



DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN NICARAGUA

Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA)
Consejo Nacional de Rehabilitación (CONARE) - Nicaragua

323.4.728.5

A265d

Agencia de Cooperación Internacional del Japón
Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad en Nicaragua / Agencia de Cooperación
Internacional

del Japón. 1a ed. – San José: C.R. : La Agencia, 2006
40 p. 21 X 14 cm

ISBN: 9968-9624- 6-5

1. NICARAGUA
 2. DERECHOS HUMANOS
 3. DERECHOS DE LAS PERSONAS CON LIMITACIONES
 4. LEY DE PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (LEY 202)
 5. DIAGNOSTICO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION
1. TITULO

Equipo de trabajo

Investigador

Hector Collado

Coordinador de diagnóstico regional

Rodrigo Jiménez, Consultor senior de JICA Costa Rica

Colaborador

Consejo Nacional de Rehabilitación, Nicaragua

Diagramación Artes Finales

Marcela Arroyave

Portada

Alejandro Pacheco

Impresión

Gossestra Internacional S.A

Las opiniones expresadas en el documento son responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente, las posiciones u opiniones de las insituciones auspiciadoras.

El contenido de este documento puede ser reproducido o transmitido, con autorización previa en forma escrita de la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), oficina en Costa Rica.

Esta impresión se hizo bajo auspicio del Estudio básico de la discapacidad, para formular un programa modelo de cooperación en la República de Costa Rica y Centroamérica (y en México y República Dominicana), realizada en Costa Rica, bajo convenio entre el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), Oficina de Costa Rica.

I INDICE

	Pag.
Introducción	9
1. Situación Sociodemográfica de Nicaragua	11
2. Marco ontológico y epistemológico	15
3. Marco Jurídico	19
4. Órganos Estatales, políticas públicas y la administración	23
5. Sistema de información	37
6. Informaciones básicas sobre el perfil poblacional de las personas con discapacidad	43
7. Situación del goce y disfrute de los derechos de las personas con discapacidad	57
8. Conclusiones y recomendaciones	81
9. Bibliografía consultada	83
10. Reseña del Investigador	85

II INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Conceptos de la CIF	Pág. 16
Cuadro 2. Definiciones de rehabilitación	17
Cuadro 3. Red de Servicios de Rehabilitación en el Sector Salud	28
Cuadro 4 .Prevalencia por sexo y edad	43
Cuadro 5. Distribucion geografica de la discapacidad	45
Cuadro 6. Logros en defensa de las personas con discapacidad	69
Cuadro 7. Distribución porcentual de la población total y de las personas con discapacidad, por condición de alfabetismo, según características seleccionadas	72

III INDICE DE GRÁFICOS

Grafico. 1. Prevalencia de la discapacidad por departamento	Pág. 48
Grafico 2. Atención a las personas con discapacidad	51
Grafico 3. Tipos de establecimientos que visitan	52
Grafico 4. Utilización de Servicios	63
Grafico 5. Tipos de establecimientos que visian	66
Gráfico 6. Utilización de los servicios, según sexo	65
Gráfico 7. Personal que atiende a las PCD	66
Grafico 8. Satisfacción de las PCD con los Servicios que utiliza	68

IV INTRODUCCIÓN

La Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), Unidad Ejecutora de la Asistencia Técnica del Gobierno de Japón, empezó a desarrollar sus programas en el año 1974. Desde entonces, JICA tiene la misión de impulsar la cooperación internacional a través del intercambio de los conocimientos y experiencias, y trabaja para construir un mundo más pacífico y próspero.

JICA cuenta con oficinas en todos los países de Centroamérica, en México y en República Dominicana. Cada oficina posee su estrategia de cooperación, de acuerdo con las necesidades de cada país. En Costa Rica, la equiparación de las oportunidades de las personas con discapacidad es uno de los temas prioritarios de cooperación.

Desde el año 2002, JICA Costa Rica y el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de este país han venido realizando el Seminario Taller de Rehabilitación, con el objetivo de mejorar el servicio de rehabilitación para las personas con discapacidad. Se han desarrollado temas como: trabajo en equipo de rehabilitación, rehabilitación basada en la comunidad y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), con la participación de personas relacionadas con el área de discapacidad de Costa Rica, México, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Chile.

JICA considera muy importante impulsar los impactos generados por esta serie de seminarios. Por lo tanto, JICA Costa Rica firmó un acuerdo de cooperación técnica con el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), con el fin de realizar el *Estudio básico de la discapacidad*, para formular un programa modelo de cooperación en la República de Costa Rica y Centroamérica (y en México y República Dominicana). El propósito de este estudio es conocer el estado de la situación y, con base en ello, planificar un programa de cooperación técnica, con una proyección regional, tomando en cuenta las necesidades para el mejoramiento de la calidad de vida de la población con discapacidad. Se ha realizado en los ocho países: México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y República Dominicana.

El objetivo general de este estudio es:

Realizar una investigación sobre la situación del reconocimiento, el goce, el disfrute y los mecanismos de monitoreo de los derechos humanos de las personas con discapacidad en los países centroamericanos, México y República Dominicana.

De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer el perfil poblacional de las personas con discapacidad en el país, según edad, sexo, etnia, tipo de discapacidad, condición económica y situación geográfica
2. Localizar y sistematizar las fuentes de información (estadísticas, registros, listados, etc.) que podrían conformar un sistema nacional de información para el monitoreo de los avances en el goce y disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad, y relacionarlos con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)
3. Diagnosticar las demandas actuales y futuras de las personas con discapacidad con el fin de satisfacer el goce y disfrute de los derechos humanos, e identificar la oferta actual y futura de servicios y recursos que ofrecen las instituciones públicas y los servicios privados en esta área para satisfacer esas necesidades
4. Apoyar la divulgación del estado de la situación del reconocimiento, goce, disfrute y mecanismos de monitoreo de los derechos humanos de las personas con discapacidad

Para la realización del diagnóstico se diseñó un protocolo, el cual estuvo a cargo del consultor del presente estudio, el máster Rodrigo Jiménez, con el objeto de facilitar el proceso de investigación. En Nicaragua, se contrató al señor Héctor Collado para realizar el diagnóstico. El Consejo Nacional de Rehabilitación acompañó el proceso del diagnóstico y aportó su experiencia y conocimiento técnico en el tema.

1 Situación Sociodemográfica de Nicaragua

La División General de Planificación y Desarrollo del Ministerio de Salud, a través de la Oficina de Estadísticas y Cuentas Nacionales, define los Indicadores Básicos del País que a continuación se describen.

Población total año 2004. INEC. Estimaciones y Proyección de Población, mayo 2001.	5,626,493
Crecimiento Demográfico Anual 2004, INEC, Estimaciones y Proyección de Población, mayo 2001	2.6
Tasa Global de Fecundidad. ENDESA 2001.	3.2
Tasa Bruta de Natalidad. ENDESA 2001.	26.9
Esperanza de vida al nacer, ambos sexos. 2000 – 2005, INEC, estimaciones 1950-2050	69.5
Esperanza de vida al nacer, mujeres. 2000 – 2005, INEC, estimaciones 1950-2050, 1999	70.4
Esperanza de Vida al Nacer, Hombres. 2000 – 2005, INEC, estimaciones 1950-2050, 1999	65.7
Porcentaje de Población Urbana 2004. Estimaciones y Proyección de Población, mayo 2001	58.6
Porcentaje de Vivienda que Utilizan Servicio de Energía Eléctrica. EMNV 2001	46.4
Conexiones Existentes de Agua Potable 2002. Compendio Estadístico INEC 2000-2002 (en miles)	387.4
Conexiones Existentes de Alcantarillado 2002. Compendio Estadístico INEC 2000-2002 (en miles)	151.8
Tasa Bruta de Escolaridad 2002. Compendio Estadístico INEC 2000-2002 (en miles)	53.5
Asegurados Cotizantes Activos 2003. Anuario Estadístico INSS 2003 (en miles)	319.9
Accidentes de Transito Registrados 2002. Compendio Estadístico INEC 2000-2002 (en miles)	12,638

Parque Automotor Nacional 2002. Compendio Estadístico INEC 2000-2002 (en miles)	256.0
Incidencia Nacional de Extrema Pobreza. Perfil Comparativo de la Pobreza 2003.	15.1
Tasa de Actividad de la Población de 10 años y más. EMNV, 2001	46.4
% de Población Económicamente Activa (PEA) de 10 años y más, ocupados. EMNV 2001	88.7
Porcentaje de Embarazos en Adolescentes. SINEVI 2003	27.4
Tasa Bruta de Mortalidad 2000-2005. estimaciones 1950-2050, 1999	5.2
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos) ENDESA 2001(últimos 10 años)	35
Tasa de Mortalidad de Menores de Cinco Años. ENDESA 2001 (últimos 10 años)	45
Tas de Mortalidad Materna (por 100.000 n.v.r) Año 2003 SVNM/AIM	83.4
Porcentaje de Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer, Año 2003- DGPD. MINSa	8.7
Porcentaje de Cobertura con Vacuna Pentavalente en Menores de 1 año. PAI 2003.	86.0
Porcentaje de Cobertura con Vacuna MMR en Menores de 1 año. PAI 2003.	92.7
Porcentaje de Cobertura con Vacuna BCG en Menores de 1 año. PAI 2003.	93.9
Porcentaje de Cobertura con Vacuna OPV3 en Menores de 1 año. PAI 2003.	86.3
Médicos por 10,000 habitantes, 2003, DGPD. MINSa	3.8
Enfermeras Profesionales por 10,000 habitantes, 2003, DGPD. MINSa	3.1
Odontólogos por 10,000 habitantes, 2003, DGPD. MINSa	0.5
Camas Disponibles por 10,000 habitantes, 2003, DGPD. MINSa	9.2
Atenciones Ambulatorias por habitante. 2003, DGPD. MINSa	2.0
Consultas Médicas por habitante. 2003, DGPD. MINSa	1.3
Consultas Odontológicas por habitante. 2003, DGPD. MINSa	0.09
Unidades de Atención Ambulatoria. 2003, DGPD. MINSa	1,076
Numero de Hospitales. 2003, DGPD. MINSa	32
Gasto Público Social (porcentaje del PIB) 2003. Cuentas Nacionales en Salud.	8.8

MINSAs

Gasto Fiscal en Salud (porcentaje del PIB) 2003. Cuentas Nacionales en Salud. MINSAs 2.1

Gasto per-cápita MINSAs 2003. (Dólares por habitante) Cuentas Nacionales en Salud. MINSAs 22.7

Gasto per-cápita sector salud (Dólares por habitante) 2003 Cuentas Nacionales en Salud. MINSAs 59.4

Gasto Social/Presupuesto General de la República % 36.6

Gasto Social (como % del PIB) 8.8

2 Marco Ontológico y Epistemológico

La sociedad nicaragüense admite que, pese a los esfuerzos que se realicen, siempre habrá personas con discapacidad. Nicaragua ha venido ejecutando programas institucionales de rehabilitación desde el año de 1958. Las causas de discapacidad varían en el mundo, así como la frecuencia y sus consecuencias. Estas variaciones son el resultado de las diferentes circunstancias socioeconómicas y de las diversas posiciones que cada sociedad adopta para lograr el bienestar de sus miembros.

En muchos aspectos, la discapacidad refleja las condiciones generales de vida y las políticas sociales y económicas puestas en marcha por los estados. También hay circunstancias que influyen en las condiciones de vida de las personas con discapacidad: la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo y, sobre todo, la indiferencia y la falta de sensibilidad de algunos sectores de la sociedad, son factores que a lo largo de toda la historia han aislado a las personas con discapacidad y han retrasado su desarrollo.

La situación de la discapacidad en Nicaragua es un problema que se ha venido incrementando durante los últimos años debido a múltiples causas, alcanzando magnitudes considerables. El conflicto bélico que vivió el país se constituyó en un factor importante en el incremento de la población con discapacidad.

En nuestro país, la discapacidad también se asocia con bajas condiciones de bienestar tales como la pobreza extrema, la marginación social, la desnutrición, el analfabetismo, la ignorancia, el acelerado crecimiento poblacional y su dispersión y migración. Así mismo, está asociada con el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas, las enfermedades transmisibles, las condiciones hereditarias, las lesiones por accidentes de todo tipo y las secuelas de la guerra.

El estado nicaragüense ha realizado esfuerzos importantes para asegurar la provisión de servicios de rehabilitación; no obstante, las intervenciones han girado alrededor del modelo biosicosocial, el cual se basa en la actuación de profesionales en las distintas áreas que valoran y definen las pautas terapéuticas por implementar, observándose discreta participación de la personas con discapacidad en la toma de decisiones. En 1995 se aprobó la Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley 202), instrumento que define roles y responsabilidades del Estado, pero que continúa subrayando el modelo biosicosocial de la discapacidad. Esta situación amerita importantes y rápidos ajustes acordes con la realidad actual, rezagos que aún son retos pendiente en el establecimiento de un modelo que promueva la real equiparación de oportunidades sobre la base del cumplimiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

Definición de discapacidad en Nicaragua

Para efectos del conocimiento y el manejo de términos uniformes transcribimos las definiciones técnicas que establece la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF, que ha sido reconocida y que está vigente en Nicaragua. El hecho más relevante que refleja esta situación lo constituye la reciente publicación del Ministerio de Salud sobre La Discapacidad en Cifras, la cual estará disponible en la página web.

El concepto de la discapacidad en Nicaragua es aquel que describe el proceso del funcionamiento humano, dado que el mismo se sustenta en la realización de actividades vitales del individuo en distintos escenarios, como el familiar, laboral, social, educacional, religioso, recreativo y la vida comunitaria, de manera que refleje la calidad de participación del individuo en toda su dimensión.

Cuadro No. 1. Conceptos de la CIF

CONCEPTOS EN LA CIF		
FUNCIONAMIENTO (lo positivo)	V E R S U S	DISCAPACIDAD (lo negativo)
Estructura y funcionamiento		Deficiencias o déficit
Actividad		Limitación en la actividad
Participación		Restricciones en la participación

“Funcionamiento es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción de un individuo (con una “condición de salud”) y los factores contextuales (factores ambientales y personales)”.

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

Definición de rehabilitación en Nicaragua

En Nicaragua, la definición del concepto de rehabilitación ha estado vinculada al modelo social imperante en cada época. Así, por ejemplo, al finalizar la década de los 90 se describía como el proceso continuo destinado a evitar una deficiencia inminente, conservar, desarrollar o restablecer la capacidad de la persona para ejercer una actividad normal.

Al comienzo del siglo XXI, se incorporaron al quehacer nacional los objetivos de la rehabilitación que tienden a asegurar a la persona con discapacidad, cualquiera que sea la naturaleza y el origen de su discapacidad, la mayor participación posible en la vida social y económica y la mayor independencia.

Para efectos de formación y capacitación se han validado las siguientes definiciones de rehabilitación.

Cuadro No. 2. Definiciones de Rehabilitación



Intervenciones destinadas a potenciar las capacidades de las personas con discapacidad de manera que se puedan integrar en el seno familiar y comunitario.

3 Marco Jurídico

Tratados Internacionales Ratificados

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU. 1948.
- El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU. 1966.
- El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. ONU. 1966.
- La Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo Social. ONU 1969.
- La Declaración Americana de los derechos y deberes del Hombre. OEA. 1983.
- La Convención Americana sobre los Derechos Humanos. OEA. 1969.
- El Convenio sobre Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas. OIT. 1958.
- La Declaración de los Derechos del Niño. ONU. 1969.
- La Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. ONU. 1975.
- La Declaración de los Impedidos. ONU. 1975.
- La Convención sobre los Derechos del Niño. ONU. 1989.
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. OEA. 2001.

Preceptos Constitucionales

La Constitución Política de la Republica, en el CAPITULO III, sobre Derechos Sociales de los Nicaragüenses, establece:

Art. 56. El Estado prestará atención especial en todos sus programas a los discapacitados y los familiares de caídos y víctimas de guerra en general.

Art. 59. Párrafo Primero. Los nicaragüenses tienen derecho, por igualdad, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Art. 62. El Estado procurará establecer programas en beneficio de los discapacitados para su rehabilitación física, psicosocial y profesional para su ubicación laboral.

Leyes

- Ley 290. Ley de Organización, Competencia y Procedimiento del Poder Ejecutivo.

Art. 26. Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes:

b) Coordinar y dirigir la ejecución de la Política de Salud del Estado en materia de Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

- Ley 202: Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Aprobada el 21 de Agosto de 1995.
- Ley 423, Ley General de Salud
- La Ley General de Salud protege el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud basado en los principios de:

Art. 5. Principios Básicos.

Gratuidad, que garantiza la gratuidad de la atención a las personas con discapacidad.

Universalidad, que garantiza la cobertura del servicio de rehabilitación a toda la población.

Solidaridad, que garantiza el acceso a los servicios esenciales de rehabilitación, a través de la contribución y distribución de recursos.

Integralidad, que garantiza un conjunto de acciones integradas en las diferentes fases a la persona, el núcleo familiar y la comunidad.

Participación social, que garantiza la participación activa de la sociedad civil en la formulación de las acciones de rehabilitación en sus distintos niveles, así como en su seguimiento y evaluación.

Eficiencia, que optimiza los recursos del sector rehabilitación, a fin de brindar los servicios esenciales que requiere la población.

Calidad, que garantiza el mejoramiento continuo de la atención de las personas con discapacidad en sus diferentes fases y niveles, para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible.

Equidad, oportunidad que tiene la población con discapacidad de acceder a los servicios esenciales de rehabilitación.

Sostenibilidad, que garantiza la viabilidad del sector, a través de la continuidad de acciones de rehabilitación dirigidos a preservar el funcionamiento humano.

Responsabilidad ciudadana, todos los habitantes de la República están

obligados a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como en las condiciones de salubridad del medio ambiente en que viven y desarrollan sus actividades.

Art. 35. De la Rehabilitación.

La rehabilitación de las personas con Discapacidad, se realizara de conformidad con la ley 202.

- Ley 185, Código del Trabajo de la República de Nicaragua, el Capítulo XII, incluye cuatro artículos, a saber:

Artículo 198. Los discapacitados tienen el derecho a obtener una colocación que les proporcione una subsistencia digna y decorosa y les permita desempeñar una función útil para ellos mismos y la sociedad.

Artículo 199. El Ministerio del Trabajo establecerá los términos y condiciones en los cuales las empresas públicas y privadas darán empleo a discapacitados, de acuerdo con las posibilidades que ofrece la situación social y económica del país.

Artículo 200. El Estado dará las facilidades de carácter fiscal y crédito y de cualquier otra índole a las empresas de discapacitados, a las que hayan establecido departamentos mayoritariamente integrados por trabajadores discapacitados y a las que en cualquier forma favorezcan su empleo, capacitación, rehabilitación y readaptación.

