

## **ACTA NÚMERO TRECE DE SESIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ**

**TÉCNICO.** Siendo las nueve horas con diez minutos del día trece de diciembre de dos mil diecisiete, da inicio la reunión en el Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad, en su dirección en Polígono Industrial Plan de La Laguna, Calle Circunvalación, lote veinte del municipio de Antigua Cuscatlán, departamento de La Libertad, habiendo sido debidamente convocados por la Coordinadora las y los miembros del Comité Técnico, propietarios y suplentes, de acuerdo al Decreto Ejecutivo Número Ochenta, se contó con la presencia y participación de las siguientes personas miembros: Señor Félix Laínez, titular del sector de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física; Licenciado Víctor Manuel Alvarado Moya y Señora Edna Maricela Esquivel de Herrera, titular y suplente del sector de Asociaciones de Personas con Discapacidad Auditiva; Señor Juan Antonio Monge Cerón, titular del sector de Asociaciones de Personas con Discapacidad Visual; Licenciado Manuel Antonio Miranda Salazar y Licenciada Reina del Carmen Antonio Ramírez, titular y suplente de Asociaciones de Personas con Discapacidad Intelectual; Licenciada Guadalupe Margarita Rodríguez Gómez, suplente del sector de Asociaciones de Padres, Madres y/o familiares de niñez con Discapacidad en cualquiera de sus tipos; Señor William Eduardo Villanueva Gutiérrez, titular del sector de Fundaciones cuyo objeto de trabajo sea la discapacidad o la atención de las Personas con Discapacidad en cualquiera de sus tipos, incluyendo rehabilitación; Licenciado Miguel Ángel Torres Magaña y Doctor José Bernardo de Jesús Magaña Rosales, titular y suplente del Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial; Doctor Miguel Ángel Martínez Salmerón y Licenciada Sara Marisol Lemus Lemus, titular y suplente del Ministerio de Salud; Arquitecto Carlo José Morán Machado, suplente del Ministerio de Obras Públicas, Transporte y de Vivienda y Desarrollo Urbano; Ingeniera Tania Mercedes Fuentes Salguero, suplente del Ministerio de Hacienda; Licenciada Rosa Elena Chávez de Guevara, suplente del Ministerio de Educación; Licenciada

Eeileen Auxiliadora Romero Valle, titular del Ministerio de Trabajo y Previsión Social; Licenciada María Lilian López Aguilar y Licenciado Jorge Danilo Napoleón Mejía Meléndez, titular y suplente de la Secretaría de Inclusión Social, se cuenta con la presencia de la señorita Marta Carolina Martínez, Intérprete de LESSA, y Licenciada Vilma Mercedes Zaldaña de Chiquillo, Directora Ejecutiva y Coordinadora del Comité Técnico, quien preside la sesión.

La Agenda de la Sesión a desarrollar contempla los siguientes puntos: 1) Comprobación de Quórum; 2) Aprobación de la agenda; 3) Aprobación de Acta No. 9 de sesión del Comité Técnico del 21 de septiembre de 2017; 4) Ficha de Registro de Personas con discapacidad – SETEPLAN; 5) Términos de referencia para la consultoría de elaboración de módulos del Diplomado Braille Integral; 6) Informes: a) Firma del Convenio con el TSE y avances; b) Segundo y Tercer informe combinados de NNUU; c) Firma de cartas de entendimiento cooperación KOICA; d) Caracterización de personas con discapacidad; e) Videoconferencia con el Especialista en Información y Comunicación de la UNESCO.

#### **DESARROLLO DE PUNTOS:**

##### **PUNTO NÚMERO UNO COMPROBACIÓN DE QUÓRUM.**

Se estableció el quórum con la presencia de nueve representaciones de los miembros del Comité Técnico; cuatro representaciones de los sectores de sociedad civil de Personas con Discapacidad: Visual; Auditiva; Intelectual; sector de Asociaciones de Padres, Madres y/o familiares de niñez con Discapacidad en cualquiera de sus tipos; asimismo la presencia de cinco representaciones del sector Gobierno de los siguientes Ministerios: Salud; Educación; Obras Públicas, Transporte y de Vivienda y Desarrollo Urbano; Trabajo y Previsión Social; y de la Secretaría de Inclusión Social.

A las nueve horas con quince minutos ingresa el señor Félix Laínez.

## **PUNTO NÚMERO DOS. LECTURA Y APROBACIÓN DE AGENDA.**

Se procede a leer la Agenda, a la cual no se realiza ninguna observación, por lo que se emite el acuerdo siguiente: **ACUERDO NÚMERO UNO:** El Comité Técnico por unanimidad con diez votos aprueba la agenda presentada por Coordinadora, de la manera siguiente: 1) Comprobación de Quórum; 2) Aprobación de la agenda; 3) Aprobación de Acta No. 9 de sesión del Comité Técnico del 21 de septiembre de 2017; 4) Ficha de Registro de Personas con discapacidad – SETEPLAN; 5) Términos de referencia para la consultoría de elaboración de módulos del Diplomado Braille Integral; 6) Informes: a) Firma del Convenio con el TSE y avances; b) Segundo y Tercer informe combinados de NNUU; c) Firma de cartas de entendimiento cooperación KOICA; d) Caracterización de personas con discapacidad; e) Videoconferencia con el Especialista en Información y Comunicación de la UNESCO.

