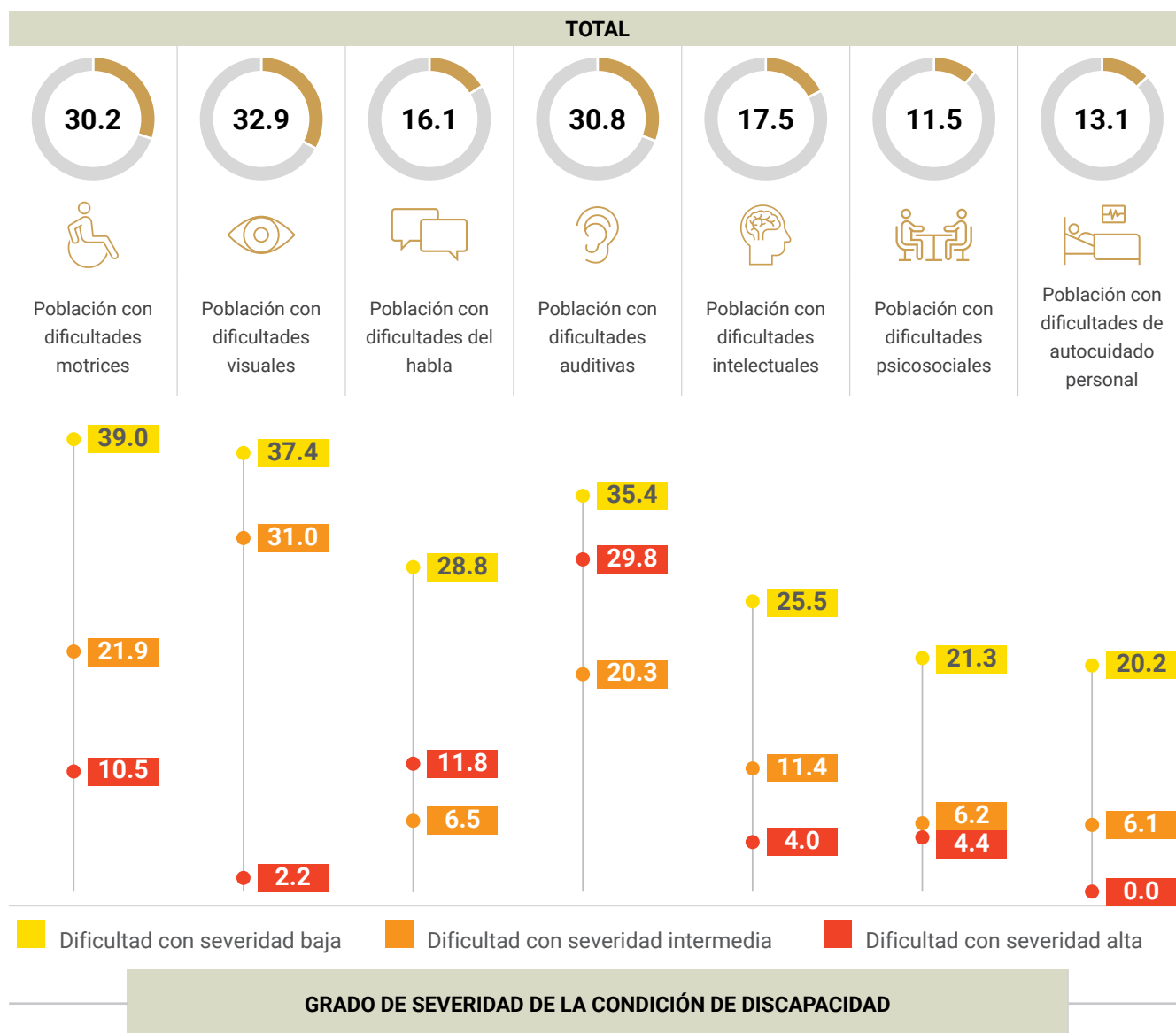
Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

- **Desafío 2. La generación de capacidades sociales para la inclusión laboral de las distintas discapacidades.** La discapacidad como una barrera para la exclusión laboral puede tomar múltiples matices, según la vulnerabilidad de la condición de discapacidad. Según la ENPD 2015, el nivel de ocupación laboral de las personas con un perfil de dificultades funcionales único es de 41.1% (es decir, un 24.3% mayor al de las personas con discapacidad en general) y en cambio, el de las personas con dificultades funcionales múltiples es de 9.7% (es decir, un 70.9% menor al de las personas con discapacidad en general).

Asimismo, los niveles de ocupación laboral varían según la clase de discapacidad. En la población con dificultades motrices, visuales y auditivas, la ocupación laboral fue mayor al 30% y en cambio, en la población con una discapacidad psicosocial o de autocuidado personal, menos del 15%. En todas las clases de discapacidad, las personas con dificultades severamente bajas tienen niveles de ocupación laboral más altos. Sin embargo, no todas las personas con este grado de vulnerabilidad tienen las mismas oportunidades: las personas con dificultades motrices, visuales y auditivas severamente bajas tienen una ocupación por encima del 35% mientras que las personas con dificultades psicosociales y de autocuidado personal por debajo del 25%.

GRÁFICA IV.23.
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD OCUPADA EN EL MERCADO LABORAL. EL SALVADOR, 2015



Nota: (1) La participación laboral se refiere al porcentaje de personas de 15 años o más que realizó en la semana anterior realizó al menos una hora de trabajo. (2) La severidad baja se refiere a la presencia de poca dificultad; la severidad intermedia, a la presencia de mucha dificultad; y la severidad alta, a la presencia de una dificultad total.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

Estas tendencias revelan que el mercado laboral tiene una capacidad diferenciada para absorber a la heterogeneidad de perfiles funcionales que forman parte de la población con discapacidad. De este modo, existe una necesidad para que el mercado laboral transite hacia una estructura productiva diversificada capaz de dar empleo a todas las personas con discapacidad y haga de una determinada clase de discapacidad, una razón de discriminación.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de oportunidades laborales para las diferentes clases de discapacidad



"Incluso teniendo mi currículo y mi preparación, me ha costado mucho encontrar trabajo como persona sorda. Mi familia me ha ayudado a buscar, pero, nada. Se necesita ayuda del gobierno y también de la empresa privada para crear oportunidades de empleo y que las personas sordas sepan sobre las ofertas de trabajo".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"Son personas muy capaces, profesionales, ingenieros, pero cuando mencionan la discapacidad (mental), nunca los llaman. Por los medicamentos, las personas con discapacidad pueden trabajar adecuadamente medio tiempo. No pueden más por los efectos secundarios".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

- **Desafío 3. El desarrollo de políticas integrales para la inclusión laboral de la población con discapacidad.** La inclusión laboral de las personas con discapacidad es un proceso complejo que requiere el acceso articulado a diferentes apoyos estatales en materia de empleabilidad, intermediación laboral, emprendimiento, formación profesional, seguridad social, inspección laboral y acceso a justicia frente a violaciones a sus derechos laborales (Velásquez, 2018). Sin embargo, es difícil identificar tendencias sobre su acceso por los vacíos de disponibilidad de registros administrativos u otro mecanismo de levantamiento de información con desagregaciones que visibilicen la condición de discapacidad.

La escasa información disponible muestra que las personas con discapacidad son incluidas en las oportunidades formativas ofertadas por el INSAFORP. Sin embargo, su participación representa menos del 1% (INSAFORP, 2022). Además, la población con discapacidad no suele recurrir a los mecanismos de interposición de denuncias facilitados por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS, 2022). En 2021, el MTPS recibió 3,321 denuncias por violaciones a sus derechos laborales. De este total, ninguna fue presentada por alguna persona con discapacidad. Esta ausencia de denuncias no debe interpretarse de forma automática como indicador del pleno cumplimiento de derechos laborales, ya que también podría alertar sobre posibles dificultades para el uso de los mecanismos.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de entornos laborales inclusivos



"Desde que llega uno a la empresa debe de desempeñar las funciones como alguien bueno. El Ministerio de Trabajo lo remite a uno como una persona con discapacidad y a la hora de llegada no hay diferencia. Uno tiene que sacar las tareas igual. En mi caso personal, el Ministerio me envió en cierta ocasión para una embotelladora que querían una persona con discapacidad... Cuando llegué tenía que ponerme al ritmo de todos y le pregunté al supervisor cuál era la diferencia y me dijo que ahí no había ninguna... Nosotros dependemos de una cuestión física, lo que podamos hacer pues es diferente".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"Hay empresas que dan trabajo a personas con discapacidad auditiva, pero hay problemas de inclusión. Llaman a una reunión a una persona sorda y a una oyente; y no hay intérprete. Entonces, cómo se van a comunicar. A veces, hacen capacitaciones y la persona sorda no entiende nada de lo que se está capacitando. No hay una claridad de comunicación con el jefe y por eso se crean problemas. Se necesitan intérpretes de calidad. Deben ser profesionales en el área que están ejerciendo para entender bien las palabras".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Demanda de apoyos para el desarrollo de negocios propios



"Puedo trabajar hoy digamos todo el día y al siguiente día no me puedo levantar porque las pantorrillas se me ponen mal. Entonces lamentablemente lo que puedo hacer es poner un negocio propio y así sobrevivir. Es mentira que le voy a decir a alguien denme trabajo, ir un día y al siguiente, faltar porque no me voy a poder levantar".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"Yo me fui a presentar un día a la cooperativa para aumentar el negocio con un préstamo... soy comerciante dije... pero me dijeron que, no se me podía prestar... no tiene trabajo, no tiene empleo fijo me dijo... yo tengo años de estar en el mercado, le dije... no ande buscando préstamos aquí me dijo la muchacha, vaya mejor con los que andan ahí en el mercado prestando me dijo... uno no es sujeto de crédito para ellos".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"Hace unos años la mandé a aprender su oficio de panificación. Gracias a Dios, ella sabe cómo leer sus recetas. Ella todo lo hace bien. Así como está en el recetario. Con esas orientaciones, ella puede trabajar. Entonces lo que necesitamos como se dice una ayuda para que ella pueda echar andar su trabajo".

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

IV. **Habilitación y rehabilitación para una vida autónoma**

Históricamente, la discapacidad se ha abordado como una patología que puede curarse con el tratamiento adecuado o en el peor de los casos, subsanarse con tratamientos, terapias o dispositivos de apoyo capaces de compensar, en mayor o menor medida, las deficiencias biológicas, a modo de que, los individuos puedan alcanzar lo más posible, un desempeño catalogado como “normal”.

De este modo, los servicios de habilitación-rehabilitación han estado en el centro de las políticas dirigidas a las personas con discapacidad con un enfoque más médico. Ante la importancia de articular estos servicios con el estándar de derechos establecidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los servicios de habilitación y rehabilitación enfrentan el reto de transformarse estructuralmente para poner en el centro las aspiraciones de desarrollo de las personas con discapacidad y las capacidades del entorno para apoyar su consecución (Céspedes, 2005).

FIGURA IV.3. ELEMENTOS DE LOS SERVICIOS DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN CON ENFOQUE DE DERECHOS

1

Trato personalizado

Adopción de trayectorias de habilitación y rehabilitaciones personalizadas que le permitan a cada persona tener acceso a la variedad de apoyos que necesite de forma oportuna y avanzar a un ritmo coherente a sus preferencias, capacidades y entorno.

2

Integralidad

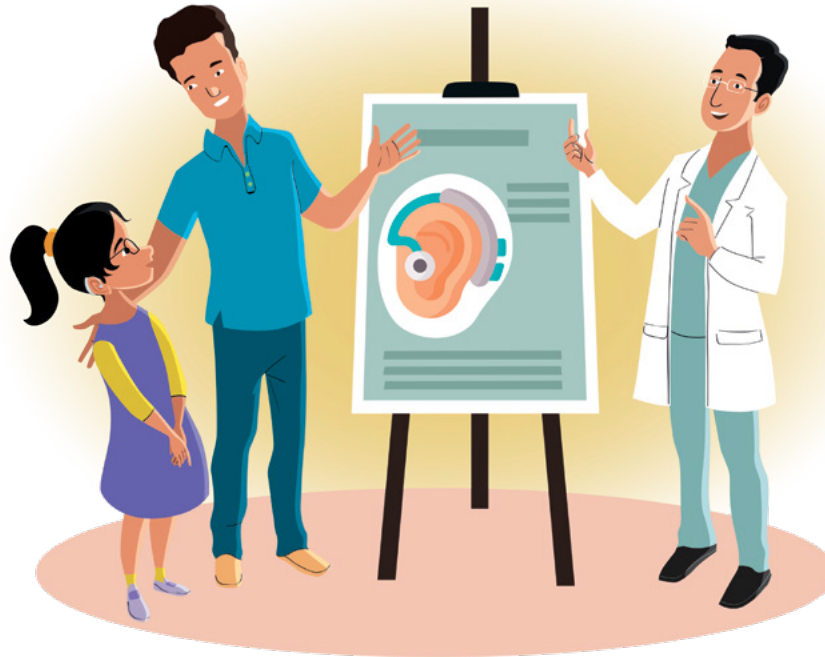
Garantía del acceso a distintos apoyos de habilitación y rehabilitación: servicios médicos; terapias (físicas, lingüísticas, pedagógicas, cognitivas, psicoemocionales, vocacionales y artísticas); dispositivos de apoyo; medicamentos; e intervenciones a nivel familiar-comunitario para el disfrute de un entorno favorable.

3

Activación a lo largo de la vida

Acceso a una canasta integral de servicios capaz de activarse de forma oportuna en cualquier momento de la vida y acompañar a la persona con discapacidad por el tiempo que sea necesario.





4

Adaptación

Garantía de acceso a servicios capaces de adaptarse a las variaciones en el grado de severidad de la condición de discapacidad como una experiencia individual evolutiva, los logros alcanzados con el tiempo, los descubrimientos científicos y las innovaciones tecnológicas.

5

Cercanía y asequibilidad

Articulación de servicios públicos, asistenciales y privados en el territorio para que suplan la demanda de instalaciones, profesionales multidisciplinarios, dispositivos de apoyo y medicamentos sin tener que recorrer grandes distancias y pagar costos prohibitivos

6

Corresponsabilidad social

Pactos sociales entre el Estado, el mercado, las comunidades y las familias para el financiamiento sostenido de la garantía universal del derecho a la habilitación-rehabilitación y la transformación inclusiva de los entornos de interacción social

Desarrollo de procesos de habilitación y rehabilitación a favor de la reducción de la dependencia de apoyos para el cuidado personal, la preparación continua para el mundo educativo y laboral, la promoción de una cultura basada en derechos, la construcción de resiliencia psicoemocional y el acompañamiento a su desenvolvimiento afectivo.

Fuente: elaboración propia a partir de Brandt y Pope (Eds.) (1997), Céspedes (2005), UNDESA (2016) y OMS (2019).





La habilitación-rehabilitación no debe entenderse como el mero resultado de la voluntad de la persona con discapacidad para superarse (o salir adelante) o el sacrificio de su familia.

Según la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, el Estado desempeña un rol protagónico en la prestación, regulación y supervisión de servicios integrales de habilitación y rehabilitación y a la vez, en la generación de condiciones sociales para que las sociedades sean más inclusivas y la experiencia de vida como personas con discapacidad sea menos precaria y catastrófica.

Las inversiones sociales en habilitación y rehabilitación representan un “gasto inteligente” capaz de generar diferentes réditos sociales, desde la perspectiva de la carga fiscal en salud, las finanzas de los hogares (vía inclusión educativa y laboral), la economía del cuidado, la reducción a la pobreza, la generación de nuevos nichos económicos (incluyendo el desarrollo de tecnologías digitales aplicadas a la gestión de los procesos de habilitación y rehabilitación) (OMS, 2019).

Ante la relevancia de estas inversiones es importante superar progresivamente diferentes barreras estructurales para el derecho a la habilitación-rehabilitación de las personas con discapacidad. Asimismo, se necesita generar información periódica sobre las necesidades existentes de servicios de habilitación y rehabilitación, en un contexto cambiante.

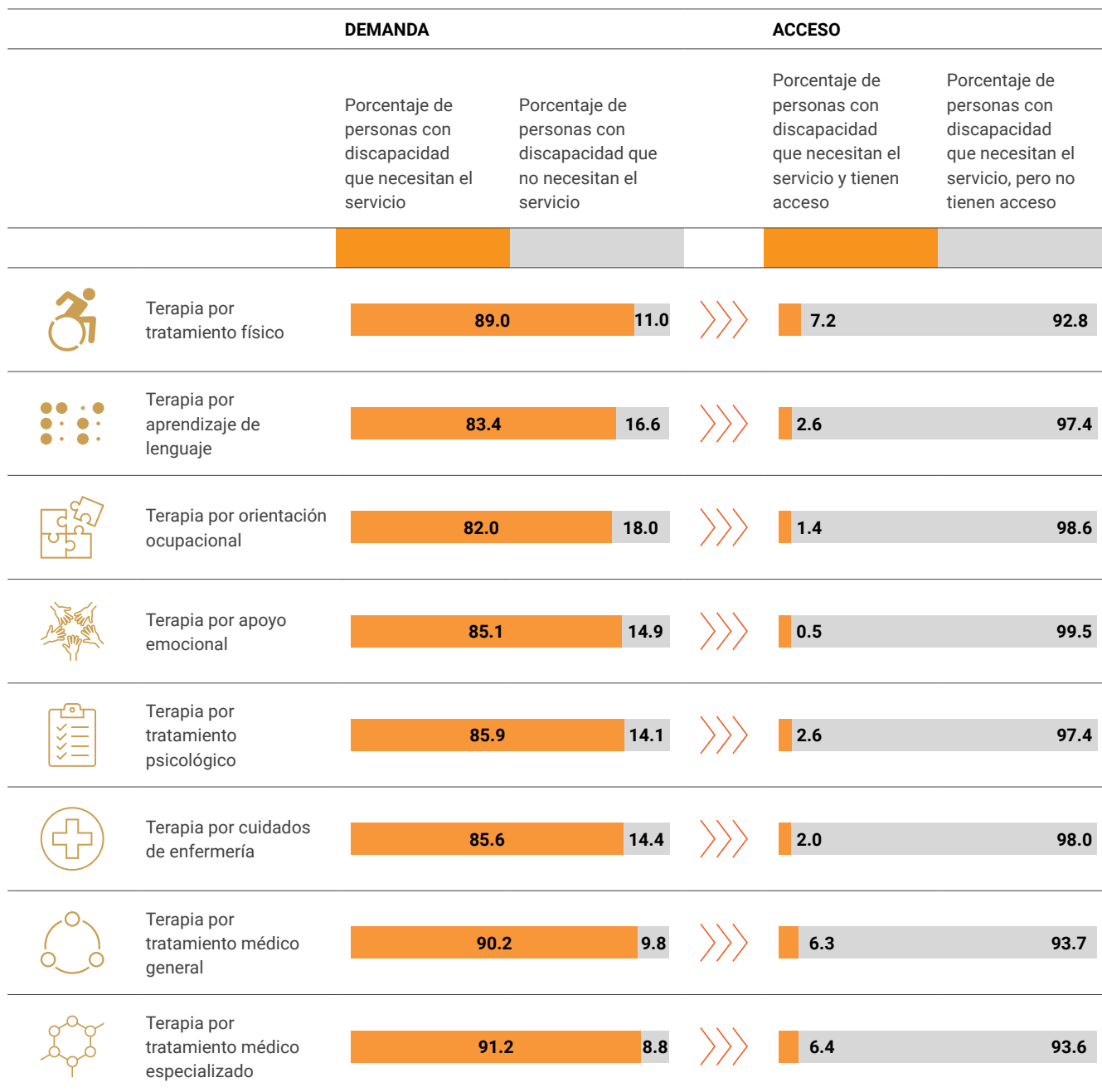
CUADRO IV.7. BARRERAS ESTRUCTURALES PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	Barreras físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración territorial de las instalaciones y profesionales en las ciudades. • Escasez de instalaciones modernas en los territorios. • Alza de los costos reales de los servicios de habilitación y rehabilitación por la factura de transporte y tiempo de cuidado a pagar por el uso de servicios muy distantes de sus residencias.
	Barreras comunicacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de profesionales con la capacidad de interactuar con las personas con discapacidad en formatos sensoriales y cognitivos adecuados.
	Barreras actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de procesos de habilitación y rehabilitación segregadores que tratan a las personas con discapacidad como pacientes. • Exclusión del núcleo familiar y comunidad de las personas con discapacidad como sujetos de acciones de habilitación y rehabilitación. • Ausencia de un entorno cultural favorable para los procesos de habilitación y rehabilitación.
	Barreras político-institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de una red público-privada de servicios de habilitación y rehabilitación en los territorios y falta de recursos para ampliar la presencia territorial e integralidad de la oferta pública de servicios para la habilitación y rehabilitación • Escasez de una oferta de formación para que los profesionales de habilitación-rehabilitación puedan aprender a comunicarse de forma fluida con distintos sectores de la población con discapacidad. • Falta de mecanismos de supervisión-evaluación multidisciplinaria de la calidad de los servicios de habilitación y rehabilitación.
	Barreras económicas	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de medios de vida suficientes para financiar el acceso privado a servicios de habilitación y rehabilitación. • Falta de ecosistemas de innovación orientados al desarrollo de soluciones tecnológicas a favor de la habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad.

Fuente: elaboración propia a partir de Brandt y Pope (Eds.) (1997), Céspedes (2005), UNDESA (2016) y OMS (2019), entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

- Desafío 1. Una amplia demanda de terapias que converge con una escasez estructural de acceso.** Según la ENPD 2015, existe un amplio reconocimiento sobre la importancia de atender la condición de discapacidad por medio del acceso a diferentes clases de terapias para el desarrollo de diferentes habilidades. En este contexto, los tres servicios de terapia más demandados eran los asociados con la prestación de tratamientos médicos especializados (al menos 91 de cada 100 personas con discapacidad señala que necesita este servicio), médicos generales (al menos 90 de cada 100 personas) y físicos (al menos 89 de cada 100 personas).

GRÁFICA IV.24. DEMANDA Y ACCESO DE TERAPIAS DE LAS PERSONAS CON ALGUNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

La percepción sobre la necesidad de acceso a diferentes terapias varía según el matiz de vulnerabilidad de la condición de discapacidad. Sin importar la clase de servicios de terapia, el nivel de demanda de las personas con un perfil de dificultades funcionales múltiple (es decir, 3 o más clases de dificultades funcionales) es más alto que el reportado por la población con discapacidad en general, pero también por aquellas con alguna dificultad funcional altamente severa (es decir, tienen una dificultad total). Ante la complejidad de la convergencia de distintas dificultades funcionales, el interés por aliviar su situación vía terapias es mayor. De manera particular, las personas con dificultades altamente severas solo tienen un nivel de demanda superior al de la población con discapacidad en general en el caso de las terapias para el aprendizaje del lenguaje (88.5%).

En respuesta a este amplio reconocimiento del rol de las terapias de habilitación y rehabilitación en la vida de las personas con discapacidad, se hace necesario afinar la percepción existente sobre la necesidad, por medio de evaluaciones profesionales multidisciplinarias que pongan al centro del desarrollo de la persona con discapacidad y no las creencias/expectativas de sus familias sobre cuál es la manera más adecuada para afrontar la condición de discapacidad.

Frente a esta amplia demanda percibida (no profesionalmente diagnosticada), la ENPD 2015 reporta bajos niveles de acceso. En 2015, la situación más crítica se estructura en torno a la satisfacción de necesidades de acceso a servicios de terapia de aprendizaje del lenguaje, orientación vocacional, apoyo emocional, tratamiento psicológico y cuidados de enfermería. En estos servicios, la brecha de acceso supera el 95%. En los servicios de tratamiento médico general, médico especializado y físico, como los servicios con mayor demanda, eran los que tenían los niveles más amplios de cobertura. Sin embargo, los niveles de acceso no superan el 10%.