Artículo 201. El Ministerio competente establecerá programas de concienciación en coordinación con las organizaciones sindicales y de empleadores, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y cualquier otra institución pública o privada que se ocupe de ayudar a los trabajadores discapacitados.

Decretos

Decreto 50-97, del 25 de agosto de 1997. Reglamenta la Ley 202: Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad

Interpretación y aplicación de las normas jurídicas

Los nicaragüenses tenemos incipiente desarrollo en materia de cultura jurídica y en especial en aquellas que son destinadas a tutelar los derechos de las personas con discapacidad.

El marco jurídico nacional es muy rico en conceptos y preceptos que han sido contemplados en la Carta Magna de la nación, así como en leyes secundarias, pero su

adecuada aplicación ha guardado una distancia considerable entre los enunciados y las realidades.

A nivel nacional funciona la Procuraduría de los Derechos Humanos, pero aún no dispone de mecanismos para hacer valer los derechos de las personas con discapacidad; no obstante, ha sido de dominio público el hecho de que la actual administración ha considerado la creación de una Procuraduría Especial que vele por los derechos de las personas con discapacidad.

Divulgación y conocimiento de las Normas Jurídicas

El Consejo Nacional de Rehabilitación, órgano rector en materia de Rehabilitación Integral, desarrolló una fuerte campaña de sensibilización, con el propósito de modificar las conductas y concepciones que aún prevalecen en la sociedad nicaragüense. Dicha campaña se desarrolló a través de todos los medios de comunicación, hablados, escritos y televisados; inclusive, se colocaron vallas publicitarias en las entradas de las principales ciudades que son cabeceras departamentales.

La encuesta nicaragüense para personas con discapacidad identificó que solo un 3 % de las personas con discapacidad conocen la Ley 202, que promueve sus derechos y que regula los procesos de provisión de servicios de rehabilitación y demás aspectos destinados a la promoción de la equiparación de oportunidades.

4 Órganos estatales, políticas públicas y la administración

Órgano rector

Nicaragua, actualmente, no dispone de una política en beneficio de las personas con discapacidad. No obstante, ha habido y existen esfuerzos en ese sentido, tal es el caso del Ministerio de Salud, que con apoyo de la cooperación finlandesa, promovió una propuesta que fue elaborada de manera multisectorial y plurirrepresentativa, con el propósito de contribuir con el diseño de una política pública sobre discapacidad.

El Ministerio de Salud dispone de una política de rehabilitación para asegurar la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad tributarias del sector rehabilitación; esta fue publicada en 1999.

El Ministerio de la Familia está dedicado actualmente a la tarea de diseñar una política sobre la materia y ha avanzado sustancialmente en ese sentido.

Adicionalmente habrá que consolidar la función rectora del Consejo Nacional de Rehabilitación, única instancia con mandato legal para este propósito. Las acciones deben adecuarse a la realidad nacional y al marco legal regulatorio existente.

Nicaragua ha venido ejecutando programas institucionales de rehabilitación desde el año de 1958, dado que tenía que enfrentar una agresiva epidemia de poliomielitis que estremeció la capacidad de respuesta del sector salud. Debido a estas circunstancias, la rectoría sectorial ha venido siendo ejercida por el Ministerio de Salud, sin discriminar entre rectoría de Discapacidad o de Rehabilitación.

No obstante, y para institucionalizar las intervenciones, en 1987 el Ministerio de Salud sanciona la Resolución Ministerial No. 48, creando el Sistema Nacional de Medicina Física y Rehabilitación, el cual definía el modelo de atención por niveles resolutivos y confirmaba la rectoría al sector salud en materia de discapacidad y rehabilitación.

A la luz de los procesos de reforma que se produjeron en 1990, el Ministerio de Salud crea el Programa Nacional de Rehabilitación, como una dependencia de la Dirección General de Servicios de Salud y conservando las mismas facultades y competencias.

En 1995 se aprueba la Ley 202, Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de

Oportunidades para las Personas con Discapacidad, la cual redefine las competencias en materia de rectoría, designando al Consejo Nacional de Rehabilitación como el ente coordinador de los esfuerzos del Estado y como una instancia de definición y de aplicación de los principios rectores en materia de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades.

En el 2002 se aprueba la Ley 423, Ley General de Salud, la cual establece que el Ministerio de Salud es el Órgano Rector en materia de Provisión de Servicios de Rehabilitación Médica. Para responder a este mandato, el MINSA, está estructurado de la siguiente manera:

➤ **ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN**

(1) Promoción de la salud y la prevención de discapacidades.

- Promoción de la salud.
- Prevención de discapacidades.
- Prevención de accidentes.

(2) Rehabilitación integral por niveles resolutivos

- Primer nivel de atención.
- Segundo nivel de atención.
- Rehabilitación de base comunitaria

(3) Equiparación de oportunidades

- Coordinar esfuerzos intra e interinstitucional con el propósito de:
- Adecuar ambientes laborales por parte de los empleadores.
- Sensibilizar a empresas públicas y privadas para contratación de personas con discapacidad.
- Demandar que el trabajador con discapacidad tenga los mismos derechos y deberes.
- Promover que las personas con discapacidad reciban educación y formación laboral o técnica.
- Promover el establecimiento del empleo protegido para los casos que lo ameriten.
- Apoyar el establecimiento de las medidas necesarias para disponer de accesibilidad universal.
- Promover que la seguridad social aplique las normas generales y especiales previstas en las leyes de la materia a las personas con discapacidad.

(4) Atención por ciclos de vida

- Atención a la niñez

- Atención a la adolescencia
- Atención al adulto joven
- Atención al adulto mayor
- Atención a las personas con discapacidad

(5) Atención en rehabilitación

Se entiende por atención a las personas con discapacidad, al conjunto de intervenciones en salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación del individuo, su familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados en forma sinérgica, para contribuir con un mejor nivel de vida de la población.

Son componentes de la atención en rehabilitación: 1) La universalidad en la atención, 2) El paquete básico de acciones de rehabilitación y 3) La provisión de servicios de rehabilitación según la capacidad de resolución.

1) Universalidad de la atención

La rehabilitación concibe a la persona como un ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, de los miembros de su familia, de su comunidad, así como la protección y mejora del ambiente que lo rodea. La atención en rehabilitación considera la situación de los grupos poblacionales según el ciclo de vida: niñez, adolescencia, adulto joven, adulto mayor.

✓ Niñez

Es dirigir esfuerzos a través de acciones sistemáticas y coordinadas al grupo poblacional de 0 a 9 años, para reducir, neutralizar o eliminar los factores presentes o potenciales, que incrementan el riesgo de limitar o impedir el funcionamiento y restringir su participación en sociedad. Las acciones de rehabilitación consistirán en la estimulación temprana y la rehabilitación de base comunitaria.

✓ Adolescencia

Es dirigir esfuerzos a través de acciones sistemáticas y coordinadas a la población de 10 a 19 años de edad, para reducir, neutralizar o eliminar los factores presentes o potenciales, que incrementan el riesgo de limitar o impedir el funcionamiento y restringir su participación en sociedad. Las acciones de rehabilitación se dirigirán al manejo de las diferentes discapacidades.

✓ Adulto joven

Es dirigir esfuerzos a través de acciones sistemáticas y coordinadas a la población de 20 a 64 años de edad, para reducir, neutralizar o eliminar los factores presentes o potenciales, que incrementan el riesgo de limitar o impedir el funcionamiento y restringir su participación en sociedad. Las acciones de

rehabilitación se dirigirán a las personas con discapacidad, en su etapa reproductiva, así como la detección oportuna de otras discapacidades.

✓ Adulto mayor

Es dirigir esfuerzos a través de acciones sistemáticas y coordinadas a la población mayor de 65 años de edad, para reducir, neutralizar o eliminar los factores presentes o potenciales, que incrementan el riesgo de limitar o impedir el funcionamiento y restringir su participación en sociedad. Las acciones de rehabilitación harán énfasis preventivo sobre autocuidado, prevención de accidentes y manejo oportuno de las complicaciones.

2) Paquete Básico de Intervenciones en Rehabilitación

Se considera como Paquete Básico de Intervenciones en Rehabilitación a las actividades brindadas en las unidades de salud con predominio de acciones preventivas, de promoción y asistenciales.

La atención integral en rehabilitación pretende que toda la población, como el entorno donde vive, tenga oportunidad de acceder a los servicios esenciales de rehabilitación a través de un paquete básico de servicios.

El paquete básico debe contener acciones en los siguientes aspectos:

- ✓ Promoción de la salud.
- ✓ Prevención de discapacidades
- ✓ Rehabilitación de base comunitaria.
- ✓ Rehabilitación institucional

3) Atención de rehabilitación por niveles de resolución.

La atención de rehabilitación en el territorio debe garantizar que la persona con discapacidad alcance el máximo nivel de funcionamiento, aunque tenga que pasar por varios niveles de complejidad.

La integración de los diferentes establecimientos de rehabilitación debe dar como resultado una atención continuada a las personas con discapacidad por medio de una red organizada, con tecnología apropiada y jerarquizada para prestar atención racionalizada.

El nivel de resolución de los establecimientos estará definido por la capacidad o posibilidad de resolver problemas, que va a depender de la capacitación, habilidades y destrezas de sus recursos humanos y la disponibilidad de los recursos tecnológicos. La atención de rehabilitación se realiza a través de los siguientes niveles:

Primer Nivel de Atención en Rehabilitación

Constituye el núcleo fundamental en la promoción de la salud, su base operacional es la Unidad de Salud y dirige sus acciones preventivas y de rehabilitación al individuo, la familia y la comunidad, así como la organización de grupos sociales para el fomento del autocuidado, la ayuda mutua y el desarrollo comunitario.

Funciones del Servicio de Fisioterapia

- ✓ Atender a las personas con discapacidad según complejidad.
- ✓ Motivar y educar a la población para la prevención de discapacidades.
- ✓ Promover la salud comunitaria.
- ✓ Desarrollar rehabilitación de base comunitaria.
- ✓ Registro de las actividades de atención institucional y comunitaria.
- ✓ Referir al hospital los casos que lo requieran y aceptar la contrarreferencia.
- ✓ Administrar su área de trabajo.

Los Recursos Humanos

- ✓ Médico general, capacitado en aspectos básicos de rehabilitación.
- ✓ Enfermera.
- ✓ Fisioterapeuta.
- ✓ Colaboradores voluntarios
- ✓ Brigadistas de salud.

Segundo Nivel de Atención en Rehabilitación

Comprende actividades y acciones ambulatorias especializadas, que complementan las realizadas en el primer nivel de atención, así como las dirigidas a pacientes internados para el diagnóstico y tratamiento. Su finalidad es apoyar al primer nivel de atención por medio de la provisión de servicios de prevención, recuperación y rehabilitación con mayor grado de complejidad técnica y especialidad profesional.

Funciones del Departamento de Rehabilitación del hospital

- ✓ Contribuir con la prevención de la discapacidad y con la detección temprana.
- ✓ Establecer un diagnóstico del problema de discapacidad en el área que le corresponde.
- ✓ Programar y realizar la atención de las personas con discapacidad.
- ✓ Coordinar acciones con los propios servicios del hospital y con los de fuera del sector.
- ✓ Referir y aceptar contrarreferencia.
- ✓ Brindar apoyo a las otras especialidades.
- ✓ Participar en la docencia médica de pre y postgrado.
- ✓ Supervisar las acciones de rehabilitación.
- ✓ Brindar apoyo al Primer Nivel de Atención.

Los Recursos Humanos:

- ✓ Equipo básico de rehabilitación
- ✓ Medico fisiatra
- ✓ Fisioterapeutas
- ✓ Psicología
- ✓ Trabajo social
- ✓ Enfermería de rehabilitación
- ✓ Protesista
- ✓ Ortesista

Tercer Nivel de Atención en Rehabilitación

Comprende actividades y acciones que requieren de la mayor complejidad y alta tecnología de sus recursos. Tiene cobertura nacional y capacidad de ejecutar actividades de docencia e investigación.

Los establecimientos de mayor resolución en rehabilitación son el Hospital Aldo Chavarría, Hospital Médico - Quirúrgico Antonio Lenin Fonseca y el Centro Nacional de Producción de Ortesis, Prótesis y Otras Ayudas Técnicas. (CENAPRORTO).

Funciones del Tercer Nivel de Atención

- ✓ Rehabilitación funcional
- ✓ Rehabilitación social
- ✓ Producción de órtesis, prótesis y ayudas técnicas.
- ✓ Formación y capacitación
- ✓ Investigación

Recursos humanos

- ✓ Medico fisiatra
- ✓ Fisioterapeutas
- ✓ Terapeutas ocupacionales
- ✓ Terapeutas del lenguaje
- ✓ Trabajador social
- ✓ Psicología
- ✓ Enfermera de rehabilitación
- ✓ Pedagogos
- ✓ Protesistas
- ✓ Ortesistas

Cuadro No. 3. Red de Servicios de Rehabilitación en el Sector Salud

Departamento	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
Managua	C/S Ciudad Sandino	Hospital Manuel de Jesús Rivera	Hospital Aldo Chavarría
	C/S Francisco Morazán	Hospital Alemán - Nicaragüense	Hospital Lenin Fonseca

	C/S Pedro Altamirano	Hospital Fernando Vélez Paiz	
	C/S Silvia Ferrufino	Hospital Roberto Calderón	
	C/S Yolanda Mayorga		
	C/S Villa Venezuela		
	C/S Socrates Flores		
	C/S Altagracia		
	C/S San Rafael del Sur		
	C/S Mateare		
	C/S Roger Osorio		
	C/S Edgard Lang		
	C/S Francisco Buitrago		
Chinandega	C/S El Viejo	Hospital Mauricio Abdalah	
	C/S Posoltega	Hospital España.	
	C/S Corinto		
	C/S Chichigalpa		
Leon	C/S Mantica	Hospital Oscar Danilo Rosales	
	C/S La Paz Centro		
	C/S Sutiava		
	C/S Telica		
	C/S Nagarote		
Rivas	C/S Mannin Renner	Hospital Gaspar García Laviana	
	C/S Belén		
	C/S San Juan del Sur		
Granada	C/S Jorge Sinfaroso Bravo	Hospital Amistad Japón-Nicaragua	
Masaya	C/S La Concepción	Hospital Humberto Alvarado	
Carazo	C/S Diriamba	Hospital Regional Santiago	
Matagalpa		Hospital Regional Cesar Amador	
Jinotega		Hospital Victoria Motta	
Chontales	C/S Rama	Hospital Asunción	
	C/S Santo Tomas		
	C/S Nueva Guinea		
Boaco	C/S Ramón Guillen	Hospital José Niebrowski	
Esteli	C/S Condega	Hospital San Juan de Dios.	
	C/S Leonel Rugama	Hospital La Trinidad	
N. Segovia	C/S Jalapa	Hospital Alfonso Moncada	
	C/S Quilali		
Madriz	C/S San Juan de Río Coco	Hospital Juan Brenes	
RAAS		Hospital Ernesto Sequeira	
RAAN	Policlínico de Bilwi	Hospital Nuevo Amanecer	

Organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales

La creciente democracia en Nicaragua ha contribuido con el desarrollo y el establecimiento de distintos actores y sectores en el ámbito de la discapacidad, producto no solo de este incipiente desarrollo, sino de la inmensa brecha existente entre oferta y demanda de servicios de rehabilitación por parte del sector institucional.

Ha crecido un concepto importante en la sociedad nicaragüense de que la responsabilidad en la atención de las personas con discapacidad no solo compete al sector estatal, sino que los demás sectores de la sociedad también tienen un rol importante en esta inmensa tarea. En este sentido, ha sido extraordinario el número de organizaciones que desde la sociedad civil se han estructurado con el propósito de contribuir con una verdadera equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad.

Esta afirmación se demuestra observando el número y composición de las distintas organizaciones no gubernamentales que actualmente desarrollan acciones en beneficio de las personas con discapacidad.

Actualmente existen dos tipos de organizaciones. Un tipo se aglutina para promover los derechos y deberes de las personas con discapacidad, así como proveer algún tipo de bien o servicio. El otro tipo se conforma de organismos específicos que buscan contribuir con el desarrollo personal y familiar de las personas con discapacidad.