**PUNTO NÚMERO TRES. APROBACIÓN DE ACTA No. 9 DE SESIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DEL 21 DE SEPTIEMBRE DE 2017.** Se realiza una lectura de los Acuerdos emanados en la Sesión en referencia, y se emite el acuerdo siguiente: **ACUERDO NÚMERO DOS:** El Comité Técnico por unanimidad con diez votos, ratifica el contenido del acta número nueve de la sesión del Comité Técnico del día veintiuno de septiembre de dos mil diecisiete y proceder a su firma.

## **PUNTO NÚMERO CUATRO: FICHA DE REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Se da la bienvenida a la Dra. Mayra Ligia Gallardo, médico fisiatra del ISSS e Instructora del Curso sobre la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, y al Lic. Carlos David Herrera de SETEPLAN; quienes realizan la presentación de la estrategia de erradicación de la pobreza en El Salvador, Familias SostenibleES. Evaluación de personas con discapacidad, expresando que se ha realizado

el proceso de elaboración de la ficha de registro y evaluación del funcionamiento y discapacidad. OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA: Contribuir progresivamente hacia el 2030, a la erradicación de la pobreza, especialmente la pobreza extrema, a través de la protección social, el desarrollo de capacidades y mejora del ingreso en familias en condición de pobreza de los 262 municipios. LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN: a) Familias en condición de pobreza y pobreza extrema (estratos 1-7 Registro Único de Participantes); b) Personas con discapacidad en cualquiera de los cuatro componentes de la Estrategia. 1) ACOMPAÑAMIENTO SOCIO-FAMILIAR: - Evaluación del entorno de personas con discapacidad; - Vinculación según diagnóstico; - Referencia a atención en salud u otra especialidad; - Formación de personal de campo en tema de discapacidad. 2) INCLUSIÓN FINANCIERA Y PRODUCTIVA: - Inclusión de mujeres y jóvenes con discapacidad en proyectos productivos. 3) APOYO AL INGRESO PARA LA REDUCCIÓN DE BRECHAS DE DESIGUALDAD: - Pensión Básica Solidaria (\$50.0 mensuales) a personas con discapacidad grave < de 70 años; 4) INFRAESTRUCTURA SOCIAL: - Mejoramiento de vivienda-vivienda accesible - Construcción de vivienda. EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA FICHA fue el siguiente: 1) Conformación de Comisión técnica (MINSAL, CONAIPD, ISSS y SETEPLAN) en el mes de febrero de 2017. 2) Presentación a Comité Técnico y Pleno del CONAIPD - mayo - junio de 2017; 3) Presentación, revisión e incorporación al proceso de una comisión de Sociedad civil del CONAIPD- junio; 4) Prueba de Campo y Validación por equipo de salud - 10 y 11 de octubre de 2017; 5) Incorporación de observaciones y validación final en comité técnico y Consejo. El objetivo de la Ficha es el siguiente: Identificar, registrar y producir medidas comparables y probadas a nivel internacional de personas con discapacidad grave y pobreza en los municipios priorizados. Sobre el Marco Conceptual se expresa: 1) El Grupo de Washington o Washington Group (WG) [por sus siglas en inglés]; por sus Estadísticas de Discapacidad, utiliza la perspectiva de la CIF en la medición de la

discapacidad; 2) WHW 54.21 es aprobada y se recomienda su uso a los estados miembros.; 3) La CIF adopta un concepto nuevo de discapacidad, con enfoque de derecho: “un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social”. Se menciona cómo se realiza la medición de la discapacidad del WG, de la siguiente manera: Identificar aquella población que, debido a las DIFICULTADES para realizar ciertas acciones BÁSICAS Y UNIVERSALES, se encuentran en mayor riesgo de presentar LIMITACIONES EN LA PARTICIPACIÓN que la población general. Se muestra la información que incluye la ficha (Ver Anexo 1). A las nueve horas con treinta y tres minutos ingresa la Licda. Eeileen Auxiliadora Romero Valle. A las nueve horas con cuarenta minutos ingresa el Sr. William Eduardo Villanueva Gutiérrez; a las nueve horas con cuarenta y cinco minutos ingresan el Lic. Miguel Ángel Torres Magaña y el Dr. José Bernardo Magaña Rosales. En cuanto a los Resultados de Validación: 1) Se realizó la validación en el municipio de Santa Clara, San Vicente; 2) Capacitación en el tema de discapacidad y contenido de la Ficha a 24 personas (promotores de salud, médicos y enfermeras); 1 Día de capacitación, y 1 día de trabajo de campo en los cuales: 1) Se pasó la ficha a 8 personas con discapacidad; 2) Participaron: MINSAL, CONAIPD, Sociedad Civil del CONAIPD, ISSS Y SETEPLAN; y como resultados de la validación se tiene: 1) Debe haber un proceso mayor de sensibilización y formación técnica sobre discapacidad; 2) Al final de pasar la ficha debe haber un proceso de discusión de los datos y de las dimensiones afectadas para asegurar que se evalúa el grado de dificultad grave (4) con el menor sesgo posible, especialmente la dimensión. Se describe el PROCESO DE INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD GRAVE, que es el siguiente: 1) SETEPLAN-RUP: Identificación del hogar en pobreza en el cual habita una persona con discapacidad (RUP); 2) MINSAL: Realiza visita de verificación por el personal promotor, luego se organiza la visita del médico o la enfermera que ha sido capacitado en la aplicación de la ficha establecida; 3) MINSAL: Envía el listado del municipio completado con la