Las personas con discapacidad que tienen alguna dificultad funcional altamente severa tienen un nivel de acceso mayor que el de las personas con discapacidad en las diferentes clases de terapia, excepto en las de tratamiento físico (89%) y las de cuidados de enfermería (83.6%). Asimismo, las personas con un perfil de discapacidad múltiple tienen un nivel de acceso más alto en las diferentes clases de terapia que las personas con perfil único y uno dual.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de servicios integrales de rehabilitación de forma oportuna



“Cuando ya me dijeron de la enfermedad y todo para mi familia fue difícil. Él doctor me dijo, te voy a mandar a rehabilitar. Yo pensé que quizás una medicina, pero me mandaron a la escuela de ciegos... mi enfermedad es un problema de la retina... veo poquito... en 2017, comencé a ir a la escuela de ciegos... cuando vi niños, vi a todas las personas, yo me quedé impactada porque yo había visto algunas personas discapacitadas, pero no a niños ni tanta gente... entonces, bueno, Señor, dije yo, pues, por algo me ha mandado a aquí vea... me recibieron, inicie clases de braille... me enseñaron movilidad, matemáticas, cosas de la vida diaria, montón de cosas... como yo entré a medio año ya no me pudieron enseñar masajes y me gusto eso, hasta el siguiente año, empecé ya a masajes... en 2018, me gradué de eso”.

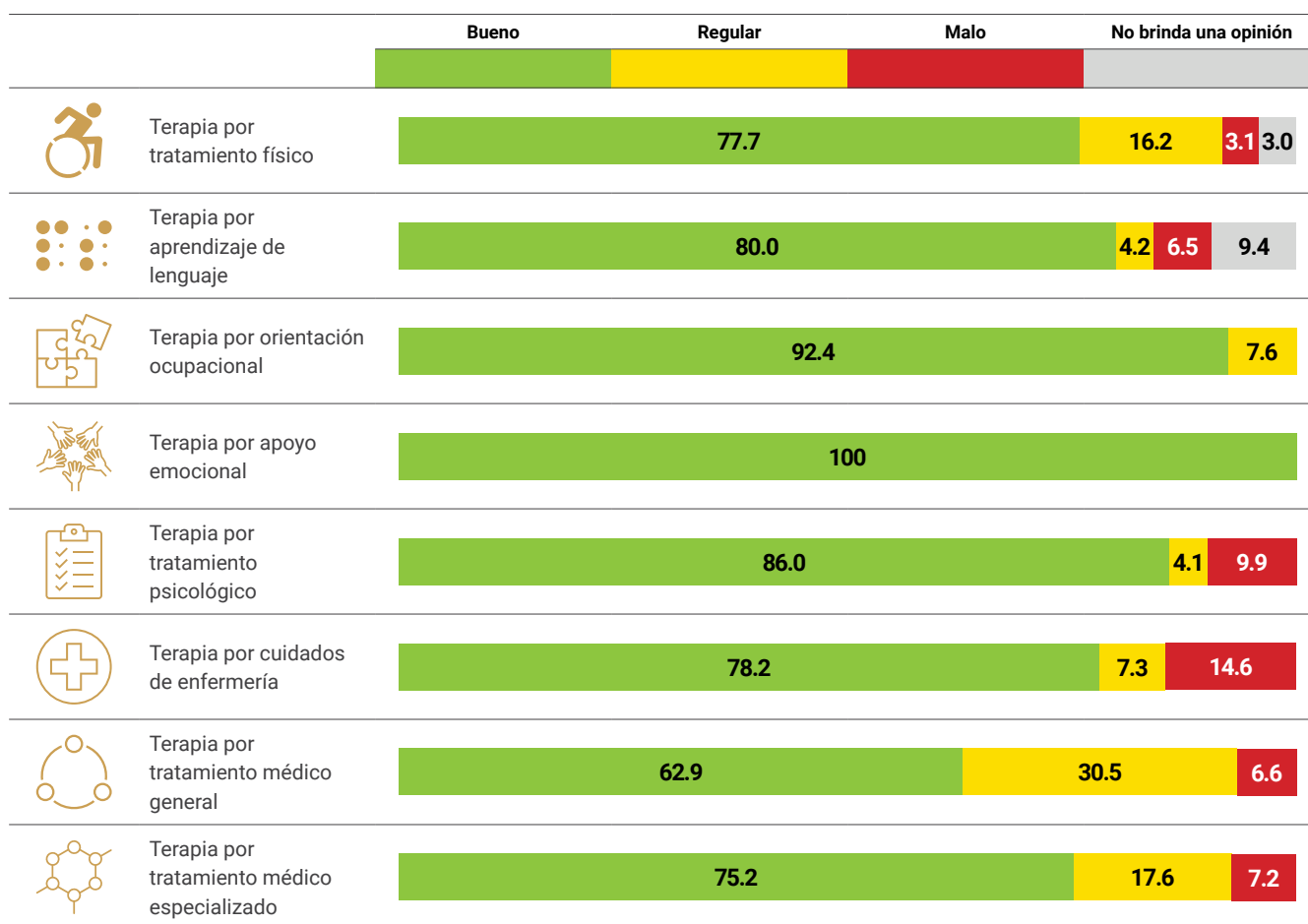
Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

- Desafíos 2. Servicios de terapia con una baja cobertura, pero con una percepción predominantemente favorable.**
 Según la ENPD 2015, el escaso porcentaje de población con discapacidad que tiene acceso a los diferentes servicios de terapia opina de forma mayoritaria que los diferentes servicios de terapia “son buenos”, en una escala de “bueno”, “regular” y “malo”.

En un contexto de baja cobertura, los servicios de terapia por apoyo emocional y orientación vocacional fueron los que obtuvieron la mayor proporción de valoraciones favorables (más del 90% de la población con discapacidad los catalogó como “bueno”). En cambio, las terapias por tratamiento médico general fueron las que obtuvieron el menor porcentaje de valoraciones favorables (el 62.0% de la población con discapacidad los definió como “bueno”).

GRÁFICA IV.25.
DISTRIBUCIÓN DE LAS PERCEPCIONES DE LAS PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD SOBRE LOS SERVICIOS DE TERAPIA RECIBIDOS. EL SALVADOR, 2015

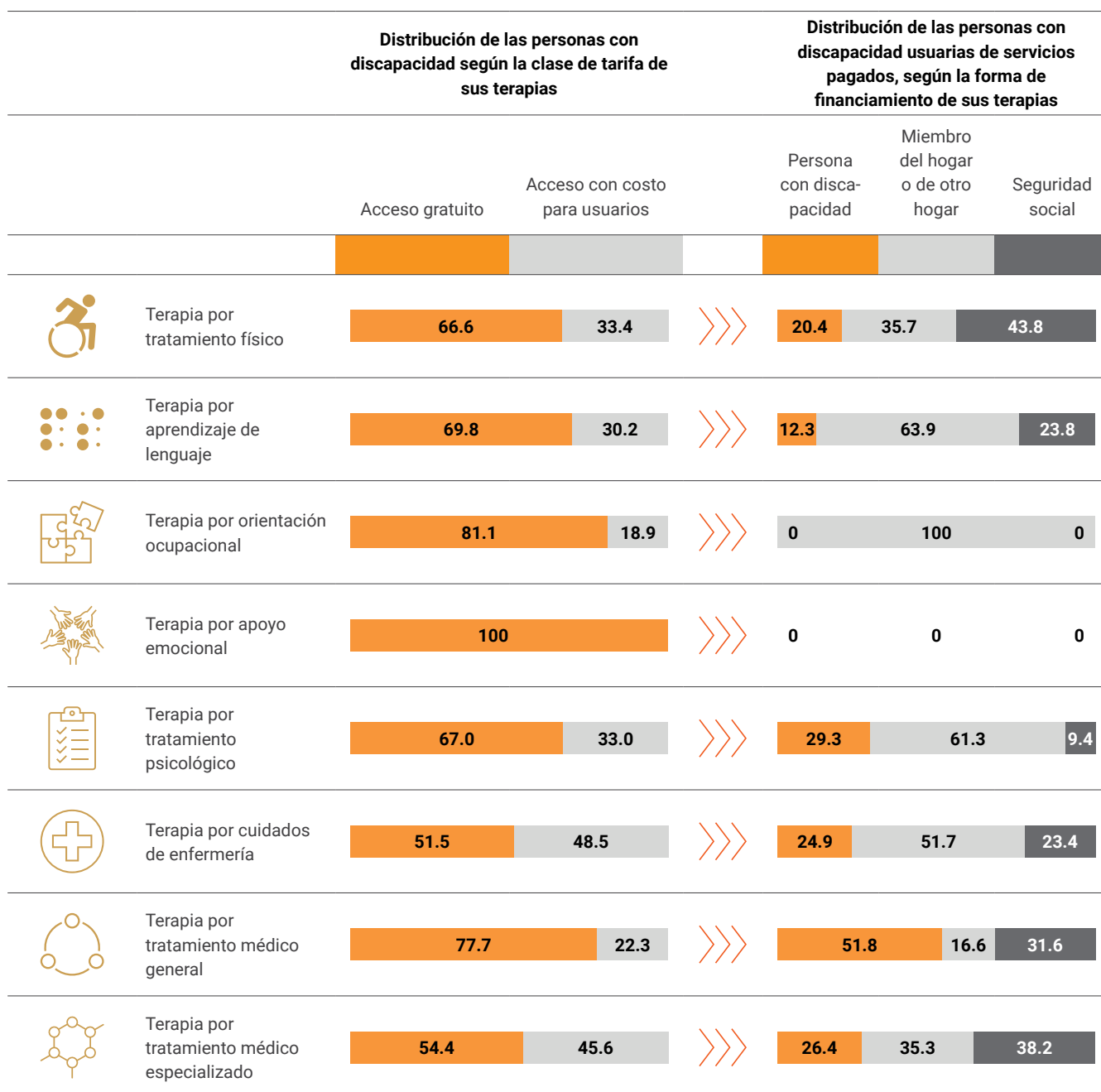


Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

En respuesta a estas valoraciones, se identifica la necesidad de definir estándares de calidad para la prestación de diferentes terapias de habilitación-rehabilitación que consideren las particularidades que deben adoptar los servicios para ser responsivos a las necesidades diferenciadas por género, territorio, edad y condición de vulnerabilidad. En ese sentido, la adopción de la norma técnica para los servicios de habilitación y rehabilitación en salud adoptadas por el Ministerio de Salud en 2021 representa un paso importante para mejorar la prestación de servicios altamente demandados por la población con discapacidad.

- **Desafío 3. El financiamiento predominante asistencial y familiar de las terapias de rehabilitación.** Según la ENPD 2015, más de la mitad de las personas con discapacidad accede a los diferentes servicios de terapia de rehabilitación-rehabilitación de forma gratuita. En el marco de su baja cobertura, los servicios de apoyo emocional son los que tienen los niveles más altos de gratuidad (100%).

GRÁFICA IV.26.
FORMAS DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE TERAPIA RECIBIDOS POR LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2015



Nota: la forma de pago definida vía seguridad social incluye a aquellas personas cuyas terapias fueron cubiertas por su seguro de salud o su lugar de trabajo como parte de sus prestaciones.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

Cuando el servicio no es ofrecido de forma gratuita, el costo recae principalmente sobre los bolsillos de la persona con discapacidad o su familia (ya sea que sea parte de su hogar o de otro) (más del 50%). Los servicios de terapia por tratamiento médico familiar son los que son financiados en una mayor proporción por las personas con discapacidad (51.8%); mientras que los de tratamiento psicológico, por la familia (61.3%). Los mecanismos de seguridad social se activan de manera extensiva de forma minoritaria en la cobertura de las distintas terapias, excepto en las terapias por tratamiento físico (apoyan a más del 40% de los usuarios de servicios pagados).

- **Desafío 4. La importancia de fortalecer la capacidad de la oferta instalada.** En El Salvador, la oferta de servicios de habilitación-rehabilitación comprende a una amplia variedad de prestadores públicos y privados con poblaciones objetivos diferenciadas, estrategias de trabajo elaboradas conforme a distintos parámetros y capacidad territorial altamente focalizada (UCP Wheels for Humanity, 2017).

En este contexto, uno de los mayores referentes públicos en la prestación de servicios es el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) creado en 1961⁵. A 2021, ofrece servicios altamente diversificados en nueve puntos de atención distribuidos en tres departamentos del país: San Salvador (por medio del Centro del Aparato Locomotor, el Centro de Audición y Lenguaje, el Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”, el Centro de Rehabilitación Profesional, la Unidad de Consulta Externa, Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia y el Centro de Atención a Ancianos Sara Zaldívar), Santa Ana (Centro de Rehabilitación Integral de Occidente) y San Miguel (Centro de Rehabilitación Integral de Oriente).

Entre 2015 y 2021, la capacidad instalada de atención se ha mantenido relativamente estable en sus nueve ventanillas de atención, en límites de operación cercanos al flujo de la demanda recibida antes de la pandemia por COVID 19).

En el período 2015-2019, la demanda presentó un comportamiento creciente en los distintos centros de atención especializada del área metropolitana. Entre 2015 y 2019, la cantidad promedio de atenciones diarias aumentó en el Centro del Aparato Locomotor (el promedio diario subió en 52 atenciones), el Centro de Audición y Lenguaje (12), el Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas” (13) y la Unidad de Consulta Externa (7).

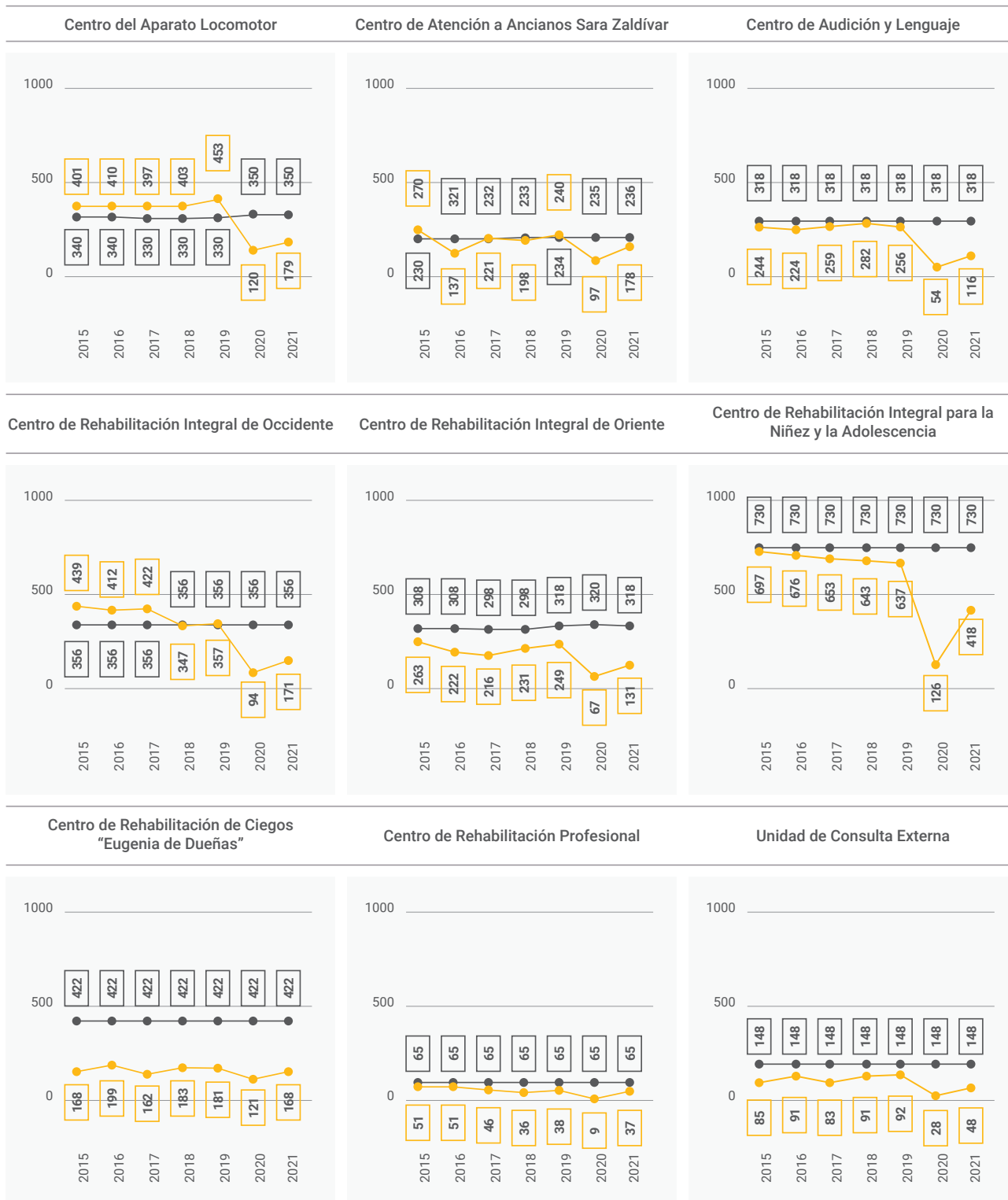
Si bien, la demanda diaria no subió en las ventanillas de Occidente y Oriente, se mantuvo en los niveles cercanos al límite de capacidad instalada. En este contexto, el Centro del Aparato Locomotor es el que ha enfrentado la situación más crítica, por la presencia de una “sobrecarga estructural” de la capacidad instalada en el período 2015-2019. En cambio, el Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas” poseía la situación más favorable, ya que ha estado operando por debajo del 50% de su capacidad instalada por lo que ha tenido cierto margen de maniobra para asimilar a nuevos usuarios.

La relación entre capacidad instalada y flujo de atenciones cambió drásticamente en las diferentes ventanillas de atención, en el marco de la crisis por COVID-19. Entre 2019 y 2020, la cantidad de atenciones diarias descendió en las diferentes ventanillas de atención. Si bien, la demanda ha aumentado entre 2020 y 2021, aún no se recuperan los niveles previos a la pandemia (2019). Esta situación alerta sobre los efectos de la pandemia en el seguimiento a los procesos de habilitación y rehabilitación interrumpidos y la importancia de retomar los contactos con los usuarios, reevaluar su situación y rediseñar su programa de habilitación y rehabilitación.

5 Además del ISRI, existen otras instancias nacionales que ofrecen servicios de rehabilitación y habilitación como parte de su cartera de servicios en salud como la Red de Establecimientos del Salud del Ministerio de Salud (MINSAL); el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) proporciona servicios a los asegurados por medio de su Unidad de Medicina Física y Rehabilitación; y el Hospital Militar Central.

GRÁFICA IV.27. BRECHA ENTRE LA OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL. EL SALVADOR, 2015-2021

■ Capacidad de atención instalada, en promedio de personas por día ■ Demanda, en cantidad promedio de personas atendidas al día



Fuente: elaboración propia a partir de información proporcionada por solicitud a la Unidad de Acceso a la Información Pública del ISRI.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de procesos de habilitación y rehabilitación diferenciados post COVID



“Para la pandemia, todo el adelanto que mi hijo tuvo se retrasó. Ellos tienden a retroceder a los avances que han tenido. Eso lo aprendí bastante ahí en las capacitaciones del ISRI. Me decían mire no se frustre trate de volverlo a avanzar. Entonces para él, este proceso de la pandemia fue bien difícil... Él solo pasaba encerrado y él ya tenía una rutina, ir escuela en el ISRI y luego a la casa. Si salíamos a pasear teníamos que hablarle, anticiparle, mira hijo vamos a ir a tal lugar. Mañana, no vas a ir a la escuela por eso y esto. Pero como la pandemia se vino de un ras, no se anticipó, no pudimos prepararlo... Después él solo quería pasar acostado, no hacia tarea... Cuando ya empezamos a salir e iban a ir nuevamente a la escuela, él no quería salir. Estaba como traumatado. Es difícil retomar su proceso”.

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.



V. Accesibilidad física, sensorial y cognitiva para vivir en igualdad

En su vida cotidiana, las personas con discapacidad tienen distintas demandas de accesibilidad que les brinde soluciones espaciales, sensoriales y cognitivas para un disfrute universal de derechos en igualdad de condiciones. En respuesta a estas demandas, las sociedades necesitan desarrollar unas soluciones responsivas a la diversidad de necesidades esenciales de las personas con destrezas motoras reducidas (ya sean finas o gruesas), las que tienen destrezas sensoriales reducidas (visión, audición, habla)

y las que tienen una cognición reducida. La ausencia de soluciones a gran escala contribuye a que la población con discapacidad experimente dificultades cotidianas para convivir con los entornos, herramientas y personas de su hogar, vecindario, centro educativo, centros de salud, establecimientos comerciales, lugares de trabajo, oficinas gubernamentales u otra locación; desplazarse en el territorio; y acceder a información necesaria para realizar diferentes actividades. Estos problemas suelen agudizarse en situaciones de emergencia y crisis humanitarias por la invisibilización de sus necesidades.

CUADRO IV.8. BARRERAS ESTRUCTURALES PARA LA ACCESIBILIDAD DE LOS ENTORNOS, MOBILIARIO, TECNOLOGÍAS, TRANSPORTE Y FORMAS DE COMUNICACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	Barreras espaciales	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia territorialmente extendida de espacios arquitectónicos (interior de edificaciones), urbanísticos (entornos de edificaciones) y logísticos (sistemas de transporte terrestre, aéreo y acuático) de tipo universal. Escasez de soluciones habitacionales adecuadas y seguras.
	Barreras comunicacionales	<ul style="list-style-type: none"> Falta de intérpretes necesarios para facilitar la comunicación sincrónica y asincrónica entre las personas con discapacidad con dificultades sensoriales y el resto de la población. Exclusión digital de las personas con discapacidad por la ausencia de procesos de digitalización sensible a la diversidad de perfiles sensoriales.
	Barreras actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de imaginarios de “diseño universal” basados en la priorización de las necesidades de desplazamiento de las personas con dificultades motrices y la invisibilización de las necesidades de otras formas de discapacidad. Desconocimiento de alternativas costo-efectivas para la adopción de diseños universales en diferentes espacios público-privados.
	Barreras político institucionales	<ul style="list-style-type: none"> Fragmentación de las responsabilidades estatales encargadas del desarrollo urbanístico, logístico, tecnológico y comunicacional de tipo universal en el territorio y ambigüedad en el reparto de facultades. Ausencia de lineamientos integrales para una mayor accesibilidad que respondan a las demandas de las distintas clases de discapacidad y debilidades en los mecanismos establecidos para garantizar su cumplimiento. Falta de información actualizada sobre el estado de estas dificultades de accesibilidad y sus impactos.
	Barreras económicas	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de recursos para transformar diseños arquitectónicos, urbanísticos, logísticos, tecnológicos y comunicacionales incompatibles con las necesidades de las personas con discapacidad. Falta de compromisos del sector privado a favor del desarrollo de una infraestructura económica con un diseño universal.

Fuente: elaboración propia a partir de Velasquez (2020), UNDESA (2016), entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias, y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad miembros del CONAIPD.

FIGURA IV.4. ALCANCES DE LAS SOLUCIONES DE DESARROLLO APLICANDO EL DISEÑO UNIVERSAL Y LA INCLUSIÓN

La accesibilidad desde la perspectiva de los espacios, mobiliarios, tecnologías y canales de información/comunicación

Espacios capaces de satisfacer necesidades de forma confortable, oportuna, segura y eficiente (mínima fatiga física, mental y emocional).

Dimensiones espaciales adecuadas para la diversidad de usuarios, sin importar su tamaño corporal del usuario, su postura o su forma de movilidad.

Mobiliario y tecnologías operable de forma oportuna, satisfactoria y segura por un amplio abanico de preferencias, experiencias de uso, conocimientos, destrezas físicas, habilidades lingüísticas y capacidades de cognición.