En este sentido, las organizaciones del primer tipo son:

- ASOCIACIÓN DE PADRES CON HIJOS DISCAPACITADOS “LOS PIPITOS”
Alonso Porras/Secretario Ejecutivo/Dirección: Esquina Opuesta Policlínica Nicaragüense. / Tel: 2668770- 2668033 info@lospipitos.org
- FUNDACIÓN CENTRO DE PROMOCIÓN DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL (CEPRI)
Freddy Trejos /Dirección: Rotonda Plaza España 3 c abajo 2 c al lado ½ abajo / Tel: 2663608
- FUNDACIÓN SOLIDARIDAD CON LOS DISCAPACITADOS SOLIDEZ
Maria Félix Herrera/Directora Ejecutiva/ Dirección: 1 abajo, 1 al lado 10 vrs abajo. Te. 249-8422
- FUNDACIÓN PARA LA MOVILIDAD INDEPENDIENTE (FUMI)
Omar González Gaitan/Secretario Ejecutivo/Dirección: Costado Este Casa Nazareth/ Tel. 266-7532
- FUNDACIÓN VÍCTIMAS DE GUERRA (FVG)
Maria del Socorro Gutiérrez - Secretaria Ejecutiva/ Tel. 268867.
fvidades@ibw.com.ni / Dirección: Cementerio General ½ c arriba

- CADISCA
Carlos Rivas – Presidente / Dirección: Farmacia Quinta Avenida 2c arriba casa No. 752 / Tel. 2708325 / cadisca@ibw.com.ni
- FINDEL
Enrique Meléndez Delgado / Dirección: Barrio la Fuente entrada Principal, Barbería Elegancia 3 ½ al sur casa No. 33
Tel. 2891808
- INMUN
Verónica Chavarria / Tel. 266-7425/ De la Fosforera 2 c al sur ½ c abajo, Audio lógico Los Pipitos
- ASOCIACIÓN NICARAGÜENSE DE AYUDA A LOS DISCAPACITADOS (ANAD)
Ciudad Jardín Radio Corporación ½ c al norte casa No. Casa Q12 / Teléfono: 244-1572 / Anad@hotmail.com
- CENTRO DE FORMACIÓN EDUCATIVA Y CULTURAL DE CIEGOS (CFEC)
Alicia Palacios / Dirección: Contiguo a Ultranic, carretera a Masaya / Tel. 278-6109
- ASOCIACIÓN NICARAGÜENSE PARA LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA (ASNIC)
Dr. Gerardo Mejía / Tel. 265-1694/ Dirección: Frente a Edificio U de M Belmonte
- FUNDACIÓN MEJÍA GODOY
Francisco Mejía Godoy / Dirección: Plaza El sol 2 c al sur , Esquinero / Tel.278-9413
- ASOCIACIÓN DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN ASONIMEFIR
Dr. Rene Urbina- Presidente / Dirección Reparto Mira flores, Munich 1 c al sur 1 ½ al este rurbina43@hotmail.com
- RED DE MUJERES NICARAGÜENSE POR LA DEMOCRACIA Y DESARROLLO SOCIAL (REDMUNDS)
Carolina Navarro / Dirección: Semáforos Iván Montenegro 2c al lago 60 vrs arriba / TEL. 268-2324.
- CENTRO DE PROMOCIÓN DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LEÓN CEPRI - LEÒN
Martha Maria López / Tel: 0311-4691 / Dirección: Del lno 2 c al sur 75 vrs abajo.
- ASOCIACIÓN DE USUARIO DE SALUD MENTAL - ASMEN- LEÒN
Pedro Martínez-Presidente/Tel.3116658. asmen@ibw.com.ni Dirección: De Proquinsa 2 c abajo 10 vrs al sur Mano Derecha

En este mismo sentido, las organizaciones que promueven el crecimiento personal y familiar de las persona con discapacidad son:

- ASOCIACIÓN DE PADRES CON HIJOS DISCAPACITADOS "LOS PIPITOS"
Alonso Porras/Secretario Ejecutivo/Dirección: Esquina Opuesta Policlínica Nicaragüense. /TEL: 2668770- 2668033 info@lospipitos.org
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE CIEGOS "MARICELA TOLEDO ASENSIO".
Julio Cesar Muñiz/Presidente/Dirección: fosforera 2 c al sur / Tel. 2503435
- ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS FÍSICO MOTORES. ADIFIN
Pedro Romero / Dirección: Rotonda Plaza España 3 c abajo 2 c al lago ½ abajo/
Tel: 2663608
- ASOCIACIÓN DE NACIONAL DE SORDOS DE NICARAGUA (ANSNIC)
Javier López Gómez - Presidente / Dirección: Plaza el Sol 1 c al sur 1 abajo 1 al sur/ Tel: 277-0666
- ASOCIACIÓN DE CIEGOS "SIN FRONTERAS"
Narciso Reyes Salinas/Presidente/Tel. 311-6443 / Dirección: Calle 27 de mayo, contiguo a la casa del Perno.
- ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS DE LA RESISTENCIA (ADRN)
Genaro Pérez Merlo- Secretario Ejecutivo / Tel 249-2613 / Dirección: De donde fue cine Rex 40 mts al sur.
- CAMINANDO
Roberto Miranda- Teléfono: 260-1346/ esteli59@yahoo.com / Dirección: Del Zumen 6 c al sur, 90 vrs abajo, casa No. 250.
- ORGANIZACIÓN DE DISCAPACITADOS PEDRO ARAUZ (ODISPA) MINISTERIO DE GOBERNACIÓN
Contacto: Silvia Zapata Tel. 086-71031 / Dirección: Iglesia Pío 10 1 c al sur
- ORGANIZACIÓN DE REVOLUCIONARIOS DISCAPACITADOS (ORD)
Wilmer Torres Morales – Presidente / Tel. 2223488 / Dirección: Bolonia Tica Bus 2 c al sur Casa Esquinera
- ASOCIACIÓN DE VÍCTIMAS PEDRO ARAUZ
Edwin Carrión Romero / Dirección: Frente al Colegio de la Nicarao Casa de los Carrión. / Tel. 248-3811
- FEDERACIÓN DE MUJERES CON CAPACIDADES DIFERENTES (FEMUCADI)
Dirección: Puente el Edén 1 abajo 1 al lago / Tel: 2498422
- ASOCIACIÓN DE USUARIO DE SALUD MENTAL (ASMEN) LEÒN
Pedro Martínez-Presidente/Tel.3116658. asmen@ibw.com.ni Dirección: De Proquinsa 2 c abajo 10 vrs al sur Mano Derecha

- ORGANIZACIÓN DE CIEGOS LUIS BRAILE – MATAGALPA
Gloria Gutiérrez Tel. 0612-5354 / Dirección:
- LA LUZ DE MASAYA
Cela Obregón Dirección: 2DA. Entrada reparto King 1 c al norte, contiguo a Los Pipitos / TEL 5227106
- FAMILIAS ESPECIALES
Hermana Rebbeca Trujillo o con Marlene Hernández / Tel. 0612 6030 Dirección:
Familiar 1 c al sur.
- ORGANIZACIÓN DE DISCAPACITADOS DE LA RAAN ODISRAAN
Martha Downs/Dirección: Frente a la Panadería Next Bar Tel. 083-84972
- ASOCIACION NICARAGÜENSE DE NO VIDENTES (ANNV, ESTELÍ)
Vladimiro Palacios/Dirección: De donde fue el teatro NANCY`S ½ c al sur 15 vrs al oeste
- ACED
Carlos Narváez / Tel. 0412-3090/ Dirección: CURACAO ½ c abajo Barrio San Antonio Jinotepe handicapaced@hotmail.com
- AVEMISE ESTELÍ
Pablo Gómez Presidente/FECONORI Esteli/Dirección: Hotel Mesón 75 vrs al sur / Tel. 0713 5886
- ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS DE SIUNA
Martín Blandon /Coordinador/Teléfono 2732151- 2732101
- ASOCIACIÓN DE MUJERES CON DISCAPACIDAD DE LEÓN (LAS GOLONDRINAS)
Petrona Sandoval / Dirección: Del Hospital Heodra, 75 vrs al sur, contiguo al centro de diagnóstico San Sebastián. Tel. 311 3949

Acciones de cooperación internacional en discapacidad

El pueblo de Nicaragua ha sido beneficiado con la solidaridad internacional en el marco de la cooperación para la atención de las personas con discapacidad y su núcleo familiar, especialmente desde 1990.

Actualmente se pueden identificar dos tipos de cooperación internacional, por una parte se encuentra la asistencia económica dirigida a las organizaciones no gubernamentales que trabajan en beneficio del sector discapacidad, entre las más representativas podemos mencionar a:

- Save de Children de Noruega, que financia la Atención a Menores con Discapacidad con Base en la Comunidad y desde 1990 aporta recursos para este importante campo de intervención.
- El Comité Internacional de Cruz Roja, que desde 1994 aporta recursos para la provisión de prótesis, órtesis y ayudas técnicas, especialmente dirigida a víctimas del conflicto bélico, víctimas de minas y otros artefactos explosivos.
- La Organización de Estados Americanos, OEA, que a través del Programa de Acción contra las Minas en Centroamérica, PADCA, provee asistencia para la provisión de prótesis, órtesis y ayudas técnicas, especialmente para las víctimas de minas y otros artefactos explosivos.
- El Centro Internacional de Rehabilitación, CIR, contribuye con programas de detección temprana de discapacidades en la infancia, de monitoreo de los derechos de las personas con discapacidad y de capacitación de técnicos en prótesis y órtesis.
- Handicap Internacional – Francia, que también provee asistencia para la producción de prótesis y órtesis, para todos los usuarios que lo demanden, así como el fortalecimiento de las acciones de medicina física y rehabilitación en Estelí y Tipitapa.
- El Organismo Polus Center, igualmente contribuye con la provisión de prótesis y órtesis hacia la población en general.
- El Organismo Walking Unidos, contribuye con la producción de prótesis y órtesis.

Así mismo, en años anteriores un organismo danés de apoyo a las organizaciones de personas con discapacidad, proveyó asistencia para distintas áreas de interés al sector discapacidad.

- AID, agencia internacional para el desarrollo, provee asistencia financiera para algunas organizaciones del sector para el desarrollo de sus programas.
- MOVIMONDO, organismo de cooperación italiano, igualmente contribuye con recursos económicos para el desarrollo de programas en beneficio de las personas con discapacidad.

Así mismo, contamos con la asistencia técnica y financiera de agencias de cooperación, que deriva su apoyo a las personas con discapacidad a través de los canales estatales. Entre ellos, podemos mencionar a:

- La Organización Panamericana de la Salud, OPS, institución regional que provee principalmente asistencia técnica y gestiona recursos para el desarrollo de

intervenciones en el área de rehabilitación, generación de proyectos productivos, formación de recursos humanos, investigación, sistemas de información y desarrollo de políticas públicas, entre otras.

- La Organización Mundial de la Salud, organismo que ha contribuido con la entrega de asistencia técnica en el campo de la rehabilitación.

La cooperación bilateral proporcionada por Japón, Finlandia, Suecia, Estados Unidos, México, Canadá, España, Holanda, Italia, ha sido consistente con los planes de desarrollo que el gobierno ha puesto en marcha para contribuir con una mejor calidad de los servicios de rehabilitación.

5 Sistema de Información

Las distintas instituciones estatales disponen de sus respectivos esquemas de captura y tratamiento de la información, todas vinculadas a su quehacer en el proceso de rehabilitación, no obstante, la base del análisis y obtención de los principales indicadores fueron obtenidos del Informe Final de la Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad, realizada en el 2003 por el esfuerzo conjunto de tres instituciones, como son el Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos, la Universidad Centroamericana y el Ministerio de Salud.

Según los especialistas en muestreo, la ENDÍS está basada en un diseño muestral complejo con niveles de estratificación y conglomerados, por esto su varianza y su raíz cuadrada (error estándar) de la estadística calculada, se efectúa con fórmulas especiales donde se toman en cuenta todos estos niveles de estratificación y conglomeración.

El cálculo de la varianza se realizó mediante el método de linealización de la Serie de Taylor, para lo cual se elaboró el algoritmo de cálculo. De esta forma se toma el porcentaje como una razón de dos variables aleatorias numerador y denominador y el error estándar es la raíz cuadrada de esta varianza.

Según los resultados obtenidos, los errores estándar son pequeños y esto se puede corroborar con los errores relativos. Debido a esto se puede concluir que para el indicador de prevalencia de discapacidad en el ámbito nacional y por departamentos la estimación de la muestra es bastante precisa, según la escala en un rango de buena y aceptable.

Mapeo de la información obtenida

Algunas instituciones registran información vinculada a su respectivo quehacer institucional. Entre ellas se encuentran:

- Ministerio del Trabajo. MITRAB
- Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. MECD.
- Ministerio de Salud. MINSA.
- Instituto Nacional Tecnológico. INATEC.
- Organizaciones de Personas con Discapacidad.

Sin embargo, contar con un adecuado sistema de información podría contribuir con la producción de información de calidad, confiable y comparable, reto importante que el

Consejo Nacional de Rehabilitación, debería liderar.
Indicadores que se extraen de la información registrada

La información existente procede de la Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad, realizada durante el 2003, la cual ha generado los siguientes indicadores:

➤ **Trabajo**

- En la población total de 10 años y más, la PEA alcanza al 54%, superando en 18 puntos porcentuales, a la correspondiente a la población con discapacidad (36%).
- Sin embargo, la desocupación abierta afecta similarmente a ambas poblaciones (6%), es probable que dentro de la población con discapacidad haya un conjunto de personas “desalentadas”, que no tratan de conseguir trabajo a raíz de las experiencias que han tenido antes.
- En la ocupación se evidencia un peso un poco mayor en la población total de personal calificado (9% de profesionales y técnicos), indicador que alcanza al 5% en las personas con discapacidad.
- Entre los ocupados de ambas poblaciones, la tercera parte está constituida por trabajadores “no calificados”.
- Los asalariados constituyen la categoría ocupacional más importante en la población total (48%), mientras que para las personas con discapacidad, las cuentas propias son preponderantes (51%).
- La actividad económica de las mujeres con discapacidad se centra en las actividades independientes, un 59% son por “cuenta propia”, cifra que es 38% en las mujeres de la población total.
- Un 6% de los hombres con discapacidad son patrones, es inferior 2% en los hombres de la población total.

➤ **Salud**

- El cuidado de las personas con discapacidad es una responsabilidad que recae, particularmente, en el sexo femenino (más de ocho de cada diez personas cuidadoras son mujeres). Como un hecho positivo se puede citar que solo un 2% de las personas cuidadoras son menores de 15 años.
- La proporción más importante de personas cuidadoras, casi una de cada

tres, está constituida por los hijos (as), de las personas con discapacidad.

- La persona o personas cuidadoras, dedican más de 10 horas diarias, en promedio, a la atención de las personas con discapacidad.
- Un 56% recibió algún tipo de servicio, en el año anterior a la encuesta, con la particularidad de que la atención recibida se centró en los servicios de salud. Esto involucra a un 55% de las personas con discapacidad.
- Se valoró en forma positiva la atención recibida en los servicios, una quinta parte de los informantes, declaró estar muy satisfecho con los servicios recibidos, solo el cuatro % dijo estar muy insatisfecho.
- La cuarta parte de las personas con discapacidad, ha recibido capacitación, tendente a prevenir complicaciones de la discapacidad, y un 89 % de ellos, lleva a la práctica los contenidos aprendidos.
- Con respecto al pago de los medicamentos, requeridos por las personas con discapacidad, en una proporción elevada (75%), corre por cuenta de ellas o de sus familiares.
- Un 87% declaró tener alguna necesidad al momento de la encuesta, sin embargo son muy bajos los porcentajes de personas con discapacidad, que demandan de órtesis o de prótesis (inferiores al 1%).

➤ Educación

- Considerando a la población de 10 años y más, el analfabetismo de las personas con discapacidad (44%) duplica al de la población total (22%).
- Sorprendentemente, en la población con discapacidad, las menores tasas de analfabetismo se presentan entre los 30 y 40 años, mientras que en la población total, como es lo esperado, esto ocurre en las edades más jóvenes 10 y 24 años.
- Se verifica en la población total de 15 años y más, una tasa de analfabetismo similar entre hombres y mujeres (23%). Esto no es así en la población con discapacidad, en que existe un 46 % de analfabetismo femenino y un 42% de analfabetismo masculino (42%).
- Aunque existen diferencias importantes en los niveles de analfabetismo, no ocurre lo mismo con la asistencia escolar de la población de 6 a 29 años (52% en la población total, 46% en la población con discapacidad). Más aún, en ambas poblaciones se presenta el mismo porcentaje de asistencia (78%) en el

grupo vinculado con la enseñanza primaria (6 a 12 años).

- La deserción escolar es baja, con la particularidad que es algo menor en las PCD.
- Hay un 21 % de niños con discapacidad entre los 10 y 14 años que asisten a la enseñanza escolar, que informaron no saber leer ni escribir. Aún entre los que asisten entre los 15 y 19 años, un 5% son personas analfabetas.

➤ **Violencia**

- Entre los factores asociados a la discapacidad, la violencia intrafamiliar es el factor que se presenta con mayor porcentaje (33%), seguido de la accidentalidad (14 %) y el consumo de tabaco (8 %).
- Las personas con discapacidad sufren más la violencia psicológica que la física, independientemente de cuál sea su edad, sexo o zona de residencia. Las personas que más reportaron ser víctimas de violencia psicológica son las que tienen limitaciones para relacionarse con los demás, para realizar las actividades en su centro de estudio o trabajo y participar socialmente.
- Alrededor de 1 de cada 10 personas con discapacidad de 12 años o más, sufre violencia física. Las mujeres sufren más violencia que los hombres.
- La violencia psicológica es la de mayor prevalencia en ambos sexos: afecta a más de un tercio de las mujeres con alguna discapacidad y a la cuarta parte de los hombres.
- En el grupo de niños y adolescentes (de 6 a 16 años), se encuentra la mayor prevalencia de violencia (6 de cada 10 niños), a diferencia del grupo de jóvenes y adultos (de 17 años y más), que presenta los niveles más bajos.
- El 5% de las personas con discapacidad consumen alcohol y el 4 % se embriaga, presentando porcentajes más altos de consumo las personas que tienen dificultades para realizar las actividades en su centro de estudio o trabajo.
- El 12 % de los hombres con discapacidad consumen alcohol y el 8% se embriaga, este perfil de consumo prácticamente es el de la población total con discapacidad.
- El consumo de tabaco es mayor entre las personas con discapacidad que tienen problemas para realizar las actividades en su centro de estudio o trabajo (10%).
- Los hombres con discapacidad fuman más que las mujeres con discapacidad

(14% contra 3%, respectivamente). Los hombres con problemas de movilidad y dificultades para realizar las actividades en el centro de estudio o trabajo, son los que más fuman.

- Independientemente del dominio, los accidentes sufridos por las personas con discapacidad ocasionaron un agravamiento del 40% en su discapacidad. El perfil de ocurrencia de accidentes en los diferentes dominios es similar en ambas zonas de residencia.
- Las personas que tienen dificultades de autocuidado, independientemente de su edad, sexo o zona de residencia, son las que reportaron el mayor porcentaje de accidentes.
- Casi 15 de cada mil personas con discapacidad reportaron tendencia suicida.
- El 2 % de las personas con discapacidad son violentas. Aparentemente, las PCD que son más violentas, son las que tienen dificultades para realizar las actividades en su centro de estudio o trabajo y para relacionarse con los demás.

➤ Participación

- Las personas con discapacidad de 12 años y más, dieron razón de una amplia aceptación por parte de las personas de su entorno (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, personas que lo atienden, etc.), pero un 8%, declaró no sentirse aceptada por persona alguna y un 6% manifestó no tener amigos.
- Es relativamente bajo el porcentaje de personas con discapacidad que cambiaron de residencia a consecuencia de la discapacidad (4%). La gran mayoría de las PCD afectadas por estos cambios (en un 92%), presentan problemas de movilidad.
- La violencia física o psicológica en el hogar es significativa, casi un quinto de las personas con discapacidad, están sometidos a ella, pero la misma tiene una connotación distinta según el sexo, alcanza al 23 % en las mujeres, mientras que en los hombres es del 10%.
- Relacionado con lo anterior, se tiene un indicador sumamente importante, solamente un quinto de las personas con discapacidad, que sufren de violencia física, denunció estos abusos.
- Un 19 % de las personas con discapacidad, con 12 años y más, expresó su pertenencia a alguna organización, sin embargo solo un 3%, reconoce la existencia de la Ley 202.

- Un 9% de las personas con discapacidad informa no divertirse con nada y un 11% dice que no tiene con qué divertirse, es decir, con nada.
- Siete informaciones básicas sobre el perfil poblacional de las personas con discapacidad.

6 Informaciones básicas sobre el perfil poblacional de las personas con discapacidad

Perfil por sexo y edad

El comportamiento de la población con discapacidad, según el sexo y la edad, se complementa con la obtención de tasas de prevalencia según estas características. Para tal efecto se hace uso de la distribución de la población con discapacidad, vinculándola con la distribución de la población, por sexo y edad, de la población total, ajustando el total poblacional de acuerdo con la población obtenida en los hogares visitados en la ENDIS 2003. Este procedimiento tiene el supuesto de que la distribución de la población por sexo y edad, obtenida en la ENDESA 2001, no ha cambiado para el 2003.