hoja final de la ficha firmada por la autoridad de salud autorizada; 4) Tomará los resultados de la evaluación de cada persona para ser incorporada a la pensión de las personas clasificadas en el tercer y cuarto nivel de dependencia; 5) FISDL: Envía al MINSAL y al Coordinador Municipal de la Estrategia el listado final de las personas que recibirán la pensión básica por discapacidad; 6) MINSAL: Mediante el Director o Directora de la Unidad de Salud Comunitaria de Salud Familiar correspondiente; informa en las reuniones de CIM. A las nueve horas con cincuenta minutos ingresa la Licda. María Lilian López Aguilar. Los próximos pasos a realizar son los siguientes: 1) Finalizar Instructivo para aplicación de la ficha; 2) Iniciar proceso de capacitación de facilitadores FISDL y MINSAL involucrados en los primeros 30 municipios; 3) Evaluación de personas con discapacidad identificadas en los 30 municipios; 4) Incorporación de personas con discapacidad para inicio de pago de pensión y atención integral, según necesidades identificadas y recursos. Se realizan observaciones en cuanto a que sobre los próximos pasos, uno de esos es traer la ficha para que internamente lleve las aprobaciones del Comité Técnico y el Pleno del Consejo para que se oficialice. Hay otros aspectos de coordinación que no están listos. Si se aprueba el instrumento se tiene el primer paso, da facultad a SETEPLAN para iniciar las pláticas con las demás instancias. Asimismo se hace referencia a que en un espacio de la ficha se mencionan los aparatos auditivos y se toma en cuenta a personas que van perdiendo audición, pero en el caso de las personas Sordas que viven en esos municipios y que se comunican con Lengua de Señas, cómo se le apoyaría a la persona Sorda profunda; se hace saber que dentro de la misma ficha se tenía la evaluación del entorno de las personas con discapacidad. Cuando se habla de la CIF y cuando hay una parte de los factores ambientales que influyen de una y otra forma ayudan. Los aparatos auditivos harían que una persona con hipoacusia pueda participar, sin embargo en estos casos no se abarcarán todas; se hace referencia que la minoría lingüística va más

allá que los aparatos auditivos, por lo cual para el apoyo que se debe dar a las personas Sordas se están buscando otros mecanismos. Se realiza comentario en el sentido de cómo ya lo han explicado la Dra. Gallardo y el Lic. Herrera, se ha estado dando seguimiento, se pidió en este Comité Técnico la incorporación de sociedad civil en ese proceso, por lo que han estado participando y llegar a tener esa ficha que no obstante, no es perfecta, pero ha costado mucho esfuerzo. Se ha ido a campo, de ahí surgieron modificaciones, aunque no todas las observaciones fueron incorporadas; se considera que desde la parte técnica se han llevado los pasos para llegar a un instrumento que aún se puede mejorar, pero que llegue a las personas con discapacidad. Si del gobierno se ha tenido a bien desembolsar una pensión en una cuantía de \$50.00; que si bien no resuelven completamente la situación, pero desde la Asociación Los Angelitos expresan que debe pasarse al Pleno del Consejo. Se realiza una observación en el punto 10 donde se expresa sobre el nivel educativo, consignándose que Parvularia es 1°-3°; Básica 4°-6°; por lo que se considera que sería bueno que se revisara y corrigiera. Comenta el Lic. Herrera, sobre esto último que se lleva la observación a los compañeros del RUP ya que los datos se han tomado de éste y es otra dependencia. Agotadas las participaciones y opiniones, se toma el acuerdo siguiente:

**ACUERDO NÚMERO TRES:** El Comité Técnico con 10 votos 3 abstenciones, ACUERDA dar el Visto Bueno a la Ficha de Registro de Personas con Discapacidad en el Marco de la estrategia de erradicación de la pobreza en El Salvador, Familias Sostenibles. Evaluación de personas con discapacidad impulsada por la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia de la República, recomendando que se implemente el proceso de pensión no contributiva en el menor plazo posible. Las abstenciones corresponden a: Licenciado Víctor Manuel Alvarado Moya, del Doctor Miguel Ángel Martínez y de la Licenciada Eeileen Auxiliadora Romero Valle, estas dos últimas razonadas en el sentido de que no debería estar incorporada la parte relativa al Ministerio de Salud, por estar aún en

plática para su incorporación, no obstante, consideran que la parte técnica cumple con lo requerido.

**PUNTO NÚMERO CINCO: TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONSULTORÍA DE ELABORACIÓN DE MÓDULOS DEL DIPLOMADO BRAILLE INTEGRAL.**

Se le concede la palabra a la licenciada Rosa Elena Chávez de Guevara, quien menciona que como equipo de la Comisión, que se tiene un perfil de proyecto, sin embargo no se encuentra completo, se han encontrado con una situación que de alguna manera retrasa que se pueda iniciar ahí por marzo el diplomado, el cual que comprenderá cuatro módulos con un total de 120 horas. Las personas que están liderando este proceso son: Licda. Blanca Cubías, Lic. Dimas Rodríguez, Prof. Julio Canizalez y Sr. Vicente Escobar. Se menciona que en el MINED se paga un promedio de US\$800.00 por cada módulo y son 4 módulos, que si el módulo número 1 lo trabaja la persona que se contrate y apoya una persona con discapacidad visual podría pagársele US\$400.00. Se vierte observación en el sentido de que debe considerarse que haya una justa paga para la persona con discapacidad como para la persona que desarrolle el proceso; que a la fecha no se encuentra completamente desarrollado el perfil del proyecto. Se genera opinión en el sentido de que es importante que se lleve al Pleno del Consejo para poder concretarlo lo más pronto posible. Agotadas las intervenciones, se emite el acuerdo siguiente: **ACUERDO NÚMERO CUATRO:** El Comité Técnico por doce votos y una abstención del Lic. Víctor Manuel Alvarado Moya; **ACUERDA:** 1) Solicitar a la licenciada Rosa Elena Chávez de Guevara, Coordinadora de la Comisión de Educación y a la licenciada Lourdes de Morales, Especialista en Discapacidad, la presentación el día jueves 14 de diciembre de 2017 de los Términos de Referencia para la contratación de Servicios Profesionales para el Diseño de 4 módulos para el Diplomado de Braille Integral; 2) Se remitirán dichos Términos de Referencia, vía correo electrónico a los

miembros del Comité Técnico para sus observaciones y aportes; 3) Se someta a consideración del Pleno del Consejo la aprobación de los Términos de Referencia y de los recursos financieros con el presupuesto 2017 para su financiación, previa confirmación de disponibilidad y se hagan las provisiones pertinentes.