Información disponible y fácilmente comprensible para toda clase de habilidades sensoriales y cognitivas; y desarrollo inclusivo de canales de comunicación simultáneas y asincrónicas.

Espacios, mobiliarios y tecnologías con disposiciones para la seguridad y privacidad en la toma y ejecución de decisiones.



Reconocimiento interno de creencias, valores, actitudes y comportamientos generadores de discriminación en contra de uno mismo o hacia los demás.

Aceptación de responsabilidad en el logro de un cambio positivo para el disfrute de los derechos de las personas con discapacidad.

Desarrollo de empatía necesaria para comprender la situación de las personas con discapacidad e identificar la forma más adecuada para interactuar con ellos, en condiciones de igualdad.

Desarrollo cotidiano de habilidades humanas para un trato cotidiano libre de discriminación.

Dominio masificado de formas de comunicación adecuados para múltiples perfiles sensoriales y cognitivos.

La accesibilidad desde la perspectiva de los pensamientos, emociones, actitudes y comportamientos de las personas

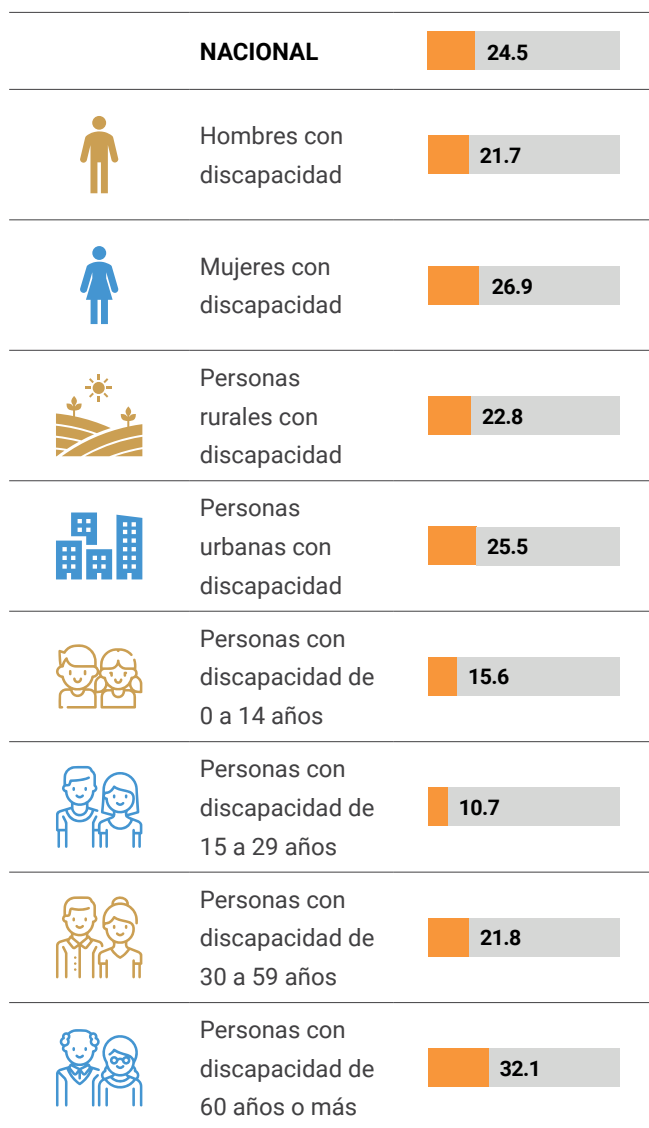
Fuente: elaboración propia a partir del Center for Universal Design (1997), Bucknor-Ferron y Zagaja (2017).

En atención a estas dificultades se deben articular esfuerzos para eliminar progresivamente diferentes barreras estructurales para una mayor accesibilidad y solventar desafíos diferentes desafíos:

- **Desafío 1. Las dificultades de las personas con discapacidad para moverse dentro de su propia vivienda.** Según la ENPD 2015 casi una cuarta parte de la población con discapacidad tiene problemas para desplazarse al interior de su residencia

(24.5%). Esta situación da cuenta de la demanda de instrumentos de protección social e inclusión financiera en el sector de vivienda que le faciliten a las personas con discapacidad y sus familias el acceso a recursos concesionales para mejorar su situación habitacional (ya sea por medio de la readecuación de la vivienda actual o de una nueva). Estas acciones son particularmente relevantes para mejorar la situación de las mujeres, las personas del área urbana y las personas en su vejez.

GRÁFICA IV.28. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD QUE TIENE DIFICULTADES PARA MOVERSE AL INTERIOR DE SU VIVIENDA. EL SALVADOR, 2015

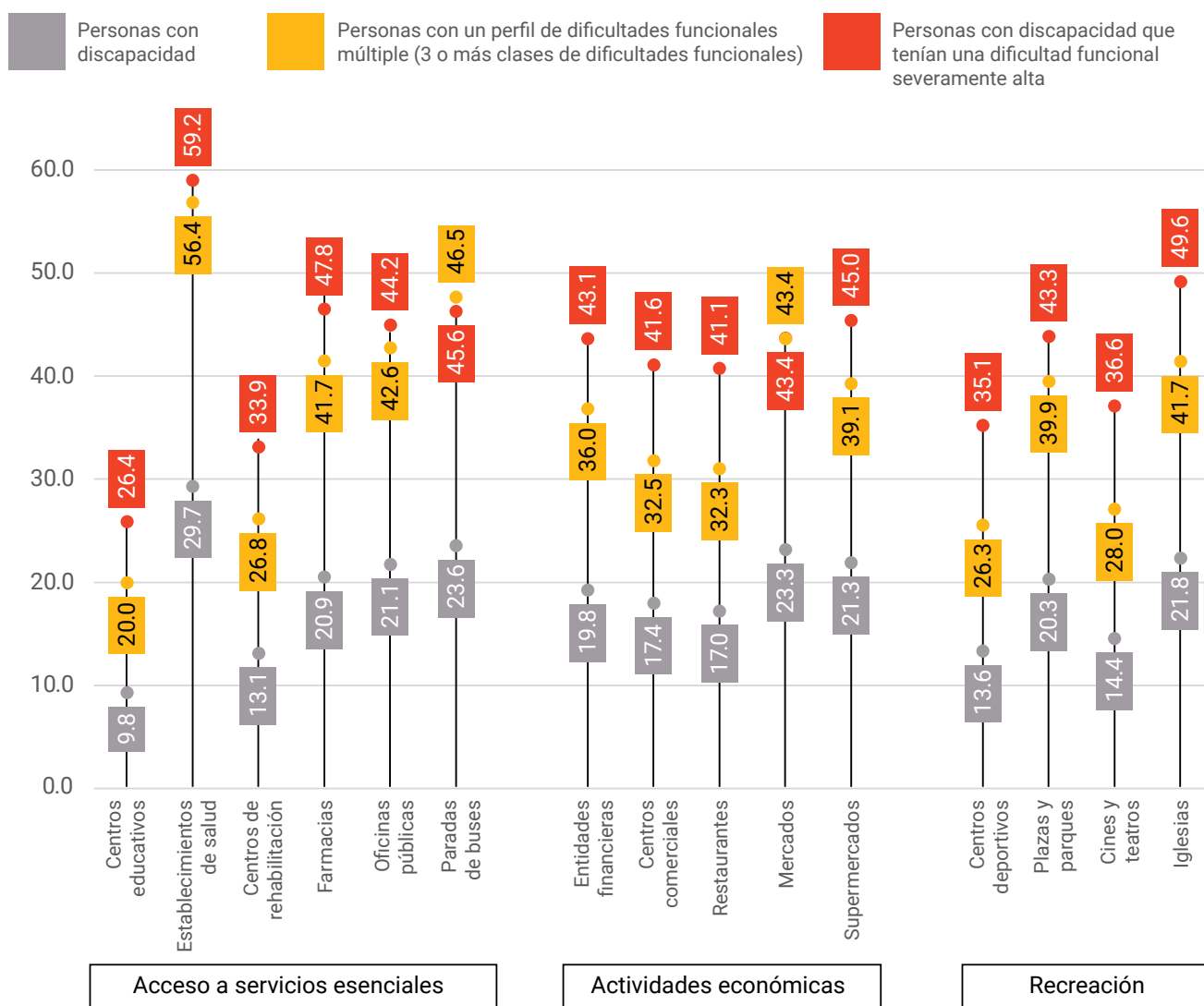


Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

- Desafío 2. La presencia generalizada de privaciones de movilidad en distintos espacios de interacción social.** Según la ENPD 2015, al menos una quinta parte de la población con discapacidad experimentaba dificultades para desplazarse en espacios tan sensibles para el bienestar como los establecimientos de salud, las farmacias, las oficinas públicas, las paradas de autobuses, los mercados, los supermercados, las plazas y parques y las iglesias. Estas privaciones de movilidad bloquean el disfrute de derechos esenciales como el de la salud y educación, sino también su participación en la vida política, económica y sociocultural del país.

Sin importar el espacio de interacción social, la extensión de los problemas de desplazamiento es más alta en las personas que tienen dificultades severamente altas o un perfil de dificultades funcionales múltiples. Ambas poblaciones son particularmente sensibles a las dificultades de movilidad en establecimientos de salud, como un espacio vital en la gestión de su bienestar. En 2015, más de la mitad de estos grupos vulnerables presentaba dificultades de desplazamiento en estos espacios.

GRÁFICA IV.29. INCIDENCIA DE DIFICULTADES DE DESPLAZAMIENTO COTIDIANO EN POBLACIONES CON DISCAPACIDAD, EN PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE EXPRESA TENER PROBLEMAS PARA MOVERSE. EL SALVADOR, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de mejorar los espacios públicos de alto impacto en el disfrute de diferentes derechos



“Las aceras están llenas de hoyos. Hay postes y cables. Están obstruidas por vendedores o carros. Cuando se quiere pasar la calle es un problema. Hay unos semáforos que dicen que son inteligentes. De esos que suenan cuando uno puede pasar, pero tampoco sirven”.

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

“En los edificios hay montón de problemas. Ha habido una nueva orientación. Ahora, los edificios nuevos ya tienen rampas. También hay en las escuelas y las unidades de salud. Pero hay varios que no. Así cuesta moverse”.

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

“Los niños en general tienen derecho a la educación. El contar con centros escolares inaccesibles es como si no tuviera acceso a la educación. Hay universidades que incluso hacen que las personas tomen clases en segunda planta y no tienen ascensores. ¿Cómo llevar a una persona en silla de ruedas a una segunda planta cuando no hay ascensores? Es complicado”.

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

“Yo trabajo en un mercado y en el mercado hay mucho obstáculo. Las calles a veces están arruinadas... y también como es lo más transitado en el centro, hay carros y buses”.

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

- **Desafío 3. Las dificultades de transporte de las personas con discapacidad.**

De acuerdo con la ENPD 2015, solo el 14.8% de las personas con discapacidad vivían en hogares con un vehículo disponible para uso de integrantes, mientras que, en las personas sin discapacidad, el 19.9%.

Esta desventaja es mayor en el caso de las personas con alguna dificultad severamente alta (13.1%). Si bien, existen sectores de discapacidad con mayor acceso que las personas con discapacidad en general (como las personas con dificultades motrices, 16.9%; del habla, 16.0%; intelectuales, 16.0%; psicosociales; 16.0%; y autocuidado, 16.5%), aún no alcanzan los niveles de acceso de las personas sin discapacidad.

GRÁFICA IV.30. MEDIOS DE MOVILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2015

		Disponibilidad de vehículo para uso del hogar, en porcentaje		Uso del transporte público, en porcentaje	
	Población sin discapacidad	19.9	Al menos 19 de cada 100	58.9	Al menos 58 de cada 100
	Población con discapacidad	14.8	Al menos 14 de cada 100	53.3	Al menos 53 de cada 100
	Población con dificultades severamente altas	13.1	Al menos 13 de cada 100	34.7	Al menos 34 de cada 100
	Población con un perfil múltiple de discapacidad	16.4	Al menos 16 de cada 100	41.8	Al menos 41 de cada 100
	Población con dificultades motrices	16.9	Al menos 16 de cada 100	45.7	Al menos 45 de cada 100
	Población con dificultades visuales	10.3	Al menos 10 de cada 100	59.8	Al menos 59 de cada 100
	Población con dificultades del habla	16.0	Al menos 16 de cada 100	45.3	Al menos 45 de cada 100
	Población con dificultades auditivas	11.8	Al menos 11 de cada 100	53.7	Al menos 53 de cada 100
	Población con dificultades intelectuales	16.0	Al menos 16 de cada 100	52.5	Al menos 52 de cada 100
	Población con dificultades psicosociales	16.0	Al menos 16 de cada 100	49.4	Al menos 49 de cada 100
	Población con dificultades de autocuidado personal	16.5	Al menos 16 de cada 100	32.1	Al menos 32 de cada 100

Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

En este contexto de exclusión generalizada de acceso a un medio de transporte para uso particular, más del 50% de la población figuraban como usuarias del transporte público, sin importar su condición de discapacidad. El sistema de transporte público tiene un alto protagonismo como un medio de movilidad a un precio más asequible y, por lo tanto, su desarrollo inclusivo es una necesidad crítica en la inclusión de las personas con discapacidad. Según datos de la ENPD 2015, el 24.2% de la población con discapacidad había experimentado alguna dificultad al

utilizar la red de transporte interdepartamental y el 45.8%, la red de transporte urbana. En ambas redes, el porcentaje de personas que experimentan dificultades en el uso de unidades de transporte es más alto en las personas con una condición vulnerable de discapacidad (es decir, las que tienen dificultades funcionales severamente altas o un perfil múltiple). En estos dos grupos poblacionales, más del 50% tiene dificultad de uso en la red urbana y más del 35% en la red interdepartamental.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda por un sistema de transporte colectivo inclusivo



“En el transporte hace falta una entrada o un lugar que sea accesible y no vaya a ser así de bajada. A mí ya cuesta también un poquito y no se diga los que van en silla de ruedas. Además, en las calles hace falta un sector donde uno con bastón pueda caminar libremente”.

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

“Los transportes que hay son exclusivos para personas que no tienen discapacidad. No son incluyentes. La falta de un transporte apropiado afecta el acceso a la escuela y luego al trabajo. A duras penas, los padres enseñan a leer y escribir porque no tienen las condiciones de transporte propio para llevar a los niños a las escuelas y el transporte colectivo pues no es accesible para las personas con discapacidad. Cuando solo se sabe leer y escribir, hay una serie de problemas para encontrar un trabajo. Una persona que no tiene una preparación educativa necesaria por lo menos de bachillerato no puede acceder a un empleo bueno”.

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

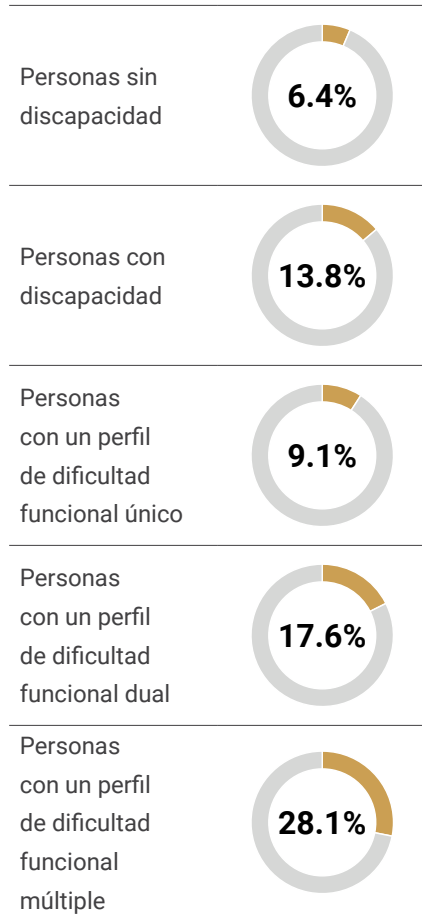
Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

- **Desafío 4. La baja cobertura del internet como el medio de información más accesible.** De acuerdo con la ENPD 2015, la televisión es el medio informativo menos comprensible para la población con discapacidad (29.5% de las personas tiene dificultades para comprender sus mensajes transmitidos por este medio) seguido por los periódicos y revistas (29.1%), los afiches, paneles y letreros (26.2%) y la radio (24.8%). En cambio, el internet es el medio más comprensible (sólo el 13.8% de las personas tiene dificultades para comprender sus mensajes) para las diferentes clases de discapacidad.

En ese contexto, el país se enfrenta al desafío de ampliar aceleradamente el acceso de las personas con discapacidad al internet, especialmente en los hogares más pobres. En 2015, solo el 13.4% de la población con discapacidad se reportó como usuaria de internet. Asimismo, existe la demanda de desarrollar dispositivos y contenidos digitales adecuados para la diversidad de perfiles funcionales.

Aun cuando el internet es el medio de información más accesible, prevalecen los problemas de comprensión de la información, especialmente si las personas tienen varias dificultades funcionales. Según la ENPD 2015, la incidencia de problemas de comprensión de las personas con un perfil de dificultades funcionales múltiples casi triplica a la reportada en las personas con un perfil único.

GRÁFICA IV.31. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD QUE TIENE PROBLEMAS PARA COMPRENDER LOS CONTENIDOS DE INTERNET. EL SALVADOR, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de inclusión digital



"Yo no podía computación cuando perdí la vista. Nunca me interesó. Cuando perdí la vista me interesé y entonces aprendí. Aprendí a usar hasta el teléfono. Yo ni eso podía. Ahora son mis herramientas. Ahí conozco. Ahí escucho. Ahí pongo atención. De eso me nutro para poder compartir con otros".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"No cuento con internet porque no lo puedo pagar. El sueldo es tan pequeño que no da para más".

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

- **Desafío 5. La invisibilización de las necesidades de accesibilidad en emergencias y crisis humanitarias.** En situaciones cotidianas de emergencia, las personas con discapacidad suelen enfrentar dificultades para contactarse de forma oportuna con autoridades estatales sanitarias o policiales. No suele contarse con líneas de ayuda adaptadas a la diversidad de perfiles funcionales de las personas con discapacidad. Además, tienen problemas para proporcionar su colaboración por barreras comunicativas.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

**Prácticas
inclusivas
frente a
emergencias**



“Me da temor de no saber actuar en una emergencia, en una situación donde hay que tomar medidas de protección, donde hay protocolos que seguir... me da temor de no saber cómo actuar cuando no hay una información clara ... hasta me da temor no saber que hay una emergencia y no hay nadie que me diga... la persona con discapacidad si es una persona oyente escucha y sabe... pero un sordo, no”.

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

En crisis humanitarias, sus demandas de inclusión suelen ser invisibilizadas por la falta de medios de transporte adecuados para evacuarlos de zonas de riesgo de forma cómoda y oportuna; albergues que satisfagan sus demandas de movilidad y estabilidad psicoemocional (afectada generalmente por contaminación sonora y situaciones de hacinamiento que puede llevar a crisis en las personas con dificultades psicosociales); comunicados comprensibles para su perfil funcional (especialmente si se comunican por escrito a las personas con dificultades visuales o por megáfonos a las personas con dificultades auditivas); un suministro alimentario adecuado a su dieta; medicamentos esenciales para el cuidado de su condición de discapacidad (especialmente si son psicosociales); insumos de higiene de uso cotidiano (como pañales); entre otros.

La ausencia de información sobre la dimensión de estas carencias invisibiliza la precariedad que viven las personas con discapacidad.

VI. Protección social responsiva a la condición de discapacidad

Las personas con discapacidad suelen presentar niveles más altos de pobreza en diferentes sociedades del mundo, en el marco de diferentes privaciones individuales y familiares. Si bien, su inclusión laboral es una de las estrategias más efectivas para reducir su exposición a la pobreza, no es la única. Dentro de la población

con discapacidad, existen personas con limitantes funcionales para realizar alguna actividad productiva y son económicamente dependientes de sus redes de apoyo. En respuesta a esta situación, ha aumentado la relevancia de contar con servicios de protección social más responsivos a las necesidades de las personas con discapacidad, en especial de aquellas que viven en situación de pobreza o están en riesgo de caer en ella. Sin embargo, aún persisten diferentes barreras y desafíos.

FIGURA IV.5. PROTECCIÓN SOCIAL RESPONSIVA A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD








Nota: (1) Los hogares con personas con discapacidad pueden enfrentar una mayor carga de gastos, en la medida que su bienestar cotidiano depende del acceso a dispositivos de apoyo, servicios profesionales particulares (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, cuidadores, interpretes u otros), medicamentos y otros suministros para el cuidado de la salud, servicios de asistencia personal (ya sea en casas especializadas de cuidado o de forma domiciliar), vivienda (uso de casas especializadas de cuidado o arreglos en la vivienda), productos de higiene personal, dieta alimenticia diferenciada, transporte a fin a sus posibilidades de movilidad, entre otros.

Fuente: elaboración propia a partir de Social Development Division of ESCAP (2021); Global Project Inclusion of Persons with Disabilities (2021); ADB (2021), entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

CUADRO IV.9.

BARRERAS ESTRUCTURALES PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	Barreras espaciales	<ul style="list-style-type: none">Lejanía de las ventanillas de atención para la gestión de subsidios del Estado y beneficios de la seguridad social e instalaciones con poca accesibilidad.
	Barreras comunicacionales	<ul style="list-style-type: none">Desarrollo de relaciones presenciales y digitales con los usuarios poco sensibles al perfil lingüístico y cognitivo de las personas con discapacidad.
	Barreras actitudinales	<ul style="list-style-type: none">Prevalencia de imaginarios sobreprotectores que restringen la autonomía de las personas con discapacidad como sujetos de derechos.
	Barreras político-institucionales	<ul style="list-style-type: none">Diseño de una oferta de subsidios estatales poco responsiva a las necesidades de las personas con discapacidad, en términos de priorización transversal, elegibilidad, montos y vías de pago.Existencia de registros únicos de participantes con procedimientos de actualización poco oportunos y engorrosos desde la perspectiva de los usuarios.Ausencia de apoyos para los familiares de las personas con discapacidad.
	Barreras económicas	<ul style="list-style-type: none">Inserción laboral en empleos sin aseguramiento de una pensión frente a una condición de discapacidad incapacitante.Ausencia de oportunidades para que las personas con discapacidad desarrollen un esquema de diversificación de rentas capaz de reducir su dependencia económica de las ayudas familiares y los subsidios del Estado.Exclusión financiera de las personas con discapacidad (ahorro, créditos, seguros privados).