Cuadro No. 4. PREVALENCIA POR SEXO Y EDAD
Tasas de prevalencia por sexo y relación de prevalencia entre sexos, según grupos de edad

Edad	Tasas de Prevalencia de la discapacidad (por cien)			Relación de Prevalencia entre Sexos (Mujeres/Hombres)
	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	
Total	9.1	11.3	10.3	1.2
06 - 09	4.1	3.2	3.7	0.8
10 - 11	5.4	3.1	4.2	0.6
12 - 16	4.6	3.3	3.9	0.7
17 - 19	3.5	2.9	3.2	0.8
20 - 24	4.7	4.0	4.4	0.9
25 - 29	6.3	5.4	5.0	0.9
30 - 34	7.2	8.7	8.0	1.2
35 - 39	8.8	9.0	8.9	1.0
40 - 44	8.5	13.3	10.9	1.6
45 - 49	11.7	19.0	15.6	1.6
50 - 54	13.2	22.4	18.4	1.7
55 - 59	19.9	33.8	27.3	1.7
60 - 64	24.3	34.1	29.5	1.4
65 - 69	40.2	52.8	46.7	1.3
70 - 74	48.2	59.6	54.0	1.2
75 - 79	59.5	68.4	64.5	1.1
80 y más	71.6	98.1	85.3	1.4

Fuente: INEC-ENDIS2003

Perfil por etnia

Los grupos étnicos en Nicaragua se encuentran de manera significativa en la zona atlántica, denominada geográficamente como Región Autónoma del Atlántico Norte y Región Autónoma del Atlántico Sur.

La Región Autónoma del Atlántico Sur, es la zona geográfica de asiento de grupos étnicos como los miskitos, sumos, ramas, etc. Es considerada por la ENDIS2003 como una zona geográfica dentro del grupo 1, lo que indica que son las zonas geográficas de más baja prevalencia de discapacidad.

Sin embargo, la Región Autónoma del Atlántico Norte se encuentra dentro de las que tienen una prevalencia media de discapacidad. Los diferentes niveles de pobreza, diferentes grados de urbanización y diferente composición geográfica, así como el perfil epidemiológico, son factores que pueden favorecer la mayor prevalencia de la discapacidad.

El estudio sobre discapacidad no especifica sobre la prevalencia de discapacidad tomando en cuenta los grupos étnicos, pero los factores antes mencionados son indicativos de que no existe diferencia con relación a la prevalencia de discapacidad por razones étnicas.

Perfil según condición económica

En la población total de 10 años y más, la PEA alcanza al 54%, superando a la población con discapacidad (36%). Sin embargo, la desocupación abierta afecta similarmente a ambas poblaciones (6%).

En la ocupación se evidencia un peso un poco mayor en la población total de personal calificado (9% de profesionales y técnicos), indicador que alcanza al 5% en las personas con discapacidad.

Los asalariados constituyen la categoría ocupacional más importante en la población total (48%), mientras que en las personas con discapacidad, las cuentas propias son preponderantes (51%).

Mientras que en la población total inactiva, entre los "estudiantes" (45%) y "quehaceres del hogar" (43%), se tiene casi al 90 % de inactivos, en la población con discapacidad la tercera parte (33%), se reconoce con discapacidad y un 28% se encuentra en la categoría de "anciano", es decir seis de diez personas con discapacidad inactivas, es probable que dependan económicamente de otros miembros del hogar.

Otras características económicas de las personas con discapacidad

La mitad de las personas con discapacidad percibe algún ingreso. Este ingreso alcanza al 59 % de los hombres y al 44 % de las mujeres. Tanto en los hombres como en las mujeres con discapacidad, un cinco % tiene algún tipo de pensión.

En lo que respecta a las jubilaciones, se encuentran más favorecidos los hombres con discapacidad (6%), porcentaje que es solo de tres en las mujeres con discapacidad. Un 18 % de las mujeres con discapacidad, recibe ayuda de familiares en el país y remesas del exterior, en los hombres es solo un ocho %. Cerca de una de cinco personas con discapacidad (19%), da a conocer que tres o más personas dependen de ella.

De las personas que perciben ingresos, una tercera parte (32%), aporta la totalidad del mismo, a los gastos del hogar. Hay un 17 % de hombres con discapacidad que trabajan, que desearían tener otra actividad, en esta situación se encuentra el 11 % de mujeres con discapacidad.

Distribución Geográfica de la Discapacidad

El análisis de la similitud o disimilitud estadística, en la prevalencia de los departamentos, permitió identificar 3 grupos diferentes de departamentos, más un grupo suplementario, constituido por Managua. Los grupos identificados, son los siguientes:

Grupo 1: Los que tienen la más baja prevalencia: Chinandega, Río San Juan, Región Autónoma del Atlántico Sur, Chontales y Boaco.

Grupo 2: Los que tienen una prevalencia media: Carazo, León, Región Autónoma del Atlántico Norte y Granada.

Grupo 3: Los de más alta prevalencia: Matagalpa, Madriz, Jinotega, Rivas, Masaya, Nueva Segovia y Estela.

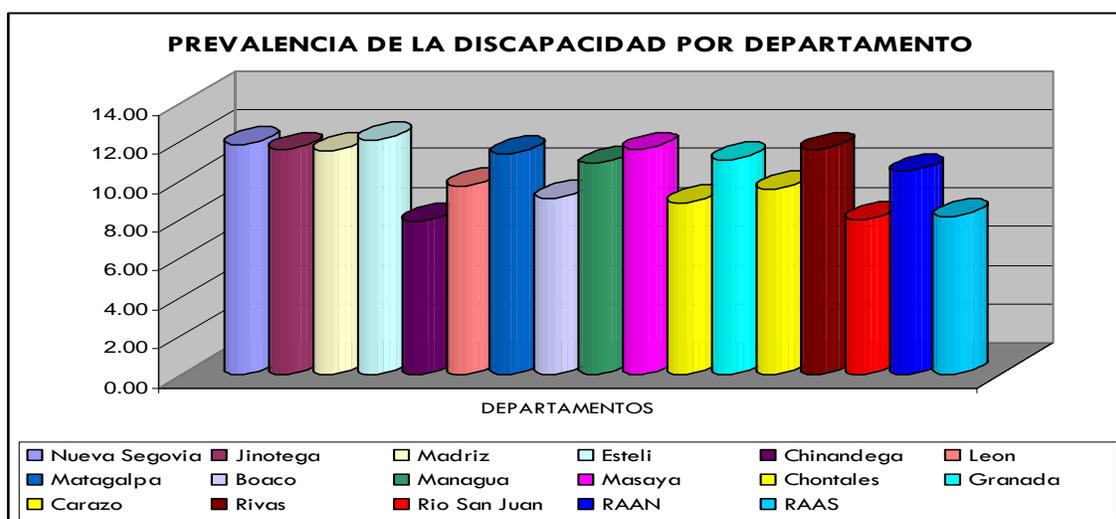
Cuadro No. 5. Distribución Geográfica de la Discapacidad

Departamentos y Área de Residencia	Prevalencia %	Distribución Espacial %	N
Nicaragua	10.25	100.0	4876
Hombres	9.13	43.5	2120
Mujeres	11.31	56.5	2757
Urbano	10.43	56.1	2734
Hombres	8.76	22.1	1077
Mujeres	11.90	34.0	1657
Rural	10.07	43.9	2142
Hombres	9.50	21.4	1042
Mujeres	10.67	22.6	1100

Nueva Segovia	11.82	3.8	187
Jinotega	11.53	6.8	330
Madriz	11.49	3.1	154
Esteli	12.06	4.8	233
Chinandega	7.86	7.0	340
León	9.65	7.6	369
Matagalpa	11.34	10.1	493
Boaco	9.06	2.9	140
Managua	10.82	23.5	1147
Masaya	11.54	5.3	260
Chontales	8.84	2.7	134
Granada	11.03	2.0	97
Carazo	9.53	3.4	165
Rivas	11.53	3.4	166
Río San Juan	7.95	1.7	84
RAAN	10.42	5.7	280
RAAS	8.11	6.2	300

Fuente: INEC-ENDIS2003

Gráfico No. 1. Prevalencia de la Discapacidad por Departamento



Fuente: INEC-ENDIS2003

Tipo de discapacidad.

Los resultados de la ENDIS 2003, muestran que la prevalencia de la discapacidad a nivel nacional es del 10.3%, con 11.3% para la población femenina y con 9.1% para la masculina. Por área de residencia, el área urbana presenta un 10.4% y el área rural, 10.1%.

La conceptualización de la Discapacidad en Nicaragua se basa en la CIF, la cual proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento

humano y sus restricciones y sirve como marco de referencia para organizar la información.

La CIF organiza la información en dos partes. La parte 1 versa sobre el Funcionamiento y la Discapacidad, y la parte 2 sobre los Factores Contextuales. Cada una de estas partes, consta a su vez de dos componentes. Y es en la parte 1, que se encuentran los componentes de Funciones y Estructuras Corporales y de Actividades y Participación.

Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos y también contiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación¹. Los dominios del componente de Actividades y Participación, son los siguientes:

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- Tareas y demandas generales.
- Comunicación.
- Movilidad.
- Auto-cuidado.
- Vida doméstica.
- Interacciones y demandas interpersonales.
- Áreas principales de la vida.
- Vida comunitaria, social y cívica.

La organización mundial de la salud ha definido un instrumento para valorar la discapacidad. La utilización del WHODAS II (instrumento para valorar la discapacidad), permite la calificación de la actividad y de la participación, por medio de:

La “capacidad” que es la aptitud de una persona para realizar una tarea o actividad, e indica el máximo nivel de funcionamiento que puede alcanzar, en un dominio dado, incluido en Actividades y Participación, en un momento dado. Refleja la habilidad del individuo ajustada al ambiente.

El “desempeño / realización” describe la manera de realizar una tarea o actividad en la situación real de la persona, de manera, que conlleve el aspecto de la participación de la persona en situaciones vitales.

En el WHODAS II, se utilizan una selección de seis dominios, que son los que se incluyeron en la ENDIS 2003, algunos dominios se refieren a la actividad y otros a la participación y su calificador va en consecuencia:

➤ **Dominio 1: Comprensión y Comunicación**

Por una parte incluye aspectos relacionados con el aprendizaje, la aplicación de los conocimientos aprendidos, el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de

¹ Es importante recordar que en la CIF, las personas no son las unidades de clasificación; es decir, que la CIF no clasifica personas, sino que describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios de la salud o dominios “relacionados con la salud”.

decisiones. Por otro incluye los aspectos de la comunicación, a través del lenguaje, los signos o símbolos, iniciar y llevar a cabo conversaciones e incluso la utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

➤ **Dominio 2: Capacidad para Moverse en su Alrededor / Entorno, Movilidad**

Trata sobre el movimiento al cambiar el cuerpo de posición o de lugar, al tomar, mover o manipular objetos, al andar correr, trepar, brincar o cuando uno se desplaza con uno o varios medios de transporte. Las categorías estudiadas son, estar de pie durante largos períodos de tiempo, ponerse de pie cuando está sentado, moverse dentro de la casa, salir de ella y caminar largas distancias.

➤ **Dominio 3: Cuidado Personal, Autocuidado**

Incluye todas las tareas del cuidado personal, tales como bañarse, lavarse todo el cuerpo, vestirse, comer, permanecer o arreglárselas solo durante unos días. Esta área es un componente esencial en las actividades de la vida diaria, lo que todo individuo debe estar en condiciones de realizar sin mayores dificultades, por sí mismo.

➤ **Dominio 4: Relacionarse Con Otras Personas**

Se refiere a las posibles dificultades que pueden experimentar algunas personas para desarrollar sus actividades y conductas, que son necesarias para establecer interacciones personales, básicas y complejas, con otras personas, de manera adecuada para el contexto y el entorno.

➤ **Dominio 5: Actividades De La Vida Diaria**

Trata de cómo llevar a cabo las actividades necesarias para participar en la vida laboral, educativa, doméstica, económica, etc. Incluye dos ámbitos de acción, las actividades domésticas y las actividades en el centro de estudio o trabajo. Estas actividades comprenden cocinar, limpiar, hacer compras, pagar las cuentas, sacar la basura, cortar la grama, así como cuidar a otras personas y las propias pertenencias.

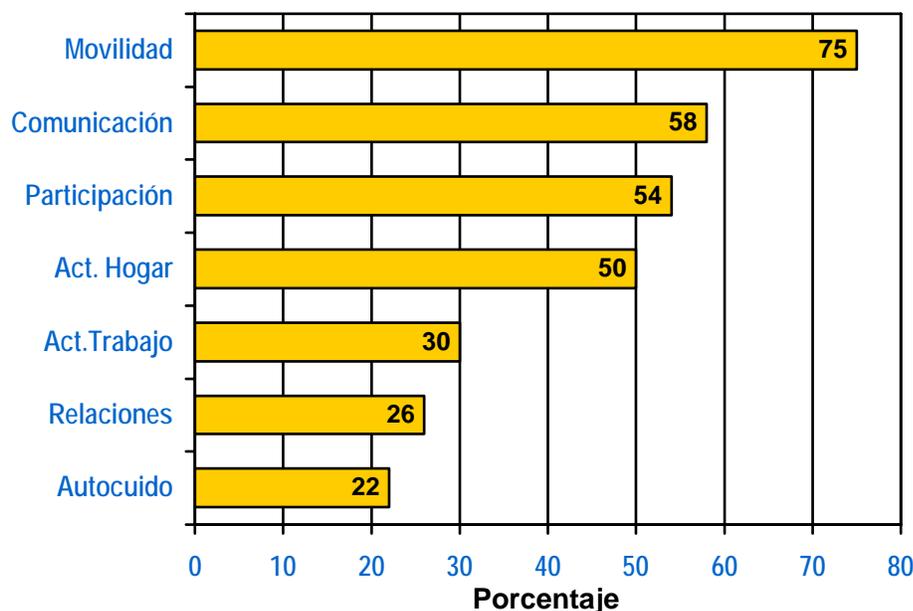
Por otra parte, las actividades en el centro de estudio o de trabajo, según corresponda, se investiga la magnitud de las dificultades en aquellos individuos en condiciones de realizar alguna actividad laboral remunerada o sea el caso de aquellos que participan del proceso enseñanza – aprendizaje.

➤ **Dominio 6: Participación En Sociedad**

Se ocupa de las actividades necesarias para participar en la vida social organizada fuera del ámbito familiar, en áreas de la vida comunitaria, social y cívica; Se refiere a la forma de participar en las actividades de la comunidad, si percibe alguna discriminación, la existencia de barreras u obstáculos, al igual que los aspectos relacionados al estigma y a la dignidad.

Prevalencia de la Discapacidad

Grafico No. 2. Atención a las personas con discapacidad.



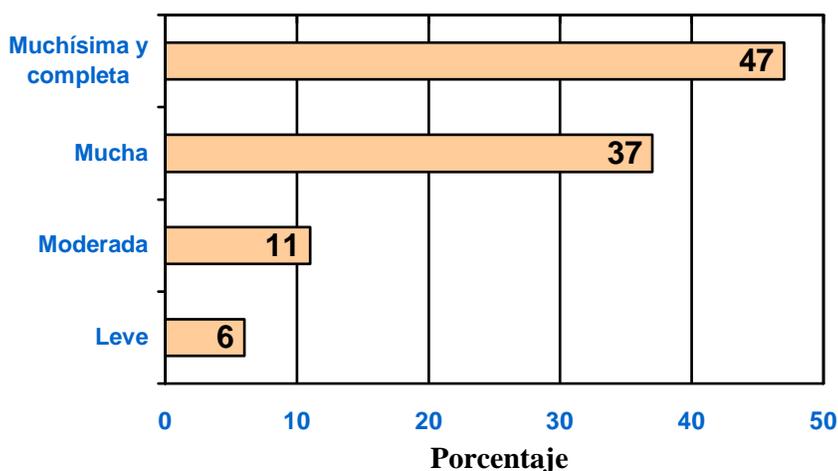
Fuente: INEC-ENDIS2003

El cuadro refleja que las dificultades de movilidad representan un poco más del 75% del total de personas con discapacidad, seguido en importancia por los problemas de comprensión y comunicación que son un poco menos del 60%, adicionalmente las actividades del hogar muestra que el 50% de las personas con discapacidad tienen limitaciones importantes en este dominio, algo similar ocurre con las actividades de participación en sociedad (54%).

Esta situación es congruente con la literatura existente y con la realidad nacional que indica que las personas con discapacidad ven restringidas las oportunidades debido a las barreras actitudinales y arquitectónicas imperante en el entorno. En menor proporción se observan problemas de actividades realizadas, en el centro de estudio o de trabajo de las personas con discapacidad, que alcanza el 30%, dificultades de Auto-cuidado y los problemas para relacionarse con otras personas, los tienen menos de 3 por cada 10 personas con discapacidad.

Severidad de la Discapacidad

Grafico 3. Tipos de establecimientos que visitan



Fuente: INEC-ENDIS2003

La severidad de la Discapacidad se valora teniendo en cuenta los aspectos funcionales que constituyen una serie de "interferencias" con las actividades de la vida diaria, la persona con discapacidad debe considerar cuánto genera esto dificultades en su vida cotidiana, haciendo énfasis en las limitaciones que percibe y las implicaciones que representa en la calidad de su vida.

La severidad ha sido categorizada, en orden ascendente de "leve" / "moderada" / "mucha" / "muchísima" / "completa", considerando el aumento del esfuerzo realizado con respecto a la forma usualmente empleada para tal propósito y malestar o dolor experimentado. Además de que tan significativo es para conseguir su bienestar, sin que tenga que auxiliarse de algún dispositivo externo o de la asistencia de alguna persona:

- Leve o ligera: La dificultad, se considera poca o escasa para realizar la actividad. Lo que equivale aproximadamente a una disminución de un 25%, como máximo, en la capacidad de ejecución de la actividad.
- Moderada: La dificultad se considera media o regular. Equivalente a una capacidad disminuida de un 25 al 50%, para realizar la actividad.
- Mucha: La dificultad se considera grave o severa. Es decir que equivale a una capacidad disminuida de un 50 a menos del 95% para realizar la actividad.

- Muchísima: Capacidad disminuida de un 95 a menos del 100%, para realizar la actividad.
- Completa: Capacidad disminuida en un 100%, para realizar la actividad.