## **PUNTO NÚMERO SEIS: INFORMES:**

### **a) Firma del Convenio con el TSE y avances**

Se informa que el 6 de diciembre del año 2017; se firmó el Convenio TSE-CONAIPD, con el mismo formato del 2015. El Pleno dijo que el CONAIPD, debe ser cuidadoso que se revise el tema de la accesibilidad. Se ha creído conveniente que la Comisión para la Ley de Inclusión sea la que resuma y formule las propuestas para la Adenda y se gestione la aprobación de la misma.

### **b) Segundo y Tercer informe combinados de NNUU**

Se informa que se ha hecho una convocatoria a miembros del Pleno, Comité Técnico y presidentes de asociaciones y líderes en algunos casos ex miembros del Consejo, para que asistan a la jornada de presentación del Segundo y Tercer Informe Combinado de Naciones Unidas y puedan emitir sus opiniones.

### **c) Firma de carta de entendimiento cooperación KOICA.**

Se informa que el pasado martes 5 de diciembre, por medio de la Agencia de Cooperación Coreana, KOICA, se llevó a cambio la firma de Cartas de Entendimiento por parte del presidente Victor Insik Seo, Director Ejecutivo con la empresa Next Innovation y cada una de las instituciones que salieron beneficiadas: Ministerio de Educación; Unidad de Atención al estudiante de la Universidad de El Salvador; Centro Escolar del Centro Eugenia de Dueñas; Casa de la Cultura del Ciego; Biblioteca Nacional; e Imprenta Nacional. La donación consiste en equipo, software, impresora y

asistencia técnica, que incluye el traslado de códigos de Braille al castellano. El objetivo de la donación es ampliar las oportunidades para más beneficiarios usuarios de Braille en el sistema educativo. El proyecto inicia en enero de 2018.

**d) Caracterización de personas con discapacidad**

Se informa que ya se tiene el documento final revisado por equipo técnico del CONAIPD, en su versión para ser presentada por el consultor para lo cual se ha convocado a reunión el próximo martes 19 de diciembre de 9:00 am. a 12:00 pm., en las instalaciones de FEPADE.

**e) Videoconferencia con el Especialista en Información y Comunicación de la UNESCO**

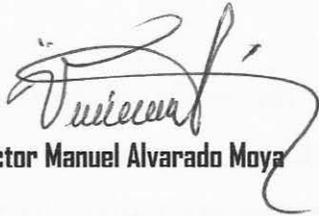
Se informa que el pasado jueves 7 de diciembre de 2017, se tuvo una videoconferencia con el Especialista en Información y Comunicación de la UNESCO con sede en Costa Rica, Sr. Jamion Knight; participaron miembros de los entes rectores de Costa Rica, Panamá, Guatemala y Nicaragua. De dos de los países, sus representantes excusaron no haber avanzado por cambios de personal que asistió al congreso en noviembre de 2016. Resalta el hecho que El Salvador es el único país que ha presentado su plan y está en fase de iniciar gestiones para obtener recursos financieros, los cuales se manejarán directamente con cada institución y el enlace que designe.

Siendo las doce horas con treinta y cinco minutos del día trece de diciembre de dos mil diecisiete, se da por finalizada la presente sesión y para constancia del contenido de la presente y de los acuerdos alcanzados, firmamos.



