



MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"

**"ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN
DE LA DISCAPACIDAD
EN EL PERÚ 2007"**

Lima - Perú



Ministerio de Salud del Perú

Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"

Jr. Vigil N° 535 Bellavista - Callao

Teléfonos: 429-9699 / 429-9690

Telefax: 429-0611

Web.: www.inr.gob.pe

E-mail: inr@inr.gob.pe

Hecho en Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-07516

RECONOCIMIENTO

“Análisis de la Situación de la Discapacidad en el Perú 2007”, se publica después de un arduo trabajo realizado por el Equipo de Gestión del Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”; utilizando fuentes secundarias producto del esfuerzo realizado en los Servicios de Rehabilitación del país.

Los mismos que reflejan el gran entusiasmo de nuestros profesionales para consolidar toda la información referente a la discapacidad en el Perú y el Mundo y asimismo recomendar futuros abordajes en la Promoción, Prevención y Recuperación de la discapacidad.



Dr. Juan Daniel Guillen Cabrejos
Director General

La evaluación, redacción y publicación del presente trabajo estuvo a cargo del Equipo Técnico de la Oficina de Epidemiología:

- Dra. María Del Carmen Rodríguez Ramírez : Directora de la Oficina de Epidemiología
- Dr. Enrique Pompilio Swayne Díaz : Médico de la Oficina de Epidemiología
- Sra. María Bety Siesquen Huamán : Personal de la Oficina de Epidemiología
- Sra. Irma Mercedes Clavijo Castillo : Secretaria de la Oficina de Epidemiología



COLABORADORES

- Dra. Julia Méndez Campos: Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales.
- Dr. Luis Juárez Lengua: Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras.
- Dr. Benjamín Montes Cervantes: Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.
- Dra. Raquel Tapia Egoavil: Directora Ejecutiva de Investigación y Docencia en Prevención de Riesgos y Promoción del Salud.
- Dr. Fernando Dejo Bendezú: Director de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada.
- Dr. Gelbert Revilla Stamp: Director de la Oficina de Planeamiento Estratégico.
- Eco. Humberto Arbayza Vásquez: Director Ejecutivo de Administración.
- Abog. Martha Rodríguez Vargas: Directora de la Oficina de Asesoría Jurídica.
- Sr. Walter Baldeón Cruz: Director de la Oficina de Estadística e Informática.
- Dr. Bernardo Ostos Jara: Director de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Dra. María Méndez Campos: Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor.
- Lic. Elsi Noili Pérez Chung: Periodista de la Oficina de Comunicaciones.



INDICE

PRESENTACIÓN	Pag. 7
INTRODUCCIÓN	Pag. 11
CAPITULO 1 : Epidemiología de la Discapacidad en el Mundo	Pag. 15
1.1 : Evolución Histórica de la Discapacidad	Pag. 15
1.2 : Que se entiende por personas con discapacidad	Pag. 17
1.3 : Nuevas Clasificaciones Internacionales en el Tema de la Discapacidad.	Pag. 17
1.4 : Propuesta CIF.	pag. 19
1.5 : Epidemias de la Discapacidad	Pag. 21
CAPITULO 2 : Epidemiología de la Discapacidad en el Perú	Pag. 27
2.1 : Hitos en la Prevalencia de la Discapacidad en el Perú	Pag. 27
2.2 : Los Jóvenes y la Discapacidad	Pag. 33
CAPITULO 3 : Condiciones Discapacitantes	Pag. 35
3.1 : Cargas que suponen para la salud, las enfermedad crónicas	Pag. 36
3.2 : Esperanza de Vida y Discapacidad	Pag. 37
3.3 : Condicionantes en el Perú	Pag. 38
CAPITULO 4 : Situación de la Discapacidad en el Mundo	Pag. 41
4.1 : Situación de la Discapacidad en el Mundo	Pag. 43
CAPITULO 5 : Situación de la Discapacidad en América Latina	Pag. 47
5.1 : Información al 2007	Pag. 50
5.2 : Causa de la Discapacidad	Pag. 55
5.3 : Arcas probables de la Discapacidad	Pag. 56
CAPITULO 6 : Los Servicios de Rehabilitación en el Perú	Pag. 57
6.1 : Servicios de Rehabilitación	Pag. 59
6.2 : Recursos Humanos	Pag. 64
CAPITULO 7 : Demanda de los Servicios en el Perú	Pag. 67
7.1 : Atendidos y Atenciones	Pag. 67
7.2 : Edad y Genero	Pag. 68
7.3 : Edad y Deficiencias	Pag. 69
7.4 : Discapacidades	Pag. 70
7.5 : Severidad de los Discapacitados	Pag. 71
7.6 : Daños Principales	Pag. 73
7.7 : Relación Discapacidad - Deficiencia	Pag. 78
7.8 : Nivel de Instrucción	Pag. 80
CAPITULO 8 : Situación legal de la Discapacidad en Perú	Pag. 81
8.1 : Marco Normativo	Pag. 81
CONCLUSIONES	Pag. 85
RECOMENDACIONES	Pag. 87
ANEXO Nº 01	Pag. 89
ANEXO Nº 02	Pag. 91
ANEXO Nº 03	Pag. 93
BIBLIOGRAFÍA	Pag. 95





PRESENTACIÓN



El ciclo de vida de una persona se marca con diferentes “ avatares” , estos dependen de varias condiciones, la más importante la edad, la cual por efecto de los riesgos y de las exposiciones que modifican su condición de salud, las estructuras y los órganos van sumergiéndose en cambios estructurales y funcionales que hacen que su relación con el entorno sea diferente, cada vez mas adaptativa y por lo tanto aparecen situaciones en donde esa persona se ve limitado para algunas actividades de vida diaria¹.

El enfrentar a sus limitaciones hace que el hombre asuma una conducta de supervivencia regulando sus mecanismos de control para compensar estas deficiencias y así llamadas discapacidades, para hacerlas más llevaderas en sus actividades de la vida diaria.

El axioma que hay que resolver es en qué momento de la vida este ser comienza con sus limitaciones, lo que llamamos actualmente “entrada de la discapacidad”; O es tempranamente a corta edad por condiciones del ambiente (por ejm. enfermedades transmisibles) O es porque su carga empieza desde el nacimiento por factores relacionados con momentos perinatales; O es más tardíamente como consecuencia de un accidente (si es un individuo expuesto a los riesgos del trabajo) O es por accidentes que lo sometieron a estar postrado indefinidamente².

Ya cuando trasladamos todos estos factores a la población y el ser individual se convierte en un colectivo, en donde los riesgos se incrementan cada día, es cuando la salud pública observa el evento discapacitante como un verdadero problema sanitario y es cuando ya no hay nada que hacer, solo el intentar disminuir los efectos del proceso discapacitante que afecta a las poblaciones y si vale decirlo las consecuencias socioeconómicas que se traducen en pérdida de la capacidad productiva de una región o país.

Este documento intenta mostrar algunas variables de interés que han sido tomadas de publicaciones nacionales y extranjeras así como del análisis de la capacidad del sector de enfrentar el reto de la atención de las Personas Con Discapacidad.

¹Levcovitz E, Batista TV de F, Uchoa SAC, Nespoli G, Mariani M. Saberes e políticas: a contribuição do campo da saúde coletiva na organização da política de saúde brasileira. Relatório de Pesquisa. - Rio de Janeiro: UERJ. IMS; 2000. 36 p. Série Estudos em Saúde Coletiva; Edição Especial

²Cruz I. Entre a vulnerabilidade e a exclusão: pessoas portadoras de deficiência física face a nova questão social. [Tese Doutorado em Saúde Coletiva] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2001. p. 76.



INTRODUCCIÓN

El método del análisis de este tema es tan complejo, ya que involucra un componente biomédico y otro social, y pasa por asegurar que todos los resultados del mismo se utilice como instrumento de la toma de decisiones institucionales. Desde ya mencionaremos que las bases conceptuales del proceso discapacitante en los últimos años se han ido modificando constantemente, desde el momento en que se veía el daño como generador de una discapacidad hasta el momento actual en que sabemos que existen factores ambientales o mejor dicho contextuales que le dan una característica y ponderación a cada variable que interviene en la generación de una discapacidad.

Inicialmente el enfoque ha sido principalmente biomédico, para luego pasar al integrador en donde la sociedad interviene como fortalecedor del proceso de rehabilitación y se inicia con la participación de todos los actores sociales, lo que ha permitido darle el valor que necesita en el nuevo paradigma de la Salud Pública Internacional³.

Una de las dificultades al realizar el presente análisis ha sido la falta de calidad de la información, lo cambiante de las definiciones de la discapacidad en los últimos años, entre otros.

Este documento presentara al proceso discapacitante como un evento de salud consecuencia de una serie de factores determinantes, intervinientes, condicionantes y su epidemiología.

La situación de la discapacidad en el Mundo y en América Latina también será analizada, para luego presentar el comportamiento de la demanda de los Servicios de Rehabilitación en el país y en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores". Al final las conclusiones plantearan hipótesis de trabajo a desarrollar en el sistema y las recomendaciones para la aplicación de las estrategias pertinentes.

³Ashton J. La nueva salud pública. Barcelona: Masson; 1990. Citado por: Restrepo H. Concepto y definiciones. En: Restrepo H y Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica internacional; 2001. pp. 24-33.





CAPITULOS



Capítulo 1

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD

Bases Conceptuales de la Discapacidad⁴

La condición de salud es un proceso dinámico biológico social en el que el sano y el enfermo son dos momentos de un mismo proceso. El individuo sano o enfermo está actuando en el ambiente en que vive, integrado a su familia, a su casa, al trabajo, recreación, ocio, diversión y deportes; es decir que su calidad de vida va a depender directamente de la "calidad de sus actividades" para participar plenamente o aislarse de la sociedad.

1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA DISCAPACIDAD⁵

Dentro de la evolución conceptual, en torno al tema de la discapacidad, existen ciertos periodos o momentos históricos en los que se pueden identificar el surgimiento de modelos específicos que intentan explicarse y dar respuesta a la problemática que plantea el tema de la discapacidad.

A lo largo de la historia se pueden encontrar dos actitudes distintas, de grupos sociales, hacia las personas con discapacidad: **1.-** Selección natural, las personas no podían sobrevivir por sus propios medios (carentes de autonomía) y eran abandonadas a su suerte. **2.-** La otra actitud, que fomentaba el acompañamiento y búsqueda de soluciones a las dificultades que presentaban las personas con discapacidad.

Así la actitud de las sociedades y las culturas en la historia, siempre ha determinado, por un lado las conductas a seguir con esta población y por otro lado también ha incidido en la actitud de las propias personas con discapacidad.

A continuación analizaremos los modelos que tuvieron más influencia en la conducta social frente a las personas con discapacidad:

a.- Modelo Demonológico (edad media S. VI-S.XV): La Discapacidad era entendida como el producto de posesión demoníaca, se le asociaba al mal, y por lo tanto, los discapacitados eran quemados, asesinados y encerrados. Más adelante se concibió la discapacidad como una consecuencia divina, el nacimiento de una persona con discapacidad era entendido como un castigo de Dios, frente al cual habría que resignarse, así los niños diferentes eran mantenidos ocultos.

b.- Modelo Organicista (1400-1500): Se atribuyen causas orgánicas a la discapacidad, y se busca otorgar remedio a estos problemas. Adquieren importancia los procedimientos heredados de los alquimistas y aparecen las primeras tendencias de tratamiento a través de las actividades, masajes y cuidados, esto, dentro de un marco proteccionista, asistencial y de beneficencia.

⁴Aguado Díaz, A.L. "Historia de las deficiencias", Alfaplús, Valencia, 1993.

⁵Claudia Muñoz Masini-Evolución histórica de la discapacidad, concepto de discapacidad y nuevo enfoque cif."

La persona con discapacidad es concebida como un ser pasivo, incapaz de decidir sobre su suerte. Es el inicio de los procesos y fenómenos de institucionalización. Se crean lugares especiales para mantener allí a las personas con discapacidad.

El fenómeno de la institucionalización adquirió grandes proporciones y a raíz de algunos hechos se comenzó a cuestionar esta forma de intervenir sobre el problema. Hubieron experiencias que demostraron que los internos podían aprender y ser independientes en algunas actividades, lo que potenció el desarrollo de programas de actividad al interior de las instituciones, pero estas iniciativas fracasaron debido al elevado costo para los estados que era el mantener estas instituciones. Los internos permanecían allí hasta su muerte y con el pasar del tiempo estas instituciones se fueron llenando de personas con diversas discapacidades y disminuyendo su posibilidad de cuidado oportuno y necesario, por lo que aparecieron el hacinamiento, problemas de recursos para la limpieza y alimentación, etc.

c- Modelo socio ambiental (post-guerra 1913-1918): Por primera vez se visualiza a la persona con discapacidad como un ser social que tiene que ser reincorporado a su medio. Después de la primera guerra mundial, un gran porcentaje de veteranos de guerra quedaron con discapacidades físicas y psíquicas. Personas que habían servido a su nación quedaban marginadas de sus trabajos y de la vida en comunidad a causa de su discapacidad. Por ello los gobiernos invierten en el desarrollo de técnicas y medios de tratamiento para que estas personas retomen su vida diaria. Las acciones que propicia este modelo son remediales, buscan la adaptación del individuo a su medio ambiente, se centran en la persona y posteriormente aparece el concepto de rehabilitación.

d- Modelo rehabilitador (II guerra mundial a la fecha): Se reconocen potencialidades en las personas discapacitadas. Es importante el avance de la medicina y la tecnología para mejorar y hacer más eficientes los métodos de rehabilitación. Se diferencia la actuación asistencial y se crean los equipos médicos de rehabilitación. Se debate el fenómeno de la institucionalización, pensando que la persona con discapacidad puede adaptarse a las exigencias del medio, y vivir en sociedad, comienza así el desarrollo de la rehabilitación laboral. Se plantea la discusión sobre la vida productiva y la discapacidad. Las acciones en este modelo se centran en el desarrollo de destrezas y habilidades compensatorias del individuo para que éste se adapte a las exigencias del medio. Esta mirada centra los problemas en el individuo, sus deficiencias y dificultades por lo que pone el acento en la intervención profesional de diversos especialistas que mantendrán el control del proceso y permitirán a la persona la superación de sus dificultades. Los resultados de la intervención se medirán por el grado de destrezas funcionales logradas o recuperadas y por la ubicación en un empleo remunerado. Este paradigma supera actitudes del modelo tradicional sin embargo presenta problemas relativos al peso omnipotente que tiene el profesional sobre el proceso relegando a la persona al rol de paciente sin posibilidad de influir en forma importante sobre su propio proceso.

El modelo rehabilitador está centrado en la persona. La crítica a este modelo es que no considera que el propio medio sea uno de los factores necesarios de intervenir para lograr la rehabilitación plena, y por lo tanto implica el desarrollo de programas de rehabilitación eternos de los cuales se obtienen pocas altas y escasa integración a la vida diaria.

Ante el fracaso del modelo rehabilitador, y la problemática de los recursos que involucra el tema de la integración, se desarrolla la intervención comunitaria y se comienza a pensar en que el entorno debe ser modificable para que la persona con discapacidad se integre efectivamente. Este nuevo concepto de adaptación del entorno coloca en un lugar privilegiado el tema de las ayudas técnicas y la ergonomía.

e- Modelo de integración (1960): Plantea que tanto la sociedad como la persona con discapacidad deben encontrar formas para relacionarse. Se desarrollan los conceptos de rehabilitación integral, normalización, integración. Este modelo se centra en la relación entre el individuo y el ambiente (social y físico), sin embargo se observa que aún un grupo de personas con discapacidad severa, no se pueden integrar.

En la década de los 70 se cuestionan los modelos vigentes (rehabilitador e integrador), ya que se piensa que son insuficientes y poco efectivos para abordar la problemática de las personas con grandes discapacidades (postrados, multihandicap, terminales etc.). Se incorpora, con más fuerza, la ética y los conceptos valóricos al tema de la discapacidad, y se propone el Modelo de la Autonomía Personal. Este modelo se basa en los principios de solidaridad, respeto, individualidad y universalidad, promueve la igualdad de oportunidades para todos (De la Bellacasa, 1980) en diversas áreas estratégicas: Barreras arquitectónicas, movilidad y transporte, ayudas técnicas, y actitudes sociales (Baura 1993).

1.2 ¿QUÉ SE ENTIENDE POR PERSONAS CON DISCAPACIDAD?

Son aquellos miembros de la sociedad cuya autonomía personal se ve afectada, en diferentes grados y con diversas implicancias, los coterráneos utilizan muchos términos y definiciones para intentar ubicar a estas dentro del entorno social como: disminuido, retardado, minusválido, discapacitado, deficiente, subnormal, anormal, malformado etc.

Al referirse a este grupo de personas la comunidad científica ha acordado ocupar el término: Personas con Discapacidad, por ser menos peyorativo. Aunque este término incluye a aquellas personas que poseen una condición física, psíquica, social, mental diferente a lo que se considera normal, pero que tienen un desempeño ocupacional satisfactorio y participan plenamente en sociedad, es así como ya el empleo de este término implica discriminación frente a la rotulación.

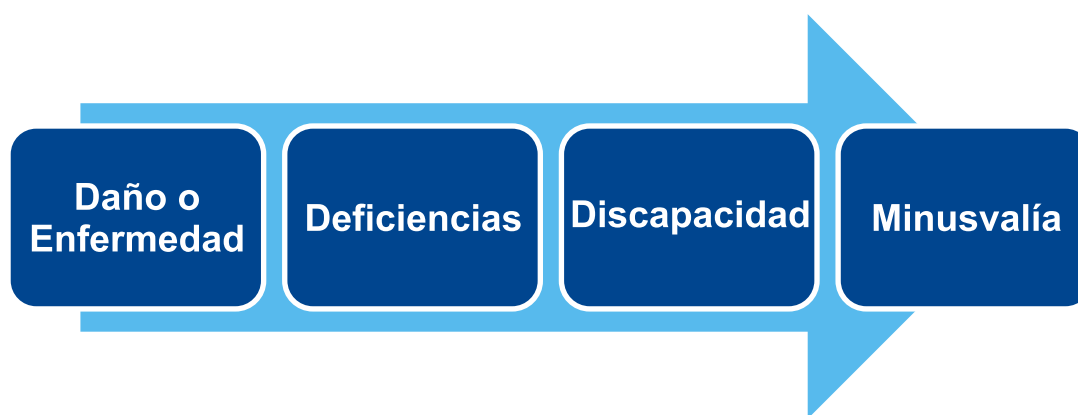
1.3 NUEVAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES EN EL TEMA DE LA DISCAPACIDAD

En la década de los 70 se puso en marcha la Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM) que fue publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1980 como instrumento para la clasificación de las consecuencias de la enfermedad y sus repercusiones en la vida del individuo. La versión en español fue publicada el año 1983 por el Instituto Nacional de Servicios Sociales de España.

Esta clasificación amplía la idea reducida al ámbito biológico incorporando las esferas psicológica y social del individuo para determinar el impacto de las consecuencias de la enfermedad en la participación de la persona en la sociedad y las relaciones sociales. Ello permite refinar una línea de intervención que va desde un diagnóstico inicial de enfermedad hasta la proyección de su reinserción laboral incluyendo los servicios que pueda requerir como ayudas económicas por discapacidad.

El esquema que a continuación mostramos nos da una visión más clara del abordaje del concepto de la discapacidad:

IMAGEN N° 1: PROCESO DISCAPACITANTE (MODELO MEDICO)



Socialmente esta secuencia de acontecimientos se evidenciaría según el proceso que se inicia con la: (a) situación intrínseca (enfermedad), (b) exteriorización (deficiencia), (c) Objetivización (discapacidad) y (d) generalización (minusvalía).

DEFICIENCIA: Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

DISCAPACIDAD: Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal o según lo esperado para una persona de acuerdo a su condición etárea y sociocultural

MINUSVALÍA: Dentro de la experiencia de salud, minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es esperado en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

Esta clasificación ha sido de gran utilidad durante estos años como instrumento de evaluación, estadístico, investigación, como instrumento educativo y como base para fundamentar políticas sociales, pero aún a través de ella se mantiene la visión de la discapacidad como un fenómeno individual producto de la enfermedad y por tanto enfoca la intervención desde el profesional a través de un tratamiento determinado en el individuo.

Como una visión aportada desde un modelo social que dice: "la condición de salud se ve más como un problema social y en el que la discapacidad no es atributo solo del individuo sino que se trata de una serie de condiciones creadas por el entorno social." Se cambia el foco desde el individuo hacia la interacción individuo-sociedad. Es así que el manejo de la discapacidad supera a la intervención individual ya que implica además una acción social.

Es por ello que luego de un análisis exhaustivo se reformularon los conceptos y se desarrolló la denominada Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación, ICIDH 2. Esta nueva versión "muestra que la discapacidad y el funcionamiento son el resultado de la interacción entre los problemas de salud y los factores contextuales".