En forma general, las personas con discapacidad de seis años y más, solo el 6% se encuentra en la categoría de "leve", casi 11% en "moderada", en un 37% de los casos presentan una severidad de su discapacidad calificada como "mucho", en casi otra tercera parte de las personas (31%), tienen una discapacidad calificada de "muchísima" y un 15% de extrema o "completa"; Es decir que en estas categorías de la severidad de la discapacidad calificadas de "muchísima" y "completa", se tiene un conjunto que abarca cerca de la mitad (47%), de las personas con discapacidad.

Duración de la discapacidad actual

La discapacidad no debe ser vista como un fenómeno estático sino como algo dinámico y relativo y que por lo tanto ha de referirse a un tiempo y a unas circunstancias concretas. Desde esta perspectiva, la persistencia de la situación de discapacidad, se constituye en una variable importante para la promoción, prevención y la rehabilitación. Con el propósito de facilitar su análisis, ésta se agrupó en intervalos de tiempo que pueden considerarse puntos de quiebre, en lo que respecta su carácter permanente y sus efectos en las limitaciones de la actividad:

De 6 a 11 meses.

De 1 a 2 años.

De 3 a 5 años.

De 6 a 9 años.

De 10 y más años.

En los intervalos de 6 a 11 meses y de 1 a 2 años no se enfatiza el análisis, dado que representan menos del 5% de todas las personas con discapacidad. Es decir, que prácticamente, la gran mayoría de las personas que durante la encuesta declararon alguna limitación de la actividad o de la participación, han tenido ésta, durante no menos de 2 años.

El 19% de las personas con discapacidad entrevistadas, han declarado estar en situación de discapacidad de 3 a 5 años. Lo mismo declaró el 20% de las que tienen dificultades para realizar actividades en el centro de estudio o trabajo, el 19% de movilidad y el 18% tiene problemas para realizar las actividades en el hogar.

El 15% de las personas encuestadas han permanecido en situación de discapacidad de 6 a 9 años, este porcentaje se eleva al 16%, en las personas que tienen problemas de autocuidado, o de las que tienen dificultades en la realización de las actividades en el centro de estudio o trabajo, o problemas de comprensión y comunicación.

Las personas en situación de discapacidad desde hace 10 años y más representan el 47%, así mismo les sucede al 55% de las PCD, que tienen dificultades para relacionarse con otras personas, al 52%, de las que tienen limitaciones para la participación en sociedad y al 50%, de las que tienen problemas de autocuidado.

Duración de la discapacidad por área de residencia

En general las situaciones de discapacidades, con más larga duración, se observan en el área urbana. En esta, las personas que han permanecido en situación de discapacidad desde hace 10 y más años representan el 48%. Las que tienen problemas para relacionarse con otras personas, son el 55% y el 53%, son las que están limitadas para participar en sociedad.

En el área rural, las personas en situación de discapacidad, con una duración de 10 años y más representan el 45%. Entre las personas con discapacidad, que el área rural, que tienen problemas para relacionarse con otras personas, se observa un porcentaje similar de duración de 10 años y más, respecto al área urbana. Siguiéndoles, con un 51%, las personas con problemas de autocuidado y de participación.

Para las personas que han permanecido en situación de discapacidad de 6 a 9 años, aparecen coincidencias en los dominios de autocuidado y comprensión y comunicación. En el área urbana las personas que han padecido discapacidad en el periodo de 6 a 9 años representan el 15%. Por dominios, presentan la misma duración, el 16% de las personas que tienen dificultades para realizar las actividades en el hogar e igual porcentaje, presentan, las que tienen problemas de autocuidado. En el área rural las PCD, que declararon esa duración, representan el 15%, se eleva al 17%, entre las que tienen dificultades para la realización de actividades en el centro de estudio o trabajo y entre las que tienen problemas de comprensión y comunicación.

En el intervalo de 3 a 5 años de duración, independientemente del área de residencia se reportaron similares porcentajes, en los mismos dominios. En el área urbana el 18% de las personas, reportó estar en situación de discapacidad desde hace 3 a 5 años, entre los que tienen problemas para realizar actividades en el centro de estudio o trabajo, 19%; y entre los que tenían problemas de movilidad, lo reportó el 18%.

Similarmente en el área rural representan el 20%, los que tienen alguna discapacidad desde hace 3 o 5 años. Se encontró con los mismos intervalos al 20%, de los que tienen problemas de movilidad y al 22%, de los que tienen problemas para realizar actividades en el centro de estudio o trabajo.

Duración de la discapacidad según el sexo

Las discapacidades en ambos sexos son similares. Las mujeres en situación de discapacidad algún tipo de discapacidad por 10 y más años representan el 47%, y los hombres, el 46%.

Las mujeres, con limitaciones para la participación en sociedad representan el 51% y los hombres, el 53%; en el dominio "relacionarse con las otras personas", las mujeres representan el 54% y los hombres, el 57%.

En el caso de duración de 6 a 9 años, las mujeres y los hombres tienen porcentajes similares, pero presentan diferencias en cuanto a los problemas de discapacidad. Las mujeres, con esa duración, representan el 15% y los hombres, el 16% respectivamente. Se encuentra que el 17% de las mujeres con problemas para relacionarse con otras personas, el 16% con problemas de comprensión y comunicación y el 15% con problemas de autocuidado, presentan una duración de 6 a 9 años. En los hombres, aparecen con la misma duración, el 18% de los que tienen problemas de auto cuidado, el 17% de comprensión y comunicación y el 17% con dificultades para realizar las actividades en el centro de estudio o trabajo.

En el intervalo de 3 a 5 años, en ambos sexos las discapacidades son similares, en las mujeres representan el 19% y en los hombres el 18%. Sin embargo, en las mujeres, son el 20%, de las que tienen dificultades para realizar las actividades en el centro de estudio o trabajo, el 20%, de las que tienen problemas de movilidad y el 19%, de las que tienen dificultades para realizar las actividades en el hogar. En los hombres, son el 18%, de los que tienen problemas de movilidad y de los que tienen dificultades para la realización de las actividades en el centro de estudio o trabajo y el 18% de los que tienen problemas de comprensión y comunicación.

Duración de la discapacidad por grupos de edades

➤ **En las edades de 6 a 16 años se refleja que:**

- El 28% ha permanecido en situación de discapacidad de 10 a más años, en los dominios donde se manifiestan más estas largas duraciones son: limitaciones para la participación en sociedad" (47%) y Problemas para "relacionarse con otras personas" (43%).
- El grupo de personas que han ha permanecido en situación de discapacidad de 6 a 9 años, algún tipo de discapacidad son el 28%, y por dominio específico, esta duración se presenta de la siguiente forma:
 - Las personas con problemas de autocuidado, son el 41%.
 - Los que tienen dificultades de movilidad, el 31%.
 - Los que presentan problemas de comprensión y comunicación, el 30%.

- Con duración de 3 a 5 años, se encuentran el 21% del total y entre los que han presentado dificultades:

Para realizar sus actividades en el centro de estudio o trabajo, el 26%.
De comprensión y comunicación, el 21%.

Es especialmente llamativo en este grupo de edad, de niños y adolescentes, que casi un tercio de ellos, haya permanecido en situación de discapacidad, por más de 10 años. Probablemente, estas discapacidades, las tengan desde su nacimiento, o se hayan instaurado desde tempranas edades, por deficiente atención al recién nacido o por accidentes.

En el grupo de edades de 17 años a más, se enfatizan en mayor grado las situaciones de discapacidad con mayor duración:

La mitad de las personas tienen 10 o más años, de permanecer en situación de discapacidad, en algunos dominios, se pueden encontrar porcentajes, aún superiores:
En auto cuidado, el 53%.
En comprensión y comunicación, el 52%.

El porcentaje de personas que han permanecido en situación de discapacidad de 6 a 9 años, es el 13%,
Alrededor del 14%, de las personas en situación de discapacidad que tienen dificultades para realizar actividades en el centro de estudio o trabajo,
Así como también las que tienen problemas de comprensión y comunicación, reportan el mismo porcentaje.

Las personas que han permanecido en situación de discapacidad desde hace 3, 4 ó 5 años, son el 18%. Los que tienen dificultades de movilidad, el 19%. Los que tienen dificultades para realizar actividades en el hogar, el 18%.

Edad de instauración de la principal discapacidad

En relación con la edad de instauración de la discapacidad, se encontró que al 70% se le presentó entre las edades de 1 y 19 años. Los mayores porcentajes se ubican en las edades de 1 a 4 años y de 10 a 19 años, con el 25% cada uno.

El 4% reportó que su discapacidad apareció desde que tenía 0 años (probablemente, desde el nacimiento), sólo el 5% de los mayores de 40 años (aquí se incluyen los de 40-49, 50-64 y los de 65 y más) han referido haber visto aparecer su discapacidad en edades avanzadas, estos datos dejan entrever que se deben realizar acciones importantes en las primeras edades de la vida, pues el 50% de las personas encuestadas dijo haber adquirido su discapacidad antes de los 10 años.

Dado que la prevalencia aumenta con la edad y el origen de ésta es en su mayoría las enfermedades endógenas y más particularmente los trastornos degenerativos, se podría suponer que la aparición de las enfermedades o trastornos que dieron origen a la discapacidad, se debía de operar en las mismas edades en que se han observado más comúnmente, que son las edades avanzadas.

7 Situación del goce y disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad

La situación de la discapacidad en Nicaragua es un problema que se ha venido incrementando durante los últimos 20 años debido a catástrofes naturales (terremoto de 1972, huracán Juana, erupciones volcánicas, maremotos, etc.) que han ido dejando secuelas de discapacidad de magnitudes considerables y no prevenibles. También han influido los prolongados conflictos bélicos que han incrementado la prevalencia de la discapacidad y la profundización de las inequidades en la distribución de la riqueza, lo que ha significado un importante deterioro de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

El goce y disfrute de los derechos humanos no ha sido discriminatorio entre hombres y mujeres, dado que por igual se han visto imposibilitados de acceder a una vivienda digna, un buen empleo remunerado o a unas óptimas condiciones de seguridad social; sin embargo, hay fuertes tendencias a considerar que el hombre con discapacidad obtiene una leve mejoría en esta dirección.

Este mismo enfoque es válido para analizar la situación de edad y etnia, a pesar de que por razones culturales, las etnias con mucha frecuencia ven más restringidas sus oportunidades.

Respecto a la condición económica, uno de los principales problemas que enfrenta la población con discapacidad en Nicaragua es el desempleo y la marginación laboral. Según la información obtenida, una cuarta parte de los hombres y mujeres con discapacidad no trabajan. Las altas tasas de desempleo se deben a una variedad de factores, entre los cuales cabe mencionar la falta de capacitación, la inaccesibilidad de los lugares de trabajo, la falta de transporte accesible y los constantes problemas económicos que afectan al país. Incluso, muchos de los que están “ocupados” (empleados) ganan muy poco o no reciben ningún tipo de remuneración.

Las personas con discapacidad, sus familias y sus organizaciones han venido exigiendo equidad en las oportunidades y una respuesta integral del estado nicaragüense para satisfacer sus necesidades y lograr su plena incorporación al desarrollo.

Una persona es discapacitada porque en el medio no existen las facilidades que le permitan estar en igualdad de circunstancias para acceder a las mismas oportunidades que tienen los demás miembros de la comunidad.

Para lograr la equidad y la incorporación al desarrollo, no bastan las medidas de

rehabilitación, sino que se requiere un gran esfuerzo para transformar actitudes y derribar barreras que impiden la plena integración de las personas con discapacidad a la sociedad. Se requiere también el fortalecimiento de la unidad de la familia como el fundamento para arraigar los valores de integración.

Otro aspecto que contribuye con un bajo goce y disfrute de los derechos humanos es el hecho de que en la población de 10 años y más, el analfabetismo de las personas con discapacidad (44%) duplica al de la población total (22%).

Un dato valioso que nos indica las serias dificultades para un adecuado grado de goce y disfrute de los derechos humanos es el hecho de que la mitad de las personas con discapacidad percibe algún ingreso. Este ingreso alcanza al 59 % de los hombres y al 44 % de las mujeres, pero de las personas que perciben ingresos, una tercera parte (32%) aporta la totalidad a los gastos del hogar, dado que cerca de una de cinco personas con discapacidad (19%) da a conocer que tres o más personas dependen de ella.

Servicios, recursos humanos profesionales y técnicos, formación y capacitación de los recursos humanos y financieros y actividades dirigidas a satisfacer el goce y disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad

➤ **Salud**

El sistema de salud está constituido por un subsector público formado por el Ministerio de salud (MINSAL), el Seguro Social (INSS), el Cuerpo Médico Militar del Ministerio de Defensa (MIDDEF), el Ministerio de Gobernación (MINGO) y un subsector privado donde se incluyen instituciones con y sin fines de lucro. El MINSAL es el órgano rector del sector salud, el cual se organiza en un nivel central y un nivel descentralizado (Sistema Local de Atención Integral de Salud-SILAIS). El subsector público se encuentra conformado por una red de servicios de 1090 establecimientos.

▪ Atención en salud a la población con discapacidad en Nicaragua

Para poder sobrellevar sus dificultades, las personas con discapacidad requieren que la sociedad y sus instituciones hagan accesibles los bienes y servicios, normalmente definidos para todos los habitantes. Se trata de una amplia abanico de intervenciones, orientadas a permitir al acceso de la persona con discapacidad a un conjunto de recursos, que le permita, hasta donde sea posible, aumentar sus oportunidades a todos los niveles. El equiparar las oportunidades y mejorar las condiciones de vida de las PCD, no sólo beneficia a éstas, sino al resto de sus familiares y a la comunidad a la que pertenece.

En el artículo 9 de la Ley 202 del Capítulo de las Acciones de Rehabilitación, se expresa que: “El Estado y la comunidad, desarrollarán y asegurarán prestación de servicios de rehabilitación integral a las personas con discapacidad”. El estado nicaragüense, buscando cómo dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley 202, está implementando el

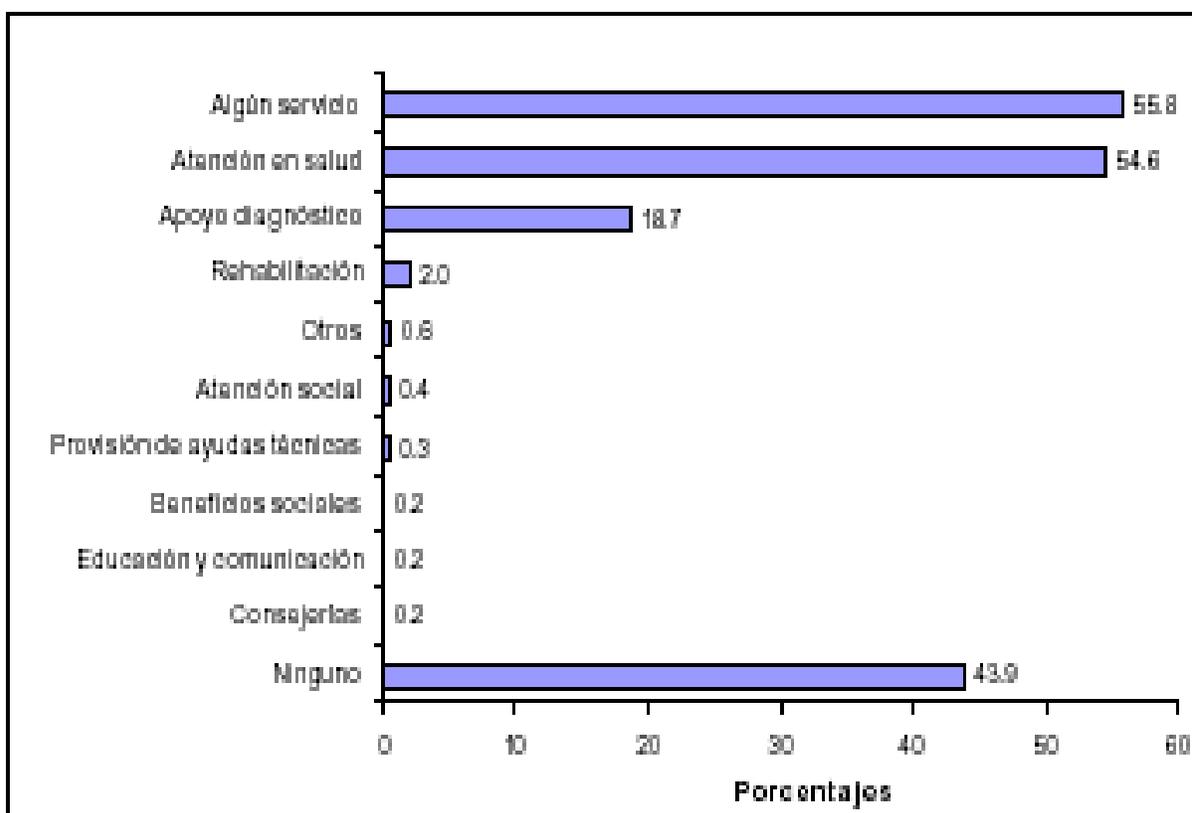
nuevo modelo de atención en salud, que dice, en su parte sustantiva:

“Los procesos de atención contemplados por el modelo de atención integral en salud, incorporan en forma sinérgica la promoción y protección de la salud, la recuperación de la salud en caso de enfermedades y daños a la misma y la rehabilitación de las personas que, producto de estas enfermedades presenten discapacidades temporales o permanentes, para de esta manera elevar el nivel de salud y bienestar de la población nicaragüense”.

El 56 % de las personas con discapacidad recibieron algún tipo de servicio en los 12 meses anteriores a la encuesta, hay un restante 44 %, que no recibió ninguno. Esta última cifra, se incrementa en las áreas rurales (51%) y disminuye en las zonas urbanas (39%).

En una proporción elevadísima, la atención requerida es en salud. Del total de personas con discapacidad, el 55% recibió esta atención; en un lejano segundo término figura el apoyo diagnóstico (19%), tiene algún peso la rehabilitación (2%) y aparecen casi sin representación las restantes opciones investigadas.

Gráfico No. 4. Utilización de Servicios



Fuente: INEC-ENDIS2003

Una de las razones del bajo porcentaje de personas con discapacidad que utilizó

servicios de rehabilitación, hecho que contrasta con las cifras de acceso a los servicios de salud y diagnóstico, es que el país no tiene una red de Centros de Rehabilitación Integral, sino que dispone de una red de servicios de salud que brindan atención de medicina física, en casi todos los hospitales del país y en la mayoría de los centros de salud de las cabeceras departamentales.

Las personas con discapacidad que recibieron mayoritariamente atención en salud son los de movilidad, de autocuidado, las actividades domésticas y en participación en sociedad (entre 60 y 62%), es decir acciones preventivas como vacunas, controles periódicos o curativos, consultas en medicina general o en especialidades, sea en unidades del MINSa (puestos, centros, policlínicas y hospitales) o en establecimientos privados o comunitarios. Las personas con problemas en estos dominios son también las que recibieron mayor apoyo diagnóstico (entre 21 y 23%). Este comprende exámenes de laboratorio, químico o biológico, radiografías u otro tipo de imágenes, etc.