Félix Laínez

Juan Antonio Monge Cerón

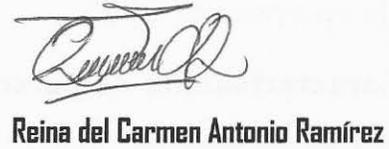


Victor Manuel Alvarado Moya



Edna Maricela Esquivel de Herrera

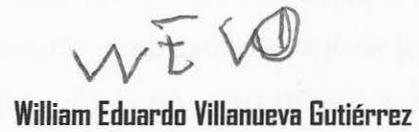
Manuel Antonio Miranda Salazar



Reina del Carmen Antonio Ramírez



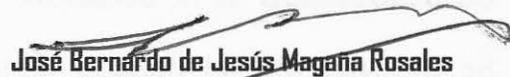
Guadalupe Margarita Rodríguez Gómez



William Eduardo Villanueva Gutiérrez



Miguel Ángel Torres Magaña



José Bernardo de Jesús Magaña Rosales



Miguel Ángel Martínez Salmerón

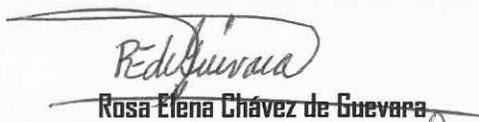
Sara Marisol Lemus Lemus



Carlo José Morán Machado

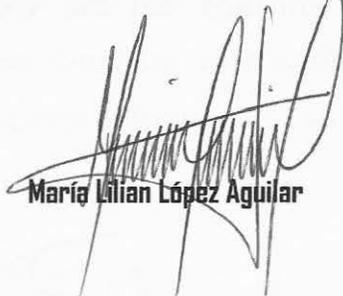


Tania Mercedes Fuentes Salguero

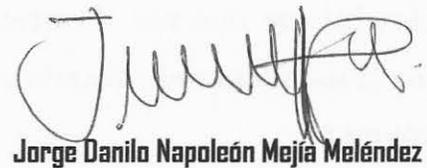


Rosa Elena Chávez de Guevara

Eeileen Auxiliadora Romero Valle



María Lilibian López Aguilar



Jorge Danilo Napoleón Mejía Meléndez

Vilma Mercedes Zaldaña de Chiquillo



**SECRETARÍA TÉCNICA Y DE PLANIFICACIÓN DE LA PRESIDENCIA  
MINISTERIO DE SALUD  
CONAIPD**

**FICHA DE REGISTRO Y EVALUACIÓN FUNCIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**1. Datos Generales:**

1A. DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
REGIÓN:	SIBASI:	
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:	
1B. DATOS GENERALES DE LA PERSONA A EVALUAR		
1. Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Primer Apellido:	Segundo Apellido/Apellido Casada:	
2. FECHA DE NACIMIENTO: Día ____ Mes ____ Año ____	3. EDAD: Años ____ Meses ____	
4. SEXO: Mujer ____ Hombre ____	5. ÁREA: Urbana ____ Rural ____	
6. CONSIDERACIONES GENERALES DE IDENTIDAD: Nombre diferente a documento de identidad <input type="checkbox"/> No posee documentos de identidad <input type="checkbox"/> Juicio de identidad en trámite <input type="checkbox"/>	7. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DUI: _____ Pasaporte: _____ Otro: _____	
8. PARTIDA DE NACIMIENTO: Número de partida: _____ Número de Folio: _____ Ficha Médica de Nacimiento (Plantares): _____	10. ULTIMO GRADO APROBADO: 1. Parvularia 1°-3° ( ) 2. Básica 4°-6° ( ) 3. Media 10°-13° ( ) 4. Superior Universitaria ( ) 5. Superior no Universitaria ( ) 6. Educación especial (ciclo I, II, III, IV) ( ) 7. Ninguno ( ) 8. Sabe leer y escribir ( )	11. Estado Civil Familiar: 1. Soltero/a: ____ 2. Casado/a: ____ 3. Divorciado/a: ____ 4. Viudo/a: ____ 5. Unión no matrimonial: ____
9. Nacionalidad:		
12. Lugar de Residencia:		
Departamento:	Municipio:	Cantón/caserío:
13. RANGO DE EDAD: NIÑA O NIÑO DE 2 A 4 AÑOS: ____ (pase a la sección 2 B) NIÑA O NIÑO DE 5 a 12 AÑOS: ____ (pase a la sección 1D) PERSONA MAYOR DE 15 AÑOS: ____ (pase a la pregunta 14) MAYOR DE 70 años: ____		

### 1C. CONDICION DE ACTIVIDAD LABORAL

<b>14. ¿Tiene Trabajo Remunerado?</b> 1. SI ( ) <b>Pasar a la pregunta No. 15.</b> 2. NO ( ) <b>pasar a la pregunta No. 16</b>	<b>15. ACTIVIDAD LABORAL QUE REALIZA :</b> <i>Colocar una "X" en el paréntesis que se encuentra a la par de la actividad laboral realizada.</i> 1. Agricultura ( ) 2. Pesca ( ) 3. Ganadería ( ) 4. Comercio ( ) 5. Industria ( ) 6. Labores domésticas ( ) 7. Negocio propio formalizado ( ) 8. Apoyo familiar ( ) 9. Artesana/o ( ) 10. Artista ( ) 11. Negocio informal ( )	<b>16. ¿CUANDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE TRABAJÓ?:</b> _____ <b>Pasar a la pregunta No. 17</b>
--	---	--

### 1D. SEGURIDAD SOCIAL

**17. Tiene acceso a algún plan de seguridad social o pensión:** 1. Si ( ) pase a pregunta NO. 18 2. No. ( ) pase a pregunta 21

18. SITUACIÓN ACTUAL	INSTITUCIÓN						19. NÚMERO DE AFILIACIÓN, IDENTIFICACIÓN O REGISTRO (DUI o número de afiliación)
	ISSS	ISB M	IPS FA	AFP	FOPR OLYD	GOES/ FISDL	
Jubilado/a sistema contributivo							
Pensionado sistema contributivo							
Pensión por sobrevivencia							
Cotizante activo (cotiza al régimen de seguridad social)							
Cotizante pasivo (beneficiario)							

**20. CUANDO SE ENFERMA, ¿DONDE CONSULTA?**  
 1. ISSS ( ) - Cotizante ( ) o Beneficiario ( )  
 2. MINSAL (UCSF, hospital) ( ) 3. Instituto Bienestar Magisterial ( )  
 4. FOPROLYD ( ) 5. Instituto Previsión Social de la Fuerza Armada ( )  
 6. Ninguno ( ) 7. Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**21. ¿EL PADRE, MADRE O CÓNYUGE DE LA PERSONA COTIZA AL ISSS U OTRA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL?**  
 Si ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 NO ( )