Fuente: elaboración propia a partir de Social Development Division of ESCAP (2021); Global Project Inclusion of Persons with Disabilities (2021); ADB (2021), entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

- Desafío 1. La reducción de la pobreza en hogares afectados por la exclusión económica asociada al deterioro funcional.** La condición de discapacidad eleva los riesgos a la pobreza en la medida que dificulta el acceso a oportunidades para la generación de ingresos sostenida en el tiempo. Esta situación no solo afecta a las personas con discapacidad sino también a sus familias. La exclusión económica por deterioro funcional puede reducir el margen de maniobra de los hogares para proveer bienestar a sus miembros por: 1) la pérdida de capacidad productiva

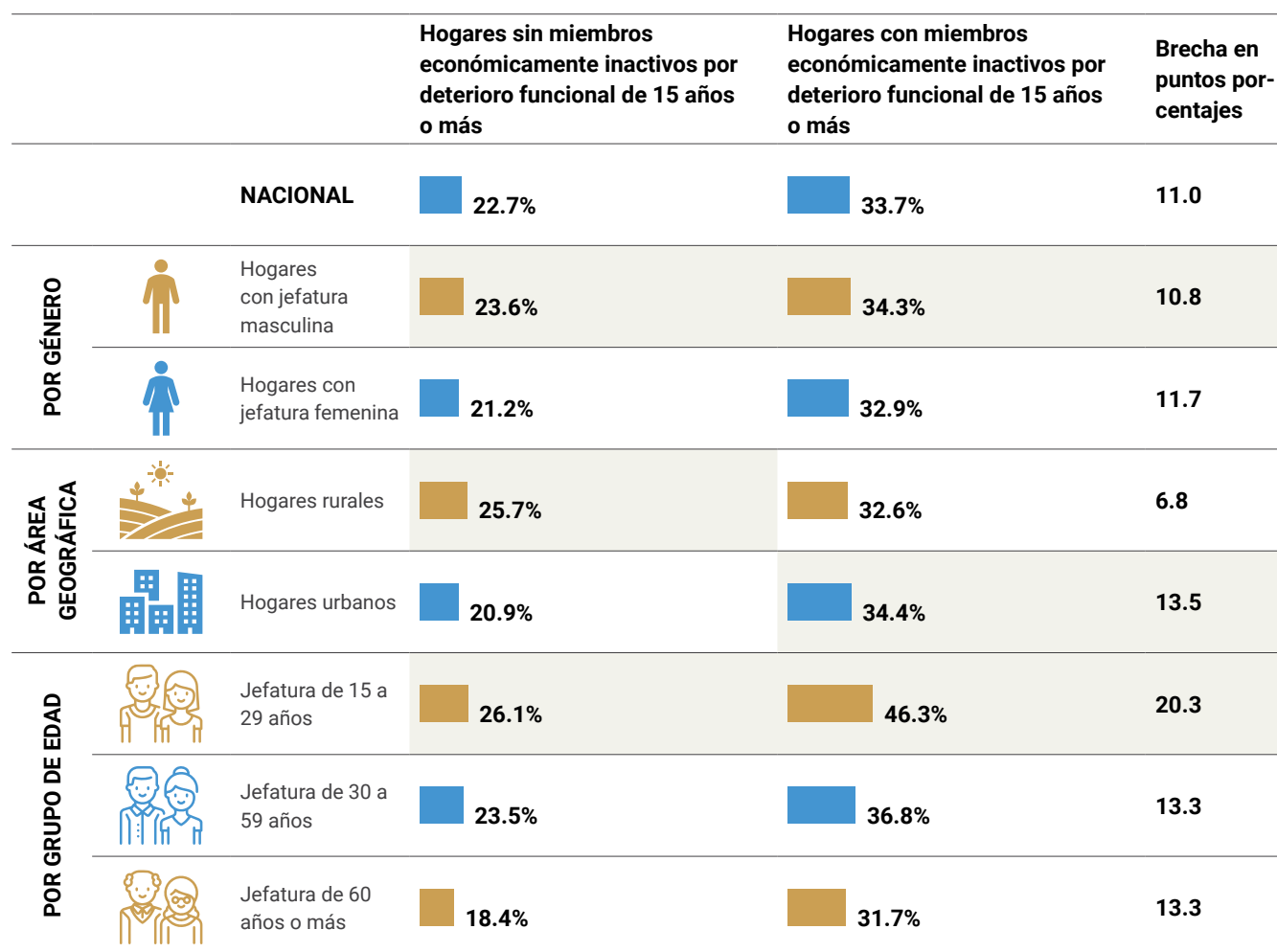
de la persona con discapacidad excluida; 2) la carga de cuidado de personas con discapacidad en una situación de dependencia altamente severa que incluso puede llevar a que un miembro del hogar opte por una dedicación doméstico-exclusiva; y 3) los gastos diferenciados asociados a la condición de discapacidad.

De acuerdo con datos de la EHPM 2021, el 33.7% de los hogares con algún miembro de 15 años en inactividad económica por deterioro funcional (enfermedad,

accidente, discapacidad o envejecimiento) vivía en situación de pobreza. En cambio, era el 22.7% en el resto de los hogares. Sin importar el género de jefatura de hogar, el área geográfica o la edad de las jefaturas de hogar, la incidencia de la pobreza en hogares con miembros en exclusión económica por deterioro funcional es más elevada que en el resto de los hogares. De manera particular, la brecha de incidencia es más alta en los hogares con jefaturas de hogar jóvenes de 15 a 29 años (más de 20 puntos porcentuales) y más baja en los hogares rurales (menos de 20 puntos porcentuales).

En el marco de este rezago estructural, la incidencia de la pobreza monetaria en los hogares con algún miembro de 15 años en inactividad económica por deterioro funcional afecta en mayor proporción a los hogares con jefaturas masculinas que a las femeninas (32.9% en contra de 34.3%), a los hogares urbanos que a los rurales (34.4% en contra de 32.6%) y a los hogares a cargo de jefaturas jóvenes de 15 a 29 años (46.3%).

GRÁFICA IV.32.
INCIDENCIA DE LA POBREZA MONETARIA Y EXCLUSIÓN LABORAL POR DETERIORO FUNCIONAL, EN PORCENTAJE DE HOGARES. EL SALVADOR, 2021

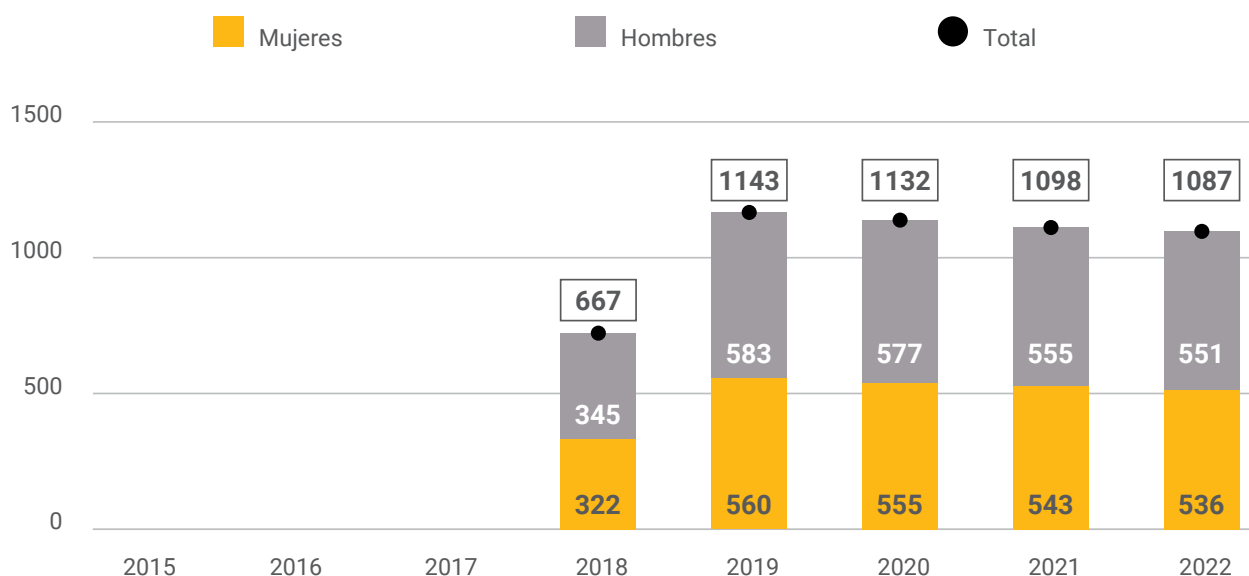


Nota: por deterioro funcional se considera la enfermedad, los accidentes, la discapacidad o la edad.

Fuente: elaboración propia a partir de EHPM 2019.

- **Desafío 2. El acceso a servicios de protección social sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad.** Desde 2018, se introdujo la “Pensión Solidaria a Personas con Discapacidad”, como parte de los instrumentos de protección social dirigidos a la población en situación de pobreza. Entre 2018 y 2019, la cantidad de personas beneficiarias de esta transferencia monetaria se elevó en más del 70% como parte del esfuerzo realizado para ampliar la cantidad de municipios focalizados.

GRÁFICA IV.33. CANTIDAD DE PERSONAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA DE PENSIÓN SOLIDARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, POR GÉNERO. EL SALVADOR, 2015-2022



Fuente: elaboración propia a partir de datos suministrados por el Ministerio de Desarrollo Local.

A pesar de que esta prestación social se ha mantenido en un contexto de crisis por la pandemia por COVID 19, la cantidad de población alcanzada ha descendido de forma progresiva entre 2019 y 2022, por la falta de actualización del registro de beneficiarios. Aún existe el desafío de incluir al 100% de los municipios del país en la implementación de esta intervención. En la atención de este desafío, se necesita considerar la importancia de identificar e incorporar al 100% de la población elegible pero también reconocer que esta no es la única transferencia monetaria que aporte al

bienestar de las personas con discapacidad. De acuerdo con censos realizados por el Ministerio de Salud, 455 personas con discapacidad figuran como beneficiarias de Bono Salud (1.5% del total), 13 como beneficiarias del Bono Educación (0.4% del total) y 3,672 como beneficiarias de la Pensión Solidaria por Vejez (9.5% del total). Existe la demanda para contar con transferencias monetarias más responsivas a las necesidades de la salud de las personas con discapacidad, la reducción de su inasistencia escolar y el disfrute de una vejez menos precaria.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de mayor acceso a transferencias



“Para los que ya no podemos hacer nada, pues si, quizá el gobierno nos pudiera dar, aunque sea una pensión decente, para medio comprar las tortillas verdad, y los frijoles...”

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

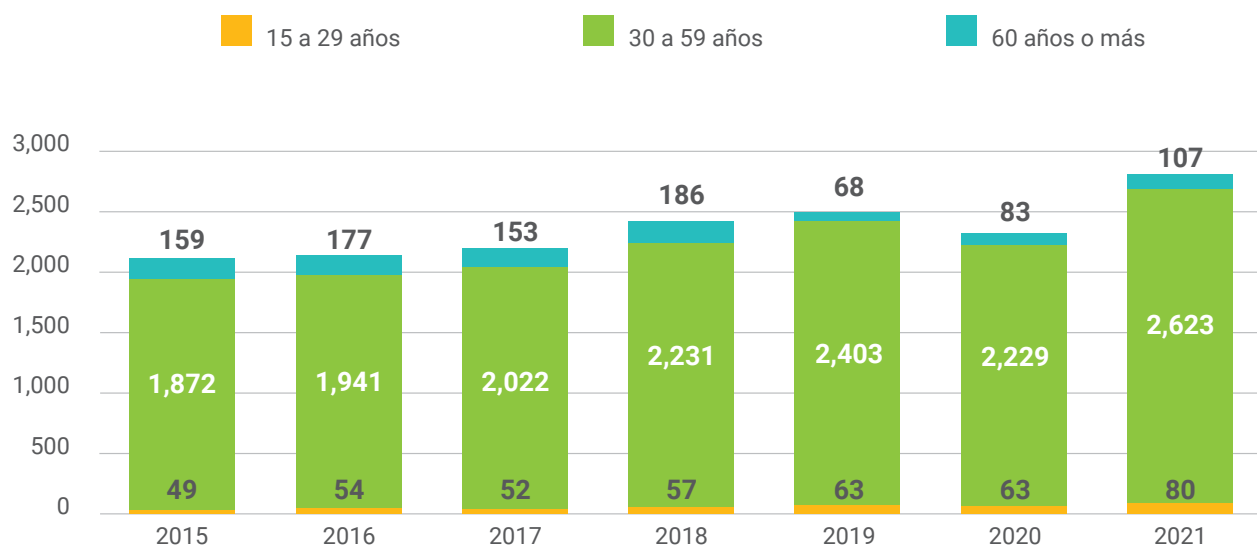
Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

- Desafío 3. El fortalecimiento del acceso a la seguridad social.** Como parte de los beneficios de la seguridad social, las personas pueden acceder a diferentes prestaciones relevantes en la gestión de la condición de discapacidad: 1) seguro de salud por enfermedad, maternidad y riesgos profesionales que cubren al cotizante o pensionado, su cónyuge y descendientes menores de 12 años; 2) pensiones por invalidez que pueden ser activados frente a enfermedades o accidentes que les hayan causado una pérdida total o parcial de su capacidad para ejercer alguna actividad productiva; 3) pensiones por vejez a ser cobradas tras cumplir la edad de jubilación; y 4) pensiones por sobrevivencia que se entregan a los beneficiarios por muerte del asegurado. De este modo, la seguridad social es un instrumento por medio del cual las personas pueden estar mejor preparadas para afrontar la emergencia de una condición de discapacidad en algún momento de su vida y obtener apoyos para proteger la salud e ingresos para familiares con discapacidad en una situación de dependencia.

Según la EHPM 2021, el 64.3% de la población total de 15 años o más no cotiza a la seguridad social a cargo del Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA), el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP) o la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP). El 74.3% de la población de 15 años o más no tiene acceso a un seguro de salud proporcionado por el ISSS, ISBM y el IPSFA, ya sea como cotizante o como beneficiario.

En este contexto de exclusión, se necesita reforzar el valor social de la seguridad social en la inclusión de las personas con discapacidad. De acuerdo con los datos proporcionados por la Superintendencia del Sistema Financiero (SSF) sobre la cobertura de las pensiones por invalidez para el período 2015-2021, son un mecanismo cada vez más importante de protección social en las generaciones en edad potencialmente productiva de 15 a 59 años. Asimismo, representan un mecanismo de protección para las generaciones envejecidas de 60 años o más.

GRÁFICA IV.34.
POBLACIÓN PENSIONADA POR INVALIDEZ, POR GRUPO DE EDAD



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la SSF.

Ante la centralidad de este mecanismo en la generación de resiliencia social frente a formas altamente vulnerables de discapacidad, se necesita ampliar la inserción laboral de la población en edad productiva en empleos que le permita cotizar al sistema previsional (incluyendo el seguro de invalidez), pero también obtener beneficios para familiares con discapacidad en edad de ser considerados como beneficiarios.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de empleos con acceso a la seguridad social



"Al tener prótesis hay que tener para darle mantenimiento... hace poco se me dañó una pieza, yo fui con cien pesos... me cobraron 150... gracias a Dios esta vez se pudo, pero la próxima, no se sabe y pues, ya me molesta en una parte... si tuviera un empleo, un poquito más de un ingreso y un seguro sería mucho más fácil de adquirir... con seguro es más fácil."

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"Un conocido de la colonia, la puso a ella como que trabajaba a medio tiempo para que pueda poder estar asegurada. Me ayudó porque yo con mi trabajo no la podía asegurar. Si estuviera en un estado de formalidad si hubiera podido hacerlo yo."

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

Por otro lado, se identifica la demanda de facilitar el acceso de los hogares con personas pensionadas por invalidez a una canasta de servicios de protección social complementarios que les permita generar capacidades para vivir fuera de la línea de pobreza. De acuerdo con datos del SSF para el primer trimestre de 2022, el monto mensual de las pensiones por invalidez del sistema previsional era de 277.62 USD en el caso de las mujeres y 285.61 USD en el caso de los hombres. Los montos entregados por los seguros de invalidez no sustituyen al 100% los ingresos obtenidos de forma previa al hecho generador de la invalidez. De este modo, los hogares necesitan contar con apoyos para readaptar su estructura de generación de ingresos y afrontar los gastos adicionales asociados con la situación de invalidez.

VII. La corresponsabilidad del derecho al cuidado






A lo largo de la vida, las personas interactúan entre sí en torno a la satisfacción de diferentes demandas de cuidado. De manera particular, las personas con discapacidad poseen demandas diferenciadas de cuidado, en especial, si tienen problemas para realizar de forma cotidiana acciones esenciales para su cuidado personal, como alimentarse, asearse, vestirse, desplazarse en diferentes espacios o comunicarse.

En el marco de las desigualdades de género instaladas en torno a la provisión de cuidados y la condición de discapacidad, las mujeres suelen tener un mayor protagonismo como cuidadoras, pero también como sujetas de cuidado (por la feminización más elevada de la población con discapacidad). Como resultado de la individualización de la condición de discapacidad, las mujeres suelen enfrentar la inequidad en la gestión de los cuidados en un contexto de orfandad estatal y exclusión mercantil. Por un lado, el Estado les proporciona apoyos limitados de tipo: a) financiero para afrontar los efectos negativos de su dedicación a tareas de cuidado en sus trayectorias de acumulación de ingresos propios; b) formativo para compensar la falta de conocimientos y habilidades requeridas para proporcionar un cuidado adecuado a las personas con discapacidad; y c) psicoemocionales para gestionar las presiones sobre su salud física y mental (en especial cuando figuran como cuidadoras de personas altamente dependientes por períodos prolongados de tiempo) (Wanderley, 2019). Por otro lado, el mercado no suele ofrecer servicios de cuidado adecuados a precios accesibles ni tampoco proporcionar acceso a dispositivos de apoyo capaces de facilitar las labores de cuidado. De este modo, la profesionalización y especialización del cuidado de las personas con discapacidad es un privilegio que las grandes mayorías no pueden costear.

En este contexto, la gestión de los cuidados requeridos por las personas con discapacidad enfrenta diferentes desafíos para el Estado, el mercado y las familias.

CUADRO IV.10.

BARRERAS ESTRUCTURALES PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO AL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	Barreras físicas	<ul style="list-style-type: none">• Aumento de la carga de cuidado por la realización de tareas que las personas con discapacidad no pueden hacer por sí mismas por la inaccesibilidad de los espacios y vías de transporte.
	Barreras comunicacionales	<ul style="list-style-type: none">• Uso de familiares o amistades se desempeñan como intérpretes no profesionales por el escaso conocimiento de los prestadores de servicios sobre cómo comunicarse de forma efectiva con las personas con destrezas sensoriales y cognitivas reducidas, en detrimento del derecho a la privacidad de las personas con discapacidad.
	Barreras actitudinales	<ul style="list-style-type: none">• Prevalencia de actitud proteccionista de los proveedores de cuidado hacia las personas con discapacidad que limita el desarrollo de habilidades para una mayor autonomía.• Perpetuación de desigualdades de género ante la centralidad de las mujeres como cuidadoras no remuneradas de los miembros con discapacidad de su hogar o de otros.• Poco reconocimiento social de la crisis de cuidado de las personas con discapacidad y sus familias (la sociedad incentiva el sacrificio de las familias).• Desconfianza y culpabilización de la familia en torno a la contratación de servicios de cuidado proporcionados por personas ajenas al núcleo de apoyo.
	Barreras político-institucionales	<ul style="list-style-type: none">• Escasez de servicios públicos de cuidado para las personas con discapacidad.• Falta de apoyos psicoemocionales, formativos y financieros para los miembros del núcleo de apoyo de las personas con discapacidad.
	Barreras económicas	<ul style="list-style-type: none">• Oferta insuficiente de servicios de cuidado confiables y dispositivos de apoyo a precios accesibles

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad acreditados ante el CONAIPD.

- **Desafío 1. Al menos 2 de cada 100 personas con discapacidad tienen una necesidad de apoyo al cuidado personal.** Según la ENS 2021, el 2.1% de la población del país presenta una condición de discapacidad permanente acompañada con dificultades para realizar tareas esenciales de cuidado personal. La prevalencia de esa forma de discapacidad es cuatro veces más elevada en las personas adultas mayores de 60 años o más que en cualquier grupo etario (al menos 8 de cada 100). Asimismo, es ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres

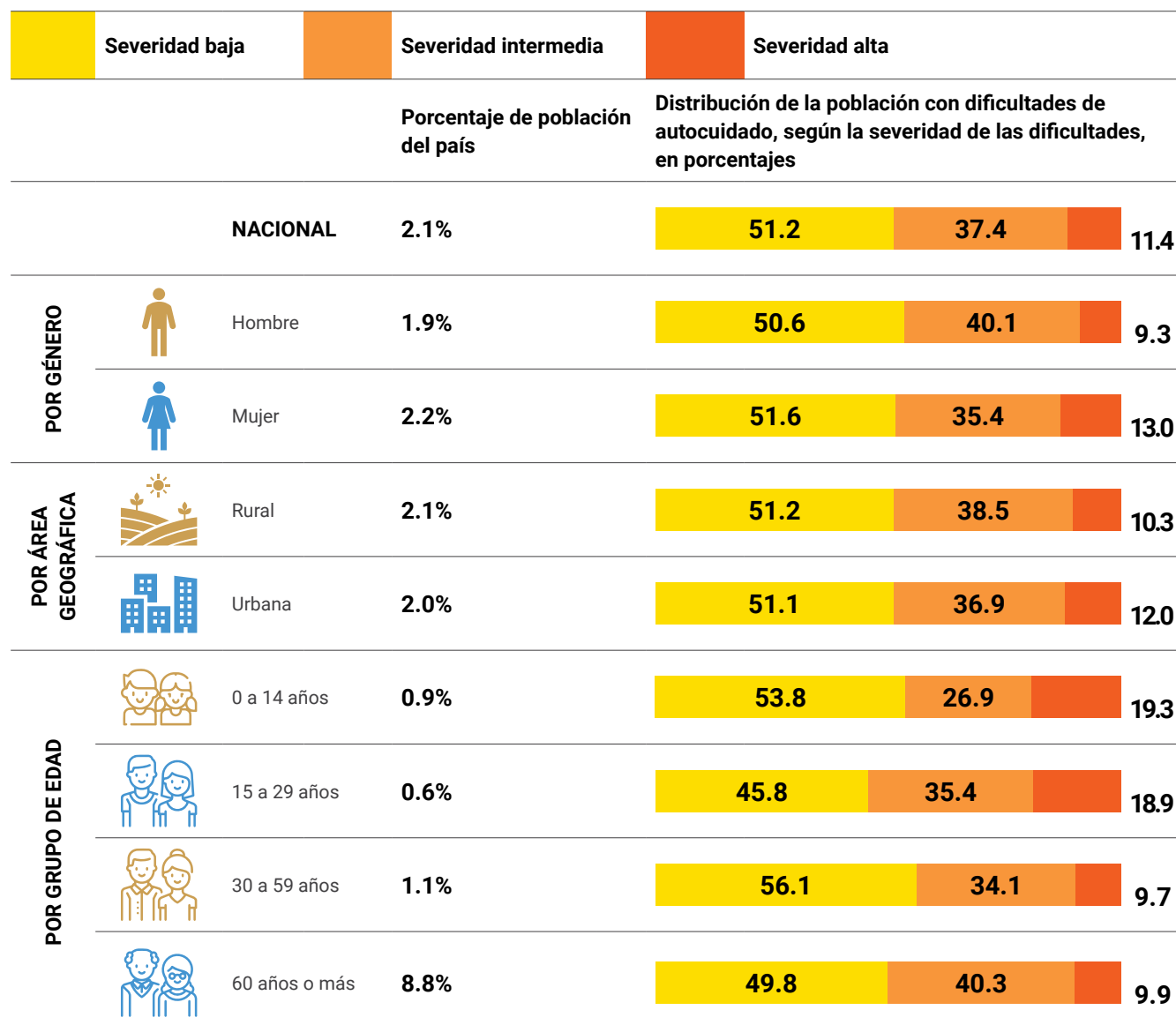
(brecha de 0.3 puntos porcentuales) y relativamente similar en la población rural que en la urbana (brecha de 0.1 puntos porcentuales).

Del total de personas que tiene una condición de discapacidad con dificultades de autocuidado personal, el 51.2% tenía dificultades con una severidad baja, el 37.4% con una severidad intermedia y el 11.4% una severidad alta. Este último segmento poblacional es el que tiene las demandas de cuidado más críticas ya que tienen una dependencia total en la

realización de tareas esenciales de alimentación, aseo y vestimenta. El peso de la población con dificultades severamente altas es mayor en las mujeres que en hombres (13.0% en contra de 9.3%) y en las poblaciones urbanas que las rurales (12.0% en contra de 10.3%).

Asimismo, es más elevado en la población menor de 30 años. En la niñez y adolescencia de 0 a 14 años, el 19.3% tiene dificultades para el cuidado personal altamente severas; y en la juventud de 15 a 29 años, es el 18.9%.