En cuanto a los servicios de rehabilitación, que comprende fisioterapia, masajes, gimnasia, cirugía ortopédica, etc., tienen la misma presencia en los distintos dominios (alrededor del 2%), salvo en las personas con problemas de autocuidado que duplican este porcentaje. El que la población no demanda particularmente servicios de rehabilitación, podría deberse a que no sabe de su existencia.

Esta misma razón podría dar una explicación con respecto a los bajísimos porcentajes que se obtuvieron en la prestación de servicios de atención social, consejerías, educación y comunicación, beneficios sociales y provisión de ayudas. Estos son los servicios que se deben de proveer en los centros de rehabilitación. El país solo cuenta con el Hospital Aldo Chavarría que sirve de referencia nacional y su oferta es muy reducida en este campo.

- Establecimientos a los que acuden las personas con discapacidad

La mayoría de las personas con discapacidad acuden a las instituciones públicas para ser atendidas. Aunque los porcentajes no corresponden a una distribución que sume 100, (hecho que se repite en cada una de las características seleccionadas), dado que una persona con discapacidad puede haber acudido a más de un establecimiento, es evidente que la mayoría recibió atención en el sector público, un 43 % de ellas visitaron los centros y puestos de salud del MINSa y un 29 % a los hospitales generales. Esta última atención se concentra en el área urbana, particularmente en las cabeceras departamentales.

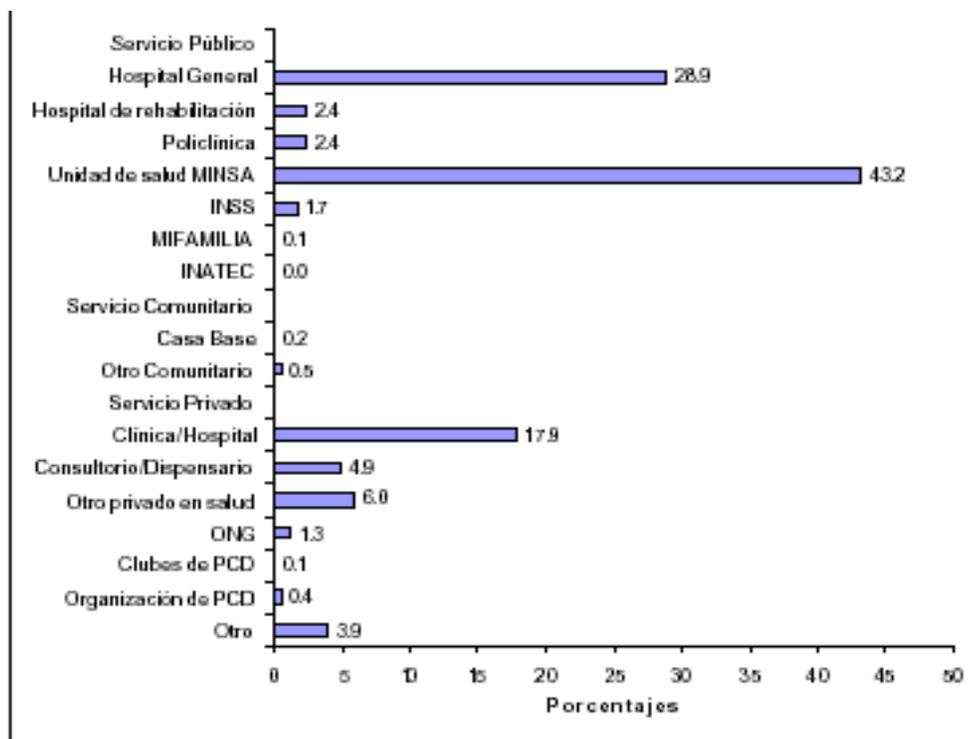
No hay otra institución pública oferente de servicios a las personas con discapacidad, que posea una red tan amplia como la del MINSa, el resto de las instituciones de salud pública, son visitadas por muy pocas personas con discapacidad: en todos los casos, las cifras son inferiores al tres %.

Fuera del sector público, la alternativa más utilizada por las personas con discapacidad,

son los hospitales, clínicas y consultorios privados.

Lo más probable es que estos establecimientos estén siendo utilizados por los sectores de ingresos medios y altos, ya que los sectores de bajos ingresos, no suelen contar con los recursos necesarios para pagar los precios de los servicios ofertados por el sector privado, salvo en los dispensarios de algunas organizaciones religiosas o laicas, que prestan servicios gratuitos o a bajo costo.

Gráfico No. 5. Tipos de establecimientos que visitan



Fuente: INEC-ENDIS2003

Los porcentajes de visitas a las asociaciones civiles sin fines de lucro (ONG, organizaciones y clubes de personas con discapacidad, etc.) son muy bajos.

Sólo las ONG's consiguen superar apenas la cifra del uno %; las demás organizaciones se quedan por debajo de este umbral.

En esto está influyendo, probablemente, el hecho de que generalmente están focalizadas a ámbitos geográficos reducidos o que estas asociaciones no lucrativas, cuentan con pocos recursos para poder expandir su oferta de servicios y llegar a atender a un número mayor de personas.

Es el grupo de personas con problemas en las actividades domésticas (45%), las que más

utilizan los establecimientos del MINSA. Para el grupo de personas con problemas de autocuidado y relaciones interpersonales, los porcentajes de Persona Con Discapacidad, que utilizan un hospital general es el más alto, alrededor del 33 %.

Una idea de la accesibilidad de los servicios por parte de la población y en particular de las personas con discapacidad, se obtuvo en la Encuesta Nicaragüense de Comunidades (ENCO), realizada en el año 2001 por el INEC2. Algunos de estos resultados se mencionan a continuación:

Uno de cada tres nicaragüenses tiene que recorrer más de 20 kilómetros de distancia, en promedio, desde sus barrios o comunidades para encontrar el hospital público más cercano. El caso de la Región Autónoma del Atlántico Norte y del Atlántico Sur, a las que se suman los departamentos de Nueva Segovia, Jinotega y Río San Juan, es más grave, 70% de la población tiene el hospital más cercano a una distancia superior a los 20 kilómetros.

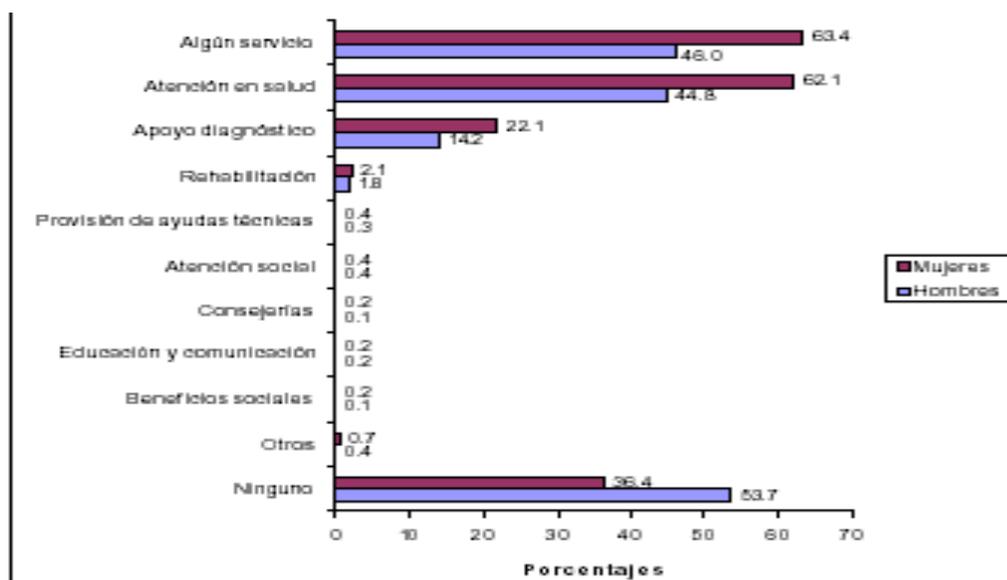
Estos datos ponen en evidencia las dificultades que enfrenta la población en general y en especial las personas con discapacidad, para obtener atención en salud y otros servicios.

A pesar de la situación adversa que presenta la población de ciertos departamentos, el acceso a los servicios beneficia más a las personas con discapacidad del área urbana (61 %), aun así la mitad de las personas con discapacidad del área rural (49%), tuvo acceso a los mismos.

Desde la perspectiva de género, las mujeres se han beneficiado más de los servicios de salud (62%) y de apoyo diagnóstico (22%), que los hombres (45% y 14%, respectivamente).

Estas diferencias pueden deberse al hecho de que, la población femenina, en general, tiene más hábito de usuaria de los establecimientos de salud, por diversas causas, tales como la necesidad de atención en salud reproductiva, la salud de los hijos menores, etc.

Gráfico No. 6. Utilización de Servicios, según sexo



Fuente: INEC-ENDIS2003

De una manera general, los hombres, sea cual sea el dominio de la discapacidad, hacen uso de los hospitales en un 33 % y de las unidades de salud en un 40 %, mientras un 27 % de las mujeres, asisten a hospitales y un 45 % a unidades de salud.

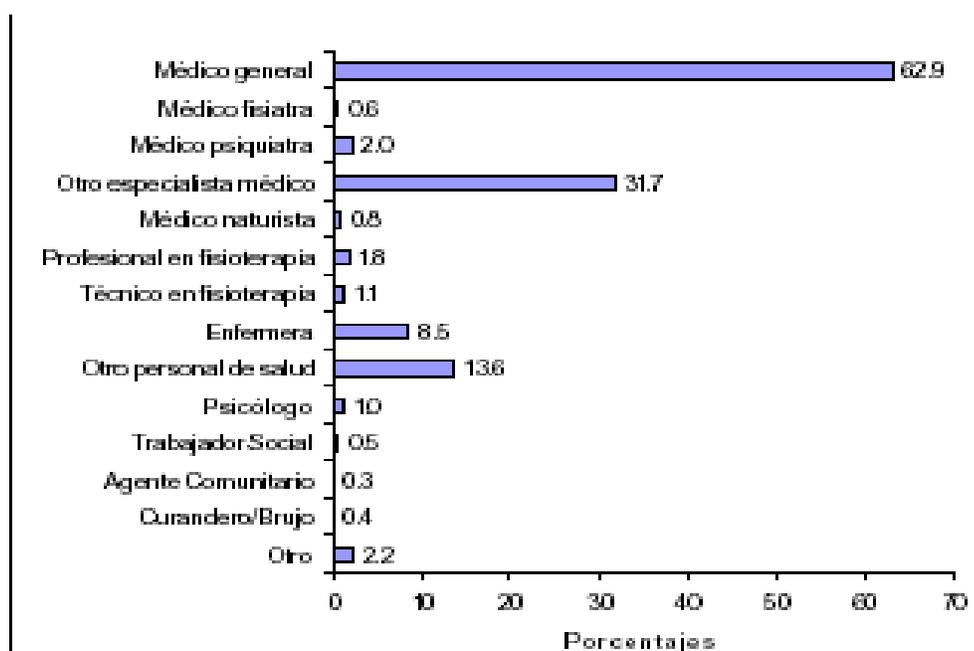
Aunque, es bajo el porcentaje de personas que acuden al hospital de rehabilitación (3.5 % en los hombres y 1.7 en las mujeres, este indicador se obtuvo con menos de 25 casos observados), se debe tener en cuenta que aquellos que asisten al Hospital de Rehabilitación son los que van a control o presentan alguna recidiva, luego son derivados a continuar su atención en los hospitales y unidades de salud que cuentan con los servicios de rehabilitación, dentro de la red extendida en el país.

Para mejorar la calidad de la atención en rehabilitación, se requiere mayor equidad en la provisión de servicios, ampliarlos para lograra una cobertura más elevada y destinar suficientes recursos económicos para atender las demandas que se generen. Los indicadores reflejados en la ENDIS 2003, permitirán al Estado y a todas aquellas instituciones dedicadas a atender este sector, planificar la cantidad y el tipo de personal requerido en cada una de las especialidades.

- Personal que Atiende a las PCD

La atención de las personas que presentan alguna alteración funcional, requiere, en muchos casos, la atención de un equipo multidisciplinario, sin embargo, los datos reflejan que en su gran mayoría (63%), son atendidos por médicos generales; solo una de cada tres personas con discapacidad (32%), acude a un médico especialista.

Gráfico No. 7. Personal que Atiende a las PCD.



Fuente: INEC-ENDIS2003

El panorama ofrece diferencias cuando la visión se centra en la residencia de las PCD, en el área urbana se reduce el peso de aquellas que son atendidas por médicos generales (59%) y aumenta el de las que son atendidas por especialistas (37%), mientras que en el ámbito rural, estos valores son 69 y 23 %, respectivamente, poniendo en evidencia un menor acceso al personal de salud especializado, en esta residencia rural de las PCD.

Aunque las mujeres con discapacidad acuden en una proporción mayor a los médicos generales, que los hombres (64 vs. 61 %, en ese orden), se observa, tanto en hombres como en mujeres con discapacidad, un peso similar (32%), de los que acuden a médicos especialistas.

- Utilización de Órtesis, Prótesis y Ayudas

Los datos investigados en la encuesta permiten conocer el uso de órtesis, prótesis y ayudas que utilizan las personas con discapacidad y su relación con el tipo de discapacidad. El tema es muy importante, porque aporta con un conocimiento sobre la independencia y autonomía de las personas con discapacidad, ya que su uso aproxima las oportunidades de estas personas, a las del conjunto de personas sin discapacidad, aumentando las posibilidades de su integración a la sociedad.

Los porcentajes de personas con discapacidad que utilizan órtesis o prótesis son prácticamente idénticos entre sí (poco más del 2%). En el sector urbano alrededor del tres % de las personas con discapacidad utilizan órtesis o prótesis, mientras que en el sector rural es algo más del uno %.

Mientras el porcentaje de uso de órtesis en mujeres y hombres es prácticamente el mismo, se presenta un uso ligeramente superior de prótesis en los hombres (3%, es algo inferior a dos en las mujeres), podría tratarse de que los hombres han tenido más acceso a estas ayudas, o una mayor necesidad de ellas; más adelante, se demuestra que las necesidades de prótesis son ligeramente mayores en los hombres con discapacidad, es decir el mayor uso de prótesis, está vinculado probablemente, a una necesidad mayor, de las mismas. Del total de PCD que hacen uso de órtesis, el 71 % residen en el área urbana y el 29 %, en la rural.

Los aditamentos técnicos utilizados por una mayor cantidad de personas con discapacidad son las ayudas técnicas auxiliares (anteojos, muletas, bastones, sillas de ruedas, etc.). Este tipo de dispositivos técnicos lo utiliza el 36 % de las personas encuestadas en la ENDIS 2003.

Conviene explicitar, sin embargo, que dentro de esta categoría de ayudas, los anteojos, en primer lugar, y los dispositivos para mejorar o hacer posible la movilidad de las personas con discapacidad, son los más utilizados.

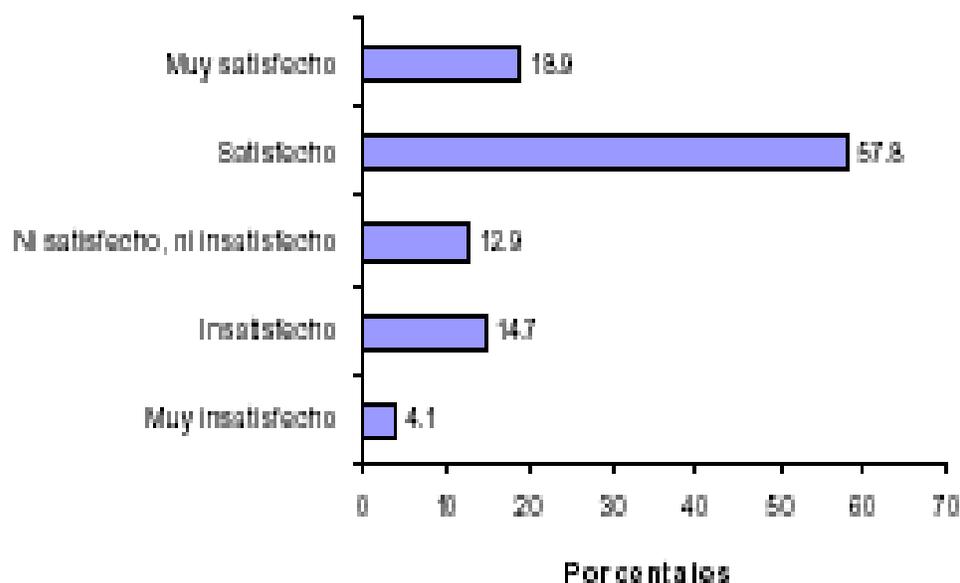
Por otra parte, el relativamente bajo nivel de uso de las ayudas técnicas, puede ser debido al costo económico, a la restricción del acceso a los centros que pueden brindar estas ayudas técnicas, al desconocimiento de la gente en cuanto a la utilidad y beneficios que les pueden dar este tipo de ayudas. A estos obstáculos se suman, en el área rural, las restricciones que impone el medio en el uso de algunas ayudas, tales como andarivel, bastones, silla de ruedas y otros, que no aportan a la autonomía e independencia de las PCD. Esto último se refleja en que un 45 % de las personas con discapacidad del área urbana las utilizan, porcentaje que es solo de 25, en el área rural.

El grupo de personas con discapacidad que más usan ayudas técnicas (49%), es el que tiene problemas de autocuidado. Este panorama relativo al uso de órtesis, prótesis y ayudas técnicas, según el área de residencia de las personas.

- CALIDAD DE LA ATENCIÓN

El grado de satisfacción con los servicios recibidos, muestra que casi una quinta parte (19%), de las personas con discapacidad, está muy satisfecha con los servicios utilizados, la gran mayoría, cerca de seis de 10 (58%), expresó sentirse satisfecho, mientras que un 15 % declaró estar insatisfecho y un cuatro %, muy insatisfecho.

Gráfico No. 8. Satisfacción de las PCD con los Servicios que utiliza



Fuente: INEC-ENDIS2003

Ahora bien, los porcentajes de satisfacción por los servicios recibidos, parecen estar influenciados por la zona de residencia y, en menor medida, por el sexo de las personas encuestadas. El porcentaje de personas con discapacidad muy satisfechas con los servicios recibidos, alcanza al 21% en el área urbana, y a un 16% en el área rural. Los demás indicadores, salvo el de las personas muy insatisfechas (4%, en ambas áreas), apuntan a una mayor satisfacción de las PCD urbanas, aspecto relacionado, probablemente, a una mejor calidad de los servicios, que incluye mayor dotación de medicamentos en los establecimientos, de recursos técnicos, de material de reposición periódica y la disposición de recursos humanos más calificados.