### 1E. DATOS SOBRE AUTORIDAD PARENTAL, REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA TUTORA

**22. REPRESENTACIÓN LEGAL:**

**22.1 AUTORIDAD PARENTAL** Si: \_\_\_\_\_ (pase a la pregunta 25) No: \_\_\_\_\_ (pase a la pregunta 22.2)

**22.2 AUTORIDAD PARENTAL PRORROGADA:** \_\_\_\_\_ **22.3. AUTORIDAD PARENTAL REESTABLECIDA:** \_\_\_\_\_

**22.4 Tutor/tutora:** \_\_\_\_\_ **¿Tiene orden Judicial** Si: \_\_\_\_\_ (pase a la pregunta 23) No: \_\_\_\_\_ (pase a la pregunta 33)

**23. TIPO DE ORDEN JUDICIAL:**  
 Código de referencia de Juzgado: \_\_\_\_\_  
 1. Temporal: \_\_\_\_\_ 2. Definitiva: \_\_\_\_\_ ) (pase a la pregunta 25)

<b>24. Primer Nombre:</b>	<b>Segundo Nombre :</b>
<b>Primer Apellido:</b>	<b>Segundo Apellido/Apellido de casada:</b>

**25. FECHA DE NACIMIENTO:** Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**26. SEXO:** Mujer ( ) Hombre ( )

<b>27. PARTIDA DE NACIMIENTO:</b> Número de partida: _____ Número de Folio: _____ Ficha Médica de Nacimiento (Plantares): _____		<b>28. NACIONALIDAD:</b>
		<b>29. ¿RESIDE EN EL MISMO HOGAR QUE LA PERSONA EVALUADA?</b> Sí ( ) pasar a pregunta 31 No ( ) pasa a la pregunta 30
<b>30. Lugar de Residencia:</b>		
<b>31. ESTADO CIVIL FAMILIAR:</b> 1. Soltero/a ( ) 2. Casado/a ( ) 3. Divorciado/a ( ) 4. Viudo/a ( ) 5. Unión no matrimonial ( )		<b>32. PARENTESCO O RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD</b> 1. Padre ( ) 2. Madre ( ) 3. Hijo/a ( ) 4. Cónyuge ( ) 5. Hermano/a ( ) 6. Otro pariente ( ) 7. Vecino/a ( ) 8. Trabajador/a doméstico/a ( ) 9. Profesional de la salud ( ) 10. Otro ( ) _____

### 1F. DATOS SOBRE LA PERSONA CUIDADORA/ASISTENTE

<b>33. Identificación de la Persona Cuidadora/asistente</b>		<b>Primer Nombre:</b>	<b>Segundo Nombre:</b>
<b>Primer apellido:</b>		<b>Segundo apellido:</b>	<b>Apellido de casada</b>
<b>34. FECHA DE NACIMIENTO:</b> Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Edad: _____ (años)	<b>35. SEXO</b> 1. Mujer ( ) 2. Hombre ( )	<b>36. Nacionalidad</b> _____	<b>37. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> DUI ( ) No. _____ Pasaporte ( ) No. _____ Otro ( ) _____ No tiene ( )
<b>38. ESTADO CIVIL FAMILIAR</b> 1. Soltero/a ( ) 2. Casado/a ( ) 3. Divorciado/a ( ) 4. Viudo/a ( ) 5. Unión no matrimonial ( )	<b>39. RECIBE REMUNERACION POR EL CUIDO?</b> SI ( ) NO ( )	<b>40. PARENTESCO O RELACIÓN DEL CUIDADOR CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD</b> 1. Padre/madre ( ) 2. Vecino/a ( ) 3. Hijo/a ( ) 4. Hermano/a ( ) 5. Trabajador/a doméstico/a ( ) 6. Otro pariente ( ) 7. Cónyuge (esposo, compañero de vida) ( ) 8. Profesional de la salud ( ) 9. Otro ( )	
<b>41. ¿RESIDE EN EL MISMO HOGAR QUE LA PERSONA EVALUADA?</b> 1. Si ( ) 2. No ( )		<b>42. Cuánto Tiempo dedica a los cuidados a la persona con discapacidad?</b> Días por semana: _____ Horas por día: _____	
<b>43. ¿QUÉ ACTIVIDADES DEJAN DE HACER LA PERSONA QUE LE CUIDA/ASISTE?:</b> <i>Colocar una "X" en la o las actividades que dejan de hacer las personas que le ayudan.</i>		1. Estudiar ( ) 5. Trabajo asalariado ( ) 2. Atender su negocio ( ) 6. Quehaceres del hogar ( ) 3. Recreación/actividades sociales ( ) 7. Atender hijos propios ( ) 4. Diligencias personales ( ) 8. Otra ( ) _____	
<b>52. ¿QUIÉNES ADEMÁS DE LA PERSONA CUIDADORA/ASISTENTE PRINCIPAL APOYAN A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD?</b>			
<b>Nombre Completo</b>		<b>Parentesco</b>	<b>Sexo</b>

## II. EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

Estas preguntas evalúan las actividades básicas de la vida diaria que realiza una persona y el grado de funcionamiento debido a una condición de salud. Las preguntas cubren SIETE dominios funcionales o acciones básicas de la persona y su entorno: 1. VISION/ VER, 2. AUDICION/ OIR, 3. MOVILIDAD/CAMINAR, 4. RECORDAR/CONCENTRARSE, 5. AUTOCUIDO, 6. COMUNICACIÓN y 7. FUNCIONES MENTALES O PSICOSOCIALES.