La interacción es compleja, bidireccional y dinámica. El modelo no postula una unión causal entre las tres dimensiones de la discapacidad, más bien en cada nivel la discapacidad ocurriría rodeada y dependiendo de factores contextuales.

Se han identificado dos tipos de factores contextuales:

- Factores del entorno social y físico (actitudes sociales, características arquitectónicas, estructuras legales y sociales, así como el clima, el terreno, etc.).
- Factores personales los cuales incluyen sexo, edad, otros problemas de salud, estilos de afrontamiento, procedencia social, educación, profesión, experiencia pasada y actual, patrones generales de comportamiento, estilo de carácter y cualquier otro(s) factor(es) que condicione(n) la manera como el sujeto vivencia la discapacidad."

1.4. PROPUESTA CIF:

La Clasificación Internacional de Funcionamiento es una CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD y no es un clasificador, este instrumento está propuesto para el desarrollo de otros instrumentos aplicables para la investigación, docencia, leyes sociales entre otros y se usa en conjunto con el CIE 10. La CIF tiene como propósito entregar un indicador de funcionalidad, es decir, cambia el foco de discapacidad a capacidad. No arroja para lo que el individuo es incapaz, sino que permite identificar niveles de funcionalidad en diferentes áreas.

La CIF, en términos generales se estructura de la siguiente manera:

Consta de componentes que tiene cada uno clasificaciones las cuales están medidas en dominios.

TABLA 1: CLASIFICACION INTERNACIONAL FUNCIONAL

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	DOMINIO
Cuerpo	Sistemas Estructuras	Categorías que son unidades de medición
Actividad y participación	Aprendizaje Empleo	Desempeño Realización Capacidad
COMPONENTE DE FACTORES CONTEXTUALES		
COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	DOMINIO
Factores ambientales	De más inmediato a más general	Categorías que son unidades de medición
Factores personales	No se clasifica porque se considera individual	

Fuente: OMS 2001.

Los conceptos claves aportados por la nueva clasificación son:

Funciones Corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Estructuras Corporales son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Actividad es la realización de un tarea o acción por parte de un individuo.

Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.

Limitaciones en la actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño / realización de actividades.

Restricciones en la participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Podemos ver a través de la clasificación propuesta por la OMS, (Ginebra, 1998) la forma en que se han ido integrando las diferentes visiones para mejorar los servicios prestados, considerando al ser humano en el contexto y situación en que vive, con características personales únicas que en definitiva condicionarán las necesidades y tipo de apoyos que requiera y que necesariamente deberán ser considerados a la hora de definir las variables de cualquier estudio.

1.5 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD

La discapacidad aumenta a lo largo del curso de la vida y el escenario de la discapacidad se sintetiza a través de la tasa de prevalencia, esta tasa es una foto de la situación real; Indica las personas afectadas en un colectivo de edad, con casos nuevos o viejos, sobre el total de personas que componen este colectivo de referencia. La incidencia en cambio indica la entrada o comienzo de la discapacidad, que puede ser anterior en años o décadas a la edad actual de la persona con discapacidad, permite conocer el momento o calendario y la intensidad del procesos, nos informa en que edades existe más riesgo de entrada a las discapacidad.

Un dato "perdido" dentro de nuestras estadísticas y que no nos permite evaluar el riesgo de entrada en discapacidad de una persona en particular es la edad de inicio de la discapacidad. La probabilidad de inicio de una discapacidad según edad pone de manifiesto en primer lugar el aumento con la edad de la probabilidad de tener discapacidad, además de la severidad de esta.

En nuestro medio en el momento de nacer, debido a problemas congénitos, del desarrollo o perinatales, la probabilidad de entrar en discapacidad es más alta que en aquellas etapas infantiles tardías, pues se trata de discapacidad adquirida, en el resto de edades la discapacidad es de sobrevida.

La mayor probabilidad de entrar en discapacidad para toda la población se concentra entre los 75 y 85 años, con un ascenso entre los 50 a 65 años, con mujeres que aportan más a estos valores, todo esto en la primera discapacidad que entre la persona, los valores cambian según como se presenten las siguientes discapacidades. Esta explicación es muy importante para interpretar la información, que nos brinda el sistema de información de la discapacidad.

IMAGEN Nº 2 : IMPACTO DEL AMBIENTE EN LA DISCAPACIDAD

Impacto del ambiente en la relación entre discapacidad y funcionalidad

LF 1 x A0 = 0 Discapacidad
LF 5 x A0 = 0 Discapacidad

LF 1 x A1 = 1 Discapacidad
LF 5 x A5 = 25 Discapacidad

LF: Limitación Funcional
A: Ambiente

El análisis de las discapacidades debemos iniciarla en función de las discapacidad motivo de la atención, primero en los servicios de rehabilitación del país seguido de la información del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores", comparando ambos resultados (proporciones) nos será útil para entender el proceso discapacidad. La primera interrogante que debemos resolver antes de entender cómo se operacionaliza un proceso discapacitante es ¿Qué es discapacidad? Y entendida así en su conceptualización más simple como resultado de la interacción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento y un entorno que no toma en consideración esas diferencias: Discapacidad =

Limitación Funcional x Ambiente. En la imagen Nº 2 mostramos las diferentes posibilidades de interacciones.

Un axioma importante es el que se describe como la discapacidad es parte del ciclo de vida de las personas, entendiéndose que además de las áreas típicas de la discapacidad motora, mental y sensorial, la población en general enfrenta condiciones discapacitantes en una sociedad que no está preparada para lidiar con la diversidad. La discapacidad es, cada vez más parte del ciclo de vida de todas las personas. El grupo en el cual se identifica el mayor crecimiento de discapacidades es el de adultos mayores particularmente aquellos con 70 años y más. El aumento de la expectativa de vida de la población, no mantiene las personas jóvenes por más tiempo, y si lo contrario, prolonga el envejecimiento y sus consecuencias naturales.

La perspectiva mundial, a lo menos en las poblaciones menos afectadas por la pobreza, es de que se pase a vivir en media unos 20 años en situación de vejez y por lo tanto, en situación de discapacidad. Con el avance de la medicina, grupos como las personas que viven con alguna enfermedad tal como VIH/SIDA pasan a tener una sobrevivencia mayor que tiende a crecer más (las personas que viven con SIDA son potencialmente personas viviendo con discapacidades asociadas o como consecuencia del tratamiento antirretroviral). Además las personas con discapacidad están entre los mayores grupos de riesgo de infectarse por VIH y contraer SIDA, debido a su vulnerabilidad al abuso sexual o a la falta de acceso a la comunicación y a la red de servicios de salud.

La pobreza está asociada íntimamente a la discapacidad, según han sido descritas por muchas organizaciones gubernamentales entre otras; Aproximadamente el 10% de la población mundial tiene una discapacidad. Esto implica que al menos 400 millones de personas viven con alguna discapacidad y viven en países en vías de desarrollo. Solo en Latinoamérica serían más de 80 millones.

Existe un círculo vicioso entre la pobreza y la discapacidad, la población pobre tiene más probabilidades de adquirir una discapacidad debido a la falta de acceso a los factores protectores (alimentación adecuada, acceso a servicios de salud, salud integral entre otros), además que la discapacidad crea barreras a la educación, el empleo y los servicios públicos que podrían ayudar a salir de la pobreza. Se estima que 100 millones de personas en el mundo adquirieron una discapacidad por la desnutrición.

El impacto de la discapacidad sobre la familia actualmente ha recogido una gran importancia, si la prevalencia de la discapacidad fuera del 5% (muy baja) y las familias de 6 miembros en promedio, se esperaría que más de 25% de la población esté afectada directamente por la discapacidad. Si se considera el papel de la familia extendida, el 50% de la población tendría una Persona con Discapacidad (PCD) dentro de su familia. Nos damos cuenta del gran impacto que tiene la discapacidad sobre ese entorno familiar.

Demográficamente la influencia que tiene la discapacidad revela que el número de personas con discapacidad aumentará en un 120% en los próximos 30 años en los países del hemisferio sur, mientras que los países del norte serán de 40% en el mismo periodo⁶. El intentar medir la discapacidad en las diversas épocas siempre ha traído como consecuencia una gran discusión, por cuanto no es posible establecer incidencias por ser una población tan dinámica en su proceso

⁶El derecho a la salud de las personas con discapacidad: Estado de la cuestión (Juan Arroyo)

discapacitante. Además que los datos varían según la definición de discapacidad utilizada. Se ha detectado que distintas definiciones serían utilizadas según el objetivo, no existe una "Medida de la Discapacidad"

Han existido enfoques y definiciones operacionales sobre discapacidad, en donde, como se describe, se han planteado hasta dos enfoques (estos enfoques se orientan según el modelo de la discapacidad que sea priorizado en la salud pública). El primero, se basa en la conceptualización de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) que hizo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 y, el segundo en la "Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud" (CIF) surgida en el año 2003. Debemos dejar libremente la opción de que cada lector seleccione el criterio a usar, pero no podemos dejar de mencionar que estrictamente hablando el CIF no corresponde a un clasificador sino a un identificador de dominios afectados y discapacidad.

Según la clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), se define la discapacidad como "la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano".

Existen cuatro tipos principales de discapacidad, clasificadas según los ámbitos del ser humano al que afectan:

- **Discapacidad Intelectual:** Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que compromete globalmente el desarrollo de los sujetos que lo padecen, ya que se ve afectado también el desarrollo en otros aspectos como son el motor, perceptivo, cognoscitivo, lingüístico, afectivo y social, aunque no en forma homogénea. Algunas patologías que pueden derivar en una discapacidad mental son el síndrome x frágil, Fenilcetonuria, Síndrome de Down, etc.
- **Discapacidad Física o Motora:** Se define como discapacidad física o motora a la dificultad para realizar actividades motoras convencionales, ya sea regional o general. Esta dificultad puede deberse a múltiples causas, sean congénitas o adquiridas. Las principales patologías productoras de esta discapacidad son: Osteoartrosis, Esclerosis Múltiple, Poliomiелitis, Mal de Parkinson, Distonía Muscular, etc.
- **Discapacidad Auditiva:** Es provocada por la deficiencia que abarca al oído, sus estructuras y funciones asociadas a él. De acuerdo al grado de severidad puede ser sordera o hipoacusia.
- **Discapacidad Visual:** Debido a deficiencias en el órgano de la visión no solo hacen referencia al ojo, sino también a las estructuras y funciones asociadas con él.

Este tipo de discapacidades presentan, a su vez, un grupo de dificultades particulares que conducen a menudo a la imposibilitación del sentimiento de libertad que se comentaba anteriormente.

Existe un modelo conceptual de la discapacidad que explica las relaciones conceptuales desde el origen de la discapacidad, así como los procesos sociales que lo comprometen y que según la magnitud de los mismos influirá en la gravedad del fenómeno. De tal manera que involucra tanto al modelo biomédico como al integracionista.

Parte del origen de la discapacidad está dado por las condiciones de salud anómalas que provocan cambios en las condiciones de vida de la población, que ya está inmersa en transiciones demográficas y epidemiológicas que modifica el nivel de exposición que tenga y que por lo tanto su entrada a la discapacidad variaría de acuerdo a estos procesos del ciclo vital.

IMAGEN 3

Esquema Conceptual del Fenómeno de la Discapacidad





Capítulo 2

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD EN EL PERÚ

La rehabilitación en nuestro país a través de los años viene afrontando una serie de incógnitas y problemas que han sido difíciles de resolver, salvo por algunas orientaciones dadas por los estudios de prevalencia realizados, tanto en el año 1993 como en el 2005. Estos problemas están relacionados con un desconocimiento de la prevalencia real de deficiencias y discapacidades en el nivel nacional. El perfil epidemiológico no es sustento suficiente para la implementación de programas y servicios de rehabilitación en el país. Los registros estadísticos se basan sobre daños y no sobre secuelas de los mismos y la atención que se brinda en los servicios de rehabilitación se realiza en función a la demanda y a la implementación física que cada uno de ellos ofrece y no a la prevalencia estimada de las discapacidades.

Para conocer la magnitud de la población con Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en el Perú, sólo se ha contado con la información proveniente de la demanda activa realizada a los Servicios de Rehabilitación, en cuyas oficinas de estadística usan para tipificarlos la Clasificación Internacional de Enfermedades y para la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM)

2.1 HITOS EN LA PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN EL PERÚ

Oficialmente, existen varias versiones estadísticas, una que se remonta al Censo Nacional de 1993, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - INEI, que determinó que el 1.3% de la población, es decir, 288,526 personas tenían algún tipo de discapacidad. Otra que proviene de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, titulado "Prevalencia de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en el Perú. 1993", según el cual la discapacidad afecta al 31.28% de la población peruana.

Según aproximaciones internacionales, las personas con discapacidad representan cerca del 10% de la población total en el Perú de acuerdo a las estadísticas preparadas por la Organización Mundial para la Salud en base a estudios técnico-médicos realizados en los países en vías de desarrollo. En este sentido, cerca de tres millones de peruanos y peruanas tienen algún tipo de discapacidad.

Por otro lado, en 1997, el INEI emitió la publicación "Perú: Perfil socio demográfico de la población discapacitada", que reúne toda la información estadística que en materia de discapacidad recogió el Censo de 1993.

2.1.1. Estudio de Prevalencia INR-INEI 1993

Su diseño y fundamento teórico lo observamos en el cuadro abajo mostrado, en donde se determino un tamaño muestral que fue elaborado por el Instituto Nacional de Estadística e informática, la cual tuvo un nivel de confianza de 95% y un error estándar de 3% y se considero según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que el 10% de las poblaciones adolece de algún impedimento. En este estudio se visitaron 630 viviendas a nivel nacional entrevistándose a 3,690 personas y con evaluación especializada un total de 2,791 personas.

TABLA N° 2: TAMAÑO DE LA MUESTRA EVALUADA A NIVEL NACIONAL*

Lugar	N° de conglomerados	N° de viviendas por conglomerado	Total de Viviendas
Lima - Callao	30	5	150
Provincias	60	8	480
Total	90	13	630

Fuente: Encuesta de Prevalencia INR-INEI 1993

(*) Se entrevistó a un total de 3690 personas de todas las edades y de ambos sexos y se examinaron 2791 personas

Los resultados obtenidos de esta encuesta nacional sobre deficiencia, discapacidad y minusvalía fueron las siguientes:

La prevalencia de DEFICIENCIAS es de 45.40%, es decir se estimó en esa oportunidad que casi la mitad de la población peruana era portadora de algún tipo de deficiencia. Este mismo estudio encontró que la tasa de prevalencia de DISCAPACIDAD es de 31.28%. En relación a la MINUSVALIA, la prevalencia encontrada fue de 13.08%.

En relación al sexo, se observó que existe un ligero predominio de Deficiencia y Discapacidad en la población femenina, siendo la minusvalía algo más prevalente en el varón. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, por lo que se pudo concluir que tanto el hombre como la mujer para el estudio tenían el mismo riesgo⁷ de tener una Deficiencia, una Discapacidad o una Minusvalía.

En relación a la edad, se observó que existía una tendencia 'in crescendo' conforme aumentaba la edad⁸, siendo la población mayor de 45 años la más afectada de Deficiencia, Discapacidad o Minusvalía.

⁷Esta es considerada actualmente una falacia del estudio por cuanto el riesgo solo se determinaría por las incidencias de cada grupo por separado.

⁸Actualmente es conocida como la teoría de las Entradas de la discapacidad

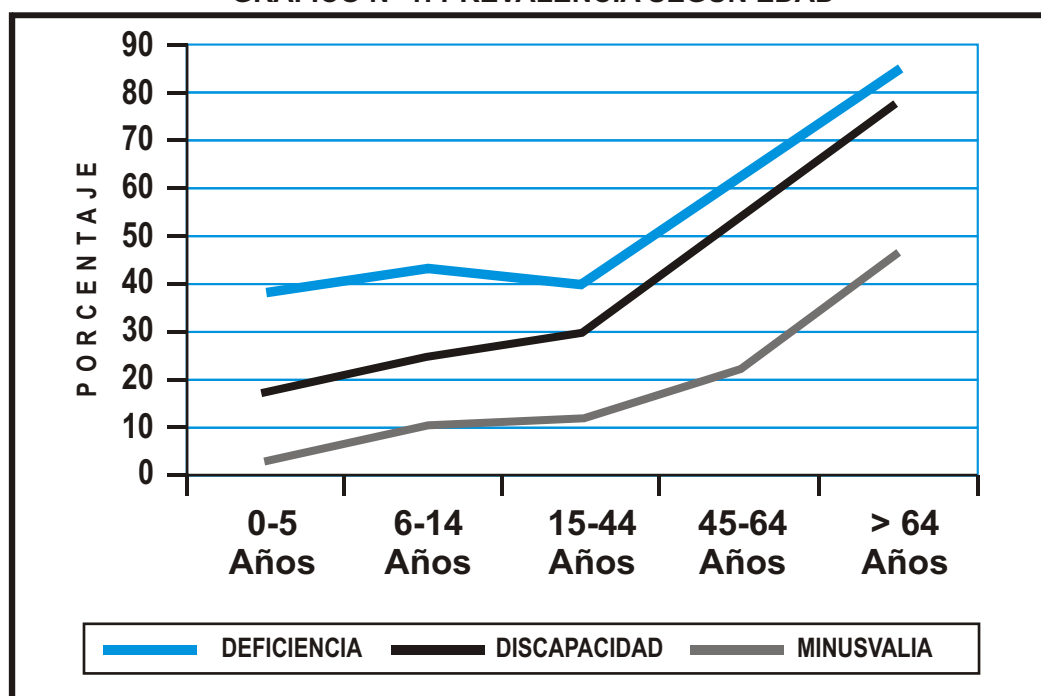
En el Tabla N° 3 observamos que el riesgo de tener minusvalía entre los 45 a 64 años es el doble que el encontrado en la población de 15 a 44 años. Así mismo, el riesgo de que la población mayor de 64 años tenga deficiencia y discapacidad es más del doble que la observada en la población de 15 a 44 años y en relación a la Minusvalía este riesgo se cuadruplica.

TABLA N° 3: PREVALENCIA DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALIAS POR EDAD

	0-5 Años (%)	6-14 Años (%)	15-44 Años (%)	45-64 Años (%)	> 64 Años (%)
DEFICIENCIA	37.17	42.76	40.47	61.01	84.35
DISCAPACIDAD	13.09	24.83	29.72	51.19	77.55
MINUSVALIA	2.88	9.93	11.66	22.02	46.94

Fuente: Estudio de Prevalencia INEI-INR 1993

GRAFICO N° 1: PREVALENCIA SEGUN EDAD



Fuente: Estudio de Prevalencia INEI-INR 1993

En relación a la relevancia por Región Natural, vivir en las grandes ciudades que mayormente se encuentran en la Costa aumenta las probabilidades de tener daños con secuelas (accidentes de tránsito, contaminación ambiental, accidentes laborales, etc.).

La prevalencia de Deficiencia, Discapacidad o Minusvalía por Área Geográfica es mayor en el Área

Urbana, seguida por el Área Urbano-Marginal. Vivir en el Área Rural representa un riesgo dos veces menor para presentar Discapacidad o Minusvalía que vivir en las Áreas Urbana y Urbana-Marginal.

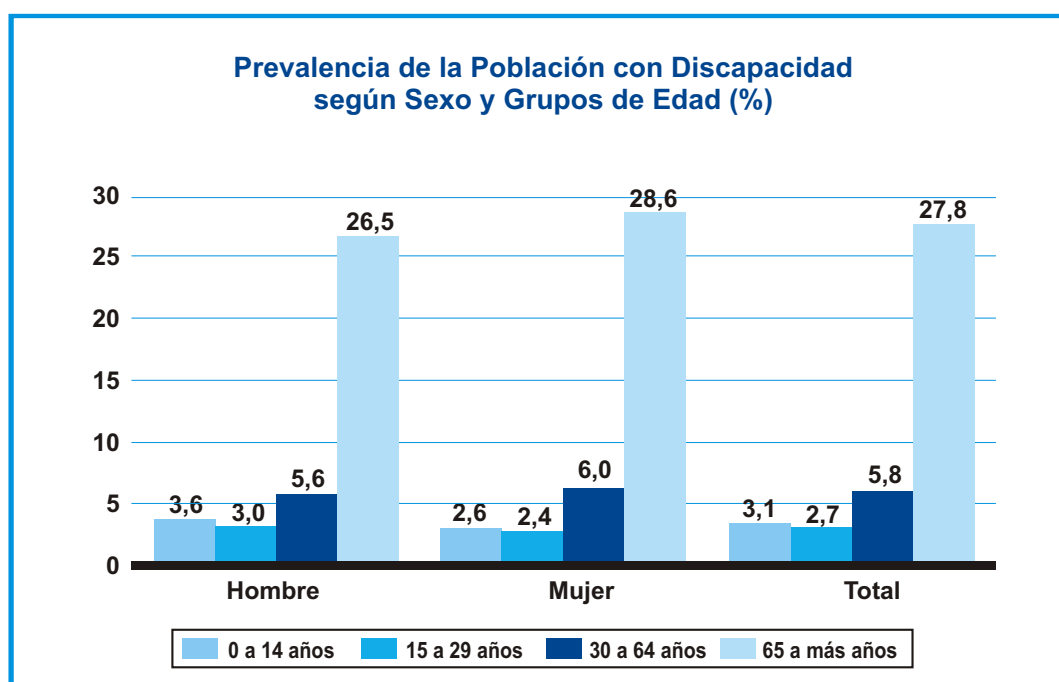
A nivel nacional, el 68.9 % de las personas con deficiencia, también eran portadores de discapacidades. El estudio encontró que este factor se presenta de igual forma en el hombre y en la mujer. Si analizamos este factor en relación a la edad, observamos que cerca del 51 % de los menores de 14 años que presentaron alguna deficiencia, también presentaron alguna discapacidad (menos que el promedio nacional). Casi el 77 % de las personas con deficiencia entre los 15 a 64 años presentaron además alguna discapacidad; lo más trascendente es lo observado en la población con deficiencia mayor de 65 años, donde el 92% presentó también discapacidades.