En cuanto al enfoque de género, las mujeres presentan, ligeramente, niveles más elevados de satisfacción que los hombres, en los servicios recibidos. En las áreas urbanas, el porcentaje de personas con discapacidad que reciben atención en salud (60%) es mayor al que se observa en las áreas rurales (48%). El mismo comportamiento se observa en lo concerniente a los servicios de tipo diagnóstico (análisis de laboratorio, radiografías, etc.), que ocupa el segundo lugar en importancia, en la lista de servicios más recibidos por las personas con discapacidad. En el ámbito urbano, el 23% de las personas reciben servicios de diagnóstico, mientras que en el rural, solamente el 13% recibe estos servicios. Los bajos ingresos económicos de las personas, aunados a la dificultad de acceso (lejanía física) de las instituciones que ofrecen los servicios mencionados, forman parte de la explicación de la diferencia entre el mundo rural y el urbano.

- Necesidades de la población con discapacidad

El 87% de las personas con discapacidad declaró poseer al menos una necesidad al momento en que se encuestó. Sin embargo, son muy bajos los porcentajes de personas con discapacidad que declararon la necesidad de prótesis y de órtesis (inferiores al uno %).

De las personas con discapacidad que declararon tener alguna necesidad, el 43% carece de medicamentos que le han sido prescritos, el 20 % de ayudas auxiliares (especialmente anteojos) y el 18 % de servicios especializados. En proporciones mucho menores, las personas con discapacidad declararon la no satisfacción de sus necesidades en materia de alimentación (5%).

Entre las áreas de residencia no hay una gran diferencia en lo referente a estas necesidades. No ocurre lo mismo entre los hombres y las mujeres. Existen dos diferencias importantes: la primera se encuentra en el capítulo de los medicamentos: un 48 % de las mujeres, tienen necesidades insatisfechas, valor que es 36 % en los hombres; la segunda diferencia tiene que ver con los servicios, donde la relación entre los sexos se invierte, más hombres (22%) que mujeres (14%) declararon tener necesidades en este aspecto.

Aunque en un porcentaje considerable las personas con discapacidad informaron tener necesidades de medicamentos, alrededor de la mitad de ellas (49%) no especificaron el tipo de medicamento requerido. Entre los medicamentos identificados tienen una presencia mayor los necesitados para la artritis (5%), seguido de medicamentos para los nervios y requerimientos de vitaminas, con valor cercano al 3%.

- Rehabilitación basada en la comunidad

La prevalencia creciente de la discapacidad en la población nicaragüense y la demanda generada, hicieron que desde comienzos de los 90 la rehabilitación fuese una prioridad en la política de salud de los sucesivos gobiernos. De hecho, el concepto de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) está estrechamente relacionado con el de Atención Primaria de la Salud y comprende todas aquellas medidas que se aplican sobre la comunidad para crear y desarrollar su propio sistema de rehabilitación. La RBC tiene tres aspectos fundamentales:

- a) Centra su atención en la activa participación de la comunidad.
- b) Utiliza tecnología sencilla.
- c) Utiliza sistemas públicos de servicios. Estos aspectos se conjugan con el carácter prioritario del tratamiento de la discapacidad, garantizando la reinserción social de las personas con discapacidad.

Desde 1992, el Ministerio de Salud procedió a la organización, capacitación, supervisión y control de proyectos pilotos en las acciones de rehabilitación comunitaria en los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS).

Las acciones desarrolladas desde entonces se han dividido en dos grandes momentos:

a) La concepción filosófica del modelo de atención.

b) La planificación y ejecución de las acciones, las cuales han de ser realizadas por el nivel central (por ejemplo, diseño de cursos de capacitación de profesionales, selección de recursos humanos, impresión manual RBC y de encuestas, adquisición de medios didácticos, adquisición de medios de transporte y otros) y por los distintos niveles operativos. Pueden ser de tipo docente, administrativo, organizativo y gerencial.

Desde un punto de vista operativo los principales pasos fueron:

- Sensibilización de los sectores involucrados (Intrainstitucional, interinstitucional y comunidad en general).
- Conformación de comisiones departamentales y locales interinstitucionales de rehabilitación.
- Selección de las comunidades.
- Selección de agentes de salud por las comisiones locales de rehabilitación.
- Capacitación de agentes de salud como supervisores locales.
- Detección y validación de dificultades con formularios del manual de RBC.
- Seguimiento y evaluación según normas.

Mención aparte merece la capacitación de recursos, la cual se desarrolló con cuatro tipos distintos de personas:

- Profesionales: mediante la conformación de equipos de rehabilitación responsables de la planificación, ejecución y monitoreo de las acciones en los ámbitos institucional y comunitario.
- Brigadistas de salud: desarrollada en dos fases. Fase I, capacitación y encuestas. Fase II validación y selección de cuadernillos.
- Líderes comunitarios: mediante talleres de sensibilización.
- La comunidad: a través de talleres se promovió la estrategia de RBC en las comunidades seleccionadas.

- Análisis de la experiencia e impacto de las acciones

El MINSa ha articulado las acciones derivadas del Programa Nacional de Rehabilitación dentro de los SILAIS, garantizando la atención integral por niveles de complejidad, dándole prioridad al desarrollo de la estrategia de RBC. Desde la implementación de la estrategia de RBC, distintas instituciones han organizado mecanismos de atención, control y seguimiento de personas con discapacidad. Esto ha significado el involucramiento de otros sectores diferentes a salud, por ejemplo: educación, trabajo,

alcaldías, ONG, etc.

Además, la comunidad en general se ha organizado en defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

Algunos logros son:

Cuadro No. 6. Logros en defensa de las personas con discapacidad.

COMPONENTE	1990	1995	2002	2004
Médicos generales capacitados	0	47	65	60
Equipos de rehabilitación organizados	0	16	16	13
Comisiones locales organizadas	0	30	32	30
Voluntarios capacitados	0	949	1345	1205
Visitas de monitoreo y evaluación	25	49	65	107
Coordinaciones	4	12	26	38
Talleres de capacitación	0	43	56	38
Niños con discapacidad captados	0	1956	4229	6969
Consultas de rehabilitación brindadas	0	19,248	50,096	13,264
Comunidades desarrollando RBC	0	30	26	27
Unidades de fisioterapia	19	34	35	35
Unidades de rehabilitación	2	19	23	23
Fisiatras formados	3	8	19	25
Fisioterapeutas formados	79	174	265	300

Se ha logrado que diversas ONG internacionales apoyen la estrategia de RBC en lugares aún no cubiertos por el MINSA. Handicap Internacional ha apoyado a las personas con discapacidad en el Departamento de Chontales trabajando estrechamente con la Comisión Departamental de Rehabilitación (CODERE), Save the Children ha apoyado el desarrollo del Proyecto de Atención a Menores con Discapacidad con Base en la Comunidad, con presencia en 30 municipios.

Recientemente finalizó la iniciativa tripartita México-Canadá-OPS para la rehabilitación de víctimas de minas antipersonales la cual, desde 1999, apoyó acciones en la zona norte del país (Nueva Segovia, Madriz y Estelí). Se han capacitado voluntarios, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, enfermeras, maestras de escuela.

Durante el 2003 se realizó el Primer Diplomado de RBC, auspiciado por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN).

Ha sido iniciado el proceso de RBC en las zonas miskitas del Atlántico nicaragüense y se han diseñados manuales en lengua criolla, para apoyar el desarrollo de la estrategia.

▪ Dificultades y rezagos

El proceso no ha sido fácil. Se encuentran diversos tipos de problemas en su implementación, principalmente derivados de:

- a) la resistencia de parte del personal de salud a la incorporación de un modelo nuevo de abordaje de las acciones comunitarias.
- b) el predominio del enfoque institucional de la discapacidad.
- c) la escasez de recursos humanos y financieros.

Así mismo, se han encontrado otras dificultades, tales como:

Problemas de organización, principalmente derivados de la inestabilidad de algunas piezas clave para el modelo de RBC como el supervisor local, quien al no percibir salario debe conciliar su trabajo comunitario voluntario con sus propias actividades laborales.

Dificultades con las familias, derivadas de:

- a) la concepción religiosa y resignada de la discapacidad.
- b) el bajo grado de escolaridad.
- c) la precaria situación económica de la mayoría de las familias que limita el tiempo para atender a sus miembros con discapacidades.

Dificultades en la comunidad, derivados de:

- a) factores culturales que desfavorecen la comprensión real de la problemática de las personas con discapacidad.
- b) diseños urbanísticos no planificados.
- c) violencia en todas sus formas.

Dificultades con la persona con discapacidad, principalmente derivadas de:

- a) la etiología, dado que no es lo mismo una discapacidad adquirida que una congénita. En el primer caso la persona demanda un privilegio y en el segundo caso asume su discapacidad como un componente divino.
- b) el rechazo de la persona con discapacidad en el seno comunitario.
- c) la incorporación limitada de la persona con discapacidad al sector productivo.

➤ **Educación**

El gasto en educación pública como porcentaje del PIB ha descendido de 5.4% en el período 1985-1987, hasta un 3.9% en el período 1995-97. Como porcentaje del gasto público total también se ha reducido de 12% a 8.8% en períodos similares (PNUD, 2002). Al analizarlo según componentes, se aprecia un incremento de la proporción en la inversión en primaria y preprimaria y una reducción para la secundaria.

De acuerdo con los resultados de la EMNV/2001, el nivel de escolaridad de la población

nicaragüense de 10 años o más, es de 5.8 años, siendo 5.4 para hombres y 6.0 para mujeres, lo cual es superior a los resultados de la EMNV/93, que arrojó que el nivel de escolaridad era de 4.5 años para la población en general. Entre la población rural extremadamente pobre, el analfabetismo alcanza el 40%, el doble que entre la población rural no pobre. Aún entre la población no pobre los niveles de escolaridad siguen bajos: los adultos no pobres de 20 a 29 años sólo tienen educación primaria.

El 75% de los niños y niñas entre 10 y 18 años viven en extrema pobreza en las zonas rurales y el 47% de los no pobres de este grupo no asisten a la escuela. Alrededor de la mitad de los niños en edad escolar (6 a 18 años) viven en extrema pobreza, no asisten a la escuela, en comparación con sólo el 16% de sus contrapartes no pobres. La gente pobre y extremadamente pobre tiene sólo entre 2,3 y 3,1 años de educación. Más de la mitad de los niños que abandonan la escuela lo hacen por razones económicas.

- Atención educativa a la población con discapacidad

En 1995, la Asamblea Nacional aprobó la Ley 202 de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Esta establece compromisos, por parte del Estado, en distintas áreas de importancia.

El capítulo V, relativo a las acciones de equiparación de oportunidades, en su artículo 13, inciso d, establece:

“Garantizar, a través de instituciones públicas y privadas, que las personas con discapacidad reciban la educación y la formación laboral o técnica mínima necesaria, para su inserción en el empleo”.

El inciso e dice:

“Las autoridades educativas deberán seguir criterios básicos en el establecimiento de servicios de educación para niños con discapacidad con la participación activa de los padres. Tales servicios deben ser: individualizados localmente, accesibles, universales y ofrecer una gama de opciones compatibles con la variedad de necesidades especiales de este sector de la población”.

Al respecto, el Programa de Educación Especial del Ministerio de Educación Cultura y Deportes (MECD), brinda atención a la niñez y a la adolescencia con necesidades educativas especiales.

Esta atención se centra en los niños con discapacidad en las áreas motoras, auditivas, visuales y de retardo mental.

Existen diferentes modalidades:

Atención Comunitaria

En este ámbito se brinda atención a niños de 0 a 4 años a través de la visita de docentes (promotores) a los hogares.

Escuelas Especiales.

Comprende personas de 5 a 20 años con deficiencias auditivas, visuales e intelectuales. Los programas son los mismos de las escuelas regulares, con algunas adecuaciones curriculares.

Aulas Integradas.

Se trata de aulas para niños con necesidades educativas especiales, integradas en escuelas regulares.

Integración Laboral.

Se busca promover la integración laboral de adolescentes y jóvenes egresados de los servicios educativos especiales.

Integración Escolar.

Consiste en la incorporación de niños(as) con necesidades educativas especiales dentro de la educación regular, ya sea en preescolar, educación básica o post-básica.

El MECD, desde 1990, impulsa la integración de los niños con necesidades educativas especiales, dentro de las escuelas regulares, con la intención de erradicar la segregación, lograr la equidad y la participación igualitaria en la comunidad, de los niños y adolescentes con discapacidad.

- Condición de Alfabetismo

El saber leer y escribir es un derecho básico de la población, pero por distintas razones la cobertura del sistema educativo formal, en las regiones de menor desarrollo no es universal. No escapa a esta realidad la población nicaragüense. Como resultado sectores importantes de la población quedan excluidos de este derecho, con serias consecuencias para las personas afectadas.

Cuadro No. 7. Distribución porcentual de la población total y de las personas con discapacidad, por condición de alfabetismo, según características seleccionadas

Características seleccionadas	POBLACIÓN TOTAL ENDESA 2001				PERSONAS CON DISCAPACIDAD ENDIS 2003				
	Sabe leer y escribir	Sólo sabe leer	No sabe leer ni escribir	Total	Sabe leer y escribir	Sólo sabe leer	No sabe leer ni escribir	Sin información	Total
Grandes Grupos de Edad									
6 y más	74.5	3.1	22.4	100.0	55.2	3.8	40.8	0.2	100.0
10 y más	78.3	2.8	18.9	100.0	55.9	3.9	40.1	0.2	100.0
15 y más	76.9	3.0	20.1	100.0	55.7	4.0	40.1	0.2	100.0
Edad									
06 - 09	50.7	4.8	44.6	100.0	41.6	2.5	55.3	0.5	100.0
10 - 14	84.3	2.0	13.7	100.0	58.4	2.1	39.5	0.0	100.0
15 - 19	87.6	1.4	11.0	100.0	66.1	1.5	32.4	0.0	100.0
20 - 24	84.5	1.7	13.8	100.0	62.0	1.5	36.5	0.0	100.0
25 - 29	80.4	2.7	16.9	100.0	59.7	3.9	35.4	1.1	100.0
30 - 34	84.2	2.8	12.9	100.0	69.8	0.7	29.5	0.0	100.0
35 - 39	80.7	3.1	16.2	100.0	75.4	1.7	22.9	0.0	100.0
40 - 44	76.0	3.9	20.1	100.0	65.7	3.3	31.0	0.0	100.0
45 - 49	69.3	4.4	26.3	100.0	65.1	4.8	29.8	0.4	100.0
50 - 54	65.0	3.9	31.1	100.0	56.9	4.2	38.7	0.2	100.0
55 - 59	57.2	5.6	37.2	100.0	57.6	3.8	38.6	0.0	100.0
60 - 64	56.7	5.5	37.8	100.0	46.9	8.5	44.6	0.0	100.0
65 - 69	49.3	4.8	45.8	100.0	50.9	4.1	45.0	0.0	100.0
70 - 74	46.4	6.8	46.8	100.0	43.1	3.5	53.2	0.2	100.0
75 - 79	44.9	5.6	49.5	100.0	41.6	6.4	51.4	0.5	100.0
80 y más	44.1	3.3	52.7	100.0	40.6	5.5	53.7	0.2	100.0
Población de 15 años y más									
Sexo									
Hombres	77.0	2.8	20.1	100.0	57.9	3.4	38.2	0.4	100.0
Mujeres	76.8	3.1	20.0	100.0	54.1	4.4	41.4	0.0	100.0
Área de residencia									
Urbano	86.8	2.2	11.1	100.0	66.8	4.0	29.1	0.1	100.0
Rural	61.9	4.2	33.9	100.0	41.0	4.1	54.6	0.3	100.0

Fuente: INEC-ENDIS2003

- Escolaridad, asistencia escolar y características educativas seleccionadas, en el contexto nacional

Escolaridad

Con respecto al nivel de instrucción, el primer comentario se relaciona con los porcentajes de personas de seis años y más sin instrucción. Como se observa, adicionando a las personas sin instrucción, las que solo cuentan con preescolar (24 % en la población total, 44 en las PCD), como es lo esperado, se conforma una población muy similar a la analfabeta (25 y 45 %, respectivamente).

Los contrastes son notorios en cada nivel de escolaridad, hay nueve puntos de diferencia entre la población total con primaria y la correspondiente a las PCD (47% vs. 38), en secundaria la brecha supera los 10 puntos, algo más de 20 % y 10, respectivamente, y la población universitaria supera el cinco % en la población total y solo es de dos en la población con discapacidad. Adicionalmente se debe tener en cuenta que en esta población, en algunos casos, la escolaridad puede haberse adquirido antes de que se manifestaran los problemas de salud.

En la población con discapacidad es parecida la escolaridad de los hombres y de las mujeres; no se presentan diferencias significativas.

Asistencia escolar en la población de 6 a 29 años

Aunque los porcentajes reflejan claramente la menor escolaridad de la población con discapacidad, es llamativo el hecho de que las diferencias no alcanzan la misma magnitud cuando se considera la asistencia escolar, vista en la población de 6 a 29 años.

La asistencia escolar es poco más de cinco puntos porcentuales en la población total que con respecto a la población con discapacidad (52% vs. 46%, en ese orden). La diferencia es prácticamente inexistente.

En la población que por su edad (de 6 a 12 años) asiste a la enseñanza primaria (78%), es de unos seis puntos porcentuales la diferencia en las edades que comprende la enseñanza media (62% en la población total, 56% en las PCD) y se reduce la brecha en las edades de 18 a 29 años (19% contra 15%), aunque en estas edades y también entre los 13 y 17 años, puede haber población con discapacidad con más edad en los distintos años y niveles de estudio. En esta comparación queda reflejada una asistencia elevada en la población con discapacidad, situación hasta cierto punto contradictoria con los porcentajes de analfabetismo en las primeras edades.

También se refleja, en esta asistencia escolar, que se presentan diferencias de importancia, en los valores correspondientes a los hombres y mujeres, los resultados son indicativos de una asistencia más elevada de las mujeres (54%), que de los hombres (50%), en la población total, y esto se refleja en cada grupo de edad. Con respecto a las personas con discapacidad, para toda la población de 6 a 29 años, se observa una asistencia algo más elevada en los hombres (47%), siendo en las mujeres de casi 46%. Esto es consecuencia de una asistencia mayor en la población masculina de primaria, dado que en las edades correspondientes a la enseñanza media y superior, destacan porcentajes superiores, en las mujeres con discapacidad.