Instrucciones: Para cada pregunta encerrar en un círculo la categoría que corresponda a la condición de la persona, para evaluar el nivel del funcionamiento según el cuadro siguiente:

SECCION 2. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD					
marque con una x la categoría que corresponda					
NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 AÑOS CON DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/>					
NIÑO O NIÑA DE 2 a 4 AÑOS <input type="checkbox"/> pase a sección 2B					
PERSONA DE 5 AÑOS A MAS <input type="checkbox"/> pase a sección 2ª					
SECCION 2A. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD DE 5 AÑOS EN ADELANTE					
DOMINIO	PREGUNTAS	Categoría de respuestas			
		NO- sin dificultad	Sí – con algunas dificultades	SI – con mucha dificultad	Dificultad grave
1. VISION	¿Usa lentes? Sí _____ No _____				
	¿Tiene dificultad para ver, incluso cuando está usando sus lentes?	1	2	3	4
Si la respuesta califica en las categorías 1 ó 2 pasa a la pregunta No. 2 Si la respuestas califica en las categorías 3 ó 4 continúe con la pregunta No. 1.1					
1.1	¿Tiene dificultad para ver claramente la cara de alguien a través de una habitación, incluso cuando está usando sus lentes?	1	2	3	4
1.2	¿Tiene dificultad para ver claramente la imagen de una moneda, incluso cuando está usando sus lentes?	1	2	3	4
2. AUDICION	¿Utiliza aparato (s) auditivo (s)? Sí _____ No _____				
	¿Tiene dificultad para oír, incluso cuando usa aparato(s) auditivo(s)?	1	2	3	4
Si la respuesta califica en las categorías 1 ó 2 pasa a la pregunta No. 3 Si la respuesta califica en las categorías 3 ó 4 continúe con la pregunta No. 2.1					

		NO- sin dificultad	Sí – con algunas dificultades	SI – con mucha dificultad	Dificultad grave
2.1	¿Tiene dificultades para escuchar lo que se dice en una conversación con otra persona en un cuarto en silencio, incluso cuando usa su aparato(s) auditivo (s)?	1	2	3	4
2.2	¿Tiene dificultad para escuchar lo que se dice en una conversación con otra persona en un cuarto ruidoso, incluso cuando usa su aparato (s) auditivo (s)?	1	2	3	4
<b>3.MOVILIDAD</b>	<b>¿Tiene dificultad para caminar o para subir gradas?</b>	1	2	3	4
Si la respuesta califica en las categorías 1 ó 2 pasa a la pregunta No. 4 Si la respuesta califica en las categorías 3 ó 4 continúe con la pregunta No. 3.1					
3.1	¿Utiliza algún tipo de las siguientes opciones de ayudas técnicas?	SI		NO	
	A. Bastón?				
	B. Andadera?				
	C. Muletas?				
	D. Silla de ruedas o scooter?				
	E. Prótesis?				
	F. Ortesis?				
	G. La ayuda de alguien?				
	H. Otro: especifique				
3.2	¿Tiene dificultad para caminar 100 metros sobre terreno plano, que equivale a un campo de futbol, SIN el uso de su ayuda técnica?	NO- sin dificultad 1	Sí – con algunas dificultades 2	SI – con mucha dificultad 3	Dificultad grave 4
3.3	¿Tiene dificultad para caminar 12 pasos hacia arriba o hacia abajo?	1	2	3	4
3.4	¿Tiene dificultad para caminar 100 metros sobre terreno plano, que equivale a un campo de futbol, CON el uso de su ayuda técnica?	1	2	3	4

<b>4. RECORDAR Y CONCENTRARSE</b>	¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse?	1	2	3	4
<b>5. AUTOCUIDO</b>	¿Tiene dificultad con el auto cuidado, como bañarse o vestirse?	1	2	3	4
Si la respuesta califica en las categorías 1 ó 2 pasa a la pregunta No. 6 Si la respuesta califica en las categorías 3 ó 4 continúe con la pregunta No. 5.1					
5.1	¿Tiene dificultad para levantar una botella de dos litros de agua u otro líquido desde la cintura hasta el nivel de los ojos.(Hacer la prueba)	1	2	3	4
5.2	¿Tiene dificultad para usar las manos y los dedos, como al recoger objetos pequeños como por ejemplo, un botón, un lápiz, o al abrir o cerrar recipientes o botellas?	1	2	3	4
<b>6.COMUNICACIÓN</b>	¿Usando su lenguaje habitual, tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, entender o ser entendido?	1	2	3	4
Si la respuesta califica en las categorías 1 ó 2 pasa a la pregunta No 7 Si la respuesta califica en las categorías 3 ó 4 continúe con la pregunta 6.1					
6.1	¿Tiene problemas generalmente para entender lo que otras personas le dicen?	NO- sin dificultad	SÍ – con algunas dificultades	SI – con mucha dificultad	Dificultad grave
		1	2	3	4
6.2	¿Tiene dificultad para iniciar y mantener una conversación?	1	2	3	4
6.3	¿Otros generalmente tienen dificultad para entenderle?	1	2	3	4
Si la respuesta califica en las categorías 1 ó 2 finalizar entrevista Si la respuesta califica en las categorías 3 ó 4 continúe con la pregunta 7.1					
<b>7. ANSIEDAD Y DEPRESION</b>	Preguntas:	<b>NO- sin dificultad =</b> (Pocas veces en el año o Nunca)	<b>SÍ – con algunas dificultades =</b> (Mensual)	<b>SI – con mucha dificultad =</b> (Semanal)	<b>Dificultad grave =</b> (A diario)
7.1	¿Con que frecuencia se siente preocupado, nervioso o ansioso? ¿Toma medicamentos para estos sentimientos? SI _____ NO _____	1	2	3	4
7.2	¿Cuán a menudo se siente deprimido? ¿Toma medicamentos para estos sentimientos? SI _____ NO _____	1	2	3	4