2.1.2 Estudio CONADIS INEI 2005

El Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad - CONADIS, asumió un reto en el año 1995 de contar con una línea de base que permita conocer con cifras reales la verdadera situación demográfica de las personas con discapacidad. Para ello suscribió un convenio institucional con el Instituto Nacional de Estadística e Informática para desarrollar la Encuesta nacional de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana y el Callao. El número de viviendas del marco muestral fue de 41,707, pero fueron censadas 45,978, (110% respecto a lo estimado).

La tasa de prevalencia en Lima Metropolitana fue de 5,7%. Se ha observado que aumentan el número de personas con discapacidad conforme aumenta la edad, sin embargo no existe diferencia marcada en relación al género siendo sus tasas de prevalencia para hombres y mujeres de 5,71% y 5,69% respectivamente.

GRAFICO N° 2



Fuente: INEI-CONADIS. Encuesta de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana - 2005.

El concepto de discapacidad utilizado en esta encuesta se basa en el documento aprobado por la Organización Mundial de la Salud: Clasificador Internacional de Funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF). Por ser tan compleja estas clasificaciones, para la encuesta se agruparon las categorías de la siguiente manera: Limitación motrices y de destreza, limitaciones visuales, limitaciones en el habla, limitaciones en la audición, limitaciones en el intelecto y limitaciones en la conducta.

TABLA N° 4

Población con Más de una Discapacidad: Tipos de Discapacidad más Frecuentes por Sexo						
Tipos de Discapacidad más Frecuentes	Total		Hombres		Mujeres	
Motriz y Visual	75.368	100%	29.413	39%	45.955	61%
Visual y Auditiva	50.688	100%	24.529	48%	26.159	52%
Motriz y Auditiva	48.582	100%	22.665	47%	25.917	53%
De Conducta e Intelecto	43.888	100%	23.573	54%	20.315	46%
Del Intelecto y del Habla	42.915	100%	24.209	56%	18.706	44%
Motriz y del Intelecto	38.155	100%	17.176	45%	20.979	55%
Motriz y del Habla	30.713	100%	16.522	54%	14.191	46%
De Conducta y Motriz	24.820	100%	12.201	49%	12.619	51%
De Habla y Auditiva	21.277	100%	10.563	50%	10.714	50%

Fuente: INEI-CONADIS. Encuesta de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana - 2005

La cifra de prevalencia encontrada de 5,7% (lo que significa que al menos 6 de cada 100 personas en Lima Metropolitana y Callao tendría al menos una discapacidad), bastante menor a la que arrojaba el estudio de OPS-INR en 1993 (31,28%), y mayor a la del Censo nacional del mismo año (1,3%).

La diferencia puede deberse a que esta es una muestra que se realizó sólo en Lima Metropolitana y El Callao (no debemos olvidar sin embargo que estas ciudades concentran el 30% de la población peruana), y a las preguntas planteadas que indagaban sobre "limitaciones motrices y de destreza, limitaciones visuales, en el habla, en la audición, en el intelecto y en la conducta".

Con respecto a la Educación el primer tema que se analiza es el alfabetismo, para lo cual se considera sólo la población de 10 años a más. Los resultados indican que el 90% de personas con discapacidad sabe leer y escribir. Como de esperarse, a mayor cantidad de limitaciones, la proporción de personas que saben leer y escribir disminuye. Asimismo, el tipo de discapacidad que limita en mayor medida el aprendizaje a leer y escribir es la del intelecto.

TABLA N° 5

Población con Discapacidad de 10 años a más Alfabetismo por Cantidad y Tipo de Discapacidad						
Cantidad y Tipo de Discapacidad	Total		Sabe Leer y Escribir			
			SI		NO	
Total	419 301	100%	376 037	90%	43 264	10%
Una Discapacidad	236 062	100%	223 653	95%	12 409	5%
Motriz y de Destreza	82 925	100%	78 738	95%	4 187	5%
Visual	77 570	100%	74 139	96%	3 431	4%
En el Habla	9 711	100%	9 222	95%	489	5%
En la Audición	43 819	100%	41 011	94%	2 808	6%
En el Intelecto	9 239	100%	8 095	88%	1 144	12%
En la Conducta	12 798	100%	12 448	97%	350	3%
Dos Discapacidades	108 129	100%	94 321	87%	13 808	13%
Tres o más Discapacidades	75 110	100%	58 063	77%	17 047	23%

Fuente: INEI-CONADIS. Encuesta de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana - 2005

La importancia del estudio es que nos permite conocer cuantas personas tienen una sola limitación (casi 40% entre motriz y visual), y cuántas tienen dos o más limitaciones (43%), de las cuales el 27,5% están asociadas a limitaciones del intelecto y 11% a limitaciones visuales y auditivas. También permite saber que el 16% de las discapacidades tienen origen genético, el 28% son adquiridas por enfermedades, 18% por accidentes, 16% por edad avanzada y que un importante 16% no sabe el origen de su limitación.

TABLA N° 6

Origen de la Discapacidad por Sexo						
Origen	Total		Hombres		Mujeres	
Total	434 229	100%	215 091	100%	219 138	100%
Congénito	71 525	16%	40 080	19%	31 445	14%
Enfermedad	119 715	28%	50 063	23%	69 652	32%
Accidente común	44 511	10%	22 469	10%	22 042	10%
Accidente de tránsito	16 137	4%	10 011	5%	6 126	3%
Accidente laboral	16 857	4%	14 512	7%	2 345	1%
Actividades deportivas	2 396	1%	1 825	1%	571	0%
Violencia Común	4 156	1%	3 375	2%	781	0%
Violencia familiar	10 088	2%	4 564	2%	5 524	3%
Violencia Terrorista	1 001	0%	801	0%	200	0%
Desastre natural	158	0%	0	0%	158	0%
Edad avanzada	67 600	16%	29 395	14%	38 205	17%
Negligencia médica	8 031	2%	3 979	2%	4 052	2%
Alcohol y drogas	742	0%	580	0%	162	0%
No sabe	7 1312	16%	33 437	16%	37 875	17%

Fuente: INEI-CONADIS. Encuesta de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana - 2005

La información sobre oportunidades laborales, niveles de educación y acceso a servicios de salud es extensa, por lo que estamos seguros que el estudio servirá para el diseño y monitoreo de políticas públicas en beneficio de las personas con discapacidad. Es de esperar que se pueda cruzar información con la Encuesta que el INEI lleva a cabo anualmente sobre una base aproximada de 500,000 hogares a nivel nacional, y que esta vez si esta incluyendo una pregunta sobre discapacidad.

2.1.3. Resultados de la ENCO 2006 (JUNIO 2006)

Los resultados al primer trimestre de Encuesta Continua (ENCO), realizada en el marco de los Censos Nacionales, permiten al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informar que el 8,7% de la población en el Perú presenta algún tipo de discapacidad visual, de la comunicación, auditiva, motriz o cognitiva.

Estas cifras muestran una diferencia significativa con respecto a la información presentada hace 12 años (censo INEI 1993), cuando se reportó que la tasa de personas con discapacidad era de apenas 1,3%. La diferencia responde a la mejora en la calidad de la medición que representa el disponer de personal exhaustivamente capacitado y con mayor tiempo para la aplicación de la encuesta censal.

Según los resultados de la ENCO 2006, Lima Metropolitana es la ciudad que con un 10,9% presenta el mayor índice de personas con discapacidad, lejos incluso del promedio nacional, el cual se situó en 8,7%, y muy por encima de los conglomerados provincia rural (8,0%) y provincia urbana (7,6%).

La información presentada al primer trimestre 2006 es el resultado de la aplicación de la nueva metodología que el INEI utiliza para la realización de los Censos Nacionales, que involucra un proceso constante de actualización de la información a nivel nacional y por distribución geográfica.

A diferencia del anterior proceso censal (1993), la aplicación de la metodología de los Censos Nacionales 2005 incluye dos etapas, la primera que implicó el desarrollo de un empadronamiento universal y la segunda, la ejecución anual de una Encuesta Continua (ENCO) por los siguientes cuatro años, a una muestra de 350 mil viviendas al año.

2.2 LOS JÓVENES Y LA DISCAPACIDAD

Inválido, minusválido, persona con habilidades diferentes, persona con necesidades especiales, discapacitado, persona con discapacidad, son sólo algunos de los términos utilizados en nuestro país para hacer referencia a aquellas personas que evidencian una disminución o ausencia de la capacidad para realizar determinadas actividades dentro de los márgenes considerados "normales" para un ser humano, debido a una deficiencia, es decir, a la pérdida o anomalía de una función psicológica, fisiológica o anatómica.

De acuerdo con esta definición de discapacidad, tradicionalmente, se habla de cuatro grandes grupos, que son la discapacidad visual, auditiva, física e intelectual (dentro de la que comprendemos también a la mental), de manera que, son personas con discapacidad, los ciegos, los sordos, aquellos a los que les falta algún miembro o presenten una deformación de los mismos, las personas con algún nivel de retardo mental, los autistas, las personas con síndrome de Down o personas con alteraciones mentales, entre otros.

La discapacidad puede ser congénita o adquirida por diversas causas, que van desde factores higiénicos al momento del parto, la falta de vacunas obligatorias, accidentes de tránsito entre otros, con lo cual, todos somos susceptibles de adquirir en algún momento de nuestras vidas, una discapacidad.

Así, podemos señalar que considerando jóvenes a aquellas personas que tienen entre 15 y 29 años de edad, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27802, existen en nuestro país 59,211 jóvenes con discapacidad, lo que equivale al 20.52% del total de personas con discapacidad.

De este total de jóvenes, 31,571 son hombres y 27,640 son mujeres, lo que equivale al 21.56% y 19.44%, respectivamente, del total de personas con discapacidad que habitan nuestro país.

Las cifras nos revelan también que la discapacidad más frecuente en los jóvenes, es la discapacidad motora la cual corresponde al 23.3%. La segunda discapacidad más frecuente en jóvenes es el retardo mental que equivale al 21.61%, seguida por la discapacidad visual que afecta al 19.96% de los jóvenes. Adicionalmente, el 15.97% de los jóvenes presentan discapacidad auditiva⁹, el 11.78% presentan discapacidades mentales.

Con relación a la proporción por género, debemos indicar que la discapacidad más frecuente en los jóvenes de sexo masculino es la motora, seguida por el retardo mental, en el 25.63% y 21.77% respectivamente, mientras que en las mujeres la discapacidad más frecuente es la visual con el 24.0% seguida del retardo mental con el 21.42%.

Lo señalado hasta aquí, constituye la principal información que se puede obtener en nuestro país, respecto a los jóvenes con discapacidad, a partir del Censo de 1993. Sin embargo, como se puede apreciar, estas cifras además de su desactualización, no nos revelan las necesidades, ni los problemas que enfrentan los jóvenes con discapacidad en nuestro país.

⁹Es preciso señalar que incluimos dentro de la discapacidad auditiva, a la "sordera" y "mudez" a la que hace referencia la información del INEI..

Capítulo 3

CONDICIONES DISCAPACITANTES

Los países en desarrollo están pasando por un período de rápida transición epidemiológica (de enfermedades infecciosas como la diarrea y la neumonía a otras crónicas como son las cardiopatías además de la Diabetes), lo que amenaza con acrecentar las brechas de sus empobrecidos sistemas de salud e incrementar aún más su deuda social.

Tres de las cuatro principales causas de muerte en todo el mundo (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas) van ligadas a un estado de enfermedad crónica¹⁰. Se debe destacar que estas enfermedades producen un gran número de deficiencias y discapacidades, por lo que los años perdidos por discapacidad en la población es de alta importancia en Salud Pública.

El número de personas que mueren anualmente de enfermedades cardiovasculares (incluidas las cardiopatías y los ataques de apoplejía) es cuatro veces superior a las muertes producidas por el SIDA, la tuberculosis y la malaria combinadas¹¹; agregando que estas enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes constituyeron el 60% de las 58 millones de muertes que se estima tuvieron lugar en todo el mundo en el 2005 (más de tres cuartas partes de las cuales ocurrieron en países en desarrollo)¹².

En octubre de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un informe (Preventing Chronic Disease: A Vital Investment) para elevar la conciencia sobre esta epidemia básicamente invisible en los países en desarrollo y hacer una llamada a la acción entre los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado¹³.

La OMS propone una nueva meta a nivel mundial: reducir en un 2% anual hasta el año 2015, la tendencia proyectada en los índices de mortalidad por enfermedades crónicas. Esta reducción impedirá que 36 millones de personas mueran por enfermedades crónicas en los próximos 10 años, y que el doble de esta cifra corresponda a alguna manifestación de discapacidad o limitación en actividades laborales, lo que producirá una merma en la economía de los países, la mayor parte de ellos en países de ingreso medio y bajo.

Para ello es esencial la prevención de enfermedades crónicas, pero a no ser que se preste urgente atención a la extensión del problema, los gobiernos de nuestros países no podrán elevar los recursos de los sistemas de salud ni cambiar debidamente el enfoque de sus servicios de salud.

¹⁰Aunque son casi sinónimos, se utiliza el término de "enfermedades crónicas" en vez de "enfermedades no comunicables" para enfatizar la carga que suponen para los sistemas de salud en los países en desarrollo.

¹¹Organización Mundial de la Salud (OMS), The World Health Report 2003 Shaping the Future (Ginebra: OMS, 2003).

¹²OMS, Preventing Chronic Disease: A Vital Investment (Ginebra: OMS, 2005). El 30% de las muertes anuales a nivel mundial se deben a enfermedades infecciosas, mientras que el 9% corresponde a lesiones.

¹³OMS, Preventing Chronic Disease.

3.1 CARGA QUE SUPONEN PARA LA SALUD LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Si bien la diarrea y la neumonía se consideraron en su momento las principales causas de la mortalidad en los países en desarrollo, la carga de estas y otras enfermedades infecciosas ha sido en gran parte superada por la mortalidad debida a enfermedades crónicas:

- Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, y representaron el 30% de la mortalidad mundial en 2005, y tres cuartas partes de las defunciones por enfermedades crónicas en los países en desarrollo¹⁴. La situación afecta especialmente a los centros urbanos de países como la China y la India, donde las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la actualidad (ver la tabla N° 7).
- El cáncer representa casi 7 millones de muertes anuales en todo el mundo, la mitad de las cuales tienen lugar en los países en desarrollo, donde constituyen el 10% de las defunciones.
- Las enfermedades respiratorias crónicas, y en particular la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se calcula que ocasionan 2,75 millones de muertes anuales en todo el mundo (casi el 5% de la mortalidad total).

TABLA N° 7: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: TOTAL DE ESPERANZA DE VIDA AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA DISCAPACIDAD (DALY) (EN MILLONES)

	1990	2002	2005	2015	2020	2030
China	22,9	25,4	25,4	25,5	26,1	27,1
India	23,4	30,7	32,2	35,2	37,4	41,6
Africa subsahariana	11,6	11,7	12,7	16,1	17,97	22,8
America/El Caribe	7,8	8,6	9,0	10,3	10,91	12,1

Fuentes: Christopher J.L. Murray y Alan D. Lopez, "Policy Forum," *Science* 274, no. 5288 (1996); OMS, *The World Health Report 2004* y Colin Mathers and Dejan Loncar, "Updated Projections of Global Mortality and Burden of Disease, 2002-2030: Data Sources, Methods and Results" (2005).

¹⁴K. Srinath Reddy, "Cardiovascular Diseases in the Developing Countries: Dimensions, Determinants, Dynamics and Directions for Public Health Action", en *Evidence Based Cardiology*, ed. Salim Yusuf, John A. Cairns, y A. John Camm (Londres: BMJ Books, 1998): 147-64.

Es sorprendente que casi la mitad de las muertes por enfermedad crónica tienen lugar entre personas menores de 70 años de edad, y una cuarta parte entre menores de 60 años. Asimismo las muertes por enfermedad crónica ocurren en edades mucho más jóvenes en los países de ingreso medio y bajo, que en los de alto ingreso.

Las enfermedades cardiovasculares también están afectando cada vez más a las poblaciones de los países en desarrollo en sus años productivos. En un estudio de siete países se observó que los índices de mortalidad por dicha causa eran considerablemente más altos entre las poblaciones en edad laboral (de los 35 a los 64 años) en los países de ingreso medio y bajo que en los Estados Unidos y Portugal¹⁵. Alrededor del 41% de todas las muertes por enfermedades cardiovasculares en Sudáfrica y el 35% en la India ocurren en las edades de actividad laboral, y las enfermedades cardiovasculares ocasionan en la actualidad tantas muertes entre los jóvenes y las personas de edad media como el VIH/SIDA.

Finalmente, más allá de elevar los índices de mortalidad, las enfermedades crónicas contribuyen considerablemente a la carga de discapacidad por enfermedad en los países en desarrollo. La forma más popular de medir dicha carga es la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés), que refleja el número de años de vida sana perdidos por muerte prematura y los que se viven sin disfrutar plenamente de buena salud¹⁶.

3.2 ESPERANZA DE VIDA Y DISCAPACIDAD

Los indicadores convencionales para medición del estado de salud de la población son la probabilidad de morir antes de cierta edad (los 5, 15 y 59 años) y la estimación de la esperanza de vida al nacer.

El indicador de Esperanza de Vida al Nacer en función de la Discapacidad (EVAD) es directamente comparable con medidas de la Esperanza de Vida al Nacer, pero mejora este último ya que incluye información sobre el estado de salud del individuo en vida, estimando la esperanza de vida sana al nacer, tomando en cuenta la fracción de la población que sobrevive en cada edad (calculada a partir de las tasas de natalidad y mortalidad), la prevalencia de cada tipo de discapacidad en cada edad (agrupada en enfermedades transmisibles, trastornos maternos y afecciones del periodo perinatal y deficiencias nutricionales, enfermedades no transmisibles y traumatismos), y la ponderación asignada a cada tipo de discapacidad, que puede no variar con la edad.

¹⁵Las proyecciones se ven en gran parte impulsadas por el crecimiento económico (como lo proyecta el Banco Mundial), al igual que las relaciones tradicionalmente observadas entre el crecimiento económico y la reducción en la mortalidad.

¹⁶Los DALY, como medida de los años de vida saludable perdidos y por casos de enfermedades cardiovasculares, se contraen a medida que la incidencia de enfermedades crónicas pasa a las edades mayores.

TABLA N° 8

Esperanza de Vida al Nacer y Esperanza de Vida Ajustada a Discapacidad (EVAD) al nacer				
	Esperanza de vida al nacer en función de la discapacidad (EVAD)		Esperanza de vida al nacer	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1 Francia	69.3	76.9	74.9	83.6
2 Italia	72.7	75.4	75.4	82.1
3 San Marino	72.3	75	75.3	82.0
4 Andorra	72.3	75.2	75.4	82.2
5 Malta	70.5	72.5	75.7	80.8
6 Singapur	69.3	71.2	75.1	80.8
7 España	72.8	75.7	75.3	82.1
8 Omán	63	64.1	70.4	73.8
9 Austria	71.6	74.4	74.4	80.4
10 Japón	74.5	77.2	75.2	77.4
11 Zambia	30.3	30.7	38.0	39.0
12 Zimbabwe	32.9	32.4	40.9	40.0

Fuente: Informe Anual de la Organización Mundial de la Salud 2000.

Al tomar en cuenta discapacidades, la esperanza de vida al nacer es siempre una sobre estimación de la esperanza de vida sana al nacer que, en sí, tiene implicaciones sociales y económicas. En la Tabla N° 8 se presentan estimaciones de la EVAD, comparando éstos con el típico indicador sobre la esperanza de vida. La selección de países representa los 10 primeros países clasificados, según el índice global del funcionamiento relativo de los sistemas de salud de los 191 países miembros, junto con los dos últimos países clasificados.