GRÁFICA IV.35. PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD ACOMPAÑADA CON DIFICULTADES DE AUTOCUIDADO Y COMPOSICIÓN DEMOGRÁFICA DE LA SEVERIDAD DE LAS DIFICULTADES DE AUTOCUIDADO



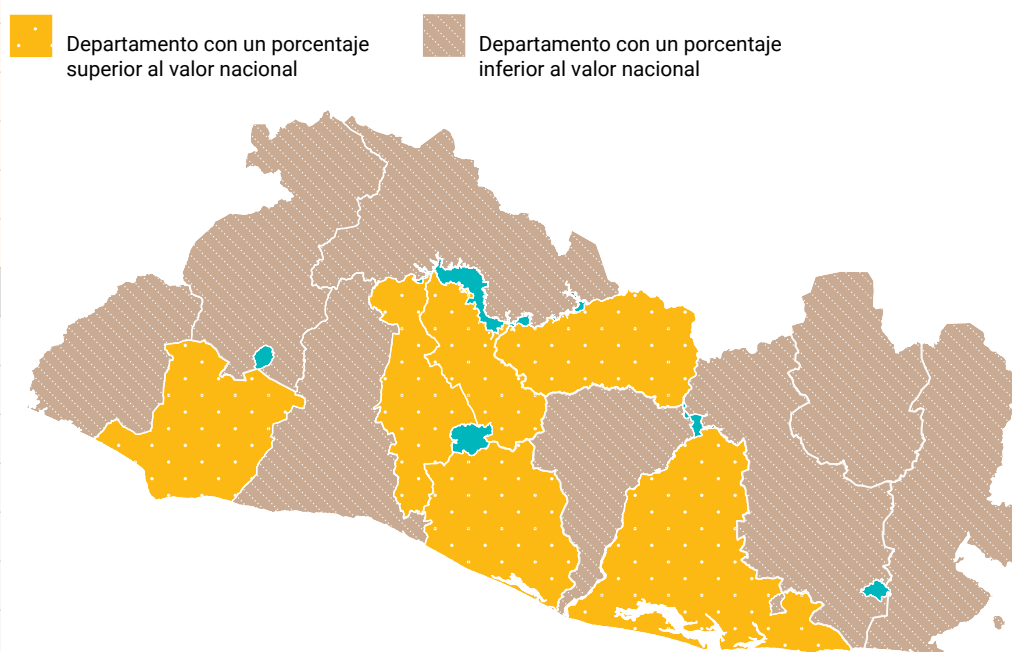
Fuente: elaboración propia a partir de EHPM 2021.

En tiempos óptimos del bono demográfico, el país necesita gestionar de forma adecuada esta demanda de cuidado, es decir, sin frenar el potencial productivo de los hogares y sacrificar el bienestar de las mujeres, desde la perspectiva de la autonomía económica, cuidado de su salud y la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos.

Esta demanda presenta matices departamentales diferenciados. El peso de la población con dificultades de autocuidado altamente severas oscila entre el 16.0% (La Paz) y el 5.9% (Chalatenango). En 10 de los 14 departamentos, más del 10% de la población con dificultades de autocuidado tiene el grado de severidad más grave. De estos 10 departamentos, 6 poseen valores superiores al parámetro nacional (11.4%).

GRÁFICA IV.36.
INCIDENCIA DEPARTAMENTAL DE LAS DIFICULTADES DE AUTOCUIDADO CON UNA SEVERIDAD ALTA, COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON DIFICULTADES DE AUTOCUIDADO. EL SALVADOR, 2021

La Paz	16.0
Usulután	14.5
Cabañas	14.4
Sonsonate	13.7
San Salvador	12.2
Cuscatlán	11.7
Nacional	11.4
San Vicente	11.4
Morazán	11.3
Santa Ana	10.8
La Libertad	10.6
Ahuachapán	9.7
La Unión	8.8
San Miguel	8.6
Chalatenango	5.9



Fuente: elaboración propia a partir de ENS 2021.

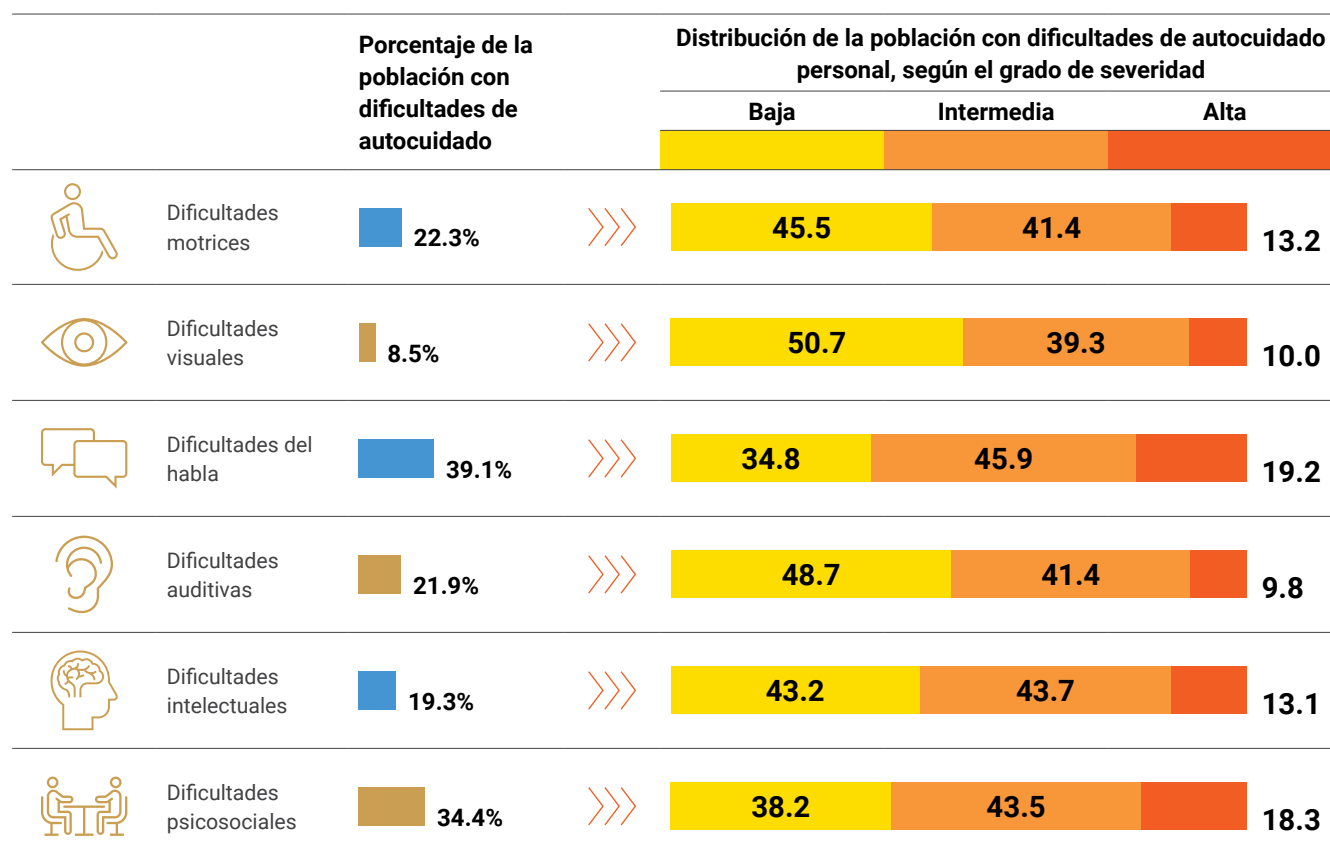
- Desafío 2. La diversidad funcional de las personas con discapacidad con mayor demanda de cuidado.** La población con dificultades de autocuidado personal posee un perfil funcional diferenciado. De acuerdo con la ENS 2021, la incidencia de las dificultades de autocuidado es mayor en las personas con dificultades del habla y psicosociales, al más del 35.0% (es decir, más de la tercera parte), seguidas de las personas con dificultades motrices, auditivas e intelectuales, al estar cerca del 20% (es decir, una quinta parte). Solo en las personas con dificultades visuales, la incidencia de las dificultades de autocuidado personal es inferior al 10%.

Por otro lado, la mayor parte de las personas con dificultades de autocuidado tiene demandas con una severidad intermedia-alta en las diferentes clases de discapacidad, excepto en la visual, donde más del 50% de la población con necesidades de autocuidado posee demandas con una severidad baja. De manera particular, la situación es más crítica en las personas con discapacidad del habla y psicosocial. El peso de la población con dificultades severamente altas de autocuidado supera el umbral del 15%. En cambio, es menos crítica en las que poseen dificultades auditivas, al tener un peso inferior al 10%.

En el marco de esta dependencia diferenciada de apoyos de cuidado, la incidencia de la dependencia total para la satisfacción de necesidades cotidianas de alimentación, higiene, vestimenta u otra esencial, es más alta en las personas con dificultades funcionales severamente altas. Del 100% de personas con dificultades motrices severamente altas, el 51.8% tiene una dependencia total del cuidado personal.

En las personas con dificultades visuales severamente altas, el 18.8%. En las personas con dificultades del habla severamente altas, el 35.9%. En las personas con dificultades auditivas severamente altas, el 13.2%. En las personas con dificultades intelectuales severamente altas, el 47.4%. En las dificultades psicosociales severamente altas, el 42.2%.

GRÁFICA IV.37. DEMANDA DEMOGRÁFICA DE CUIDADO, SEGÚN EL TIPO DE DISCAPACIDAD. EL SALVADOR, 2021

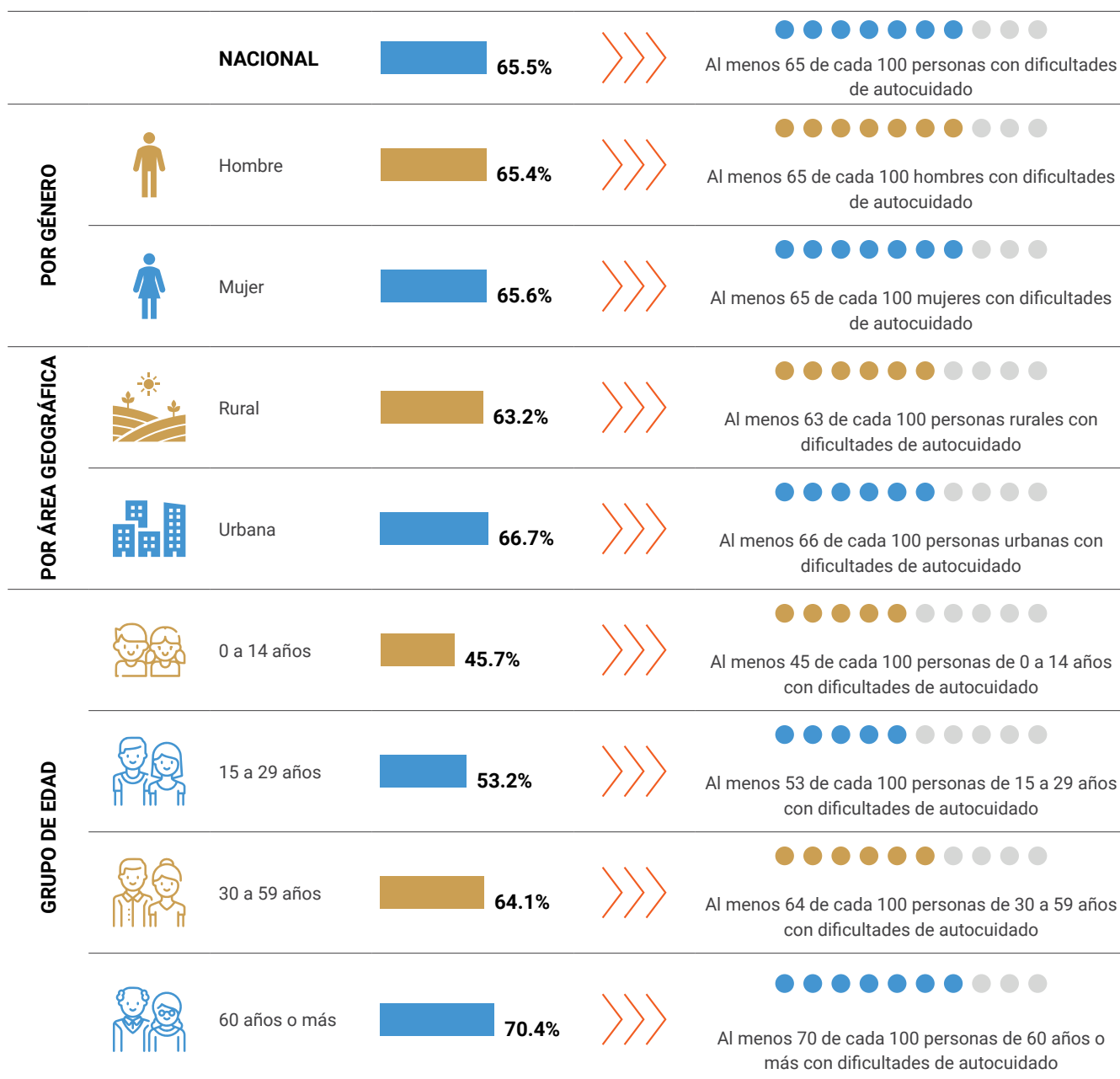


Fuente: elaboración propia de la ENS 2021.

En respuesta a estas tendencias, existe una demanda de servicios de cuidado capaces de adecuarse al perfil funcionalmente diferenciado de la población con discapacidad, especialmente desde la perspectiva comunicacional y actitudinal. Asimismo, existe una demanda de dispositivos de apoyo que faciliten las interacciones entre las personas con discapacidad y las personas cuidadoras, en un contexto de perfiles funcionales heterogéneos. Ante la elevada familiarización del cuidado, se identifica la necesidad de aliviar la carga temporal, financiera y psicoemocional del cuidado bajo la responsabilidad de los núcleos familiares; contar con servicios de protección social que reconozcan el aporte social de las personas con un dedicación doméstica exclusiva asociada al cuidado de personas con discapacidad con dificultades altamente severas; y acceder a orientaciones culturales, herramientas cognitivas y dispositivos de apoyo para la facilitación de las interacción entre las personas con discapacidad y sus cuidadores, especialmente si cuentan con perfiles funcionales divergentes.

- Desafío 3. La asociación predominante entre demandas de cuidado doméstico y cuidados médicos.** Según la ENS 2021, la mayor parte de la población con dificultades de autocuidado personal tiene alguna enfermedad crónica (65.5%). De este modo, la demanda de apoyo de cuidado no solo se estructura en torno a sus necesidades domésticas, sino que también médicas. La incidencia de una demanda doméstica y médica de cuidados es ligeramente mayor en las mujeres, las áreas urbanas y la vejez. La extensión demográfica de esta clase de cuidados aumenta con el paso de la edad, de tal modo que, la incidencia en las personas adultas mayores de 60 años o más es casi 25 puntos porcentuales mayor a la de la niñez de 0 a 14 años.

GRÁFICA IV.38. PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIFICULTADES DE AUTOCUIDADO QUE TIENEN ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2021.

La atención plena de estas necesidades médicas puede generar presiones adicionales sobre las familias. Por un lado, pueden suponer no solo mayor dedicación temporal (por el acompañamiento a consultas médicas y toma de exámenes, la asistencia en hospitalizaciones, el suministro de medicamentos, la vigilancia de la dieta alimenticia y rutina física, entre otros). Por otro, puede requerir el desarrollo no profesional de conocimientos y habilidades de cuidado médico, como las asociados con la comprensión

de la terminología médica vinculada con la enfermedad, la administración de medicamentos diversos (orales, subcutáneos, intravenosos, intramusculares, entre otros), la supervisión en el uso de suplementos médicos (como los tanques de oxígeno), el cuidado nutricional, la realización de terapias motoras (en especial, si las personas deben guardar reposo por un período de tiempo prolongado), el desarrollo de ejercicios respiratorios, entre otros cuidados.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de apoyos para el cuidado doméstico y médico



"Hoy que estamos con las dos, estamos nivelando entre las dos, ayudando y dándole lo que a ella le gusta de comer, pero si cuesta darle la medicina... Gracias a Dios, ella no se enferma mucho es más que todo una tosecita o un dolorcito de cadera... Es difícil saber que tiene también porque como ella no dice qué es lo que tiene"

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

"Uno tiene que estar realimentándose para entenderlos mejor y también para tener el auto cuidado personal porque de una manera u otra el cuidador termina quemado... uno cae en susceptibilidad, en depresión, en cualquier emoción negativa... entonces es muy importante estar una asociación para que lo ayuden uno a saber tratar y saber el auto cuidado personal de uno."

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

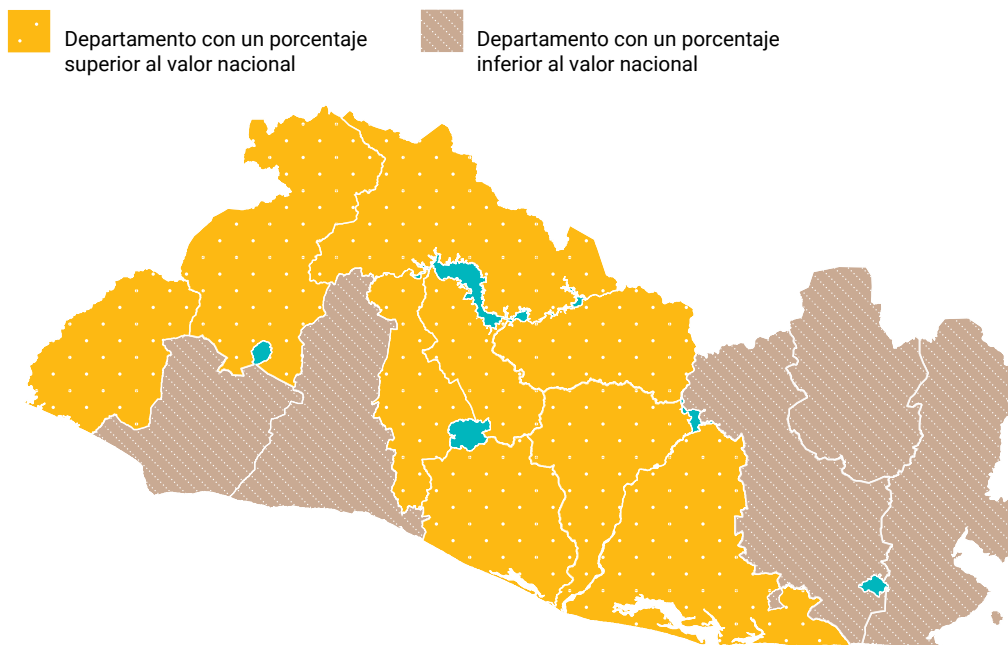
El despliegue de servicios de atención a esta demanda de cuidados médicos y domésticos necesita adecuarse a la incidencia funcional diferenciada. El 71.9% de las personas con dificultades de autocuidado tiene dificultades motrices; 71.2% dificultades visuales; el 68.8% dificultades del habla; el 63.9% dificultades auditivas; el 70.3% dificultades intelectuales; y el 70.8% dificultades psicosociales. Asimismo, se necesita considerar que esta demanda se encuentra dispersa en los diferentes departamentos del país. Sin embargo, la relevancia demográfica de esta población supera el parámetro nacional en 9 de los 14 departamentos del país (65.5%). En 3 de estos departamentos, al menos 70 de cada 100 personas tiene demandas de cuidado doméstico-médico: Cabañas, Usulután y Santa Ana.

En el marco de estas tendencias, se releva la demanda de fortalecer la articulación entre el cuidado familiar y los servicios de salud pública, desde el punto de vista de:

1) la disponibilidad territorial de los servicios médicos, tamizajes, equipos, medicamentos y ambulancias (especialmente en casos de traslados críticos); 2) el fomento de una telesalud más inclusiva (es decir, disponible para personas con diferentes perfiles funcionales) y el desarrollo de competencias en profesionales de salud para que puedan comunicarse de forma efectiva con las personas con discapacidad y atender sus necesidades; y 3) el desarrollo de habilidades esenciales en los hogares de las personas con discapacidad para la realización de primeros auxilios en momentos de crisis, el seguimiento oportuno al tratamiento médico de enfermedades crónicas y la prestación no profesional de cuidados paliativos. Los cuidadores necesitan contar con un acompañamiento profesional adecuado y una red de servicios de salud que pueda activarse de manera oportuna y eficiente a favor de la garantía al derecho a la salud de las personas con discapacidad.

GRÁFICA IV.39.
PORCENTAJE DEPARTAMENTAL DE PERSONAS CON DIFICULTADES DE AUTOCUIDADO QUE TIENE ENFERMEDADES CRÓNICAS. EL SALVADOR, 2021

Cabañas	74.3
Usulután	73.5
Santa Ana	70.6
San Vicente	69.9
Chalatenango	69.7
Cuscatlán	68.7
San Salvador	66.6
Ahuachapán	66.6
La Paz	66.0
Nacional	65.5
La Libertad	64.2
San Miguel	61.1
Morazán	55.3
La Unión	54.0
Sonsonate	53.4



Fuente: elaboración propia a partir de ENS 2021.

- Desafío 4. La demanda temporal diferenciada de cuidado de las personas con discapacidad.** Según la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo 2017, el 5.0% de los hogares tuvieron algún miembro que requirió apoyo o asistencia por deterioro funcional (vinculado con la presencia de dificultades motrices, visuales, del habla, auditivas, intelectuales y psicosociales). Estos hogares dedicaron en promedio, más horas al día de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado que los hogares sin esta demanda de cuidado (12.6 horas en contra de 10.3). En los hogares con miembros con alguna condición de discapacidad, la demanda de tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidado es mayor en aquellos que tienen dificultades psicosociales y en cambio, es más bajo, en aquellos con dificultades motrices.

Según la ENPD 2015, las personas con discapacidad requieren apoyos en el ejercicio de actividades domésticas cotidianas como hacer compras, limpiar la casa, preparar alimentos y cuidar los objetos de la casa. Estas demandas de apoyo están conectadas con las dificultades que tienen las personas para usar la red de transporte y desplazarse en diferentes puntos comerciales; pero también con los problemas que las personas con discapacidad enfrentan para moverse al interior de sus viviendas y emplear herramientas domésticas carentes de un diseño inclusivo. Bajo esta lógica, las mejoras en la accesibilidad de la infraestructura económica y las soluciones habitacionales pueden contribuir a aliviar la presión de cuidado sobre los hogares.

GRÁFICA IV.40.

PROMEDIO DE HORAS DIARIAS DEDICADAS AL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADO NO REMUNERADO POR LOS INTEGRANTES DEL HOGAR, SEGÚN LA CLASE DE DIFICULTAD FUNCIONAL. EL SALVADOR, 2017

Hogares con dificultades funcionales	Hogares con miembros con dificultades motrices	Hogares con miembros con dificultades visuales	Hogares con miembros con dificultades del habla	Hogares con miembros con dificultades auditivas	Hogares con miembros con dificultades intelectuales	Hogares con miembros con dificultades psicosociales
12.6	11.9	14.5	13.7	13.0	12.5	15.9



Nota: En la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo solo se recopila información sobre las personas que tienen dificultades funcionales para: 1) Moverse, caminar o usar los brazos o las piernas; 2) ver (aun usando anteojos); 3) Hablar o comunicarse; 4) Escuchar (aun usando aparatos auditivos); 5) Entender, aprender, concentrarse y/o recordar; y 6) Relacionarse con las demás personas, por sus pensamientos, sentimientos, emociones. No se incluye la categoría de las dificultades de autocuidado personal.