SECCION 2B. FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 a 4 AÑOS						
N°	Pregunta sobre el Funcionamiento y Discapacidad	Categoría de respuestas				
		Ninguna dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	Dificultad grave	
		1	2	3	4	
1 <b>VISION</b>	1.1 ¿(...) usa anteojos? Si ___ pase a la pregunta. 1.2 No: ___ Pase a la pregunta 1.3					
	1.2 ¿Tiene (...) dificultades para ver cuando usa anteojos?	1	2	3	4	
	1.3 ¿Tiene (...) dificultades para ver?	1	2	3	4	
2 <b>AUDICION</b>	2.1 ¿(...) Usa audífonos? Si ___ pase a la pregunta. 2.2 No: ___ Pase a la pregunta 2.3					
	2.2 ¿Tiene dificultad (...) para oír sonidos como voces o música cuando utiliza su(s) audífonos?	1	2	3	4	
	2.3 ¿Tiene (...) dificultad para oír sonidos como voces o música?	1	2	3	4	
3 <b>MOVILIDAD</b>	3.1 ¿Utiliza (...) algún dispositivo o recibe asistencia para caminar? Si: ___ pase a la preg.3.2 No: ___ Pase a la pregunta 3.4					
		Ninguna dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	Dificultad grave	
	3.1 Sin utilizar su equipo o asistencia, ¿tiene (...) dificultad para caminar?	1	2	3	4	
	3.2 Cuando utiliza su dispositivo-o asistencia, ¿tiene (...) dificultad para caminar?	1	2	3	4	
	3.3 En comparación con los niños de la misma edad, ¿tiene (...) dificultad para caminar?	1	2	3	4	
	3.4 En comparación con los niños de la misma edad, ¿tiene (...) dificultad para recoger objetos pequeños con sus manos?	1	2	3	4	
4 <b>COMUNICACIÓN</b>	4.1. ¿Tiene (...) dificultad para entenderle?	1	2	3	4	
	4.2 Cuando (...) habla, ¿tiene usted dificultad para entenderle?	1	2	3	4	

<b>5</b> <b>APRENDIZAJE</b>	5.1 En comparación con los niños de la misma edad, ¿tiene (...) dificultad para aprender cosas?	1	2	3	4
<b>6</b> <b>JUEGO</b>	6.1 En comparación con los niños de la misma edad, ¿tiene (...) dificultades para jugar?	1	2	3	4
<b>7</b> <b>CONTROL DEL COMPORTAMIENTO</b>	7.1 En comparación con los niños de la misma edad, ¿con qué frecuencia (...) da patadas, muerde o golpea a otros niños o adultos?	No lo hace	Lo hace menos o lo mismo	Más	Mucho más
		1	2	3	4
Diríjase al Resultado de la evaluación tabla de Graduación del Nivel del Funcionamiento y discapacidad.					

### III. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

TABLA DE GRADUACIÓN DEL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

Calificación de la discapacidad	Resultado	Marcar con una x (Solo una casilla)	Instrucción
Calificación 1 o 2 en todas las preguntas de todos los dominios.	<b>Sin ninguna o alguna dificultad</b>		Agradecer, terminar entrevista y llenar ficha del FISDL
Calificación 3 en una o más preguntas de cualquier dominio.	<b>Mucha Dificultad</b>		Pasar a evaluación del entorno y llenar ficha del FISDL.
Calificación 4 en una o más preguntas de cualquier dominio	<b>Dificultad Grave</b>		Pasar a evaluación del entorno y llenar ficha del FISDL.

IV. ¿IDENTIFICA ALGUNA NECESIDAD O SITUACION QUE AMERITA REFERENCIA (rehabilitación, cirugía, aparatos, atención médica, entre otros?:

Institución	Necesidad	Observaciones

Observaciones:

---

---

---

V. RESULTADO DEL LLENADO DE LA FICHA

Marcar con una x según corresponda:

1. Completa ( )
2. incompleta ( )
2. Rehusó ( )
3. Error de registro – No hay persona con discapacidad ( )
4. Baja de persona por defunción ( )
5. Baja de persona por migración ( )

Nombre de la persona entrevistada

Firma o huella

Fecha de llenado: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

Responsable de llenado y evaluación:

SELLO	FIRMA

## VI. HOJA DE REPORTE AL FISDL

### A. RESULTADO FICHA DE EVALUACION DE FUNCIONALIDAD Y DEPENDENCIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

NO. DE FICHA RUP:		
PRIMER APELLIDO(S)	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TERCER NOMBRE
Lugar de residencia:	Departamento	Municipio
Identificación	Tipo : _____ Numero: _____	

**Resultado del llenado de la Ficha:** 1. Completa ( ) 2. Incompleta ( ) 3. Rehusó ( ) 4. Error de registro, no hay persona con discapacidad ( ) 5. Baja por defunción ( ) 6. Baja por migración ( )

### B. RESULTADO DE LA EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

**Para personas mayores de 2 años:**

Calificación de la discapacidad	Resultado	(marcar con una x)
Calificación 1 o 2 en todas las preguntas de todos los dominios.	<b>Sin ninguna o alguna dificultad</b>	
Calificación 3 en una o más preguntas de cualquier dominio.	<b>Mucha dificultad</b>	
Calificación 4 en uno o más preguntas de cualquier dominio	<b>Dificultad Grave</b>	

**Si es niño o niña menor de 2 años:**

Diagnóstico Médico	Adjunta certificación médica	
	Si	No

### RESPONSABLE DE LLENADO Y EVALUACIÓN:

NOMBRE		FIRMA Y SELLO		FECHA
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGION:	SIBASI	Municipio	UCSF