3.3 CONDICIONANTES EN EL PERÚ

La discapacidad debe ser atendido por los que toman decisiones en el sistema sanitario del Peru , como una responsabilidad social compartida , asumiendo que el modelo integrador es el que prevalece en las políticas del estado y específicamente en el sector salud. Lo inherente de la multicausalidad que es el modelo epidemiológico de la discapacidad y la complejidad de los diversos factores que interactúan, llamados para nosotros condicionantes, para producir discapacidad

Con la información obtenida a través del Sistema de Registro de la Discapacidad (HIS-DIS) se puede enumerar factores condicionantes de discapacidad, sobretodo de los daños que condicionan grados moderados y severos de discapacidad en las diferentes etapas del ciclo de vida teniendo en cuenta un modelo de atención que es general para todo el sector, como es Modelo de Atención Integral de Salud.

Etapa Niño y Adolescente:

- Parálisis Cerebral que genera discapacidades moderadas y severas de la locomoción, de la conducta, de la destreza.
- Trastornos Hipercinéticos de la Niñez que producen discapacidades de la conducta, comunicación y destreza.
- Retardo Mental con discapacidades moderadas y severas de la conducta, comunicación y del cuidado personal.

Etapa Adulto y Adulto Mayor:

• Los Desórdenes Vásculo Cerebrales, las amputaciones y las enfermedades osteodegenerativas causan discapacidades de la locomoción, de la conducta, de la comunicación y de situación, de grado moderado a severo. Siendo la etiología más frecuente de daños generadores para discapacidad, las complicaciones de los accidentes de tránsito y las enfermedades crónicas como, la Enfermedad Hipertensiva, la Diabetes Mellitus. Así mismo con gran frecuencia se encuentran los Síndromes Dolorosos Regionales que ocasionan discapacidades moderadas de la locomoción, del cuidado personal y de situación.

• Las enfermedades mentales están ocupando un lugar importante dentro del perfil epidemiológico del país, traducidos en el estudio de carga de enfermedad del año 2004.



Capítulo 4

SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN EL MUNDO

El explicar la discapacidad en el mundo se orienta hacia intentar abordar el tema segmentando las Condiciones Discapacitantes y sus resultados hacia los continentes, ya que cada uno de ellos según sus características socio demográficas tienen situaciones particulares y por lo tanto así como el tipo de discapacidad será distinto para cada zona, también la severidad. Como hemos dicho mas arriba en el texto todo depende de la evolución del proceso discapacitante y de la población blanco.

Hay en el mundo más de 500 millones de personas con discapacidad (mental, física o sensorial), más de 50 millones en Europa y alrededor de 3,5 millones en España.

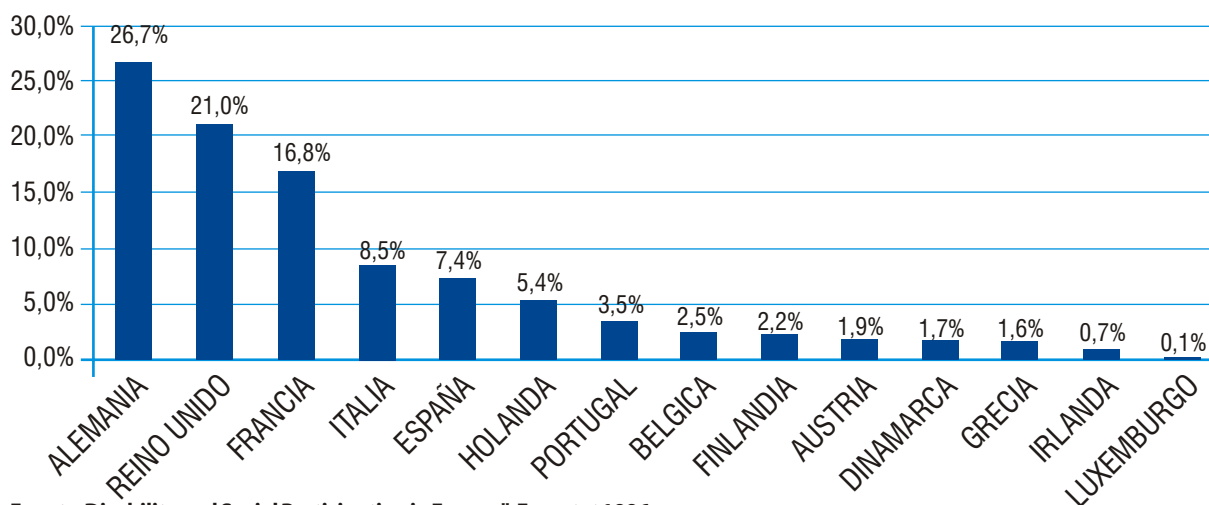
Según datos aportados por Eurostat, en el año 1996 había en Europa alrededor de 52 millones de personas con edades comprendidas entre los 6 y los 64 años que presentaban alguna discapacidad. La tabla N° 9 y gráfico N° 3, permite corroborar mediante cifras la importancia de este segmento de población, donde se aprecia que Alemania, Reino Unido y Francia son los países con un mayor número de personas con discapacidades sobre la población discapacitada total, representando un 26,7, 21 y 16,8%, respectivamente.

**TABLA N° 09: NÚMERO DE DISCAPACITADOS EUROPEOS (DE 6 A 64 AÑOS)
SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL**

	POBLACIÓN EUROPEA TOTAL	POBLACIÓN EUROPEA DISCAPACITADA	% RESPECTO AL TOTAL DE DISCAPACITADOS EN EUROPA
ALEMANIA	81493,3	14098,3	26,7%
REINO UNIDO	58605,8	11076,4	21,0%
FRANCIA	58020,1	8877	16,8%
ITALIA	57300,8	4469,4	8,5%
ESPAÑA	39209,7	3881,7	7,4%
HOLANDA	15459	2859,9	5,4%
PORTUGAL	9916,5	1824,6	3,5%
BÉGICA	10130,6	1306,8	2,5%
FINLANDIA	5107,8	1169,6	2,2%
AUSTRIA	8046,5	1005,8	1,9%
DINAMARCA	5227,9	909,6	1,7%
GRECIA	10454	857,2	1,6%
IRLANDA	3605,1	392,9	0,7%
LUXEMBURGO	409,7	67,1	0,1%
TOTAL	362986,8	52796,3	100,0%

Fuente: Para los datos de la población total de Europa. Censo de población de Eustat (1996) ; para los datos de discapacitados europeos, documento "Disability and Social Participation in Europe". Eurostat 1996

GRAFICO N° 3: PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD GLOBAL EN EUROPA.



Fuente: "Disability and Social Participation in Europe". Eurostat 1996

Hay que tener en cuenta que cada país tiene métodos diferentes de clasificación de discapacidades, lo que puede contribuir a la existencia de notables diferencias debido a una interpretación distinta. La Comisión Europea, en su documento titulado "Disability and social participation in Europe", desglosa las discapacidades entre "severas" y "moderadas" anunciando las discrepancias de clasificación existentes por cada país.

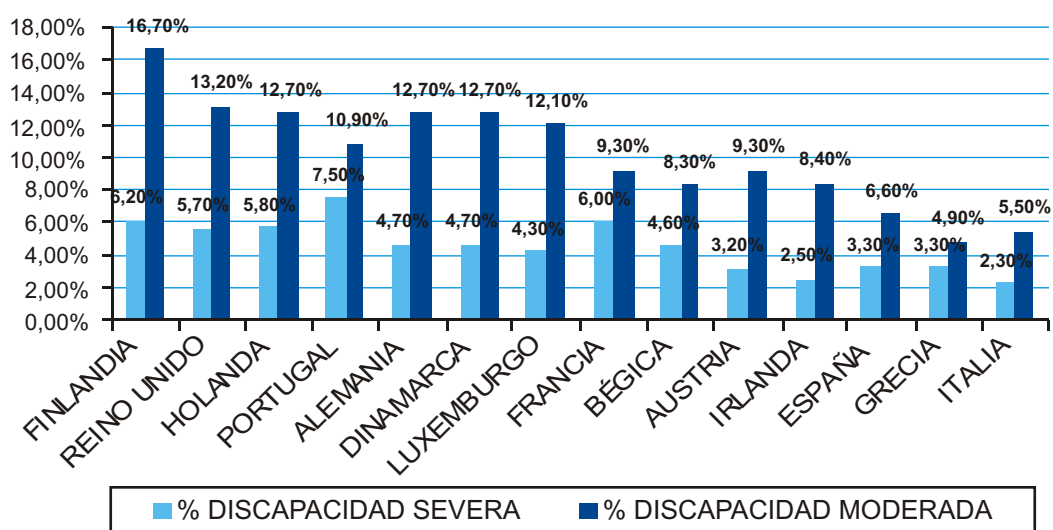
La tabla N°10 y el gráfico N° 4 ponen de manifiesto como en Europa, de los 362.986 millones de población total (según censo de población de Eurostat, 1996), el 14,8% de la población entre 6 y 64 años presenta discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales. De este porcentaje, el 4,6% padece discapacidades severas y el 10,2% discapacidades moderadas.

TABLA N° 10: DISTRIBUCIÓN DE LA GRAVEDAD DE DISCAPACIDAD EN EUROPA

	% DISCAPACIDAD SEVERA	% DISCAPACIDAD MODERADA	% TOTAL DISCAPACITADOS
FINLANDIA	6,2%	16,7%	22,9%
REINO UNIDO	5,7%	13,2%	18,9%
HOLANDA	5,8%	12,7%	18,5%
PORTUGAL	7,5%	10,9%	18,4%
ALEMANIA	4,7%	12,7%	17,4%
DINAMARCA	4,6%	12,7%	17,3%
LUXEMBURGO	4,3%	12,1%	16,4%
FRANCIA	6,0%	9,3%	15,3%
BÉGICA	4,6%	8,3%	12,9%
AUSTRIA	3,2%	9,3%	12,5%
IRLANDA	2,5%	8,4%	10,9%
ESPAÑA	3,3%	6,6%	9,9%
GRECIA	3,3%	4,9%	8,2%
ITALIA	2,3%	5,5%	7,8%
MEDIA	4,6%	10,2%	14,8%

Fuente: "Disability and Social Participation in Europe". Eurostat 1996

GRAFICO N° 4 DISTRIBUCIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA DISCAPACIDAD EN EUROPA



Fuente: "Disability and Social Participation in Europe". Eurostat 1996

En cuanto a la concentración de personas con discapacidad, Finlandia, Reino Unido y Holanda son los países que alcanzan un mayor porcentaje sobre su población total, obteniendo un 22,9, 18,9 y 18,5%, respectivamente.

A parte del envejecimiento que se está produciendo en la población mundial, el mayor uso de transportes públicos y privados de la población por razones de ocio y trabajo está aumentando los riesgos de sufrir accidentes de tráfico. Por ejemplo, en España se han registrado en el año 2001, según la Dirección General de Tráfico (DGT), 3,511 accidentes de tráfico, de los que 2,099 han ocasionado heridas graves. A pesar de estas cifras tan alarmantes, se ha apreciado un descenso de 221 heridos graves en términos absolutos durante el periodo 1999-2001.

Otra causa del incremento de las personas con discapacidades son los accidentes laborales. En España por ejemplo, se encuentra entre los países europeos con un mayor índice de siniestralidad laboral, por detrás tan solo de Dinamarca, Suecia y Bélgica. En el primer semestre del año 2002, el número de accidentes graves aumentó en el 7,45% frente al mismo periodo del año anterior. Este aumento evidencia, desgraciadamente, el goteo constante de nuevas personas que entran a formar parte del colectivo de discapacitados.

4.1 LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: TIPOS Y NECESIDADES

No tendría sentido hablar de accesibilidad y tipos de discapacidad sin tener en cuenta las diferentes barreras a las que se tiene que enfrentar este segmento de población.

La palabra accesibilidad puede entenderse en relación con tres formas básicas de actividad humana: movilidad, comunicación y comprensión. Todos, según sean nuestras capacidades funcionales o mentales, tropezamos con barreras en nuestra capacidad de movimiento, en nuestras comunicaciones o fuentes de información, y en nuestro alcance de comprensión de mensajes, instrucciones, instrumentos o sistemas. Los efectos de dichas barreras pueden llegar incluso a la exclusión social, a la estigmatización y agravios psicológicos para las personas

afectadas. La incapacidad de la sociedad para eliminar las barreras de movilidad, de comunicación y de comprensión es sintomática de la atención desigual que merecen las personas con capacidades reducidas. A la inversa, cada barrera al acceso que se elimina nos acerca un poco más a la consecución de una sociedad justa¹⁷.

Según Smith, las principales barreras que interactúan en la vida de las personas con discapacidad se desglosan en las siguientes modalidades: Barreras Intrínsecas y Barreras Ambientales.

- Las Barreras Intrínsecas se podrían considerar aquellas que, a pesar de constituir una barrera vinculada a los diferentes niveles de funcionalidad física, psicológica o cognitiva de cada persona (problemas de salud, dependencia física, etc.), también pueden mantener un vínculo con factores relacionados con la falta de igualdad de oportunidades en la educación o sobre protección familiar.
- Las Barreras Ambientales son aquellas surgidas por las limitaciones interpuestas en la sociedad y en el entorno donde se habita (barreras en el transporte, arquitectónicas, en la comunicación, etc.). Estas barreras son, prácticamente, aquellas que imposibilitan el acceso a las infraestructuras y servicios sanitarios

Para el segmento de población española discapacitada con más de 64 años, el desplazamiento fuera del hogar y la realización de tareas en el propio hogar constituyen en conjunto el 35% sobre el total de discapacidades. La tabla N° 11 compara los diferentes grupos de discapacidades en el grupo etareo de 6 a 64 años y los mayores de 64 años.

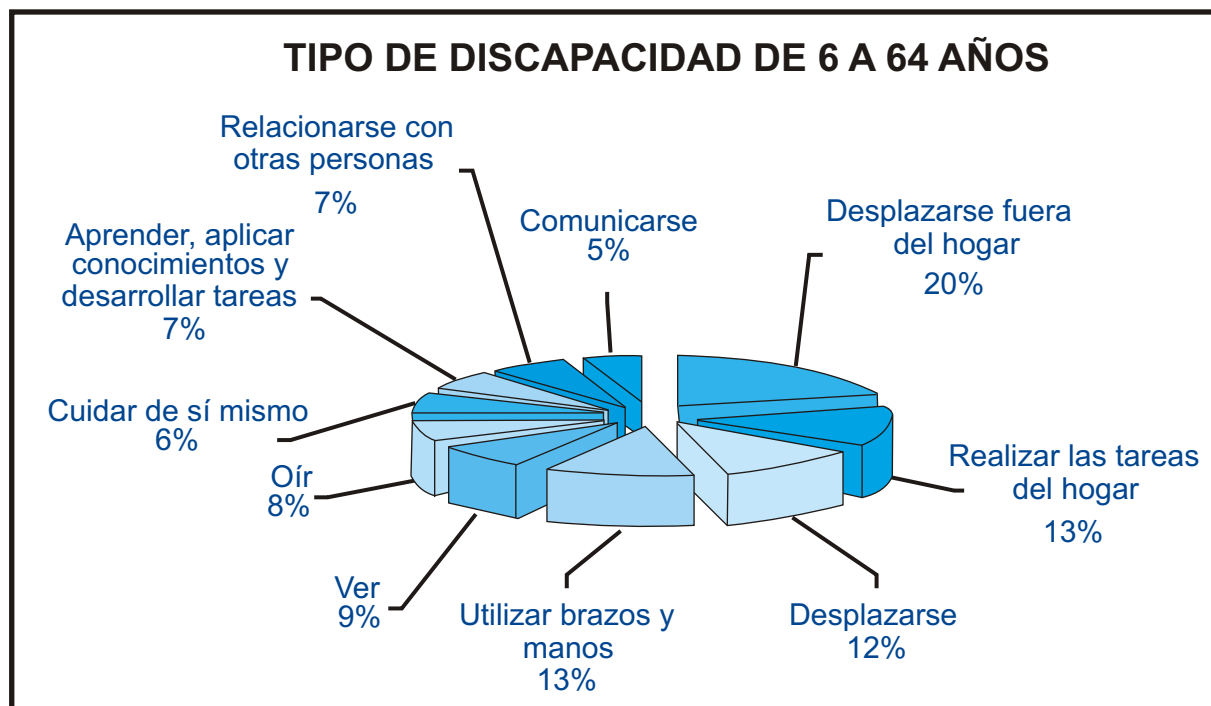
TABLA N° 11: PRINCIPALES GRUPOS DE DISCAPACIDAD EN ESPAÑA 2001

Grupos de Discapacidades	De 6 a 64 años	Mas de 64 años	Total
Desplazarse fuera del hogar	737.489	1.352.194	2.089.683
Realizar las tareas del hogar	475.693	984.881	1.460.574
Desplazarse	414.649	809.383	1.224.032
Utilizar brazos y manos	447.985	644.887	1.092.872
Ver	304.512	697.778	1.002.290
Oír	295.869	665.479	961.348
Cuidar de sí mismo	215.048	561.830	776.878
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	238.984	335.426	574.410
Relacionarse con otras personas	230.197	338.519	568.716
Comunicarse	179.092	180.519	359.356
TOTAL DE RESPUESTAS	3.539.518	6.570.641	10.110.159

Fuente: Instituto Nacional de Estadística España 2001.

¹⁷Equipo expertos Helios (1995) Social Integration. Annual Report. Bruselas.

GRAFICO N° 5: TIPOS DE DISCAPACIDADES ESPAÑA 2001



Fuente: Instituto Nacional de Estadística España 2001.

Existen otra serie de circunstancias que provocan una restricción temporal de la movilidad, reduciendo la independencia y la autonomía del sujeto. Nos referimos a discapacidades temporales propias de la actividad humana como, por ejemplo: El periodo de gestación, obesidad, el transporte de bultos, equipajes, cochecitos de niño, etc. Todas estas personas, en definitiva, también pueden ser englobadas en el colectivo de Personas con Movilidad Reducida (PMR), término establecido por la Unión Europea.



Capítulo 5

SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA

La discapacidad en las Américas es un tema complejo, de enorme repercusión social y económica, pero del que se carece de datos fehacientes. Los estudios estadísticos son escasos; Por ello, el trabajo en políticas o programas relacionados con la discapacidad se basa en datos estimados y, en ocasiones, bastante alejados de la realidad de los países.

Las tendencias actuales señalan un aumento cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y por causas externas. Sin duda alguna, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad. Otras condiciones que favorecen ese aumento de las discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, el abandono infantil, la marginación de grupos sociales como los pueblos indígenas, la pobreza extrema, el desplazamiento poblacional y los desastres causados por fenómenos naturales.

La población de América Latina viene envejeciendo a un ritmo acelerado como consecuencia del descenso de las tasas de natalidad, el aumento de la esperanza de vida así como por la vigencia de derechos humanos y civiles, sobre todo después de la segunda mitad del siglo XX. La urbanización, la industrialización, el uso de tecnologías modernas en el sector salud y la mayor cobertura en educación son factores que modifican la situación epidemiológica. Al mismo tiempo, en los países en desarrollo coexisten patologías de las etapas anteriores, tales como las enfermedades infecciosas, por vectores, parasitarias y nutricionales.

Las personas que presentan algún tipo de discapacidad sin distinción de clase social, raza, cultura, género, edad y condición económica, pertenecientes a un grupo familiar o no, sólo demandan de la sociedad el derecho a una vida en igualdad de condiciones. Esto se traduciría en el acceso equitativo a los servicios de salud, educativos, ocupacionales y recreativos, así como en el ejercicio de sus derechos, civiles y de otro tipo, para tener una vida digna y de buena calidad, además de participar plenamente en la sociedad y contribuir al desarrollo socioeconómico de su comunidad.

Para que las personas con discapacidad tengan una calidad de vida aceptable y la puedan mantener, se requieren acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación funcional e integración o inclusión social. La rehabilitación es un componente fundamental de la salud pública y es esencial para lograr la equidad, pero también es un derecho fundamental y, por lo tanto, una responsabilidad social.

Al establecer en 1982 el Programa de Acción Mundial sobre Personas con Discapacidad, la Asamblea General de las Naciones Unidas reafirmó el derecho de esas personas a la igualdad de oportunidades, la participación plena en las actividades económicas y sociales, y la igualdad en el acceso a la salud, la educación y los servicios de rehabilitación. La integración de las personas con discapacidad es responsabilidad del conjunto de la sociedad, no solo del Estado, y debe comprender la atención médica, el fomento del empleo, la práctica de la recreación y los deportes, la accesibilidad del medio físico y la rehabilitación.