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo 2017.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de apoyos situacionales de cuidado



"Desde chiquito me gustaba hacer las cosas por mí mismo siempre...mis padres se acostumbraron a verme bien independiente y bueno hoy con mi esposa que me conoció así (ciego), ella es lo mismo. Me deja hacer lo que yo quiero.... Cuando necesito ayuda se la pido a ella o mi hermano. Me dejan trabajar hasta donde yo pueda, pero cuando es cuestión de salir a otros lugares, si ya voy lejos, me protegen un poquito más. Mi casa está en un área semi rural. A veces anda ganado ahí en la calle o perros. Así ya no puedo desplazarme solo (por el riesgo de no verlos y se lo pasen llevando)"

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

- **Desafío 5. El rol de las mujeres como proveedoras principales de trabajo doméstico y de cuidado de las personas con discapacidad.** Según la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo 2017, la discapacidad acentúa el rol de la mujer como proveedora de servicios domésticos y de cuidado. En los hogares con algún miembro con discapacidad, las mujeres dedican en promedio, 4.62 horas al día de trabajo doméstico y de cuidado y proporcionan el 77.5% del tiempo consumido por los hogares. En cambio, en los hogares sin personas con discapacidad, las mujeres dedican en promedio, 3.97 horas al día y suministran el 75.9% del tiempo consumido por los hogares.

Sin importar la clase de dificultad funcional de las personas con discapacidad, las mujeres dedican más tiempo que los hombres y en el marco de este desequilibrio, proveen más del 50% de la carga temporal. No obstante, existen matices diferenciados. Las mujeres de los hogares con alguna persona con dificultades intelectuales son las que destinan en promedio más horas al día (6.25) y su vez, son las que absorben mayor porcentaje de la carga temporal (al menos 88 de cada 100 horas). Por otro lado, las de hogares con personas con alguna dificultad auditiva son las que dedican en promedio menor cantidad de horas al día (3.46) y las de los hogares con personas con alguna dificultad psicosocial son las que menos absorben esta carga (al menos 64 de cada 100 horas).

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de apoyos para la alta dedicación de las mujeres en las tareas de cuidado



“Yo ahorita tengo el 100% para dárselo a ella porque yo ahorita no trabajo solo me dedico en cuidarla a ella de hacer las cosas de la casa y cuidarla a ella eso es mi dedicación ahorita ese es mi trabajo yo estoy enfocada en que la niña aprenda algún día primero Dios aprenda a hablar y aprende a defenderse por sí sola”

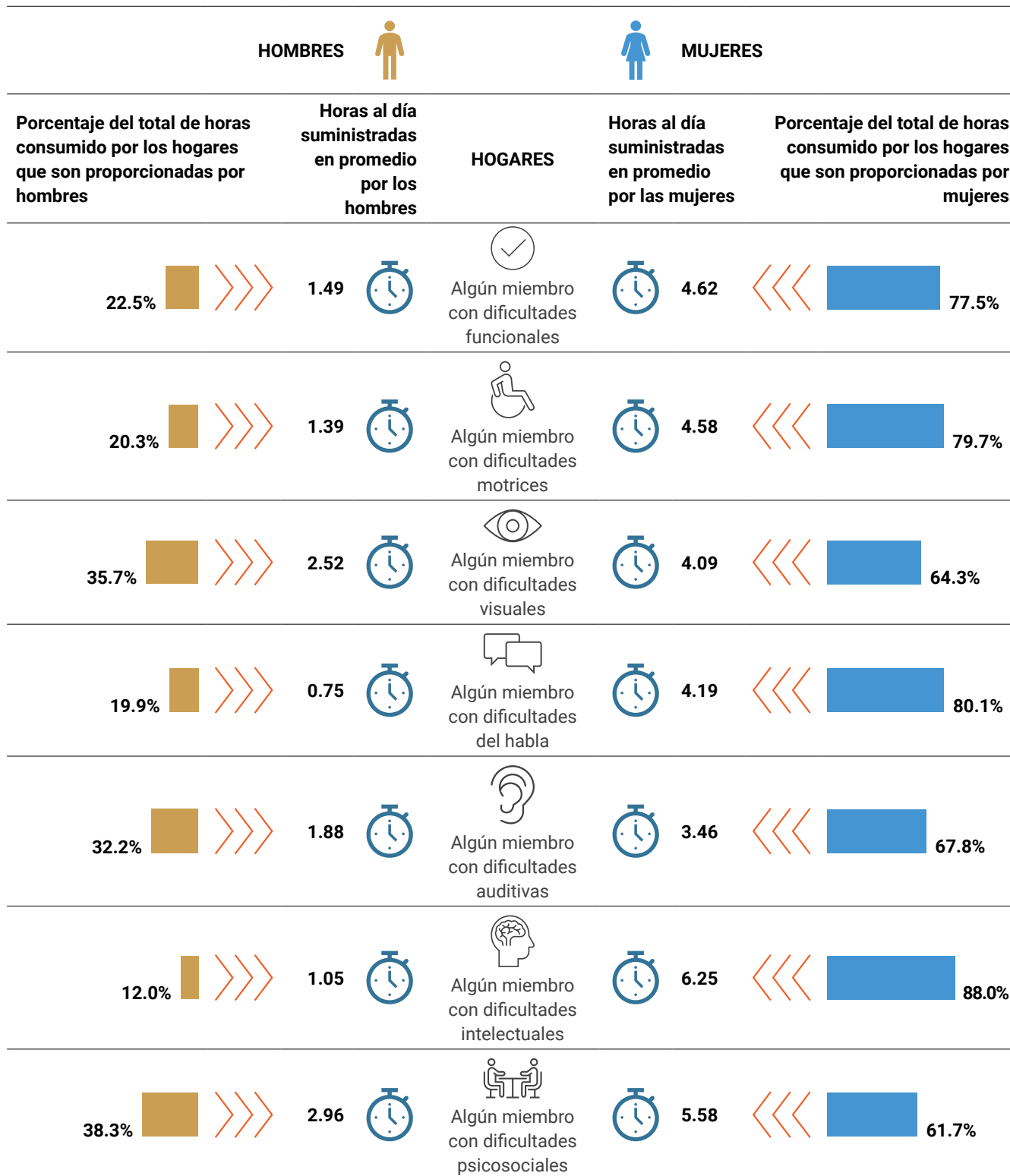
Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

“La niña me colabora en el aspecto que, si yo la mando a hacer algo, ella va... pero pues su mundo es solamente estar oyendo música... estar en la hamaca... ver televisión... son momentitos en los que ella puede ayudar... a veces, la mando a llenarme los galoncitos de agua, pero tengo que darle yo la pichinga para que luego la vaya a llenar... ella me colabora para vestirse, pero no se viste correctamente entonces yo tengo que ayudarla a ver cómo se va a poner la blusa... el pantalón... y estoy hasta que ella lo logra... también le digo que me ayude a lavar, yo le restregó bien la ropa y ya restregado, ella le saca el jabón... pero pues yo tengo que estar ahí viendo si la ropa no tiene jabón... a trapear si no mucho, no pasa de un pedacito... solo empuja un poco en medio...”

Testimonio anónimo de familiar responsable de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

GRÁFICA IV.41.
CARGA DE TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADO NO REMUNERADO DEL HOGAR,
POR SEXO Y CLASE DE DIFICULTAD FUNCIONAL DE SUS INTEGRANTES.
EL SALVADOR, 2017



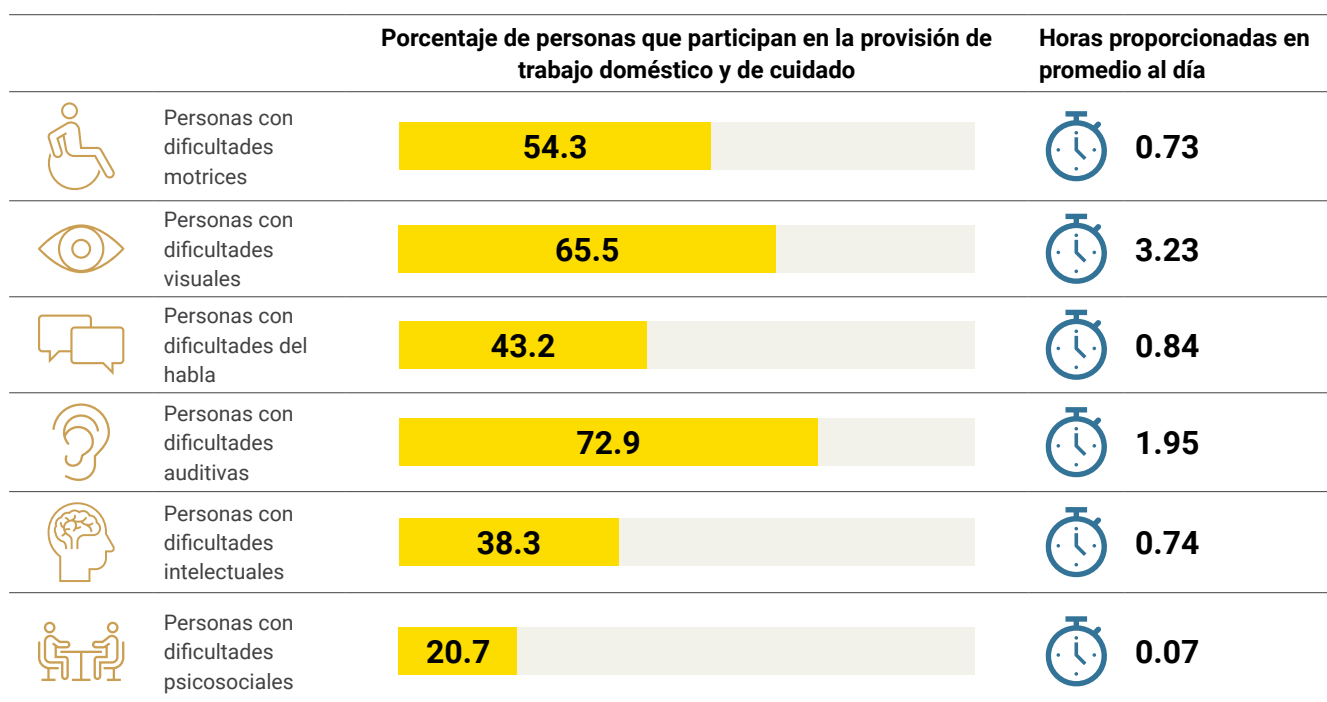
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo 2017.

- Desafío 6. Las personas con discapacidad como proveedores de trabajo doméstico y de cuidado.** Según la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo 2017, las personas con alguna dificultad funcional también son proveedoras de trabajo doméstico y de cuidado, aun cuando participan en una menor proporción que las personas sin discapacidad (52.0% en comparación a 69.6%) y proporcionan en promedio, menos horas al día (1.11 horas en promedio al día en contra de 2.81 horas en promedio).

En la población con alguna dificultad funcional, las mujeres se involucran en una mayor proporción que los hombres en la realización de tareas domésticas y de cuidado (60.6% en contra de 46.2%). Sin embargo, aportan mayor cantidad de horas que las mujeres. Los hombres proporcionan el 61.3% de las horas de trabajo doméstico-reproductivo realizado por las personas

con alguna dificultad funcional y las mujeres, el 38.7%. Las mujeres con dificultades funcionales tienen menor margen de maniobra para desempeñar este rol de provisión, por su exposición más pronunciada a la prevalencia de la discapacidad en la vejez y la presencia de dificultades severamente altas. De este modo, poseen una condición física menos proclive para la prestación de trabajo doméstico y de cuidado. En cambio, los hombres podrían asumir un rol más preponderante en la esfera del trabajo doméstico y de cuidado, desde una lógica más compensatoria. Dado que enfrentan dificultades para incorporarse plenamente en el mercado laboral y desempeñarse como proveedores del hogar (llevar dinero), aportan al bienestar del hogar vía trabajo doméstico y de cuidado. En general, los hombres desocupados realizan en promedio más horas que los hombres que están ocupados (UNFPA, 2022).

**GRÁFICA IV.42.
 APOORTE DE TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADO NO REMUNERADO DE LA
 POBLACIÓN CON DIFICULTADES FUNCIONALES, POR CLASE DE DISCAPACIDAD.
 EL SALVADOR, 2017**



Nota: En la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo solo se recopila información sobre las personas que tienen dificultades funcionales para: 1) Moverse, caminar o usar los brazos o las piernas; 2) ver (aun usando anteojos); 3) Hablar o comunicarse; 4) Escuchar (aun usando aparatos auditivos); 5) Entender, aprender, concentrarse y/o recordar; y 6) Relacionarse con las demás personas, por sus pensamientos, sentimientos, emociones.

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo 2017.

Según la clase de dificultad funcional, las personas con discapacidad se incorporan de forma diferenciada en la provisión de trabajo doméstico y de cuidado.

Las personas con dificultades auditivas son las que participan en una mayor proporción en el suministro de trabajo doméstico-reproductivo (72.9%) y aquellas con dificultades psicosociales las que se incorporan en menor proporción (20.7%). En cambio, las personas con dificultades visuales son las que proveen en promedio mayor cantidad de horas (3.23 al día) y aquellas con dificultades psicosociales, la menor (0.07 al día).

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de apoyos para las personas con discapacidad con roles de cuidado



"Mis hijos están en la casa con mi mamá. Me gusta trabajar y ser responsable. Yo sola soy la que llevo el sustento y también cuido a mi familia. Gracias a Dios llevo el plato a la mesa, aunque a veces me preocupa mis hijos...le pido a Dios de que me deje a mí ser una mamá que cumpla las necesidades de mis hijos y ser responsable en mi casa... hay necesidades financieras que a veces van aumentando y pues el papá da, pero hasta ahí nomás... él está en Estados Unidos... no hay apoyo... el padre de los niños se enoja y dice que los quiere, pero no como yo que soy la mamá... Yo soy la responsable, yo les doy amor, yo los he cuidado... He sido su mamá desde chiquititos...y hoy que ya están grandes, cuesta porque soy una persona sorda y yo no entiendo cuando me están hablando y yo no entiendo cuando mueven sus labios..."

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"Nos fuimos de la casa de mi tía porque mucho me pegaba... a mí me ponían a hacer casi todo el oficio de la casa... los niños de mi tío hacían desorden y a mí me utilizaban para hacer los quehaceres de la casa... tenía que cuidar todo el día a los niños... terminaba muy cansada... mis papás se iban de la casa...mi tía siempre me regañaba y castigaba.... una vez hasta me quisieron estrangular... hasta entonces, mis papás hablaron y decidieron separarse de él"

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

VIII. Convivencia y participación sin discriminación

En su vida cotidiana, las personas con discapacidad enfrentan diferentes tratos discriminatorios que pueden adoptar múltiples expresiones. De una forma más ofensiva, pueden darse a partir de narrativas denigrantes que legitiman la presencia de conductas basadas en la desvalorización y aislamiento de las personas con discapacidad. De una forma más encubierta, pueden tener lugar a partir de narrativas paternalistas que justifican el despliegue de conductas sobreprotectoras que asocian la discapacidad con la incapacidad absoluta de valerse por sí mismo y le impiden a la persona con discapacidad desarrollar progresivamente habilidades para el ejercicio de una mayor autonomía. La presencia de estos tratos discriminatorios no solo afecta a las personas con discapacidad, sino que también a su familia y amistades (discriminación por asociación).

En el marco de estas interacciones culturales en donde no son tratados como iguales, pueden estar más expuestas a diferentes formas de violencia psicológica, física, sexual o patrimonial. Asimismo, se encuentran en desventaja legal para hacer valer sus derechos, cuando el sistema judicial, cuestiona su facultad racional para testificar de hechos cometidos en su contra o ejercer su personería jurídica de forma autónoma.

En términos políticos, enfrentan dificultades para ser tomados en cuenta en diferentes procesos de toma de decisiones de sus propios asuntos, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Las personas con discapacidad expresan sus opiniones en un contexto social que cuestiona su capacidad racional para percibir la realidad, opinar y tomar decisiones convenientes. Si bien, pueden lograr ser reconocidos como ciudadanos y ciudadanas capaces de emitir su voto de forma políticamente autónoma, no tienen las mismas oportunidades para ser consideradas personas elegibles a cargos de elección popular o desarrollar carreras de liderazgo en diferentes organizaciones de intermediación de intereses (como partidos políticos, gremiales empresariales y organizaciones de sociedad civil con intervenciones ajenas al abordaje de la condición de discapacidad).

En este contexto, las sociedades enfrentan el desafío de dismantelar normas y patrones culturales que legitiman diferentes formas de discriminación, prevenir todas las formas de violencia y fomentar la participación política de las personas con discapacidad.

CUADRO IV.11.

BARRERAS ESTRUCTURALES PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA CONVIVENCIA EN IGUALDAD DE CONDICIONES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	Barreras físicas	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de entornos de interacción social que los hagan sentir que tienen medios y oportunidades equiparables a los de las personas sin discapacidad y disfrutan de sus derechos en igualdad de condiciones.
	Barreras comunicacionales	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento social extendido de las formas de comunicación preferentes para determinados perfiles funcionales. Prevalencia de la segregación social de las personas con discapacidad, por el desconocimiento extendido de formas adecuadas de comunicación. Invisibilización de la identidad cultural desarrollada por las personas con discapacidad (comunidad de sordos, sordociegos, ciegos, entre otras).
	Barreras actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de tratos proteccionistas y conductas basadas en la desvalorización de las capacidades de las personas con discapacidad.
	Barreras político-institucionales	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de mecanismos institucionales que fomenten la autonomía y sean garantes de la participación de las personas con discapacidad en el desarrollo de diferentes políticas públicas. Prevalencia de instituciones de justicia poco accesibles y que dificultan el que las personas con discapacidad puedan tener su propia voz en los procesos legales, interponer demandas y gestionar sus casos de forma fácil y oportuna.
	Barreras económicas	<ul style="list-style-type: none"> Limitantes de las organizaciones de personas con discapacidad para movilizar recursos.

Fuente: elaboración propia a partir de UNDESA (2016), entrevistas a personas servidoras públicas de entidades prestadoras de servicios, grupos focales realizados con personas con discapacidad y sus familias y entrevistas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad miembros del CONAIPD.

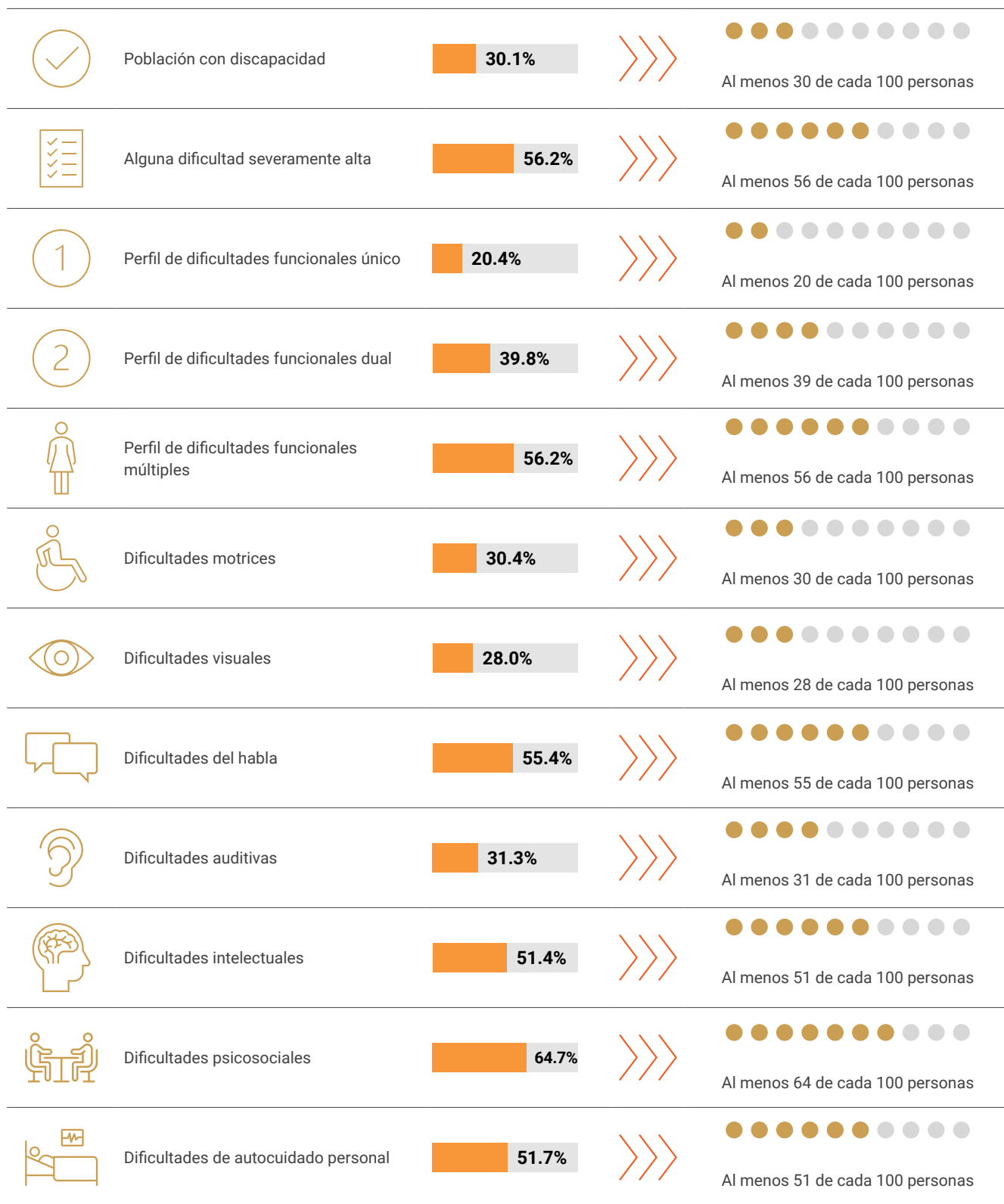
- Desafío 1. La prevalencia de tratos discriminatorios hacia determinados sectores de la población con discapacidad.** Según la ENPD de 2015, al menos 30 de cada 100 personas con discapacidad opinaban que el resto las trataba diferente debido a sus dificultades funcionales (30.1%). La incidencia de esta percepción es más alta en los hombres que en las mujeres (31.9% en contra de un 28.6%); en la población urbana que en la rural (31.4% en contra de 27.8%); y en la población joven de 15 a 29 años que en el resto de los grupos etarios (38.6%).

La garantía de los derechos de las personas con discapacidad se teje de conformidad a imaginarios sociales estructurados en torno a diferentes tensiones. En primer lugar, se ubica la tensión sobre la asignación de relevancia. Por un lado, están los imaginarios para quienes la discapacidad es una condición diferenciadora y por otro, los que no le atribuyen

importancia alguna en su desenvolvimiento cotidiano. En El Salvador, la presencia de un acto diferenciado parece activarse de forma mayoritaria solo cuando se está frente a determinados perfiles de discapacidad.

En un contexto cultural marcado por la existencia de imaginarios diferenciados según la clase de dificultades funcionales, la percepción sobre la existencia de un trato diferenciado estructurado en torno a la condición de discapacidad es más alto en las personas con discapacidad que enfrentan una situación de vulnerabilidad más compleja (como las que tienen dificultades altamente severas, 56.2% y un perfil de discapacidad múltiple, 56.2%) y dificultades del habla, intelectuales, psicosociales y de autocuidado personal (al menos 50 de cada 100 personas). En cambio, esta percepción es más baja en las personas con un perfil único de discapacidad (20.4%) y dificultades motrices, visuales y auditivas (al menos del 35%).