Tipo de centro al que asisten las PCD de 6 a 29 años y capacitación recibida

Con respecto a los niños que asisten a un centro especial (atención brindada exclusivamente a niños con limitaciones) o a un centro con aula integrada (niños con necesidades educativas especiales, integrados en una escuela regular), se tiene un porcentaje de poco más de cinco (valor obtenido en forma similar al porcentaje citado anteriormente); estos indicadores no se presentan en el cuadro, por estar obtenidos con menos de veinticinco casos, por lo que deben tomarse con precaución. De acuerdo con estos datos, la atención educativa más personalizada y la aplicación de guías curriculares especiales, para la población escolar que requiere de ellas, parece ser muy reducida.

Deserción escolar y razones de no asistencia

La razón más importante, en ambas poblaciones, es la falta de dinero. Alrededor de una de tres personas dio esta razón. Esta carencia afecta en forma parecida a hombres y mujeres.

Otra razón importante es la falta de interés (21%) y la distancia al centro de estudio (4%).

➤ **Trabajo**

▪ Características económicas de las personas con discapacidad

La Ley 202 establece en su artículo 13, algunas pautas para salvaguardar los derechos laborales de las personas con discapacidad:

“El Estado y la sociedad deben asumir y garantizar que se ofrezca a las personas con discapacidad iguales oportunidades que al resto de los ciudadanos, a través de las siguientes acciones:

- A. Los empleadores deberán acondicionar los locales, el equipo y el medio de trabajo para permitir el empleo a personas con discapacidad.
- B. El trabajador afectado con alguna discapacidad gozará de los mismos derechos y tendrá las mismas obligaciones establecidas para el resto de trabajadores. Toda empresa estatal, privada o mixta deberá contratar o tener contratado por lo menos a una persona con discapacidad, por cada cincuenta personas según planilla.
- C. Establecer empleo protegido para aquellos que, debido a necesidades especiales o discapacidad particularmente grave, no pueden hacer frente a las exigencias del empleo competitivo. Tales medidas pueden tomar la forma de talleres de producción, trabajo en el domicilio y planes de auto empleo.

Además, esta ley crea y faculta al Consejo Nacional de Prevención, Rehabilitación y

Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, para velar por el cumplimiento de lo establecido agregando que:

“A estos fines el Consejo se constituirá en la máxima instancia de coordinación de los esfuerzos del Estado, la población con discapacidad, los trabajadores, los empresarios y la sociedad en general y resulta designado como Coordinador Interinstitucional, el Ministerio de Salud.”

- Características económicas en el contexto nacional

Cerca de tres de cuatro hombres pertenece a la PEA. En la población en general el porcentaje es de 73% y son apenas la mitad en la población masculina con discapacidad (51%). Entre las mujeres la brecha es algo menor (36% contra 26%, en el orden considerado).

En cuanto a las distribuciones correspondientes a la categoría ocupacional, lo observado en los sectores económicos se corresponde con algunos cambios en esta categoría ocupacional. Así por ejemplo, predominan los asalariados en la población total (48%), con peso parecido entre hombres y mujeres. También tienen porcentajes parecidos los trabajadores declarados como cuenta propia (poco más de la tercera parte), entre estas dos categorías se tiene un 85 % de los trabajadores, a ellos se agrega un 11% de trabajadores sin pago, representando los patronos poco más del uno %.

A diferencia de la población total, en que el comportamiento de hombres y mujeres es parecido, en las personas con discapacidad no es así. Por ejemplo, se tiene a 6 de cada 10 mujeres (59%) por cuenta propia, mientras que los hombres son el 45%. En cambio hay un porcentaje más elevado de hombres asalariados (40% contra un 31% para las mujeres). Otra diferencia se tiene en los patronos: el porcentaje de los hombres (6%) duplica al de las mujeres (3%, obtenido con menos de 25 observaciones) .

Con respecto a las distribuciones correspondientes a la población inactiva, las diferencias son apreciables. En la población total, entre la categoría de estudiante (45%) y quehaceres domésticos (43%), se tiene casi al 90%. Las demás categorías son remanentes. La de mayor significación entre ellas, corresponde a los que se declararon ancianos (6%). En las PCD una tercera parte se reconoce con discapacidad (33%), a ellos se agrega un 28 % en la categoría de ancianos.

De lo anterior se desprende, para las PCD, que más de seis de cada diez personas inactivas dependen económicamente de otros miembros del hogar y en esta situación, salvo algunas personas con discapacidad temporal o con discapacidad que no les impide incorporarse a la actividad productiva, esta dependencia económica es permanente. Distinta es la población inactiva en la población total, en algún momento puede pasar a formar parte de la PEA (en particular los estudiantes, eventualmente las personas en quehaceres domésticos).

Además en las PCD los quehaceres domésticos involucran a casi una cuarta parte de las personas inactivas (24%), y aquellos que estudian representan menos del 10 %. En ambas distribuciones (población total y población con discapacidad), se evidencia el bajo porcentaje de personas pensionadas, aunque este valor es un poco más elevado en la población con discapacidad (casi 3%), pero se debe tener en cuenta, como se mostró anteriormente, que cerca de cuatro de cada diez personas con discapacidad (37%), tiene 60 años o más.

➤ Información y Comunicación

En Nicaragua, la Biblioteca Nacional no cuenta con textos en braille. Una pequeña biblioteca, adscrita al Instituto de Cultura, dispone de algunos materiales en braille, aunque la colección no incluye documentos oficiales. No hay textos de otro tipo editados en formatos alternativos para personas ciegas.

En nuestro país, los medios de comunicación no cuentan con los formatos y facilidades que sean accesibles para las personas con discapacidad, esto incluye a las personas con limitaciones auditivas y visuales. Los telenoticieros que se transmiten a lo largo y ancho del territorio nacional no han incorporado en su programación regular la traducción simultánea en lengua de señas o con tomas de acercamiento para personas con baja visión.

En la actualidad, no existe un método establecido para que las personas con déficit auditivo o de lenguaje puedan comunicarse con las autoridades en caso de desastres naturales, emergencias u otro tipo de situaciones de alto riesgo para la seguridad de las personas con discapacidad.

La Asociación Nacional de Sordos de Nicaragua (ANSNIC) provee servicios de interpretación de lengua de señas a víctimas de abuso u otras violaciones, en coordinación con los juzgados departamentales; sin embargo, la disponibilidad de este tipo de profesionales es muy escasa o limitada.

➤ Seguridad Social

Las prestaciones (pago en especies, alimentos, transporte, asistencia médica, etc.), comprenden un 5%. En algunos casos (personas en la categoría ocupacional, sin remuneración), se constituye en una forma de pago; en otros casos, es un aporte adicional a los trabajadores asalariados. Resultan más favorecidos los hombres (6%) que las mujeres (4%). Presentan peso parecido las pensiones en general y aquellas relacionadas con la discapacidad (4-5 %), las primeras cobran mayor significación en los hombres (6%), alcanzando solo poco más de dos en las mujeres y tienen una representación semejante las pensiones por discapacidad en hombres y mujeres (5%). Carecen de importancia indicadores relativos a la cantidad de personas que reciben

becas, rentas o personas que viven de la caridad.

Se profundiza en el tipo de pensión, destacan las causadas por viudez (21%) seguidas, con porcentajes parecidos, por un conjunto constituido por las pensiones especiales (15%) y accidentes de trabajo (14%) y por discapacidad como consecuencia de la guerra (11%). Más de la tercera parte de las pensiones recibidas por las mujeres (36%) lo fueron por viudez; en los hombres, una cuarta parte corresponden a pensiones por accidentes de trabajo, otro tanto como consecuencia de la guerra.

Adicionalmente, para las pensiones otorgadas por discapacidad y por enfermedades crónicas, se preguntó por la institución que las concedió. Más de ocho de cada diez (84%), fueron otorgadas por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), con un peso algo mayor en el caso de los hombres (87%), y de 80 en las mujeres (valor obtenido con menos de 25 observaciones).

➤ **Vivienda**

En la actualidad, el Instituto Nicaragüense de Vivienda Urbana y Rural no tiene establecido ningún programa destinado a proveer viviendas a personas con discapacidad. De igual manera, no existen subsidios ni ayuda para la vivienda de estas personas. Las personas con discapacidad de la tercera edad suelen vivir en asilos para ancianos, ubicados en el 50% del país. El resto no puede optar por el alojamiento público.

En Nicaragua, no existen centros de vida independiente. Según lo informado por los defensores de los derechos de las personas con discapacidad, la inmensa mayoría vive con su familia debido a que no tiene acceso¹ a una vivienda independiente.

▪ Acceso a espacios físicos

Una comisión interinstitucional, conducida por el Ministerio de Transporte e Infraestructura (MTI), organizaciones de y para personas con discapacidad, la Universidad Nacional de Ingeniería (UNI), el Consejo Nacional de rehabilitación y otras instituciones, tuvieron a cargo la tarea de elaborar las Normas Mínimas de Accesibilidad para edificios públicos o privados. A la fecha, las normas ya han sido concluidas y publicadas en la Gaceta Diario Oficial.

No obstante, la realidad actual refleja que la mayoría de los edificios públicos y privados continúan siendo inaccesibles. De esta situación se pueden mencionar varios ejemplos. Tal es el caso de las oficinas de correo de Managua, León y Matagalpa no son accesibles para usuarios de sillas de ruedas, personas mayores y mujeres embarazadas.

En este mismo sentido, es oportuno agregar que siendo la Universidad Nacional de Ingeniería (UNI) el centro formador por excelencia donde egresan la mayoría de los ingenieros del país, aún no dispone en su currículo de estudio de contenidos relacionados al tema sobre accesibilidad, a pesar de que ya han iniciado este proceso de incorporación del conocimiento sobre Acceso Universal y están impartiendo cursos

específicos sobre accesibilidad para todo público. Un curso de diseño universal forma parte del programa básico de la carrera de arquitectura de la UNI.

El transporte público local tanto en Managua como en el resto de ciudades cabeceras departamentales, no presta las facilidades de acceso para los usuarios en sillas de ruedas y otras discapacidades o condiciones de movilidad reducida. Así mismo, no se cuenta con transporte adaptado o especial para estos usuarios, quienes deben hacer uso de otros medios para su movilidad sin las condiciones adecuadas.

Principales obstáculos que impiden el goce y disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad

➤ **Salud**

Las bajas coberturas de atención, las dificultades de acceso a los centros proveedores de servicios de salud, restringen el goce de este derecho constitucional, así como las barreras económicas y culturales.

➤ **Educación**

La falta de educación limita las posibilidades y oportunidades de las personas, particularmente en su inserción en la actividad económica. A las dificultades de conseguir empleo se suma el hecho de que la inserción en estas actividades económicas, cuando se logra y salvo contadas excepciones, se da en aquellas ocupaciones que requieren de trabajadores no calificados.

➤ **Trabajo**

Las altas tasas de desempleo abierto, el analfabetismo, la globalización y las actitudes de los empresarios, se convierten en un serio obstáculo para el disfrute de este derecho. Esta situación se ve agravada por la discreta aplicación de los mandatos contenidos en el Código del Trabajo y demás leyes de la materia.

➤ **Información y comunicación**

En la actualidad, no existe un método establecido para que las personas con cualquier déficit o limitaciones en sus actividades puedan comunicarse entre ellos o con las autoridades, en caso de desastres naturales, emergencias u otro tipo de situaciones de alto riesgo. Esta situación restringe de gran manera sus derechos a ser informados y expresarse libremente en las mismas condiciones que lo hace el resto de los ciudadanos nicaragüenses.

➤ **Seguridad social**

Las bajas coberturas de la Seguridad Social, es otro factor que reduce el disfrute de este derecho. Esto se refleja en el hecho de que en las jubilaciones, se encuentran más favorecidos los hombres con discapacidad (6%), porcentaje que es solo de 3% en las mujeres con discapacidad.

➤ **Acceso a espacios físicos**

La realidad de Nicaragua indica que la mayoría de los edificios públicos y privados son inaccesibles, representando un serio obstáculo para disfrutar a plenitud la libre circulación y acceso hacia las dependencias gubernamentales en el ejercicio de sus actividades que les permita desarrollar una vida en igualdad de oportunidades.

8 Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Las personas con discapacidad, sus familias y sus organizaciones han venido exigiendo equidad en las oportunidades y una respuesta integral del estado Nicaragüense para satisfacer sus necesidades y lograr su plena incorporación al desarrollo.

Una persona es discapacitada porque en el medio no existen las facilidades que le permitan estar en igualdad de circunstancias para acceder a las mismas oportunidades que tienen los demás miembros de la comunidad.

La calidad de la vida de las personas con discapacidad es un tema aún no resuelto, debido entre otras cosas a:

- la ausencia o limitación de servicios de rehabilitación accesibles para todos
- la actitud negativa y discriminatoria de la sociedad
- la segregación social
- la falta de acceso a los servicios generales
- el aumento de la mortalidad y la morbilidad en este grupo vulnerable
- la alta frecuencia de desnutrición e infecciones en los niños con discapacidad
- el insuficiente financiamiento del sector rehabilitación
- la alta rotación de recursos humanos en el sector
- la insuficiente capacidad de formación de recursos especializados
- la discreta inclusión de contenidos de rehabilitación en la formación de los profesionales que intervienen en las acciones de rehabilitación
- la insuficiente la dotación de recursos humanos en rehabilitación
- el insuficiente equipamiento y mantenimiento preventivo
- la ausencia de un Registro Nacional de la Discapacidad

Recomendaciones

Para lograr la equidad y la incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad en Nicaragua, no bastan las medidas de rehabilitación, sino que se requiere un gran esfuerzo para transformar actitudes y derribar barreras que impiden la plena integración de las personas con discapacidad a la sociedad.

Se requiere también el fortalecimiento de la unidad de la familia como el fundamento para arraigar los valores de integración.

Es necesario consolidar el papel rector del Consejo Nacional de Rehabilitación, en su misión coordinadora de los esfuerzos del Estado Nicaragüense.

En tal sentido, es indispensable que el Consejo Nacional de Rehabilitación, conduzca los procesos de articulación de medidas estratégicas en los ámbitos del quehacer político, económico, social y cultural.

Para propiciar el acceso y la igualdad de oportunidades para lograr la integración al bienestar y al desarrollo de las personas con discapacidad a través de líneas de acción en las áreas de:

- Salud,
- Educación
- Capacitación
- Empleo
- Cultura, recreación y deporte
- Transporte
- Comunicación

Estas áreas permitirán potencializar y multiplicar las acciones que se lleven a cabo a nivel municipal, departamental y nacional.

9 Bibliografía

1. Constitución Política de Nicaragua. 1987.
2. Reformas a la Constitución Política de Nicaragua, Gaceta No. 46 del 6 de marzo de 1990.
3. Reformas a la Constitución Política de Nicaragua, Ley 192, Gaceta No. 124 del 4 de julio de 1995
4. Ley 331, Ley Electoral, Gaceta No. 16 del 24 de enero del 2000.
5. Ley 202, Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para Personas con Discapacidad, del 21 de agosto de 1995.
6. Ley 423, Ley General de Salud, Gaceta No. 91 del 17 de mayo de 2002.
7. Ley 185, Código del Trabajo, Gaceta No. 205 del 30 de octubre de 1996.
8. Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad, INEC, agosto de 2004.
9. Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra, Mayo de 2001, Resolución WHW 54-21.
10. Naciones Unidas, Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Asamblea General, Resolución A/48/96, 20 de diciembre de 1993.
11. Ley 290, Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo.
12. Einar Helander, Capacitando a la Persona con Discapacidad en su Comunidad., 1989, Ginebra
13. Kottke Frederic J, Amate Esther Alicia, Adelantos Clínicos en Medicina Física y Rehabilitación; Washington, DC: OPS 1994. Publicación Científica No. 533.
14. Kottke Frederic J, Stillwell Keith G, Lehmann Justus, KRUSEN Medicina Física y Rehabilitación, Edi. Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina, 4ta. Reimpresión 1991. Hoppenfeld Stanley, Exploración Física de la Columna Vertebral y las Extremidades, Edit. El Manual Moderno, México, 3era. Edic. 1980.
15. Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. OEA. Junio de 1999.
16. El Convenio sobre Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Invalidas. OIT. 1958
17. Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU. 1948.
18. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU. 1966.
19. Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. ONU. 1966.
20. Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo Social. ONU 1969.
21. Declaración Americana de los Derechos y deberes del Hombre. OEA. 1983.
22. Convención Americana sobre los Derechos Humanos. OEA. 1969.
23. Declaración de los Derechos del Niño. ONU. 1969.
24. Declaración de los Impedidos. ONU. 1975.

25. Convención sobre los Derechos del Niño. ONU. 1989.
26. Disability Prevention and Rehabilitation. WHO - 25 World Health Assembly. A-29/INF.DOC/1 Abril 1976.
27. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Determinación de Prevalencia de Discapacidades. Manual de Encuestas Domiciliarias. 1990.
28. The Canadian Association for Community Living. Inserción Laboral de Personas Discapacitadas al Sistema Productivo en Belice, Costa Rica. El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá. Informe preparado para el BID. 1997.
29. Encuesta de Medición de Nivel de Vida. Nicaragua. INEC, 1993
30. Prevención de Incapacidades y Rehabilitación. WHO (EB. 57. R-18- 57 Reunión. Enero 1976.
31. OMS/OPS, Capacitando a la Persona Discapacitada en su Comunidad. 1989.
32. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Guías Técnicas. 1992.
33. OPS/OMS. Taller Sobre Rehabilitación y SILOS. Lima, Perú, Informe final. 1993.
34. Simposium Regional sobre Rehabilitación Integral. Accesibilidad. MINSA, Nicaragua. 1997
35. Ministerio de Salud de Nicaragua. Rehabilitación de Base Comunitaria. La Experiencia nicaragüense. 1998.
36. Jara Atencia, Jeremías. Rehabilitación Basada en la Comunidad. Perú. 1998
37. Centro para la Rehabilitación Internacional. CIR, Monitoreo Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad 2004. Informe regional de las Américas

10 Reseña del Investigador

Hector Collado Hernández

Posee Postgrado en Economía de la Salud y Postgrado en RBC de la Universidad Provincial de la Rioja Argentina. Consultor temporero de la OPS-OMS desde 1993 hasta 2003 en países de Centro y Sur America; consultor para Estudio de la Discapacidad, MOVIMONDO; consultor Encuesta Nicaraguense para Personas con Discapacidad, INEC; consultor temporero JICA, Costa Rica. Ha realizado algunas publicaciones entre ellas: Diseño, Formando y Equipando Salas de Fisioterapia; Normas para la Prevencion de la Discapacidad y Promocion de la Rehabilitacion; Manual de Capacitación del Médico General en Aspectos Básicos de Rehabilitación; Situación de la Discapacidad en Nicaragua, Guía de Atención en Rehabilitación.