El hecho de que la discapacidad se caracterizara y diagnosticara como una condición que requería atención médica y rehabilitación, dio como resultado que la atención y el tratamiento se basaran en la deficiencia individual. La creación de múltiples servicios separados y especializados para las personas con discapacidad, como la educación especial y la capacitación vocacional, son el legado de ese enfoque. Sin embargo, este modelo actualmente no es sostenible, la discapacidad individual no impide por sí misma la capacidad de trabajar, participar y gozar de los derechos ciudadanos.

Se calcula que alrededor de 3 a 6% de las personas de 65 a 74 años de edad que viven en los Estados Unidos de América presentan dificultades para realizar al menos una actividad instrumental de la vida diaria (AIVD) o una actividad de la vida diaria (AVD) y que este porcentaje aumenta grandemente en personas de 75 años o más. La discapacidad de las personas de mayor edad está asociada con su mayor riesgo de hospitalización, morbilidad y muerte. Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud promovió un estudio multinacional con el objetivo de evaluar las tasas de dificultad para realizar AIVD y AVD en adultos mayores de América Latina y el Caribe y evaluar los factores socio demográficos y sanitarios asociados con estas discapacidades.

El estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) se basó en una encuesta transversal realizada entre 1999 y 2000 a 10,970 hombres y mujeres de 60 años de edad o más que vivían en siete ciudades. Para el presente análisis se utilizaron los datos de 3,225 personas de 75 años o más que fueron entrevistadas (290 de Buenos Aires, Argentina; 581 de Bridgetown, Barbados; 791 de São Paulo, Brasil; 389 de Santiago, Chile; 555 de La Habana, Cuba; 245 de México, D.F., México; y 374 de Montevideo, Uruguay). Se encontró que la dificultad para realizar AIVD y AVD aumentaba con la edad en todos los países, era mayor en las mujeres que en los hombres y estaba asociada con una menor escolaridad, un índice de masa corporal <20 y el padecimiento de un mayor número de enfermedades. Las personas de mayor edad de São Paulo y Santiago presentaron mayores dificultades para realizar AIVD (33,8% y 30,3%, respectivamente) que las de otras ciudades, mientras que en Montevideo y Bridgetown se encontró el menor número de personas con estas dificultades (12,0% y 18,1%, respectivamente).

En cuanto a la dificultad para realizar AVD, las ciudades con mayor prevalencia fueron Santiago (34,7%) y Buenos Aires (32,1%) y las menos afectadas fueron Bridgetown (16,9%) y Montevideo (23,5%). Las mayores dificultades estuvieron relacionadas con caminar, caminar, trasladarse y bañarse. El ser mujer mostró una asociación significativa con la dificultad para realizar AIVD, pero no AVD.

La gran heterogeneidad encontrada en cuanto a las dificultades para realizar AIVD y AVD en los diferentes países estudiados puede deberse a las diferencias en la escolaridad media de sus adultos mayores, a factores culturales (algunas sociedades protegen más a las personas de mayor edad) o al diferente nivel de desarrollo de las infraestructuras que facilitan la movilidad de las personas de mayor edad en esos países¹⁸.

¹⁸Tasas de discapacidad en adultos mayores de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica [online]. 2006, vol. 19, no. 1 [citado 2007-11-20], pp. 55-56

En América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad (Tabla N° 12). Por lo menos tres millones de discapacitados se encuentran en los siete países que componen el Istmo Centroamericano; Esa cifra es superior a la población de algunos países de la Región. Probablemente, más de un cuarto de la población total de la Región se encuentre afectada directa o indirectamente por la discapacidad de familiares, amistades o miembros de la comunidad. La situación de las personas con discapacidad se caracteriza por extrema pobreza, tasa elevada de desempleo, acceso limitado a los servicios públicos de educación, atención médica, vivienda, transporte, legales y otros; En general, su posición social y cultural es marginada y de aislamiento.

Alrededor de 50% de la población con discapacidad en la Región tiene edad para trabajar (entre 2.250.000 y 2.956.000 personas). Sin embargo, los altos niveles de pobreza y desempleo en la población general, así como la clara relación entre la pobreza y la discapacidad, hacen que la situación de las personas con discapacidad en la Región sea muy grave, ya que la mayoría están desempleadas o excluidas del mercado laboral.

Las tendencias demográficas y los indicadores sociales, tales como la pobreza y la salud, indican que el número de personas discapacitadas y los efectos de la discapacidad sobre el individuo, su familia y su comunidad están en aumento. Las consecuencias generales que la marginación de esas personas tendrá sobre la situación política, económica y social de la sociedad son muy serias.

TABLA N° 12: PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD POR PAÍS (PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

País	Total de personas discapacitadas	Porcentaje
Argentina	2.217.500	6,80
Bolivia	741.382	9,26
Brasil	10.000.000	6,00
Chile	958.500	6,39
Colombia	4.992.000	12,00
Costa Rica	363.480	9,32
Ecuador	1.636.800	13,20
Guatemala	1.887.000	17,00
Honduras	700.000	14,00
México	10.000.000	10,00
Nicaragua	593.880	12,12
Perú	7.882.560	31,28
Uruguay	495.000	15,00
Venezuela	2.370.000	10,00

Fuente: BID 2006.

5.1 INFORMACIÓN AL 2007

Cerca del 82% de las personas con discapacidad en Latinoamérica y el Caribe son pobres, lo cual en la mayoría de los casos afecta a su familia. En Panamá los datos PENDIS (Enero 2007) apunta a una prevalencia de 11.3% de la población, llegando a 13.5% en áreas indígenas/rurales. Uno de cada tres hogares tiene Personas con Discapacidad y de estos 90,730 hogares viven con capacidad económica muy baja. En Brasil, el censo del 2000 mostró que de los 24,650.000 brasileros con discapacidad (14.6%), el 27% vive en situación de extrema pobreza y el 53% son pobres.

Durante el año 2003, el BID organizó una serie de reuniones sub-regionales basadas en la temática de datos de discapacidad en América Latina y el Caribe (ALC). El propósito estuvo enfocado en la evolución del estatus de las estadísticas sobre discapacidad en cada país de ALC. Durante los últimos dos años, el BID ha ayudado a los países analizando los datos existentes en las estadísticas de discapacidad y ha financiado encuestas de discapacidad en Nicaragua y Guatemala.

TABLA N° 13 PREVALENCIAS ACTUALES DE DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA

País	Definición	Fuente/año	Prevalencia
Argentina	Deficiencia	Censo 1869	2.18%
		Censo 1895	0,64%
		Censo 1914	0,18%
		Censo 1947	0,62%
		Censo 1960	0,15%
	Funcionamiento	ENDI 2002 -3	7.1%
Bolivia	Deficiencia	Censo 2001	3.1% Hog.
		Ec. Hog.2001	3.8%
Brasil	Deficiencia	Censo 1991	1,14%
	Funcionamiento	Censo 2001	14,48%
Chile	Deficiencia	CASEN2000	5,3%
	Funcionamiento	En. Cal. Vida 2000	21,7%
		ENDISC2004	12,4%
Colombia	Funcionamiento	Censo 2005	6,3%
Paraguay	Funcionamiento	Encuesta local	3%
Perú	Deficiencia	Censo 1981	NA
		Censo 1993	1,3%
		INR 1993	31,3%
		EHODIS2005	5,7
		Censo/ ENCO2005	8,7%
Uruguay	Funcionamiento	ECH1991 -1993	4%
		ENEVISA 1999	8%
		ECH2003 -4	11%
Venezuela	Deficiencia	Censo2001	NA

Fuente: BID 2006

Discapacidad en Argentina

En Argentina, la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) -Complementaria del Censo 2001- constituye la primera experiencia de este tipo de medición en el país y tiene por objetivo cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad. Se entendió que la discapacidad es toda limitación en la actividad y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social.

Por otra parte, esas limitaciones y restricciones no dependen solamente del individuo portador de la deficiencia, sino también del entorno físico y cultural en que se encuentran (por ej.: barreras arquitectónicas y urbanísticas; falta de recursos; no cumplimiento de la legislación vigente; discriminación, prejuicios, etc.). En esa oportunidad, los primeros resultados de la ENDI informaron que la población con discapacidad representa el 7,1 % de la población total que vive en localidades de 5.000 habitantes más y la prevalencia es levemente superior en las mujeres (7,3 %) que en los varones (6,8 %). En números absolutos, el total de las personas con discapacidad asciende a 2.176.123 (1.010.572 varones y 1.165.551 mujeres).

En cuanto a la estructura por edad de la población con discapacidad, los resultados presentan un porcentaje en ascenso a medida que se avanza en edad. El 3 % del total del grupo de edad 0 a 14 años (alrededor de 250.000 personas), el 5,5 % de la población entre 15 y 64 años (1.000.000 de personas aproximadamente) y el 28,3 % de la población de 65 años y más (cerca de 860.000 personas), tienen alguna discapacidad.

Discapacidad en Ecuador

De la investigación a profundidad del censo de hogares 2004 ha resultado que en Ecuador hay 1,608,334 personas con discapacidad, que representa el 12,14% de la población total. El 6% de los hogares en Ecuador tiene al menos un miembro con discapacidad, existiendo una diferencia entre hogares urbanos y rurales con 5% y 8% respectivamente. Hay más mujeres (51,6%) con discapacidad que hombres (48,4%) esta distribución no es igual a la distribución de la población nacional por sexo, demostrando que existe mayor discapacidad en las mujeres. Sin embargo no en todas las edades es mayor el número de mujeres con discapacidad.

La probabilidad de tener una discapacidad aumenta con la edad, la presencia de una discapacidad está directamente relacionada con la edad. De la población con discapacidad el 33% tiene más de 65 años, mientras que en los grupos menores de 40 años estos porcentajes máximo llegan al 19%. Aunque los porcentajes de discapacidad se incrementan conforme avanza la edad, a partir de los 41 años este incremento se acelera en forma notable.

Existen según investigaciones cerca de 18,000 niños/as que tienen limitaciones en la actividad y restricción en la participación. Entre las limitaciones más frecuentes de los menores de 5 años señalamos a la limitación de ponerse de pie, para caminar solo y de la comunicación.

El 44% de la población infantil presenta más de una limitación. En esta población el 80% reportó como causa originaria alguna condición negativa de salud como son las enfermedades hereditarias y adquiridas los problemas al momento del parto, infecciones y mala práctica médica. La condición negativa de salud es reportada en un 91% en la zona rural en comparación con el 73% en la zona urbana.

En este país, se encontró que el 4.8% de la población mayor de cinco años tiene limitación grave en la actividad y restricción en la participación, Es decir, son personas con discapacidad que tienen un bajo o ningún nivel de autonomía, que a pesar de utilizar ayudas técnicas o personales, presenta un nivel de funcionamiento muy restringido.

El 79% de las personas con limitación grave, tienen limitaciones para realizar actividades y restricción en la participación: para movilizarse, actividades educativas y de aprendizaje, integrarse a la vida comunitaria, suficiencia en su auto cuidado, integrarse a las actividades de la vida doméstica y trabajar en forma remunerada.

Más de 450 mil personas presentan deficiencias estructurales, que representa el 64% de todas las deficiencias. Entre la población con discapacidad, el 64% presenta deficiencias estructurales, el 29% deficiencias funcionales y el 7% deficiencias mixtas.

Discapacidad en Uruguay

La prevalencia de la discapacidad alcanza al 7.6% de la población total residente en hogares particulares urbanos de localidades de 5.000 o más habitantes (aproximadamente un 82% de la población total del país). En cifras absolutas la población con al menos una discapacidad se estima en 210.400 personas. Las grandes áreas geográficas no acusan diferencias significativas en cuanto a la prevalencia (7.7% para Montevideo y 7.5% para el Interior Urbano).

El sexo y la edad marcan comportamientos diferenciales. La prevalencia de la discapacidad en la población total de mujeres es superior a la de los varones: 8.2% contra 7%. Sin embargo al considerar la edad, la población masculina menor de 30 años presenta mayor prevalencia en discapacidad que la femenina de esas mismas edades, situación que se equilibra entre los 30 y 49 años para luego revertirse en las edades adultas mayores.

El aumento de la discapacidad con el avance de la edad y en particular a partir de los 65 años

muestra a la discapacidad en el contexto del envejecimiento demográfico. La cuarta parte de la población adulta mayor padece alguna discapacidad. Con el aumento de la esperanza de vida, aumentan también los años vividos con discapacidad de las personas que la adquirieron desde el nacimiento o a edades muy tempranas. Con los años agregados a la vida aumenta el riesgo de adquirir una discapacidad en las edades avanzadas, como secuela de alguna enfermedad o por el deterioro de las capacidades funcionales al envejecer.

Características de la población con discapacidad

De las personas que declaran al menos una discapacidad el 57% son mujeres. Esta predominancia femenina se acentúa en la población montevideana (60%) mientras que en el Interior Urbano es significativamente menor (54%). Algo más de la mitad de la población con al menos una discapacidad (50.8%) tienen 65 años o más de edad. Le sigue la población de 50 a 64 años (18.4%) y los adultos de 30 a 49 años (12.9%) en tanto que los niños, adolescentes y jóvenes representan el 17.9%.

La importancia relativa de los niños y adolescentes con discapacidad es mayor en el Interior Urbano. Mientras que en el grupo de adultos mayores, Montevideo supera al Interior. La mayoría de la población con discapacidad (66%) padece una sola discapacidad, en tanto el 34% presenta dos o más discapacidades. Este porcentaje se mantiene independientemente del sexo y del área geográfica considerada.

Respecto a la discapacidad declarada como principal, el mayor porcentaje (31.3%) refiere a las dificultades para caminar, ya sea el no caminar o el tener limitaciones para movilizarse. En orden de importancia le siguen la visión (ceguera o limitaciones para ver) y la audición (sordera o limitaciones para oír) que representan el 25% y el 13.6% respectivamente.

El sexo marca algunas diferencias importantes en algunas discapacidades. Es mayor el porcentaje de mujeres que presentan discapacidad visual y motora. Esto resulta acorde con una población envejecida en la que predominan las mujeres en la población adulta mayor. Por su parte las limitaciones mentales que dificultan el aprendizaje se presentan con mayor peso entre los varones.

En cuanto al origen de la discapacidad declarada por las personas como principal, más de la mitad (51.2%) considera que la misma se origina en una enfermedad y el 20.8% la considera de nacimiento. El 17.5% atribuye su origen al envejecimiento y el 9.4% como secuelas de accidentes. Las mayoría de las mujeres (54.2%) atribuyen su discapacidad a una enfermedad y casi la quinta parte al envejecimiento. En los varones estos porcentajes son menores, el 47.2% declara que su discapacidad se origina en una enfermedad y la cuarta parte la considera de nacimiento. También los accidentes son causa de mayor discapacidad entre los varones.

Discapacidad en Chile (CASEN 2006)

CASEN 2006 indica que en Chile viven 1.119.867 personas con discapacidad, lo que equivale a un 6,9% de la población total. Se constata que 881.694 hogares tienen algún miembro con discapacidad, lo que corresponde al 20,3% del total de hogares del país, mientras que en 473.647 hogares (equivalentes a un 10,9% del total nacional), es el propio jefe de hogar quien presenta discapacidad. En 152.699 hogares existe otro miembro con discapacidad aparte del jefe de hogar.

Además, se revela que el 13,8% presenta más de una discapacidad, porcentaje que se eleva a 14,5% en el caso de las mujeres.

Si bien la discapacidad está presente en todos los grupos de edad, está especialmente concentrada en la población de mayor edad. A partir de los 70 años, el 66,2% de la población tiene alguna discapacidad. En la primera infancia la discapacidad está presente en más de 18 mil niños y niñas entre 0 y 5 años, cuestión que está siendo asumida como un desafío del Sistema de Protección de Infancia Chile Crece Contigo, con la destinación de ayudas técnicas para cubrir las necesidades de los hogares, salas cuna y jardines infantiles.

En cuanto a los niños y adolescentes en edad escolar, existe un universo de aproximadamente 65 mil niños entre 6 y 13 años (educación básica) y 40 mil entre 14 y 17 años (educación media) que tienen algún tipo de discapacidad, antecedente importante de tener en cuenta para garantizar su inserción escolar. La CASEN revela que la discapacidad más frecuente es la ceguera (45,6%, es decir, 510.370 personas), seguida por las de tipo físico (31%, 346.892 personas), sordera (17,7%, 197.739 personas), mental (12,3%, 137.965), psíquica o psiquiátrica (5,9%, 65.901 personas) y mudez o dificultad al hablar (4,6%, 51.715 personas).

Al hacer un análisis de las discapacidad por sexo, la CASEN muestra que las mujeres tienen mayor discapacidad visual (59,4%), psíquica o psiquiátrica (57,1%) y física (56,6%), mientras que los hombres presentan mayor discapacidad para el habla (60,4%) y mental (53,2%).

De hecho, en las personas mayores de 66 años, la principal discapacidad es la sordera (51,2%), la física (39,4%) y la ceguera (32,1%). En las personas hasta los 20 años, la principal discapacidad es mental (35,3%) y mudez (34,6%).

Desde el punto de vista de las políticas públicas, cabe destacar que sólo un quinto de las personas nace con alguna discapacidad (23,3%), y que casi la mitad de las discapacidades se adquieren por enfermedad (47,9%) incluidas las derivadas del envejecimiento lo que releva la necesidad de una política más activa de promoción de una vida saludable.

El 11% de las personas con discapacidad (más de 140 mil personas) las adquirió como resultado de algún accidente, siendo la discapacidad física la que mayormente es atribuible a accidentes. Las personas con discapacidad enfrentan mayores limitaciones en su acceso a la educación, ya que el 43,1% de ellas no ha completado la educación básica, sólo el 14,5% ha culminado su educación media y apenas el 5,4% tiene educación superior completa.

Cabe destacar que en la CASEN 2006 se midió discapacidad como condición de larga duración (discapacidad severa) en lugar de insuficiencias, como se hizo en las encuestas CASEN de años anteriores y en el estudio realizado por FONADIS-INE en el 2004.

5.2 CAUSAS DE DISCAPACIDAD

Causas Sanitarias: Además de las causas comunes que se comparten con los países industrializados, como los defectos congénitos, las enfermedades crónicas, los tumores malignos y los accidentes de tránsito, los países latinoamericanos cuentan con casos significativos de discapacidad relacionada con enfermedades infecciosas y parasitarias y problemas de salud relacionadas con problemas con el feto y el periodo perinatal. (Tabla N° 14)

TABLA N° 14: PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA

	Enfermedades Adquiridas	Lesiones causadas por accidente de tránsito	Lesiones causadas por accidentes laborales	Violencia	Pobreza	Problemas al nacer	Edad
Argentina	X	X	X				
Barbados	X	X					
Bolivia	X	X			X		
Brasil		X	X	X			
Chile	X	X					
Colombia	X	X	X				
Costa Rica						X	
Ecuador	X					X	
El Salvador		X			X		
Jamaica		X		X			
México	X	X	X				X
Nicaragua		X		X	X		
Paraguay	X				X		
Perú	X	X	X				
Trinidad y Tobago	X	X					

Fuente: BID 2006

Causas Ambientales: Estas causas comprenden problemas de contaminación ambiental y sus efectos sobre la salud, como por ejemplo el uso irracional de plaguicidas en la agricultura que aumentan los riesgos de deficiencias y discapacidades en los países latinoamericanos, la falta de prevención de la violencia y los accidentes laborales y de tránsito y los conflictos armados que causan traumas psicológicos y emocionales sumados a un hecho latente como es de la del “sembrado de minas antipersonales”

5.3 ÁREAS PROBLEMÁTICAS DE LA DISCAPACIDAD

Sistemas educativos:

Las autoridades educativas de los países miembros ni cuentan con estadísticas sobre la inscripción, la deserción y el grado de escolaridad de los niños y adolescentes con discapacidad. La integración educativa solo se da de manera informal, "no existiendo políticas gubernamentales" que definan este objetivo en los países. En el caso de educación superior es mucho peor porque así se suman las dificultades relacionadas con el transporte y las barreras arquitectónicas. Todas estas barreras traen como consecuencia una menor integración social y una limitación de las oportunidades.

Empleo:

Muchos países de América latina no han incluido en sus censos datos sobre la población con discapacidades que forma parte de la PEA. Hay un alto grado de desempleo en las personas con discapacidades, así como resistencia de los empleadores a darles mayores oportunidades en el mercado laboral.

Accesibilidad y Movilidad:

Las barreras arquitectónicas y urbanísticas son uno de los principales problemas que intensifican la dificultad de las personas con discapacidad para integrarse en el mercado laboral y en las actividades de la vida cotidiana.

Asistencia médica:

La falta de programas de prevención y detección temprana impide en ocasiones evitar la discapacidad o el aumento de su gravedad, así la falta de asistencia especializada afecta a las personas con discapacidad además que existen muy pocos profesionales que atienden esta demanda. La falta de información es sin duda uno de los mayores problemas en este campo, porque la falta de datos precisos y fiables sobre la población con discapacidad hace más difícil programar, prevenir o incluso abogar por la elaboración de políticas o programas nacionales sobre el tema. La realidad es que el número de personas con discapacidad en las Américas es superior al que se notifica.