GRÁFICA IV.43.
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PERCIBE UN TRATO
DIFERENCIADO BASADO EN SUS DIFICULTADES FUNCIONALES. EL SALVADOR, 2021



Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

En segundo lugar, se encuentra la tensión sobre cómo manifestar este trato diferenciado. Según la ENPD de 2015, la percepción de este trato diferenciado se ha generado en el marco de situaciones en donde el resto de la población ha presenciado actitudes favorables para la garantía de sus derechos como la ayuda y el respeto o, por el contrario, actitudes desfavorables como el descuido, la indiferencia o la agresión. Entre estos dos polos, el trato diferenciado también puede adjudicarse subjetivamente a actitudes que podrían tener efectos contraproducentes en los procesos de inclusión de las personas con discapacidad como el nerviosismo o la sobreprotección.

GRÁFICA IV.44.
ACTITUDES PERCIBIDAS POR LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN EL MARCO DEL TRATO DIFERENCIADO RECIBIDO POR SUS DIFICULTADES FUNCIONALES. EL SALVADOR, 2015

		Porcentaje de población que percibe un trato diferenciado por la presencia de actitudes de ayuda y respeto	Porcentaje de población que percibe un trato diferenciado por la presencia de actitudes de sobreprotección	Porcentaje de población que percibe un trato diferenciado por la presencia de actitudes de descuido o indiferencia	Porcentaje de población que percibe un trato diferenciado por la presencia de actitudes de nerviosismo	Porcentaje de población que percibe un trato diferenciado por la presencia de actitudes de agresión (física y/o verbal)
NACIONAL		55.1	35.5	32.2	17.0	33.1
POR GÉNERO	 Hombres con discapacidad	51.6	37.0	33.2	19.8	31.7
	 Mujeres con discapacidad	58.3	34.0	31.3	14.3	34.5
POR ÁREA GEOGRÁFICA	 Población rural con discapacidad	54.3	38.2	31.5	13.0	32.7
	 Población urbana con discapacidad	55.5	34.1	32.6	19.0	33.3
GRUPO DE EDAD	 Personas con discapacidad de 0 a 14 años	42.9	40.9	31.3	22.5	49.0
	 Personas con discapacidad de 15 a 29 años	45.2	41.2	34.8	20.9	40.3
	 Personas con discapacidad de 30 a 59 años	46.6	36.5	37.0	19.1	33.9
	 Personas con discapacidad de 60 años o más	71.2	30.2	27.4	11.4	23.4

Fuente: elaboración propia a partir de la ENPD 2015.

En 2015, más del 50% de la población con discapacidad percibía un trato diferenciado por las actitudes de las personas para ayudarle o manifestarle respeto. Estas actitudes favorables son unas de las que más notan las personas de diferentes segmentos de la población con discapacidad sin importar el género, el territorio, la situación de vulnerabilidad o la clase de dificultad funcional. No obstante, poseen un matiz etario diferenciado.

La presencia de esta tendencia está asociada con los imaginarios de respeto y solidaridad estructurados en torno a la vejez. En las generaciones envejecientes de 60 años o más, más del 70% percibe un trato diferenciado por actitudes de ayuda y respeto, mientras que en las generaciones que se encuentran en su niñez y adolescencia es cerca del 40%.

En la niñez y adolescencia, se percibe un trato diferenciado más asociado a actitudes desfavorables como la agresión verbal y/o física (más del 50% las personas con discapacidad menores de 15 años). La exposición a estas actitudes no solo se presenta en función de la vulnerabilidad diferenciada de la niñez y adolescencia a la violencia sino también de las desigualdades de género y los estigmas en contra de las personas con dificultades funcionales psicosociales. La presencia de un trato diferenciado por actitudes de agresión es más alta en las mujeres que en los hombres. A su vez, las personas con dificultades psicosociales son las que tienen la incidencia más alta de las distintas dificultades funcionales (por encima del 40%).

Por otro lado, más de un tercio de la población con discapacidad identifica la presencia de un trato diferenciado basado en actitudes sobreprotectoras. La incidencia de esta percepción, al igual que la de agresión, tienden a bajar con el paso de la edad. De este modo, más del 40% de las generaciones menores de 30 años perciben que son tratadas de forma distinta debido a su condición, porque son tratadas de forma sobreprotectora. Esta incidencia presenta matices demográficamente diferenciados, ya que su valor es más alto en la población masculina y en las áreas rurales. Asimismo, afecta de manera particular a determinados perfiles funcionales. En las personas con dificultades severamente altas y dificultades sensoriales y cognitivas (habla, auditivas, intelectuales y psicosociales), más del 40% perciben un trato diferenciado por actitudes sobreprotectoras de su entorno.

Las generaciones de 30 a 59 años con discapacidad que se encuentran en plena edad productiva, así como aquellas que tienen dificultades intelectuales perciben de forma más extendida la presencia de actitudes que refuerzan su pérdida de valor en la sociedad, como el descuido y la indiferencia. En el marco de diferentes roles de género, esta situación afecta en mayor medida a los hombres que a las mujeres.

- **Desafío 2. La exposición de la población con discapacidad a diferentes formas de violencia.** Como parte de la vulnerabilidad asociada a su condición, las personas con discapacidad están expuestas a diferentes formas de violencia, como la psicológica, la física, la sexual y la patrimonial. Como resultado de su situación de dependencia socioeconómica, pueden verse más expuestas de forma prolongada a la violencia intrafamiliar, por las dificultades para buscar protección del Estado, en detrimento de la estabilidad del núcleo familiar y el escaso margen de maniobra para costearse una vida independiente del hogar. En el marco de diferentes vulnerabilidades construidas a lo largo del ciclo de vida, esta situación es más crítica para la niñez y la adultez mayor, pero también, para las mujeres, como resultado de la persistencia de las desigualdades de género. Según la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (2017), la prevalencia histórica de la violencia es ligeramente más alta en las mujeres con discapacidad que en aquella sin esta condición (67.7% en contra de 67.3%).

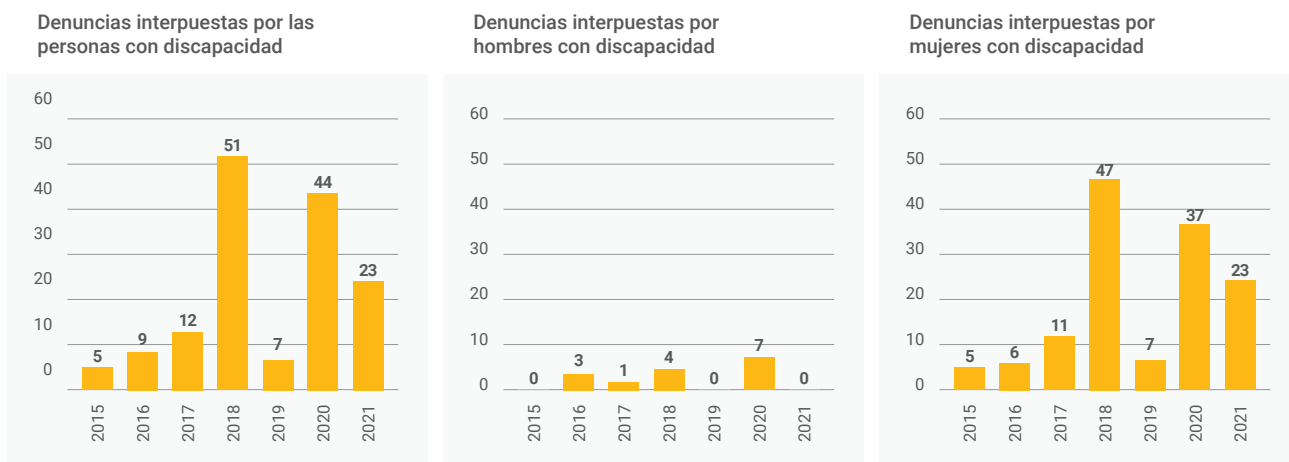
A pesar de la vulnerabilidad de las personas con discapacidad, sus dinámicas de victimización no suelen ser evidenciadas en diferentes encuestas sobre violencia, seguridad y cultura de paz. Tampoco suelen ser visibilizadas en los registros administrativos de autoridades del Estado encargadas de la recepción de denuncias de hechos cometidos en su contra y su judicialización. Según comunicaciones oficiales amparadas en la Ley de Acceso a la Información Pública (IAIP), la Fiscalía General de la República (FGR) y la Corte Suprema de Justicia (CSJ) no cuentan los registros administrativos desagregados. La Policía Nacional Civil (PNC) sí posee registros desagregados sobre las denuncias interpuestas por clase de violencia.

Los datos de la Policía Nacional Civil por las denuncias interpuestas por las personas con discapacidad para el período 2015-2021 no permiten calcular los niveles de victimización, pero sí son útiles para reconocer la relevancia de las mujeres con discapacidad como denunciantes de hechos de violencia y las denuncias por violencia sexual sobre otras formas de violencia.

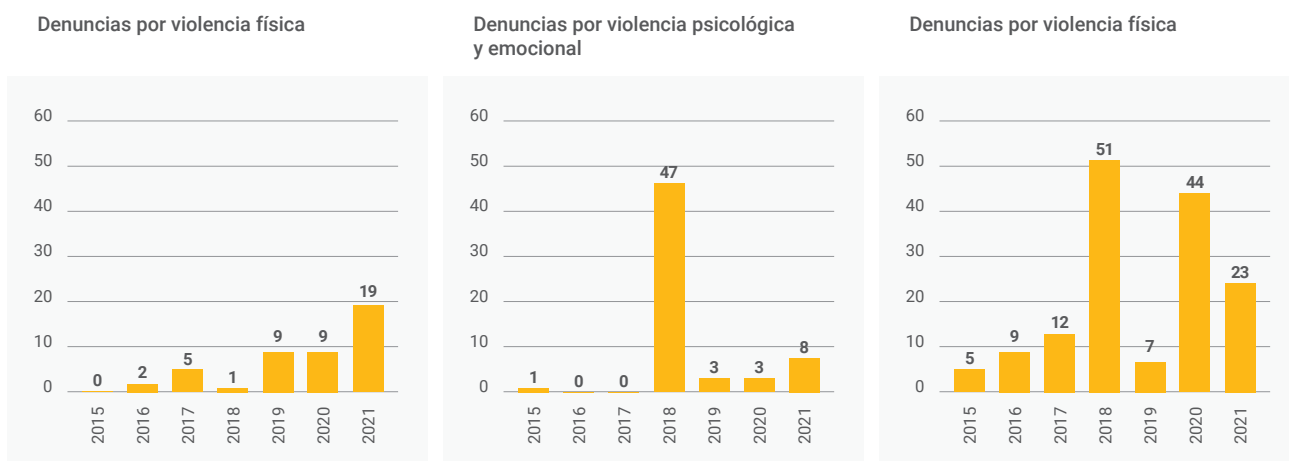
Más de la mitad de las denuncias por violencia sexual han sido interpuestas por mujeres.

GRÁFICA IV.45. DENUNCIAS INTERPUESTAS ANTE LA POLICÍA NACIONAL CIVIL POR PERSONAS CON DISCAPACIDAD, POR GÉNERO Y CLASE DE VIOLENCIA. EL SALVADOR, 2015-2021

GÉNERO



CLASE DE VIOLENCIA



Fuente: elaboración propia a partir de la información proporcionada por la PNC.

Aunque estos datos no son concluyentes contribuyen a evidenciar la urgencia de contar con estadísticas sobre la victimización de la población con discapacidad ante diferentes formas de violencia, sus percepciones de seguridad en su hogar, su comunidad y diferentes espacios comunes. Estos datos son cruciales para desarrollar esquemas de prevención social de la violencia responsivos a las necesidades de las personas con discapacidad. Asimismo, es recomendable avanzar en la generación de registros administrativos sobre la interposición de denuncias por hechos de violencia en diferentes ventanillas estatales facultadas y su judicialización.

- Desafío 3. La promoción de la participación política de las personas con discapacidad.** La participación política de las personas con discapacidad puede asumir diferentes formas. En un régimen democrático, sobresale la relevancia de la participación electoral de las personas con discapacidad como electores, pero también como elegibles a un cargo de elección popular. El Tribunal Supremo Electoral (TSE) no cuenta con registros desagregados sobre la condición de discapacidad de las personas que se postulan como candidatas elegibles y los electos. Solo posee información desagregada del electorado.

Desde la perspectiva del electorado, sobresale el desgaste progresivo en los niveles de participación electoral de las personas con discapacidad. Entre 2015 y 2021, ha descendido el porcentaje de población con discapacidad inscrita en el padrón electoral que ha emitido su voto en las elecciones legislativas y municipales, al pasar de 47.7% en 2015 a 43.9% en 2021. En cambio, ha subido en la población total, al pasar

de 47.9% a 49.0%. Si bien, esta tendencia puede estar asociada a diferentes variables de comportamiento electoral y cultura política, también puede deberse a la presencia de barreras para las personas con discapacidad, como la accesibilidad de los centros de votación o la falta de disponibilidad de una persona de confianza que pueda brindar asistencia.

En respuesta a esta tendencia, existe una demanda para fortalecer la participación de las personas con discapacidad en la gestión de diferentes políticas públicas, especialmente, por medio de diferentes organizaciones de la sociedad civil y la generación de mecanismos de financiamiento que contribuyan a su sostenibilidad en el tiempo. La participación de la población con discapacidad en diferentes asociaciones de la sociedad civil es un proceso que favorece su inclusión social, desde múltiples formas. De acuerdo con la ENPD 2015, solo el 2.6% de las personas de 18 años o más pertenecían a una organización de personas con discapacidad.

EN PALABRAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

Demanda de apoyo para la participación de las personas con discapacidad en organizaciones de la sociedad civil



"Soy algo nueva de estar en esta asociación. A mí me gusta ayudar. Yo puedo caminar. Tengo mis pícitos buenos. Me gusta ayudar cuando ellos lo necesitan. Ellos también están bien agradecidos por que les estoy ayudando. Cuando ellos no pueden hacer algo, yo lo hago por ellos... tal vez ellos necesitan que los lleve a una parte y yo los llevo... me hace feliz que ellos estén felices porque yo esté dentro del grupo. A mí me gusta trabajar con ellos, eso me hace feliz".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

"En la asociación de aquí nos capacitan para que sigamos luchando y nos animan a cada persona. Nos gusta capacitarnos y enseñar a otros... Antes, antes cuando yo estaba joven me capacitó, me enseñaron hacer piñatas y me gustó, decorarlas. Me capacitó muy bien haciendo piñatas".

Testimonio anónimo de persona con discapacidad

Fuente: Archivo de transcripciones de grupos focales realizados por el CONAIPD y la UPED con personas con discapacidad y familiares y las entrevistas realizadas a representantes de diferentes sectores de la población con discapacidad ante el pleno del CONAIPD.

DATOS RELEVANTES

VIDA IGUALITARIA

2015

Al menos 24 de cada 100 personas con discapacidad tenía problemas para moverse en su propia casa

2015

Al menos 45 de cada 100 personas con discapacidad tuvieron problemas para usar el sistema de transporte urbano

2021

Al menos 56 de cada 100 personas con discapacidad de 18 años o más que estaban inscritas en el padrón electoral no fue a votar en las elecciones legislativas y municipales



VIDA INDEPENDIENTE

2021

Al menos 14 de cada 100 personas con discapacidad de 4 a 18 años no asistió a la escuela en el año escolar 2020

2015

Al menos 66 de cada 100 personas con discapacidad de 15 años o más no estaba incluido en el mercado de trabajo

2021

Al menos 2 de cada 100 personas en el país eran personas con discapacidad con necesidades de cuidado personal



DATOS RELEVANTES

VIDA SALUDABLE

2021

Al menos 48 de cada 100 personas con enfermedades crónicas tiene alguna condición de discapacidad

2015

Solo 18 de cada 100 personas con discapacidad tenían seguro médico (público o privado)

2021

Al menos 13 de cada 100 mujeres en edad fértil de 15-49 años tiene alguna condición de discapacidad



VIDA SEGURA, JUSTA y LIBRE

2021

Casi 2 de cada 100 mujeres con discapacidad de 15-49 años tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años sin dar su consentimiento

2021

Al menos 31 de cada 100 mujeres de 15-49 años aún no están a cargo plenamente de la toma de decisiones sobre el cuidado de su propio cuerpo

2017

Al menos 67 de cada 100 mujeres con discapacidad ha sufrido algún hecho de violencia en su vida





CAPÍTULO V

¿Qué se puede hacer? Orientaciones para la acción

En 2006, El Salvador suscribió la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y la ratificó en 2007. Sin embargo, no realizó cambios sustantivos en el marco jurídico nacional existente. Solo modificó la estructura y funciones del Consejo Nacional de Atención Integral para las Personas con Discapacidad, para fortalecer su vocación a favor del impulso de políticas con un enfoque de derechos y ampliar la participación de los diferentes sectores de la población con discapacidad. En este sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas señaló que, en cumplimiento con los compromisos internacionales adquiridos con la Convención, el país necesitaba una legislación integral para regular de forma efectiva el goce de los derechos de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás, y a la vez, definir el rol de los distintos actores de la sociedad en su garantía plena.

En 2020, se adoptó una nueva normativa más compatible con la Convención, la Ley Especial de Inclusión de las Personas con Discapacidad, con el objetivo de reconocer, proteger y garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones. Con este instrumento jurídico, se privilegia la obligación del Estado para eliminar las barreras que obstaculicen el pleno desarrollo de las personas con discapacidad y favorecer el desarrollo de diseños universales, con la colaboración de diferentes actores públicos y privados.

De manera particular, la Ley Especial de Inclusión de las Personas con Discapacidad reconoce la importancia de atender las necesidades particulares de las personas con discapacidad en el disfrute de un conjunto más amplio de derechos. Al piso básico de medidas de discriminación positiva en materia de educación, empleo, habilitación y convivencia (no discriminación) reconocido por la Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de 2000⁶, se agregan intervenciones diferenciadas para asegurar el derecho a: 1) la información y la comunicación; 2) el acceso a la justicia y la capacidad jurídica; 3) la seguridad social; 4) la salud y asistencia social; 5) la habilitación; 6) el disfrute de forma independiente y a ser incluida en la comunidad; y 7) la protección en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.

En este contexto, el país ha avanzado en el cierre de la brecha normativa entre el piso internacional y nacional de derechos a favor de las personas con discapacidad; y se encuentra frente al desafío de convertir los derechos jurídicamente reconocidos en una realidad tangible para las personas con discapacidad y sus familias.

Este desafío es altamente complejo por la diversidad y profundidad de los rezagos históricos en la garantía de una vida igualitaria, independiente, saludable, segura, justa y libre para las personas con discapacidad. Sin embargo, la información disponible ha permitido identificar oportunidades para el desarrollo de acciones en atención a los desafíos críticos de las personas con discapacidad en diferentes campos de política pública:

6 La Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (2000) fue el primer cuerpo normativo nacional especializado en la promoción de los derechos de las personas con discapacidad. Antes de esta legislación, solo se reconocía de forma explícita la obligación de garantizar equidad laboral para las personas con limitaciones físicas (Decreto Legislativo No. 247 del 31/10/1984). Con la Ley de Equiparación de Oportunidades, se reconoció la relevancia de equiparar las condiciones de desarrollo de la diversidad de personas con discapacidad (no solo con dificultades físicas sino también mentales, psicológicas y sensoriales). Además, se estableció el compromiso estatal de desplegar medidas de discriminación positiva a favor de las personas con discapacidades en distintas áreas de bienestar (no solo en materia laboral): 1) accesibilidad (derecho a contar con facilidades arquitectónicas de movilidad vial y acceso a los diferentes establecimientos públicos y privados), 2) educación (derecho a recibir educación con metodología adecuada para facilitar su aprendizaje y acceder a apoyos financieros estudiantiles), 3) empleo (derecho a obtener empleo, ejercer una ocupación remunerada y no ser despedido por la condición de discapacidad), 4) rehabilitación (derecho a acceder a procesos de rehabilitación laboral-profesional y ser atendida por personal idóneo en su rehabilitación integral) y 5) convivencia (derecho a ser protegida contra toda forma de discriminación, explotación, trato denigrante o abusivo en razón de su discapacidad).

La salud integral como una condición esencial para el bienestar físico y mental

1. Transformar de forma más acelerada la infraestructura, tecnologías, equipamiento y recursos humanos del Sistema Nacional de Salud Pública para que sean universales y puedan ofrecer experiencias de atención de calidad a la diversidad de personas con discapacidad.
2. Fortalecer las distintas regiones del sistema nacional de salud pública para que las personas con discapacidad y sus familias puedan encontrar servicios del primer, segundo y tercer nivel de forma cercana y oportuna
3. Promover un manejo integral de las enfermedades crónicas con un enfoque sensible a las necesidades preventivas y curativas de las personas con discapacidad.
4. Fomentar el desarrollo de oportunidades de formación que permitan capacitar a los profesionales de la salud sobre las prácticas adecuadas para la inclusión de las personas con discapacidad con un enfoque de derechos.
5. Fortalecer la red para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva orientados a la atención de las necesidades diferenciadas generaciones de mujeres con discapacidad, tomando en cuenta su edad, su condición de discapacidad, su origen, entre otros factores.
6. Reforzar la capacidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para afrontar de forma oportuna diferentes riesgos para el pleno ejercicio de derechos (por ejemplo, uniones tempranas, embarazo adolescente, falta de autonomía en el uso de métodos de planificación familiar, violencia sexual y problemas en la culminación del embarazo).
7. Garantizar la integración del enfoque de género en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.
8. Integrar servicios psicosociales que permitan acompañar a las personas con discapacidad y sus familias en el ejercicio pleno de su derecho a la salud.

Una educación inclusiva a lo largo de la vida

1. Aumentar el acceso y calidad de los servicios de educación inclusiva para la población con discapacidad de diferentes perfiles funcionales.
2. Fomentar el acceso de las personas adultas con discapacidad a modalidades de educación flexibles para la reducción del retraso en la obtención de logros educativos.
3. Facilitar el desarrollo de servicios educativos terciarios sensibles a las necesidades de aprendizaje de las personas con discapacidad en las diferentes disciplinas del conocimiento.
4. Promover el desarrollo de innovaciones educativas sensibles a las necesidades de aprendizaje de las personas con discapacidad e introducción de cambios curriculares, estrategias pedagógicas y materiales didácticos ajustables a las necesidades de aprendizaje de diferentes perfiles de discapacidad.

Empleo para una vida digna

1. Favorecer el acceso de las personas con discapacidad a oportunidades de formación técnica o profesional valoradas por el mercado.
2. Generar servicios de intermediación laboral sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad que incluyan mecanismos de seguimiento a su proceso de colocación laboral.
3. Visibilizar a las personas con discapacidad como titulares de beneficios otorgados para el desarrollo de emprendimientos en los distintos sectores económicos.
4. Fortalecer los mecanismos de inspectoría y acceso a la justicia laboral para que sean sensibles a las necesidades de protección de las personas con discapacidad y puedan implementar de forma adecuada el marco normativo de derechos laborales de las personas con discapacidad.

Habilitación y rehabilitación para una vida autónoma

1. Promover el acceso a evaluaciones profesionales multidisciplinares que permitan identificar periódicamente las necesidades de habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad.
2. Facilitar los procesos para la certificación de la discapacidad como una “llave” para el acceso a beneficios en favor de las personas con discapacidad.
3. Articular en los territorios una oferta integral de servicios de habilitación y rehabilitación que pueda activarse de forma oportuna y sostenida a lo largo de la vida, a partir de los aportes de las distintas entidades del sector público, la sociedad civil organizada y el sector privado.
4. Definir estándares de calidad para la prestación de diferentes terapias de habilitación y rehabilitación y garantizar su apropiación entre los prestadores de servicios públicos y privados.
5. Generar pactos sociales para el financiamiento progresivo del acceso universal a una oferta integral de servicios de habilitación y rehabilitación.