Legislación:

Existe legislación específica en 62% de los países; Cada país cuenta con una serie de normas y leyes propias que directa o indirectamente, tratan el tema de la discapacidad. La legislación sobre las discapacidades ha ido evolucionando gracias a la preocupación de los propios discapacitados y de las instituciones que les prestan servicios y atención.

Cabe destacar el cambio paulatino de la terminología empleada en la legislación, desde términos como impedidos, disminuidos y minusválidos, hasta la incorporación y aceptación del término "discapacidad", que es más respetuoso y específico. También se puede observar la evolución del papel del Estado, desde las posiciones asistencialistas y proteccionistas, hasta dar paso a la participación activa, la autogestión y la participación comunitaria.

Capítulo 6

LOS SERVICIOS DE REHABILITACION EN EL PERU

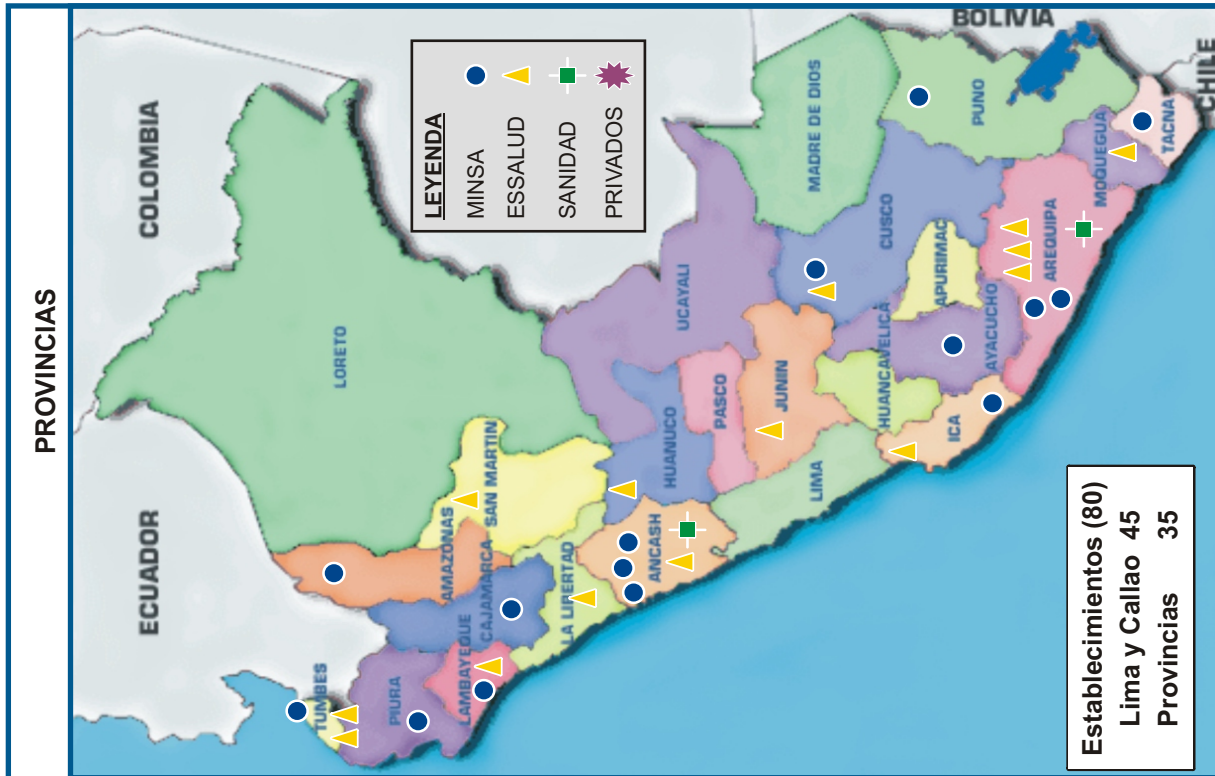
En la actualidad, la problemática social que afecta a los discapacitados es un problema que nos concierne a todos nosotros como sociedad. Nosotros como entidad prestadora de servicios de salud que pertenecemos al sector público somos responsables de que la discapacidad como resultado del proceso salud enfermedad no sea un motivo de exclusión para aquel peruano o peruana que lo padece.

En muchos sentidos en nuestra sociedad la discapacidad no es tomada en cuenta en los programas de desarrollo social vinculados a la salud y por ende no son incluidos dentro de los programas sociales, vulnerando así un derecho fundamental de toda persona con alguna discapacidad, a los cuales se les niega su derecho. Las Personas con Discapacidad tienen problemas como son la falta de accesibilidad, la falta de leyes y modificaciones y la brecha educativa como resultado del círculo vicioso pobreza discapacidad. El acceso a los servicios de salud se ve limitado a aquellos establecimientos de salud en donde pueden encontrar atención especializada que les permita mejorar su calidad de vida y así ser menos marginados de esta nuestra sociedad estigmatizadora en el caso de las Personas con Discapacidad.

La capacidad que tiene el estado para afrontar los problemas sanitarios de las Personas con Discapacidad esta limitada a los servicios que este regenta a través del Ministerio de Salud, ESSALUD, y Fuerzas Armadas, que son las instituciones del sistema de salud que cuentan con mejores condiciones de infraestructura y de recursos humanos para atender a esta población. Es así que el sistema solo cuenta con 80 servicios especializados en todo el país, 45 de estos entre Lima y Callao y el resto en provincias del Perú.

IMAGEN N° 4

ESTABLECIMIENTOS QUE CUENTAN CON SERVICIOS DE REHABILITACIÓN - 2006



LIMA Y CALLAO		
1	DISA I - Callao	MINSA
2	Instituto Nacional de Rehabilitación	MINSA
3	Hospital Nacional Daniel a. Carrión	MINSA
4	Hospital San José	ESSALUD
5	CERP del Callao	ESSALUD
6	Clinica Alberto Sabogal Sologuren	SANIDAD
7	Centro Médico Naval	PRIVADO
8	Instituto Rehabilitación Infantil Luis Pasteur	
9	DISA II - Lima Sur	MINSA
10	Hospital María Auxiliadora	MINSA
11	Hospital Villa María del Triunfo	MINSA
12	DISA III - Lima Norte	MINSA
13	Hospital Docente de Huacho	MINSA
14	Hospital de Huaral	MINSA
15	Hospital Nacional Sergio Bernales	MINSA
16	Hospital Nacional Cayetano Heredia	MINSA
17	Instituto Nacional de Salud Mental Hideoy-Noguchi	MINSA
18	Centro Materno Infantil (Canto Grande)	MINSA
19	Hospital Barranca- Cajatambo	MINSA
20	Hospital de Chancay	MINSA
21	Hospital de Puente Piedra	MINSA
22	Hospital de Huacho	ESSALUD
23	Hospital PNP Augusto B. Leguía	SANIDAD
24	DISA IV - Lima Este	MINSA
25	Hospital Herminio Valdizan	MINSA
26	Hospital Nacional Hipólito Unzué	MINSA
27	Centro de Rehabilitación de Chosica	MINSA
28	Clinica Vitarie	ESSALUD
29	ARIE (Asociación para la Rehabilitación de Infantil Excepcional)	PRIVADO
30	DISA V - Lima Ciudad	
31	Instituto de Salud del Niño	MINSA
32	Instituto de Ciencias Neurológicas	MINSA
33	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	MINSA
34	Instituto Materno Perinatal	MINSA
35	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	MINSA
36	Hospital Nacional Dos de Mayo	MINSA
37	Hospital Santa Rosa	MINSA
38	Hospital Victor Larco Herrera	MINSA
39	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M.	ESSALUD
40	Hospital Guillermo Almenara Irigoyen	ESSALUD
41	CERP La Victoria	ESSALUD
42	Policlínico Essalud Ramon Castilla	ESSALUD
43	Clinica (Ex-Policlínico) Essalud Grau	ESSALUD
44	Clinica Essalud Angamos	ESSALUD
45	Clinica Obra de San Carmilo	PRIVADO
46	Hospital Militar Central	SANIDAD
47	Hospital Central de la Policía	SANIDAD
48	Hospital Central FAP	SANIDAD
49	Centro de Rehabilitación Peruano Japonés	PRIVADO
50	Centro Médico San Judas Tadeo	PRIVADO

6.1 SERVICIOS DE REHABILITACION

Los servicios de rehabilitación tienen su correlato principal de la población sujeta de programación a atender en cada uno de los departamentos y es así que basados en el cálculo de la población esperada de Personas con Discapacidad en cada departamento es posible calcular la demanda potencial de dichos establecimientos, y su cobertura de atención. Como se muestra en la tabla N° 15.

TABLA N° 15

POBLACION CON DISCAPACIDAD Y COBERTURA DE ATENCION					
DEPARTAMENTOS	POBLACION PAIS 2006(*)	CON DISCAPAC. (8,6 %)*	DEMANDA POTENCIAL		
			COMUN. (40 %)	I NIVEL (18 %)	S. REHAB. (12 %)
AMAZONAS	411.000	35.346	14.138	6.362	4.242
ANCASH	1,083.000	93.138	37.255	16.765	11.177
APURIMAC	437.000	37.582	15.033	6.765	4.510
AREQUIPA	1,171.000	100.706	40.282	18.127	12.085
AYACUCHO	659.000	56.674	22.670	10.201	6.801
CAJAMARCA	1,415.000	121.690	48.676	21.904	14.603
CALLAO	843.000	72.498	28.999	13.050	8.700
CUSCO	1,214.000	104.404	41.762	18.793	12.528
HUANCAVELICA	467.000	40.162	16.065	7.229	4.819
HUANUCO	765.000	65.790	26.316	11.842	7.895
ICA	700.000	60.200	24.080	10.836	7.224
JUNIN	1,183.000	101.738	40.695	18.313	12.209
LA LIBERTAD	1,601.000	137.686	55.074	24.783	16.522
LAMBAYEQUE	1,129.000	97.094	38.838	17.477	11.651
LIMA	8,184.000	900.240	360.096	162.043	108.029
LORETO	913.000	78.518	31.407	14.133	9.422
MADRE DE DIOS	103.000	8.858	3.543	1.594	1.063
MOQUEGUA	166.000	14.276	5.710	2.570	1.713
PASCO	277.000	23.822	9.529	4.288	2.859
PIURA	1,695.000	145.770	58.308	26.239	17.492
PUNO	1,299.000	111.714	44.686	20.109	13.406
SAN MARTIN	703.000	60.458	24.183	10.882	7.255
TACNA	291.000	25.026	10.010	4.505	3.003
TUMBES	204.000	17.544	7.018	3.158	2.105
UCAYALI	425.000	36.550	14.620	6.579	4.386
TOTAL	27,338.000	2547.484	1018.994	458.547	305.698

* Encuesta continua 2006 - INEI

Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación 2007

TABLA N° 16

RESUMEN GENERAL DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA ANUAL
DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
I.N.R. 2001 - 2006

Información Estadística	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Consulta Externa Especializada						
Atendidos en el I.N.R.	28,233	30,180	30,704	25,55	22,343	21,399
Atenciones en el I.N.R.	51,325	56,639	55,433	46,008	41,660	39,804
Consulta Externa de la Dirección de Funciones Mentales						
Atendidos en Aprendizaje	1,745	1,909	2,185	2,184	2,078	2,101
Atenciones en Aprendizaje	3,733	4,015	4,180	4,507	4,115	4,451
Atendidos en Comunicación	4,255	4,475	4,271	3,663	3,761	3,840
Atenciones en Comunicación	7,006	7,559	6,943	5,856	6,359	6,435
Atendidos en Desarrollo	3,368	4,665	4,945	3,665	2,864	3,237
Atenciones en Desarrollo	6,155	8,432	9,268	6,661	5,194	6,011
Atendidos en D.I.A.S.	1,573	1,617	1,801	1,715	1,533	1,369
Atenciones en D.I.A.S.	3,064	2,985	2,967	2,696	2,415	2,091
Consulta Externa de la Dirección de Funciones Motoras						
Atendidos en Posturales	9,770	9,235	9,281	6,896	5,019	4,382
Atenciones en Posturales	14,786	13,902	13,744	9,437	7,076	6,390
Atendidos en Amputados	406	397	440	435	416	397
Atenciones en Amputados	822	909	849	834	926	901
Atendidos en Lesiones Centrales	824	1,091	1,193	1,035	1,076	1,130
Atenciones en Lesiones Centrales	2,133	3,228	3,636	3,154	3,561	3,459
Atendidos en Lesiones Medulares	610	662	668	601	654	506
Atenciones en Lesiones Medulares	1,141	1,354	1,420	1,285	1,376	958
Atendidos en Músculo Esquelético y Dolor	5,447	5,747	5,432	4,677	4,318	3,972
Atenciones en Músculo Esquelético y Dolor	12,100	12,502	11,559	10,258	9,442	8,284
Atendidos en Nervios Periféricos	235	372	488	654	624	465
Atenciones en Nervios Periféricos	330	753	867	1,330	1,196	924

Fuente: OEI-INR/DIS

Según la tabla N° 15 en Lima y Callao existirán 116,729 personas con discapacidad grado severo que deberían ser atendidas en el Instituto Nacional de Rehabilitación, sin embargo se llegó solo al 18.3% de atención de esta población objetiva.

En el Instituto Nacional de Rehabilitación el comportamiento de la demanda ha sido variable en estos últimos 6 años y específicamente en lo relacionado con los atendidos en el establecimiento de salud esta variación ha sido notoria, debemos destacar que desde el año 2004 la demanda ha ido decreciendo considerablemente, es así que la variación entre el año 2003 y 2004 ha alcanzado un 16,8% decreciente y esa tendencia se ha mantenido hasta el año 2006; La variación entre el 2004 y el 2005 es del 12,6% y entre el 2005 y el 2006 el 4,2%. Existe algún factor relacionado con la demanda que ha contribuido en estas variaciones, aunque la tendencia es nuevamente a alcanzar su punto de equilibrio de demanda.

Los servicios de rehabilitación del país están distribuidos de tal manera que no permiten una adecuada prestación de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación a todas las personas que por cualquier motivo acuden a un hospital, sin importar la complejidad de este ni la demanda potencial de las personas que están permanentemente sometidas a algún tipo de discapacidad.

En el año 2006 los servicios de rehabilitación (incluido el Instituto Nacional de Rehabilitación) han producido 141,172 atenciones, siendo el Instituto Nacional de Rehabilitación el que lidere la condición de mayor demanda con 39,804 atenciones,(28.20%) seguida del Hospital Hipólito Unanue con el 6% de todas las atenciones, como mostramos en la tabla N° 17.

Comparativamente con el año 2005 se ha observado que esta distribución ha variado de modo importante; además que se nota una disminución de los centros productores de información, específicamente existen algunos centros hospitalarios grandes que han dejado de informar como los establecimientos que pertenecen a ESSALUD (estos establecimiento en el año 2001 aportaban mas del 15% de la información sobre discapacidad en el país).

TABLA N° 17: PRINCIPALES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Establecimiento de Salud	Nuevos	Reingreso	Continuadores	Total	%
Instituto Nacional de Rehabilitación	15948	5451	18405	39804	28.20%
Hospital Hipólito Unanue	4499	636	3276	8411	6.00%
Hospital Arzobispo Loayza	3730	609	3110	7449	5.30%
Instituto de Salud del Niño	3967	204	2350	6521	4.60%
Otros E.S.	43183	4117	31687	78987	

Fuente: HIS-DIS 2006

A nivel Nacional, en general existen 4 tipos de entidades que ofrecen el servicio de rehabilitación a las personas con discapacidad. Estos son el Seguro Social o Essalud, las Fuerzas Armadas a través de sus direcciones de sanidad, el Ministerio de Salud y los servicios que prestan entidades privadas.

El porcentaje que oferta cada uno de estos tipos de entidades, se presenta en la siguiente tabla N°18.

Tabla N: 18: PORCENTAJE DE LA POBLACION ACCESIBLE A SERVICIOS DE SALUD - INR 2006

Tipos de Entidades que ofrecen servicios de rehabilitación	% de la Población que accede a los Servicios de Rehabilitación
Essalud	9.5%
Sanidad de las FF. AA.	5.2%
Entidades Privadas	3.7%
MINSA	81.6%
TOTAL	100%

Fuente: HIS-DIS / MINSA 2006

Como se puede apreciar más de la mitad de la población con discapacidad que acude a un establecimiento de salud, lo realiza en establecimientos de servicios públicos ofertados por el Estado (se exceptúa a las Fuerzas Armadas y Policía), y esto tal vez se deba a las barreras socioeconómicas propias de la población pobre.

A continuación presentaremos la relación de Establecimientos de Salud a Nivel de las direcciones de salud de Lima y Callao que cuentan con servicios de Rehabilitación.

**TABLA N: 19: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
LIMA Y CALLAO 2006**

DISA I - Callao		
1	Instituto Nacional de Rehabilitación	MINSA
2	Hospital Nacional Daniel a. Carrión	MINSA
3	Hospital San José	MINSA
4	CERP del Callao	ESSALUD
5	Clínica Alberto Sabogal Sologuren	ESSALUD
6	Centro Médico Naval	SANIDAD
7	Instituto Rehabilitación Infantil Luis Pasteur	PRIVADO
DISA II - Lima Sur		
8	Hospital María Auxiliadora	MINSA
9	Hospital Villa María del Triunfo	MINSA
DISA III - Lima Norte		
10	Hospital Docente de Huacho	MINSA
11	Hospital de Huaral	MINSA
12	Hospital Nacional Sergio Bernales	MINSA
13	Hospital Nacional Cayetano Heredia	MINSA
14	Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo-Noguchi	MINSA
15	Centro Materno Infantil (Canto Grande)	MINSA
16	Hospital Barranca- Cajatambo	MINSA
17	Hospital de Chancay	MINSA
18	Hospital de Puente Piedra	MINSA
19	Hospital de Huacho	ESSALUD
20	Hospital PNP Augusto B. Leguía	SANIDAD
DISA IV - Lima Este		
21	Hospital Herminio Valdizan	MINSA
22	Hospital Nacional Hipólito Unanue	MINSA
23	Centro de Rehabilitación de Chosica	MINSA
24	Clínica Vitarte	ESSALUD
25	ARIE (Asociación para la Rehabilitación de Infantil Excepcional)	PRIVADO
DISA V - Lima Ciudad		
26	Instituto de Salud del Niño	
27	Instituto de Ciencias Neurológicas	MINSA
28	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	MINSA
29	Instituto Materno Perinatal	MINSA
30	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	MINSA
31	Hospital Nacional Dos de Mayo	MINSA
32	Hospital Santa Rosa	MINSA
33	Hospital Victor Larco Herrera	MINSA
34	Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti M.	ESSALUD
35	Hospital Guillermo Almenara Irigoyen	ESSALUD
36	CERP La Victoria	ESSALUD
37	Policlínico Essalud Ramon Castilla	ESSALUD
38	Clínica (Ex-Policlínico) Essalud Grau	ESSALUD
39	Clínica Essalud Angamos	ESSALUD
40	Clínica Obra de San Camilo	PRIVADO
41	Hospital Militar Central	SANIDAD
42	Hospital Central de la Policía	SANIDAD
43	Hospital Central FAP	SANIDAD
44	Centro de Rehabilitación Peruano Japonés	PRIVADO
45	Centro Médico San Judas Tadeo	PRIVADO

Fuente: HIS-DIS 2006

6.2 RECURSOS HUMANOS

En los análisis de salud lo que se busca es identificar las brechas que existen entre la oferta y demanda asistencial como un indicador de las brechas sociales. Siendo la discapacidad un problema multifactorial entonces entra en el terreno de la salud pública en donde se deben observar principalmente sus determinantes, condicionantes e intervinientes tratando de asociarlos y buscando la relación de riesgos que son consecuencia de ellos.

Cada uno de ellos aporta una ponderación diferente al análisis y sus resultados ya que la metodología empleada es diferente para cada uno de ellos. Es por eso que los atributos de cada variable deben considerarse únicas para evitar los sesgos que pudieran producirse en el proceso. Esto es válido para los determinantes ya que los condicionantes se modifican muy rápidamente y es difícil caracterizarlos. Es el caso de los recursos humanos en salud los cuales tiene atributos diferentes que se relacionan con el tipo de profesión, el tiempo de actividad, la complejidad del trabajo entre otros, los que influyen en la caracterización del riesgo que podría producirse por una deficiente oferta de recursos humanos en rehabilitación.

La organización del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores" es de tipo vertical y jerárquico, existen organizaciones sindicales con el derecho que les asiste la Ley, así mismo gremios según grupo profesional como el de los Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Tecnólogos Médicos y otros.

Se dispone de un Cuadro de Asignación de Personal, dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones el cual fue aprobado mediante Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, Así mismo se cuenta con el Cuadro de Asignación de Personal aprobado mediante Resolución Ministerial N° 642-2007/MINSA, Presupuesto Analítico de Personal aprobado mediante Resolución Directoral N° 031-2008-SA-DG-INR.

No ha sido posible cubrir las plazas previstas en el CAP por razones de carácter administrativo y coyunturalmente por el recorte presupuestal sufrido en el último trimestre del presente año, se estima que en el ejercicio presupuestal 2008 se pueda incorporar personal profesional de la salud para poder ampliar la oferta de servicios en medicina de rehabilitación, por cuanto se nombraría personal en el marco de la Ley N° 28498.

El Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores" actualmente cuenta con un número insuficiente de profesionales médicos y de la salud para el desarrollo de la misión, como son la investigación especializada científica, docencia, rectoría, normativa y atención especializada. Esta situación obliga a dichos profesionales a asumir a tiempo parcial diferentes responsabilidades.

Para cubrir la demanda de atención de pacientes en los diferentes servicios que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación se cuenta momentáneamente con 183 personas en la modalidad de Servicios No Personales distribuidos entre las áreas asistenciales y administrativas, quienes no gozan de vacaciones, seguro social y otras leyes sociales.

El déficit de personal respecto al CAP se evidencia entonces por la existencia de las personas contratadas por Servicios No Personales. Con respecto a la parte asistencial debemos señalar que vienen laborando 222 personas (sin considerar a las enfermeras y asistentes en servicios de salud) de los cuales 97 están contratados bajo la modalidad de Servicios No Personales y 125 son nombrados.

En tal sentido se hace necesario que el MINSA asigne un mayor presupuesto en materia de recursos humanos teniendo en cuenta el déficit que posiblemente se haga mayor con la operación del Instituto Nacional de Rehabilitación en la nueva sede.



Capítulo 7

ESTRUCTURA DE LA DEMANDA

En la información procesada debemos distinguir dos tipos de poblaciones estudiadas, la primera identificada por la población que acude a los servicios de rehabilitación en todas las Regiones del país, la segunda que corresponde a la demanda asistida por el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores". Más adelante caracterizaremos a cada una de las poblaciones según sus parámetros más importantes.

7.1 ATENDIDOS Y ATENCIONES

Siendo las personas que se atienden en los Servicios de Rehabilitación del país una cohorte con atributos muy parecidos a la población general, esta cohorte tiene características que corresponden a su condición de ingreso a la misma. Así tenemos que las condiciones definidas en el sistema INRDIS (subsistema del Sistema de Estadísticas de las Discapacidades en el Perú-1997) son Nuevos, Continuadores, Reevaluación, Interconsulta y Reingreso. Son considerados atendidos para el sistema todas las condiciones excluyendo a los continuadores. En el estricto sentido de pacientes nuevos para el servicio la tendencia de la atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación se muestra en el cuadro siguiente.

TABLA N: 20: CONDICIONES DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES 2006

Condiciones	INR-DIS*		HIS-DIS	
	consultas	%	consultas	%
Nuevo	10346	26.0%	71327	50.52%
Continuadores	18405	46.2%	58828	41.67%
Reevaluación	3885	9,8%	NA**	NA
Interconsulta	1565	3.9%	NA	NA
Reingreso	5603	14.1%	11017	7.80%
Total	39804	100.0%	141172	100.0%

Fuente: INR-DIS/HIS-DIS 2006 *Solo INR

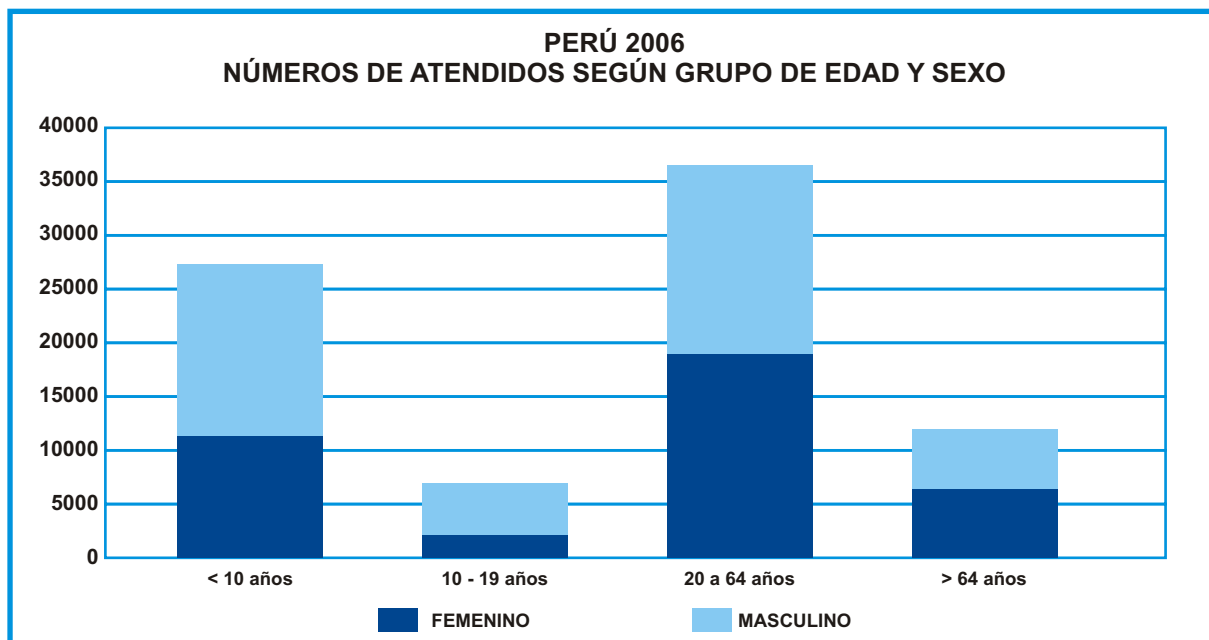
**NA: No aplicable.

Se observa que los pacientes nuevos atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación representan el 26% de todos los que fueron atendidos en el establecimiento, mientras que en el nivel nacional 50,52% de todas las atenciones representan a los que por primera vez son atendidos en algún servicio de rehabilitación en el país. Aun cuando la confiabilidad de los registros que encontramos en el Sistema Nacional como en el del Instituto Nacional de Rehabilitación tengan regular significación, esta nos permite caracterizar a la población demandante de servicios. En esta sección haremos un esfuerzo por mostrar esos atributos más importantes de la población atendida por los servicios de rehabilitación en el país.¹⁹

¹⁹ Incluye a todas las gerencias: MINSA, ESSALUD, Sanidades y Privados

7.2 EDAD Y GÉNERO

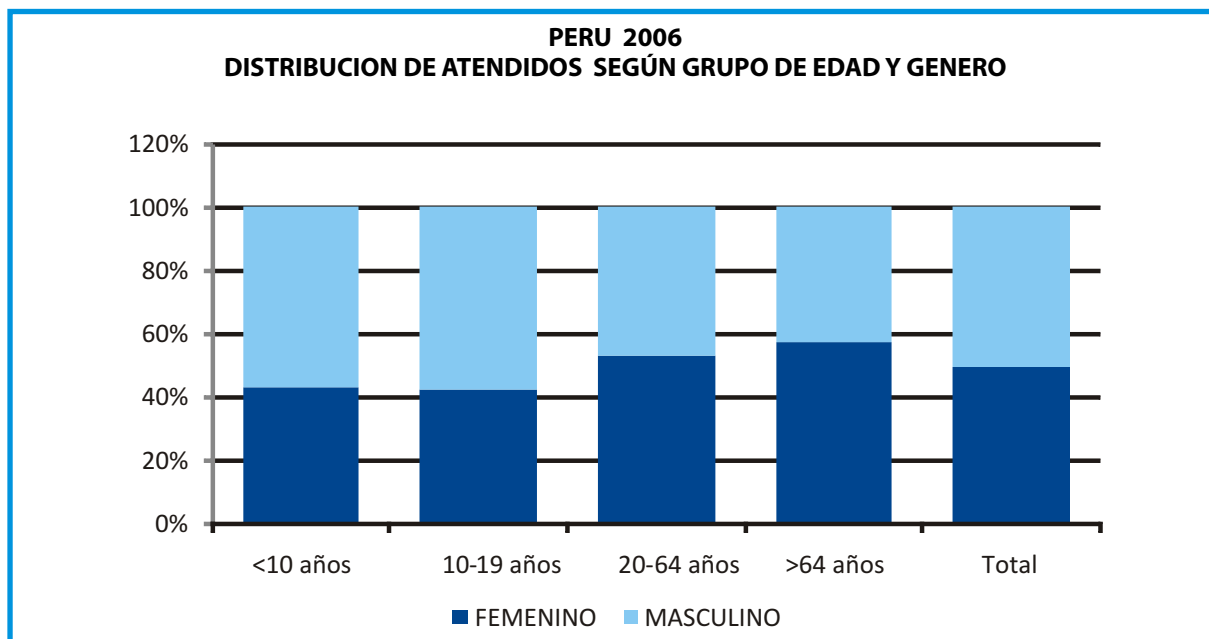
GRAFICO N° 6



Fuente: HISDIS 2006

Analizaremos en primer lugar a la población atendida en los servicios de Rehabilitación del país, en donde observamos que la población se distribuye principalmente en los grupos de edad de menores de 10 años y los de 20 a 64 años (PEA), siendo mayor el número de Atendidos en el grupo de 20 a 64 años. Las proporciones entre hombres y mujeres que son atendidas no tienen diferencias significativas.

GRAFICO N° 7

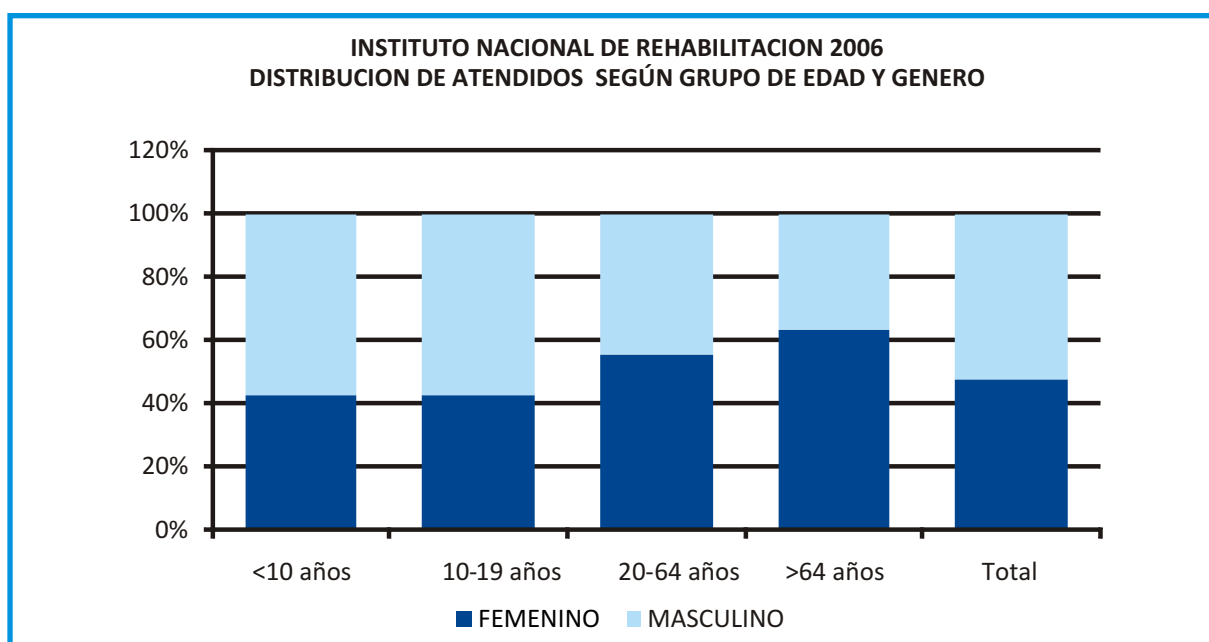


Fuente: HISDIS 2006

Entre hombres y mujeres no existe diferencia estadística significativa para el total de atendidos en los servicios de rehabilitación, observamos que existe una pequeña diferencia en los grupos de 20 a 64 años y de 65 años y más, a predominio de las mujeres, esto puede explicarse por las diferencias en las proporciones entre hombres y mujeres en cada zona del país.

En el caso del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores", tampoco observamos diferencia significativa en el total de atendidos, y la estructura de la demanda es similar al comportamiento nacional.

GRAFICO N° 8



Fuente: INRDIS 2006

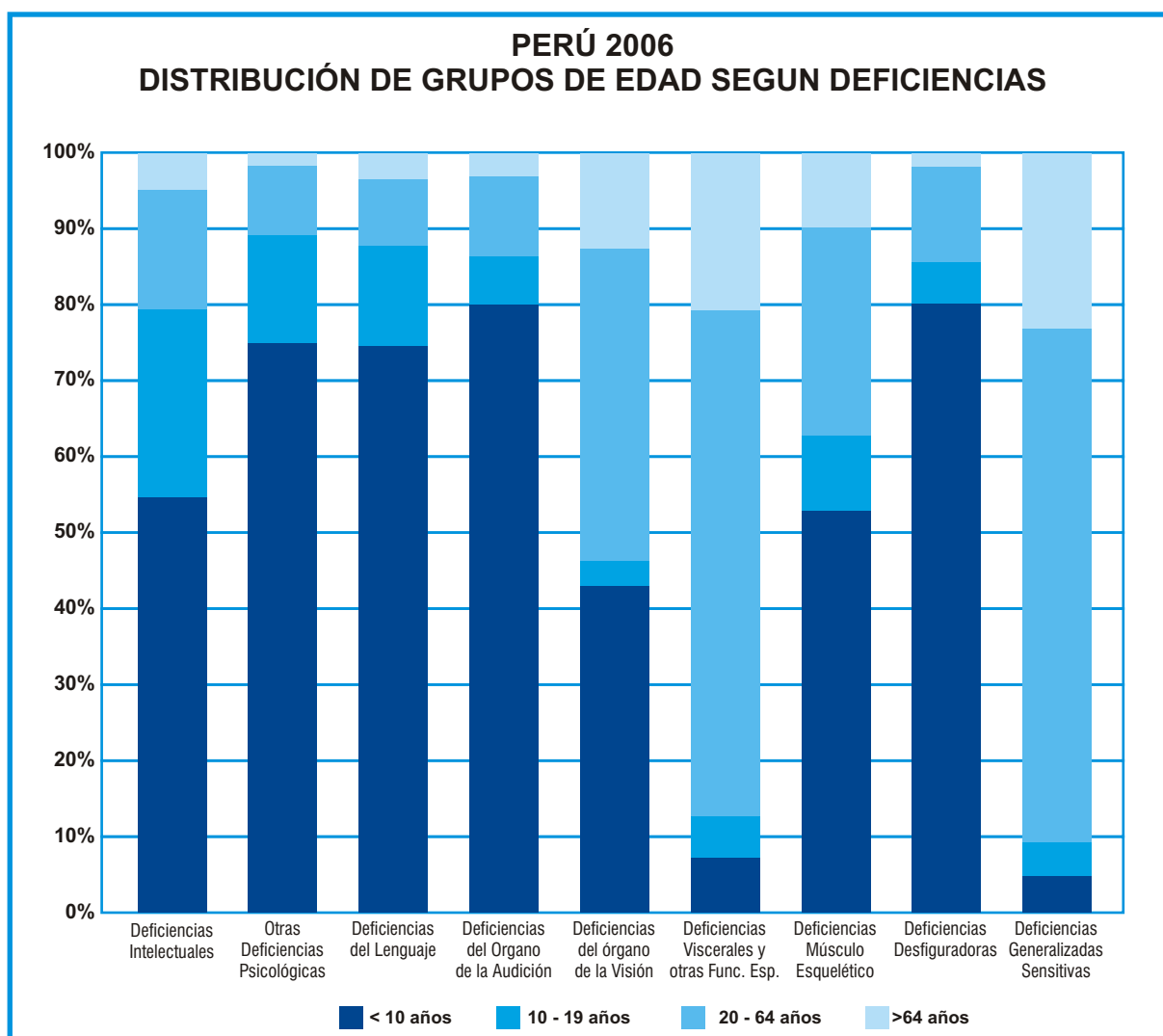
Lo que observamos en el gráfico N° 8, es que en el Instituto Nacional de Rehabilitación, el comportamiento de los grupos de edad 20 a 64 años y de 65 años a más es similar al del conglomerado nacional.

7.3 EDAD Y DEFICIENCIAS

En el gráfico N° 9 mostramos que las deficiencias se distribuyen de forma diferente según el grupo de edad al que afectan, tal es el caso del grupo de edad menores de 10 años en donde destacamos que las deficiencias intelectuales, psicológicas, del lenguaje, de la audición y las desfiguradoras, comprometen más a este grupo de edad. Mientras que las deficiencias sensoriales, sensitivas, de la visión y las viscerales comprometen más al grupo de 20 a 64 años, esto es en los servicios de rehabilitación del país.

En las personas atendidas en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores" se observa un escenario similar, en donde lo que destaca es que las deficiencias desfiguradoras tienen un componente por debajo del 30% para el grupo del menores de 10 años, diferente al escenario mostrado en el país.

GRAFICO N° 9



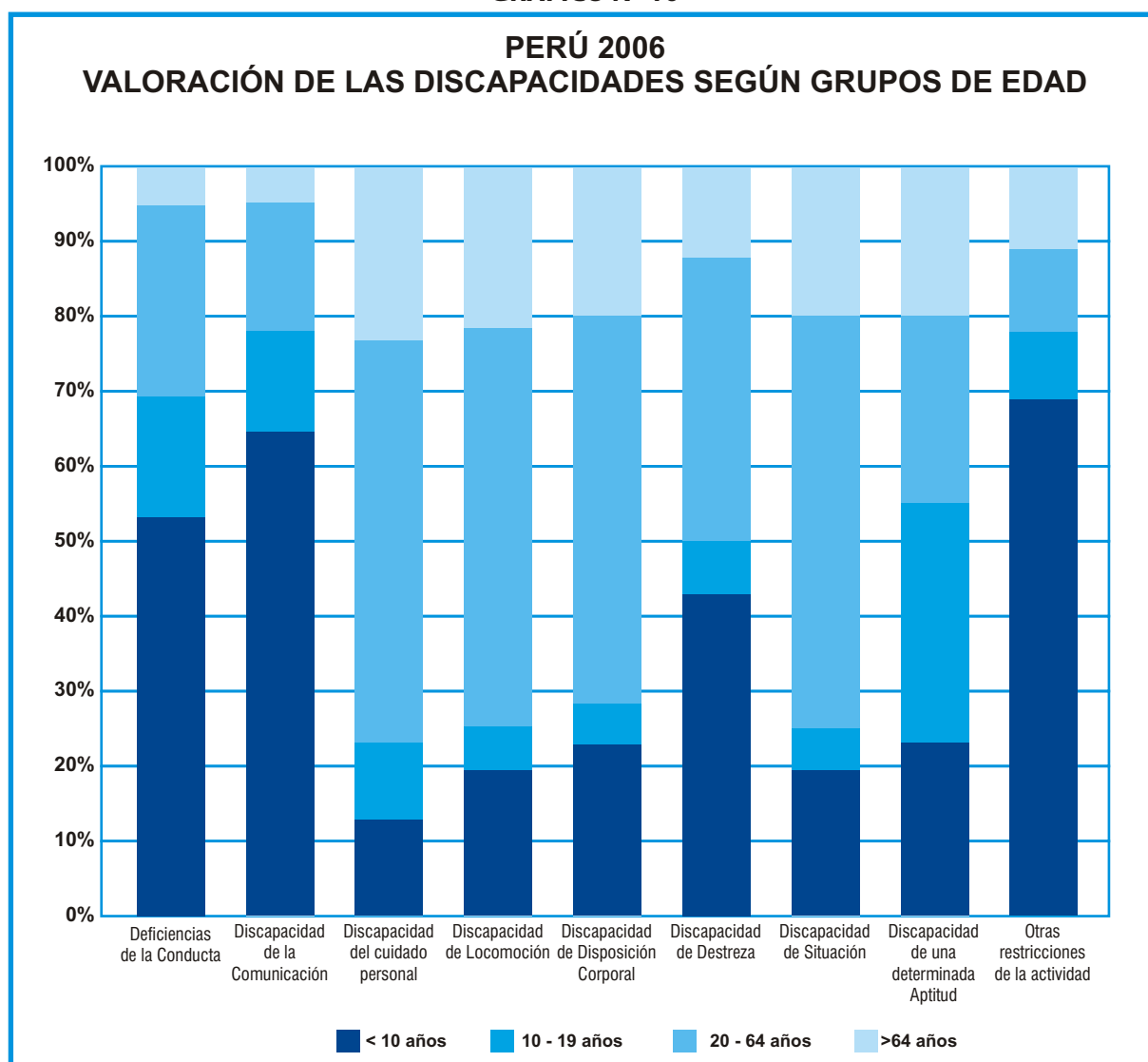
Fuente: HIS DIS 2006

7.4 DISCAPACIDADES

De igual modo en el análisis de las discapacidades atendidas en el nivel nacional observamos que en el grupo de menores de 10 años las discapacidades de la conducta, comunicación y de la destreza son las que más están comprometidas según la atención. Y las de cuidado personal, de locomoción, de disposición corporal y de situación en el grupo de 20 a 64 años.