Accesibilidad física, sensorial y cognitiva para vivir en igualdad

1. Establecer una autoridad encargada de la transformación inclusiva de los espacios de interacción social que consideren las necesidades de accesibilidad de las diferentes poblaciones con discapacidad.
2. Asignar recursos de forma sostenida para la transformación progresiva de la infraestructura física y digital relevante en la prestación de servicios públicos a las personas con discapacidad.
3. Promover un desarrollo territorial sensible a las diversas necesidades de accesibilidad de las personas con discapacidad, en coordinación con diferentes autoridades.
4. Favorecer el desarrollo de contenidos informativos y culturales ajustados a la diversidad de perfiles funcionales que puedan ser transmitidos en diferentes medios de comunicación.

Protección social responsiva a la condición de discapacidad

1. Fortalecer la oferta de servicios de protección social para que sean más responsivos a las necesidades de las personas con discapacidad (en materia de vivienda, transporte, tecnología, educación, cuidado, salud, alimentación, habilitación-rehabilitación).
2. Incrementar la cobertura de la seguridad social como un mecanismo de protección del derecho a la salud y el acceso a ingresos de las personas con discapacidad y sus familias.
3. Ajustar los montos de transferencias y pensiones entregadas a las personas con discapacidad, en función de su factura diferenciada de bienestar.
4. Desarrollar intervenciones familiares a favor de la reducción de la pobreza en los hogares que tienen alguna persona con discapacidad.

La corresponsabilidad del derecho al cuidado

1. Fortalecer la red de servicios del Estado y comunitarios de cuidado, desde la perspectiva de disponibilidad, asequibilidad y calidad de instalaciones y recursos humanos capacitados para atender a las de personas con discapacidad.
2. Desarrollar una oferta de servicios de acompañamiento financiero, formativo y psicoemocional para cuidadores de personas con discapacidad.
3. Fomentar un mayor equilibrio de género en la distribución de las tareas de trabajo doméstico-reproductivo en los hogares con miembros con alguna dificultad funcionales.
4. Fortalecer la articulación entre el cuidado familiar y los servicios de salud pública, a favor de la atención de las necesidades de la población con discapacidad con enfermedades crónicas.

Convivencia y participación sin discriminación

1. Transformar los imaginarios proteccionistas y discriminatorios hacia posiciones culturales más favorables para el desarrollo de la autonomía de las personas con discapacidad.

2. Desarrollar esquemas de prevención social de la violencia responsivos y accesibles a las necesidades de las personas con discapacidad.
3. Fortalecer la participación de las personas con discapacidad en la gestión de diferentes políticas públicas.
4. Promover el desarrollo integral de las personas con discapacidad y sus familias.

El desarrollo de estas acciones debe ser acompañado por un proceso de fortalecimiento de la institucionalidad a cargo de las políticas para la inclusión de las personas con discapacidad. El país ha creado un Plan Estratégico Institucional para dar respuesta a la Ley Especial de Inclusión de las Personas con Discapacidad y el establecimiento del Consejo Nacional para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (en sustitución del Consejo Nacional de Atención Integral para las Personas con Discapacidad). Con una mirada de largo plazo, es conveniente que se fortalezca esta base institucional por medio de:

1. Desarrollar lineamientos sectoriales e intersectoriales que orienten la práctica de diferentes prestadores de servicios, en coherencia con el nuevo estándar nacional de derechos⁷.
2. Continuar promoviendo el cumplimiento del marco legal vigente.
3. Armonizar la Ley Especial de Inclusión de las Personas con Discapacidad con otros instrumentos jurídicos pro igualdad que se han adaptado a favor de los derechos de grupos vulnerables

como las mujeres⁸, la niñez y la adolescencia⁹, la juventud¹⁰, las personas adulto-mayores¹¹, en coordinación con las autoridades gubernamentales encargadas de velar por su cumplimiento (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU; Consejo Nacional de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia, CONAPINA; Instituto Nacional de la Juventud, INJUVE; y Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores, CONAIPAM).

4. Construir una Política Nacional de Inclusión para las Personas con Discapacidad que aproveche el potencial de los nodos intersectoriales de inversión pública generados en torno a la implementación de diferentes iniciativas programáticas emblemáticas del quinquenio 2019-2024.
5. Promover el refuerzo para la asignación del porcentaje en los presupuestos institucionales, para la ejecución de programas, planes, proyectos y /o acciones relativas a la inclusión de las personas con discapacidad.
6. Diseñar y desarrollar mecanismos territoriales que permitan acercar los servicios de la población con discapacidad.
7. Registrar la información desagregada por condición de discapacidad en los censos de población y la diversidad de encuestas nacionales.
8. Adoptar una metodología estandarizada para la identificación de la condición de discapacidad en los registros administrativos sobre la prestación de servicios.

7 Este proceso normativo especializado ha comenzado con la adopción de la Norma Técnica para la Atención Integral en Salud para las Personas con Discapacidad de 2020 y la Norma Técnica para los Servicios de Habilitación y Rehabilitación en Salud de 2021. Es oportuno que este esfuerzo sea retomado por otras áreas de política pública, como los lineamientos de política pública de educación inclusiva (2010) y otros existentes. Además, podría considerarse la pertinencia de generar normas técnicas intersectoriales en áreas claves para el bienestar como: a) la inclusión digital de las personas con discapacidad; b) la prestación articulada de servicios para la inclusión sociolaboral (empleabilidad, orientación vocacional, intermediación laboral, apoyo al emprendimiento e inclusión financiera); c) la prestación de servicios de protección social sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad; d) la prestación de servicios de cuidado a personas con discapacidad, formación de cuidadores y acompañamiento social a las familias de personas con discapacidad; e) la promoción local de la participación comunitaria de las personas con discapacidad; y f) la atención de las necesidades de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.

8 Ley Especial para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (2010) y Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (2011).

9 Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido (2021) y Ley Crecer Juntos (2022).

10 Ley General de Juventud (2011).

11 Ley Especial para la Protección de los Derechos de la Persona Adulta Mayor (2021).





CAPÍTULO VI

Conclusiones

Históricamente, la condición de la discapacidad ha representado un factor de desigualdad social, como resultado de la vigencia de diferentes barreras físicas, comunicacionales, actitudinales, político-institucionales y económicas que afectan el pleno cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones.

En el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Especial de Inclusión de las Personas con Discapacidad, El Salvador ha expresado su compromiso con la reducción progresiva de su rezago, desde un enfoque de derechos.

Esta tarea comienza por visibilizar la diversidad de rostros y situaciones que pueden adoptar la discapacidad, según los rasgos característicos de su condición (como la clase de dificultad funcional, el perfil funcional, el grado de severidad de sus funcionales) o sus desequilibrios demográficos (por sexo, edad o área geográfica).

De acuerdo con la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Salud (2021), la población con discapacidad mayoritariamente conformada por personas con:

1. una discapacidad visual;
2. un perfil de dificultades funciones único (una sola clase de dificultad funcional);
3. dificultades severamente bajas;
4. un rostro femenino;
5. un entorno urbano; y
6. una edad envejeciente de 30 años o más.

A la par de esta composición mayoritaria existen una diversidad de sectores con discapacidad que también deben ser incluidas, como aquellas que tienen otras clases de dificultades funcionales (motrices, del habla, auditivas, psicosociales, intelectuales y de autocuidado

personal), un perfil de dificultades funcionales dual o múltiple; otros grados de severidad (intermedios y altos); un rostro masculino; un entorno rural; y una edad en su niñez, adolescencia y juventud (menores de 30 años). Sin importar su volumen demográfico, todas las personas con discapacidad son sujetas de derechos en igualdad y, por lo tanto, requieren acciones en donde ninguna de ellas sea dejada atrás.

En este sentido, es relevante tomar acción a favor de la inclusión de las personas con discapacidad, considerando las barreras aún más complejas que enfrenta el 7.6% de la población del país con condición más crítica por tener mucha dificultad para realizar funciones cotidianas esenciales o no poder hacerlas por completo. El desarrollo de estas acciones no solo representa un deber ético-jurídico del Estado, sino también por una inversión social. En tiempos óptimos del bono demográfico, la reducción de la desigualdad por discapacidad, es crucial para aprovechar el potencial productivo de la población en edad de trabajar (las personas de 15 a 59 años representaron más del 50% de la población con discapacidad en 2021) y garantizar un envejecimiento digno para más de la mitad de la población adulta mayor del país (más del 50% de las personas de 60 años o más tienen una condición de discapacidad en 2021).

De acuerdo con la información disponible, las personas con discapacidad enfrentan diferentes rezagos estructurales para el disfrute de una vida igualitaria, independiente, saludable, segura, justa y libre. Como parte de estos rezagos, cobran relevancia los desafíos que enfrentan las personas con discapacidad para:

1. moverse dentro de su propia vivienda y espacios de interacción social;
2. usar el transporte colectivo;
3. tener acceso a internet como el medio de información más versátil;
4. ser tomados en cuenta en las prácticas cotidianas de emergencia y gestión de crisis humanitarias;
5. alcanzar logros educativos avanzados;
6. acceder a servicios educativos inclusivos de calidad;
7. incorporarse en el mercado laboral;
8. recibir apoyos para un emprendimiento;
9. contar con sistemas integrados de protección social responsivos a sus necesidades;

10. acceder a la seguridad social;
11. disfrutar de servicios de cuidado profesional;
12. prevenir la presencia de enfermedades crónicas;
13. recibir una atención en salud adecuada a su perfil funcional;
14. ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera autónoma y segura;
15. satisfacer sus demandas de habilitación y rehabilitación;
16. convivir sin discriminación; y
17. desarrollarse en entornos libres de violencia.

La situación suele ser más crítica en la población con una condición vulnerable como aquella que tiene dificultades severamente altas o un perfil de dificultades funcionales múltiples. Además, genera diferentes desafíos para los miembros de su hogar. Los hogares de las personas con discapacidad se enfrentan a una mayor incidencia a la pobreza, responsabilidades de cuidado diferenciadas y una factura de bienestar más elevada.

En este contexto, sobresale la importancia para generar acciones a favor de la atención de desafíos de la población con discapacidad en materia de accesibilidad, educación, empleo, protección social, cuidado, salud, derechos sexuales y reproductivos, habilitación y rehabilitación, y convivencia.

Asimismo, se releva la pertinencia de reforzar la institucionalidad encargada de la inclusión de las personas con discapacidad, tras la adopción de la Ley Especial de Inclusión de las Personas con Discapacidad en 2020. Ambos hitos necesitan acompañarse de un desarrollo normativo más especializado, colaboraciones interinstitucionales, capitalización de iniciativas programáticas emblemáticas y mejores datos. Aún prevalecen vacíos de información que necesitan solventar para contar con evidencia más robusta sobre el estado de la inclusión de las personas con discapacidad y sus desafíos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asamblea General de las Naciones Unidas (2007).** *Convención sobre las Personas con Discapacidad*. New York: Secretaría General de las Naciones Unidas.
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador (2010).** *Ley Especial para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres*. Diario Oficial de la República. San Salvador: Imprenta Nacional / Gobierno de El Salvador
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador (2011a).** *Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres*. Diario Oficial de la República. San Salvador: Imprenta Nacional / Gobierno de El Salvador
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador (2011b).** *Ley General de Juventud*. Diario Oficial de la República. San Salvador: Imprenta Nacional / Gobierno de El Salvador
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador (2020).** *Ley Especial de Inclusión de las Personas con Discapacidad*. Diario Oficial de la República. San Salvador: Imprenta Nacional / Gobierno de El Salvador
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador (2021a).** *Ley Especial para la Protección de los Derechos de la Persona Adulta Mayor*. Diario Oficial de la República. San Salvador: Imprenta Nacional / Gobierno de El Salvador
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador (2021b).** *Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido*. Diario Oficial de la República. San Salvador: Imprenta Nacional / Gobierno de El Salvador
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador (2022).** *Ley Crecer Juntos*. Diario Oficial de la República. San Salvador: Imprenta Nacional / Gobierno de El Salvador
- Asian Development Bank (ADB) (2021).** *Disability and Social Protection in Asia*. Manila: ADB.
- ASDRA (2021).** *La sexualidad en las personas con discapacidad*. Documento web disponible en <https://www.asdra.org.ar/destacados/la-sexualidad-en-las-personas-con-discapacidad/>
- Barbosa, S.; Villegas, F. y Beltran, J. (2019).** *El modelo médico como generador de discapacidad*. En Revista Latinoamericana de Bioética, 19 (2). Pp.111-122.
- Blewett, L (2019).** *Disability and sexual health: a critical exploration of key issues*. En Disability & Society, 34 (5). Pp. 850-851
- Brandt, E.; y Pope, A. (Eds.). (1997).** *Enabling America. Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Bucknor-Ferron, P; y Lori Zagaja, L. (2017).** *Cinco estrategias para combatir la discriminación inconsciente*. En Nursing, 34 (4). Pp. 52-53.
- Cecchini, S.; Holz, R. y H. Soto de la Rosa, H. (coords.) (2021).** *Caja de herramientas. Promoviendo la igualdad: el aporte de las políticas sociales en América Latina y el Caribe*. Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Center for Universal Design (1997).** *The principles of universal design*. Raleigh: NC State University.
- CEPAL (2016).** *La matriz de la desigualdad social en América Latina*. Santiago de Chile.
- CEPAL (2019).** *Propuesta metodológica para la inclusión de preguntas sobre discapacidad en los Censos de Población y Vivienda, ronda 2020*. Santiago de Chile: CEPAL.

- Céspedes, G. (2005).** *La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación.* Em Revista AQUICHAN, 5 (1). Pp. 108-113.
- Charroalde, J. y Fernández, D. (2006).** *La discapacidad en el medio rural.* Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
- Clough, B. (2017).** *Disability and Vulnerability: Challenging the Capacity/Incapacity Binary.* Social Policy and Society, 16 (3). pp. 469-481
- Consejo Nacional para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y Universidad Pedagógica de El Salvador "Dr. Luis Alonso Aparicio" (2021).** *Archivo de transcripciones de grupos focales realizados con personas con discapacidad y familiares en 2021.* San Salvador: CONAIPD.
- CONAIPD, DIGESTYC y UNICEF (2018).** *Análisis y caracterización de las personas con discapacidad, a partir de la Encuesta Nacional 2015.* San Salvador: CONAIPD, DIGESTYC y UNICEF.
- Córdova, P. (2008).** *Discapacidad y exclusión social. Propuesta teórica de vinculación paradigmática.* Panamá: Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena
- Crisp-Cooper, M. (2018).** *Our Sexuality, Our Health: A Disabled Advocate's Guide to Relationships, Romance, Sexuality and Sexual Health.* San Francisco: Office of Developmental Primary Care/University of California.
- Cruz, M.; et. al. (2017).** *Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: la emergencia del cuidado ante la dependencia.* Index de Enfermería, 26(1-2), 53-57
- Cuenot, M. (2018).** *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.* En EMC - Kinesiterapia - Medicina física, 39 (1).
- Cuesta, O.; y Meléndez, S. (2019).** *Discapacidad, ciudad e inclusión cultural: consideraciones desde la comunicación urbana.* EURE (Santiago), 45(135), 273-282.
- Dasgupta, S.; y De Cian, E. (2016).** *Institutions and the environment: existing evidence and future directions.* Venecia: Fondazione Eni Enrico Mattei.
- Degener, T. (2016).** *Disability in a Human Rights Context.* Laws 2016, 5(3), 35.
- Díaz, A. (2016).** *Desarrollo humano en las normas sobre cuidado de personas con discapacidad.* En XXI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago: CLAD.
- Discapnet (2022).** *Accesibilidad de comunicación.* Documento web disponible en <https://www.discapnet.es/vida-independiente/accesibilidad-de-comunicacion>
- Espínola, A. (2015).** *Accesibilidad auditiva. Pautas básicas para aplicar en los entornos.* Colección Democratizando la Accesibilidad Vol. 7. La Ciudad Accesible.
- Farkas, Z. (2019).** *The concept and coverage of institution.* En Rationality and Society, 31(1) 70– 97
- Farkas, Z. (2019).** *The concept and coverage of institution.* En Rationality and Society, 31(1) 70– 97
- FEVAS Plena Inclusión Euskadi (2017).** *Guía para personas con discapacidad intelectual y personal de apoyo. ¿Qué es la accesibilidad cognitiva?.* Bilbao: FEVAS Plena Inclusión Euskadi.
- FUNCASOR (2022).** *La accesibilidad en las ciudades para las personas con discapacidad auditiva.* Documento web disponible en <https://www.funcasor.org/la-accesibilidad-en-las-ciudades-para-las-personas-con-discapacidad-auditiva/>

- Fundación ONCE y OIT (2019).** *Making the future of work inclusive of people with disabilities*. Bruselas: Disability Hub Europe for Sustainable Growth and Social Innovation Program
- Gauthier de Beco (2020).** *Intersectionality and disability in international human rights law*, *The International Journal of Human Rights*, 24:5, 593-614
- Global Project Inclusion of Persons with Disabilities (2021).** *Ensuring social protection for persons with disabilities matters*. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
- Hechter, M; Opp, K. y Wippler, R. (1990) (Eds).** *Social Institutions: Their Emergence, Maintenance and Effects*. New York: Walter De Gruyter.
- Huete, A. (2019).** *Autonomía e inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito de protección social*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Jaramillo, P. (2022).** *Discapacidad y derecho a la ciudad en la producción social del espacio público*. *Revista INVI*, 37 (104), 152-168.
- Kaur, Sandeep & Arora, Navneet. (2019).** *Religious Perceptions Towards Disability: A Changing Perspective*. 10.1729/Journal.19709.
- Keizer, P. (2007).** *The Concept of Institution in Economics and Sociology, a Methodological Exposition*. Utrecht: Tjalling C. Koopmans Research Institute
- Keizer, P. (2008).** *The Concept of Institution: Context and Meaning*. Utrecht: Tjalling C. Koopmans Research Institute
- Light for the World (2021).** *A Safety Net Against Poverty Disability-Inclusive Social Protection*. Viena: Light for the World
- Massé, G.; y Rodríguez, M. (2015).** *La discapacidad en América Latina: reflexiones en torno a la medición de un fenómeno complejo en una región demográfica heterogénea*. En *Notas de Población*, 100. Pp. 195-222.
- Meresman, S. y Ullmann, H. (2020).** *COVID-19 y las personas con discapacidad en América Latina. Mitigar el impacto y proteger derechos para asegurar la inclusión hoy y mañana*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Ministerio de Salud de Colombia (2018).** *Mitos y realidades en torno a la discapacidad y el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos*. Bogotá: Ministerio de Salud
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social (2022).** *Memorandum SI-MTPS-0045-2022*. San Salvador: Oficina de Información y Respuesta del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.
- Mitra, S. (2018).** *Disability, Health and Human Development*. New York: Palgrave Studies in Disability and International Development
- Mitra, S.; Palmer, M.; Kim, H.; Mont, D.; Groce, N. (2017).** *Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research*. En *Disability and Health Journal*, 10 (4). Pp. 475-484.
- Mora, C.; y Patiño, M. (2019).** *Religión y discapacidad: tramas que construyen la calidad de vida de los creyentes*. En *Psicología y Salud*, Vol. 29, Núm. 1: 125-137
- Naciones Unidas (2007).** *Employing persons with disabilities: Fears and Realities*. New York: United Nations Department of Public Information.
- OIT (2015).** *Trabajo decente para personas con discapacidad: promoviendo derechos en la agenda global de desarrollo*. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud (2019).** *Rehabilitation*. Copenhague: Oficina Regional para Europa/Organización Mundial de la Salud.
- Organización Nacional de Ciegos Españoles (2013).** *Accesibilidad para personas con ceguera y deficiencia visual*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

- Parra, N.; y Olivia, M. (2016).** *Sexualidades diversas. Manual para atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.* Islas Canarias: FEAPS Canarias
- Pava, N. (2019).** *Padres y madres de niños/as con discapacidad. La ruptura de una ideología.* En Yarza de los Ríos; A.; Sosa, L.; Pérez, B. (Coords.) (2019). *Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina.* Buenos Aires: CLACSO.
- Peters, B. (1999).** *Institutional Theory in Political Science: The "New Institutionalism."* London: Continuum.
- Portes, Alejandro. (2006).** *Instituciones y desarrollo: una revisión conceptual.* Cuadernos de Economía, 25 (45), 13-52.
- Prodius O. (2019).** *Conceptual framework of disabled people's social inclusion in the context of creating a harmoniously developed society.* Business Risk in Changing Dynamics of Global Village 2: Monograph (Nysa), pp. 408-414.
- Scott, W. (1995).** *Institutions and Organizations.* London: SAGE.
- SHINESA (2022).** *Disability & Sexuality.* Documento web disponible en <https://shinesa.org.au/community-information/disability-sexuality/>
- Social Development Division of ESCAP (2021).** *How to Design Disability-Inclusive Social Protection.* Bangkok: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific.
- Tamayo, M.; Besoain, A.; y Rebolledo, J. (2017).** *Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación.* Gaceta Sanitaria, 32 (1). Pp. 96-100.
- Telefónica (2005).** *Comunicación para todos. Pautas para la comunicación accesible.* Madrid: Telefónica.
- Toboso, M.; y Arnau, M (2008).** *La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen.* En Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, 10 (20).
- UCP Wheels for Humanity (2017).** *Directorio de Servicios de Rehabilitación.* San Salvador: USAID.
- UNDESA (2016).** *Toolkit on Disability for Africa.* New York: Naciones Unidas.
- UNFPA (2019).** *Diagnóstico sociodemográfico de El Salvador 2019.* San Salvador: UNFPA.
- UNFPA (2022).** *Bono demográfico de género y su impacto en el crecimiento económico de El Salvador.* San Salvador; UNFPA.
- Velásquez, A. (2016).** *La inclusión social productiva y los desafíos para las políticas sociales en Centroamérica y República Dominicana.* En Arguello, A.; y Velásquez, A. (Eds.) (2016). *Las perspectivas de la protección social y la inclusión productiva en Centroamérica y República Dominicana, en el marco de las tendencias latinoamericanas.* San Salvador: Secretaría de la Integración Social Centroamericana.
- Velásquez, A. (2018).** *Estrategias de inclusión sociolaboral para las personas migrantes en la región SICA.* San Salvador: Secretaría de la Integración Social Centroamericana.
- Velásquez A. (2020).** *Documento técnico base para la propuesta de política pública: Educación Inclusiva.* FUNDAUNGO, UDB, FLACSO Programa El Salvador y UCA. El Salvador.
- Vilches y Garcés (2021).** *Accesibilidad del entorno en Educación Superior, desafíos frente a la Discapacidad Física en la Región de Tarapacá.* En Revista de estudios y experiencias en educación, 20 (43). Pp. 35-57.
- Vuk, M. (2018).** *Disability and vulnerability-Impediments or possibilities? A hypothesis from the scope of social Christian ethics.* Disputatio. Philosophical Research Bulletin. 19. Pp. 63-74
- Wanderley, F. (2019).** *Las políticas de cuidado en América Latina. Articulando los derechos de las mujeres, niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.* La Paz: Instituto de Investigaciones Socio-Económicas de la Universidad Católica Boliviana San Pablo (IISEC-UCB).

CUADERNOS DE POBLACIÓN 4

**“ANÁLISIS SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL SALVADOR, 2023.
VISIBILIZAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”**

**FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
UNFPA - EL SALVADOR**



Fondo de Población
de las Naciones Unidas
El Salvador

📍 Edificio Avante 10.º Nivel,
Urbanización Madre Selva, Santa Elena,
Antiguo Cuscatlán, La libertad.

🌐 elsalvador.unfpa.org

☎️ + (503) 2255 - 4500
+ (503) 2255 - 4523

📘 @unfpaSV

📺 [youtube.com/UNFPAElSalvador](https://www.youtube.com/UNFPAElSalvador)

🐦 @UNFPAElSalvador

📷 @unfpasv