En los servicios de Rehabilitación del país, la distribución de las discapacidades según el grupo de edad de afectación tiene un comportamiento similar a excepción de "otras restricciones de la actividad" que es bastante grande en los menores de 10 años, esto es explicable por el problema de diagnóstico de discapacidad.

GRAFICO N° 10

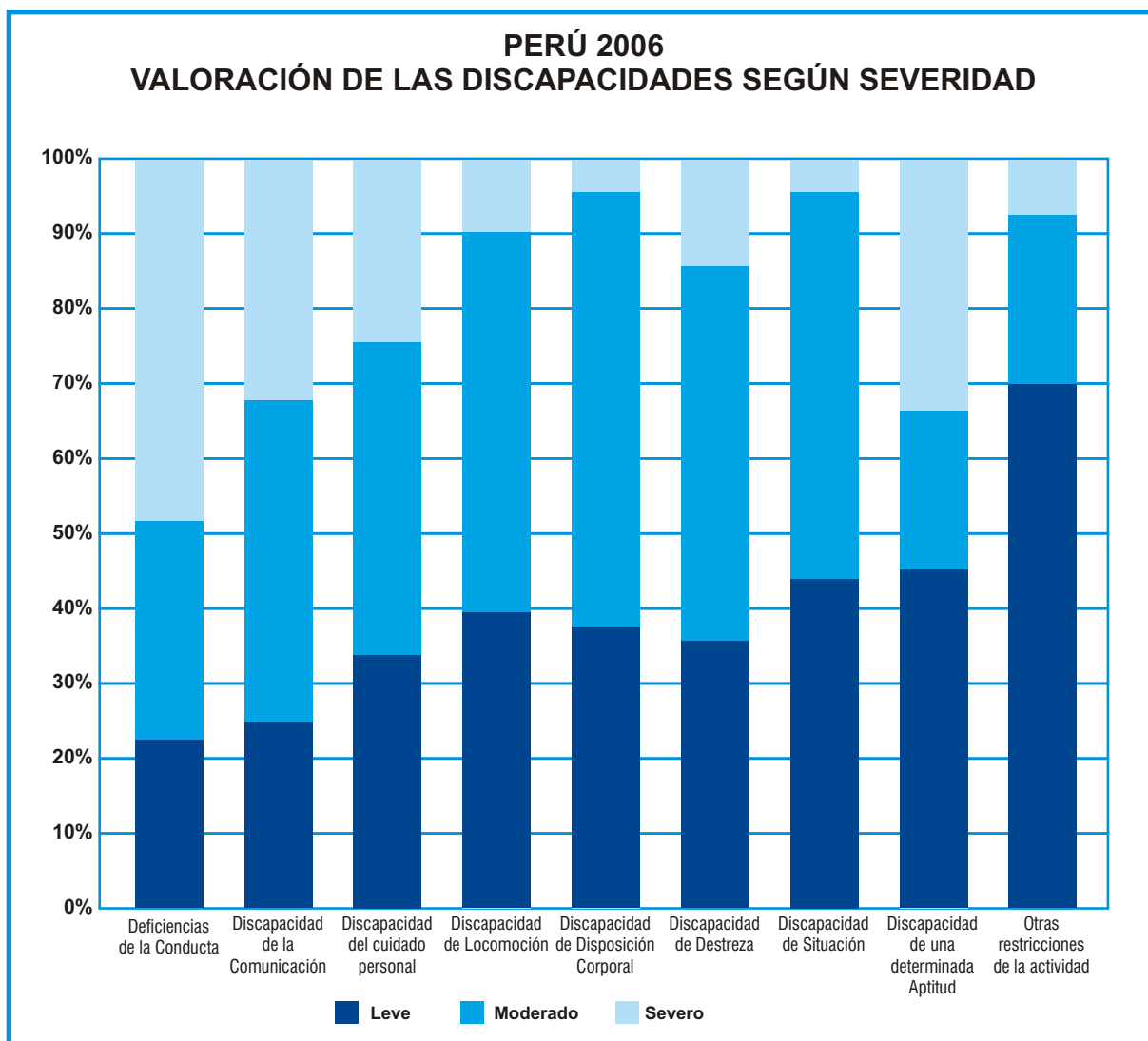


Fuente: HIS DIS 2006

7.5 SEVERIDAD DE LAS DISCAPACIDADES

La severidad de las discapacidades según la información de los establecimientos de salud del país muestran que las discapacidades de la conducta son más severas que las otras discapacidades seguidas por las de la comunicación y las del cuidado personal.

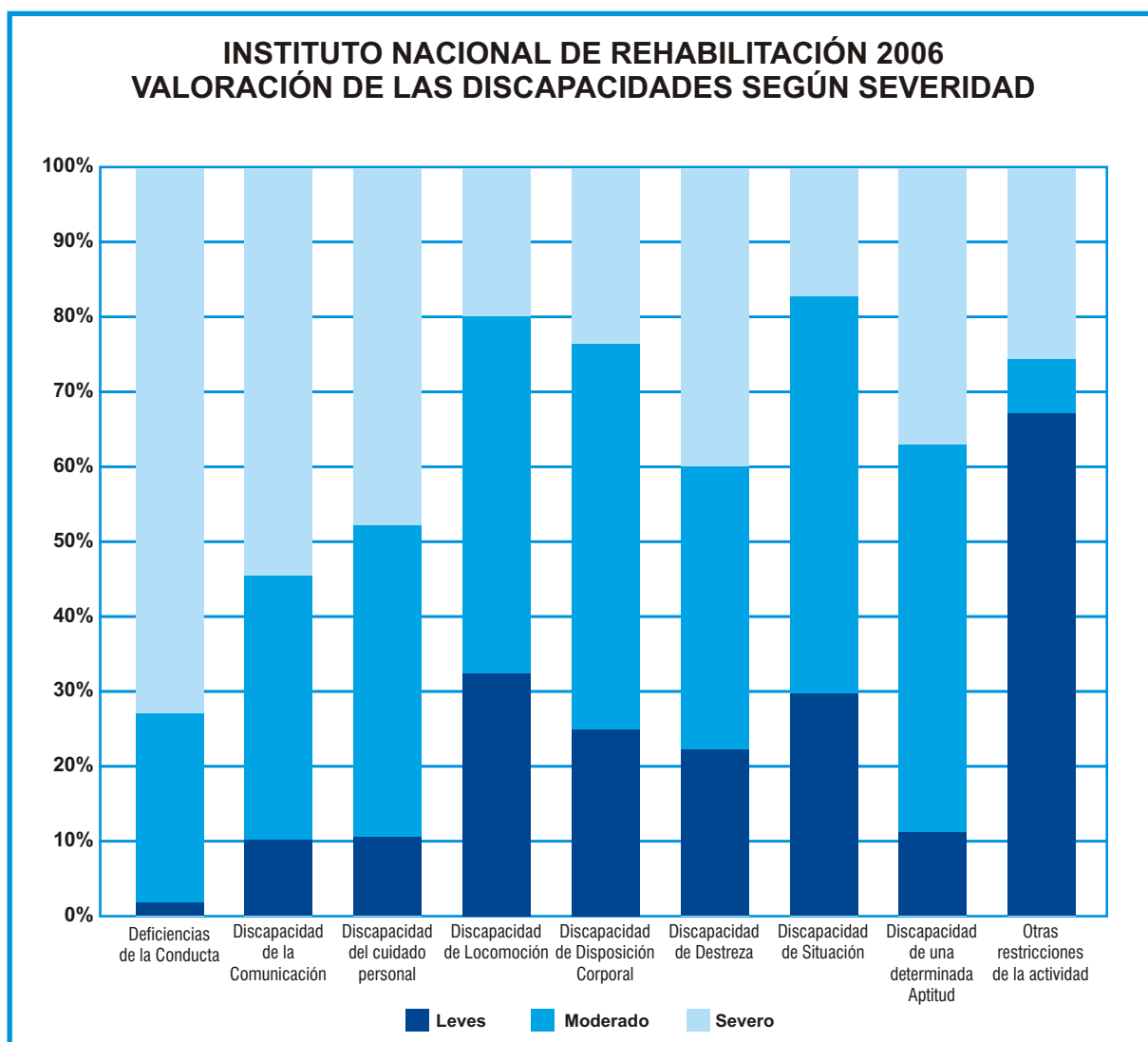
GRAFICO N° 11



Fuente: HIS DIS 2006

Esta distribución varía cuando se analiza los atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación en donde tanto las discapacidades de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal y de la destreza tienen mayor componente de severidad en comparación con los otros tipos de discapacidades. (grafico N° 12)

GRAFICO N° 12



Fuente: INR-DIS 2006

7.6 DAÑOS PRINCIPALES

En los servicios de rehabilitación del país en el año 2006 se ha realizado 82,344 diagnósticos de daño principal teniendo la carga más alta el grupo de 20 a 64 años (44,5% de todos los diagnósticos) seguida del grupo de menores de 10 años (32,33%), en el grupo de 64 años a más se han presentado el 14,7% de todos los diagnósticos de daño principal.

Analizaremos el grupo de menores de 10 años que es el grupo más vulnerable a la gravedad de la discapacidad. Metodológicamente hemos dividido al grupo de daños de ese grupo en cuartiles, excluyendo la categoría de otros daños no clasificados (grupo que requiere una atención especial por cuanto algunos daños poco prevalentes se ocultan en esta categoría).

En el primer cuartil agrupa a 20,388 diagnósticos (76,57%), el segundo cuartil a 15,9% de los diagnósticos. En el primer cuartil destacan como daños “prevalentes”: El Retardo Simple Lenguaje Verbal, Trastornos del Desarrollo de la Función Motriz, Deformidades del Pie, Retardo Orgánico del Lenguaje Verbal y Niños con Antecedente de Riesgo de Lesiones Cerebrales.

TABLA N° 21: DAÑOS EN MENORES DE 10 AÑOS - PERÚ 2006

1 er. Cuartil.- Daños en menores de 10 años	
Retardo Simple Lenguaje Verbal	2376
Transtornos Desarrollo Funcion Motriz	2054
Deformidades del Pie	1977
Retardo Orgánico Lenguaje Verbal	1643
Niño con Antecedentes Riesgo Lesión Cerebral	1584
Trast. Hipercinéticos de la niñez	1118
Otros Transtornos Postulares	967
Encefalopatía Infantil	825
Síndrome de hiperlaxitud articular	765
Deformidad de cadera	748
Ret. Selectivo Desarrollo no especificado	668
Retraso mixto de desarrollo psicomotor	602
Trastornos desarrollo - habilidades escolares no especificadas	560
Otros Daños no calificados	524
Otros Transtorno del Desarrollo del Habla	475
Defectos Postulares de Rodilla	465
Cifosis	447
Enfermedades del aparato respiratorio	422
Niño sano	414
Hipocusia y Sordera	387
Otros transt. osteomusculares tejido conjuntivo no especificado	382
Espasmofemia	363
Condropatías	326
Retardo mental leve	296

Fuente: HIS DIS 2006

Es importante destacar que dentro de los primeros lugares de este grupo de diagnósticos aparecen los Trastornos hipercinéticos de la niñez. Seguido de otros transtornos posturales y de la encefalopatía infantil.

En el grupo de 20 a 64 años se han identificado 36,663 diagnósticos de daños y de los cuales presentamos los que se encuentran en el primer cuartil entre todos los daños.

Observamos que se mezclan como diagnósticos aquellos daños considerados como sindrómicos y principalmente relacionados al dolor, como son la Cervicalgia, Lumbalgia y Dorsalgia que aparece en primer lugar.

TABLA N° 22: DAÑOS PREVALENTES DE 20 A 64 AÑOS - PERU 2006

Daño Clasificado	Diagnosticados
Cervicalgia - Lumbagia - Dorsalgia	7267
Otros Transt. osteomusculares tejido conjuntivo no especificado	4400
Bursitis y otras no especificados	2408
Trast. Nerv. Crameal: Nervio Facial	2136
Artrosis y Osteoporosis	1869
Hemiplejia de Etiología a determinar	1195
Extensión de Certificados Médicos	950
Fractura y Secuelas: Miembro Inferior	790
Estesopatias: Tendinitis	778
Fractura y Sucuelas: Miembro Superior	743
Otros Traumatismos y Secuelas	743
Paraplejia	629
Heridas y Secuelas	438
Artritis	350
Espondilitis y trastornos afines	343
Otros síndromes paralíticos	334
Esguinces y desgarros de Articulaciones	313
Luxaciones y Subluxaciones	304
Tenosinovitis y otros	304
Mononeuropatías y Traumas de Miembro Superior	299
Hipoacusia y Sordera	285

Fuente: HIS DIS 2006

Un dato importante y que abre la discusión sobre su diagnóstico y registro en lo relacionado con la Artrosis y Osteoporosis diagnóstico que se encuentra en el 5to.lugar.

En el grupo del adulto mayor los mayores de 64 años tienen como primer diagnóstico de daño principal a la Cervicalgia, Lumbalgia y Dorsalgia, seguido de las Artrosis y Osteoporosis.

TABLA N° 23: PREVALENCIA DE DAÑOS EN MAYORES DE 64 AÑOS - PERU 2006

Daños Clasificados >64 años	Diagnosticados
Cervicalgia - Lumbagia - Dorsalgia	1735
Artrosis y Osteoporosis	1431
Otros Transt. osteomusculares tejido conjuntivo no especificado	1427
Hemiplejia de Etiología a determinar	1060
Bursitis y otras no especificados	770
Trast. Nervio Crameal: Nervio Facial	463
Otros Daños no Clasificados	387
Extensión de Certificados Médicos	280
Estesopatias: Tendinitis	268
Desorden vasc. cerebral isquemico	263
Fractura y Secuelas: Miembro Superior	250
Fractura y Secuelas: Miembro Inferior	223
Espondilitis y trastornos afines	197
Otros sindromes paralíticos	181
Paraplejia	153
Osteoporosis	138
Otros Traumatismos y Secuelas	137
Enf. Extrapiramidal y del movimiento	134
Enfermedades del aparato respiratorio	128

Fuente: HIS DIS 2006

En el año 2006 se han realizado 21,399 diagnósticos de daño principal en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en donde la carga mayor de diagnósticos lo tiene el grupo de menores de 10 años (55,28%) seguida del grupo de 20 a 64 años (24,88%) y el grupo de mayores de 64 años representa 9,13%. En el grupo de menores de 10 años los diagnósticos de Retardo Simple del lenguaje verbal han tenido durante el 2006 una prevalencia puntual de 11,66%, seguidas por las deformidades del pie (8,07%). Los trastornos hipercinéticos de la niñez también están ocupando un lugar importante en la prevalencia de los daños generadores (7,69%).

TABLA N° 24: DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES EN MENORES DE 10 AÑOS - INR 2006

Diagnósticos Principales menores de 10 años - INR	Diagnóstico	%
Retardo Simple Lenguaje Verbal	1378	11.66%
Deformidades del Pie	955	8.07%
Transt. Hiperoineticos de la niñez	910	7.69%
Niño con Antecedentes Riesgo Lesión Cerebral	867	7.33%
Retardo Orgánico Lenguaje Verbal	848	7.17%
Otros transtornos postulares	678	5.73%
Transtornos Desarrollo Función Motriz	664	5.61%
Síndromes de hiperlaxitud articular	569	4.81%
Encefalopatía infantil	456	3.85%
Transt. desarrollo habilidades escolarizadas no especificadas	425	3.59%
Retraso Mixto de desarrollo psicomotor	407	3.44%
Cifosis y Espalda plana	397	3.36%

Fuente: INR-DIS 2006

En el grupo de 20 a 64 años, el síndrome doloroso mantiene su prevalencia alta entre todos los diagnósticos en el grupo (14,35%) al igual que en el nivel nacional. El perfil del grupo no mantiene diferencias con respecto al nivel nacional. Es importante destacar la inclusión de los diagnósticos de los Desordenes Vasculares Cerebrales Hemorrágicos (2,80%) y de las Lesiones Medulares con 3,59% de prevalencia para el grupo.

En los mayores de 64 años los diagnósticos realizados en el Instituto Nacional de Rehabilitación se evidencia con mayor precisión la presencia de daños generadores de esta parte del ciclo de vida como son los Desordenes Vasculares Cerebrales Isquémicos (13,16%), los hemorrágicos (3,94%) y un daño asociado a estos dos últimos como la Afasia (2,66%). Las artrosis y Osteoartrosis (17,41%) y las Cervicalgia, Lumbalgia y Dorsalgias (10,24%).

TABLA N° 25: DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES 20 A 64 AÑOS - INR 2006

Diagnósticos Principales menores de 20 a 64 años - INR	Diagnóstico	%
*Cervicalgia - Lumbalgia - Dorsalgia	764	14.35%
*Otros trast.osteomusc.-tej.conj.No espec	433	8.13%
*Artrosis y Osteoartrosis	333	6.25%
*Desorden vasc.cerebral isquemico	232	4.36%
*Les.Med.Espinal con fract.de Col.Vert.	191	3.59%
*Escoliosis	186	3.49%
*Trast.Nerv.Crameal: Nervio Facial	172	3.23%
*Espondilitis y trastornos afines	151	2.84%
*Desorden vasc.cerebral hemorragico	149	2.80%
*Entesopatias: Tendinitis	141	2.65%
*Bursitis y otras no especificados	133	2.50%
*Cifosis y Espalda Plana	129	2.42%
*Hipoacusia y Sordera	125	2.35%
*Secuelas de Enf.Infecciosas, Virales y Parasitarias	124	2.33%
*Fractura y Secuelas: Miembro Inferior	111	2.08%

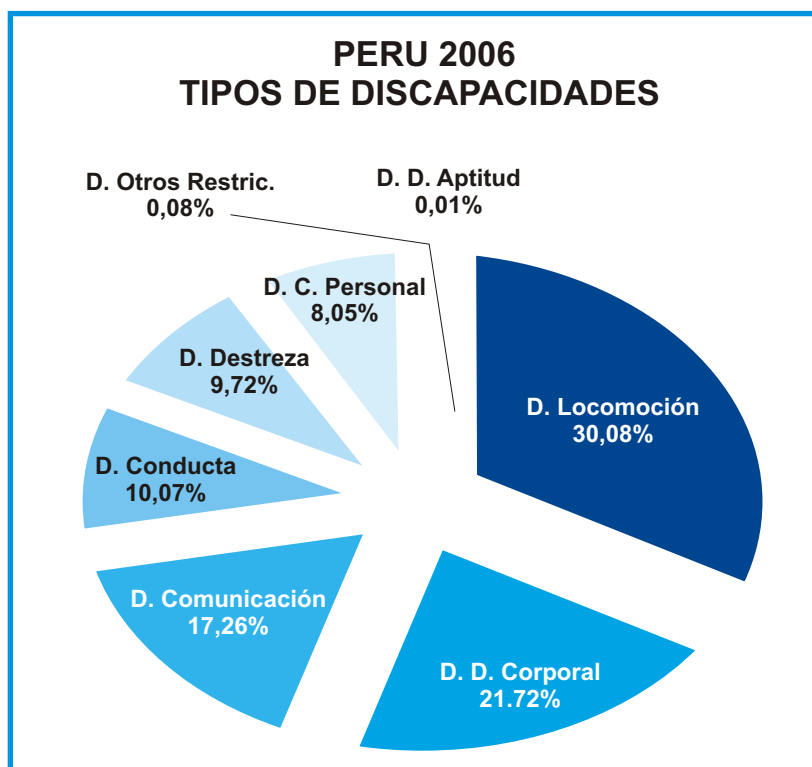
FUENTE: INRDIS 2006

TABLA N° 26: DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES MAYORES DE 64 AÑOS - INR 2006

Diagnósticos Principales Mayores de 64 años - INR	Diagnóstico	%
*Artrosis y Osteoartrosis	340	17.41%
*Desorden vasc.cerebral isquemico	257	13.16%
*Cervicalgia - Lumbalgia - Dorsalgia	200	10.24%
*Otros trast.osteomusc.-tej.conj.No espec	137	7.01%
*Espondilitis y trastornos afines	125	6.40%
*Desorden vasc.cerebral hemorragico	77	3.94%
*Entesopatias: Tendinitis	64	3.28%
*Afasia	52	2.66%

FUENTE: INRDIS 2006

GRAFICO N° 13 PERU 2006 DISTRIBUCION DE LOS TIPOS DE DISCAPACIDADES



FUENTE: HISDIS 2006

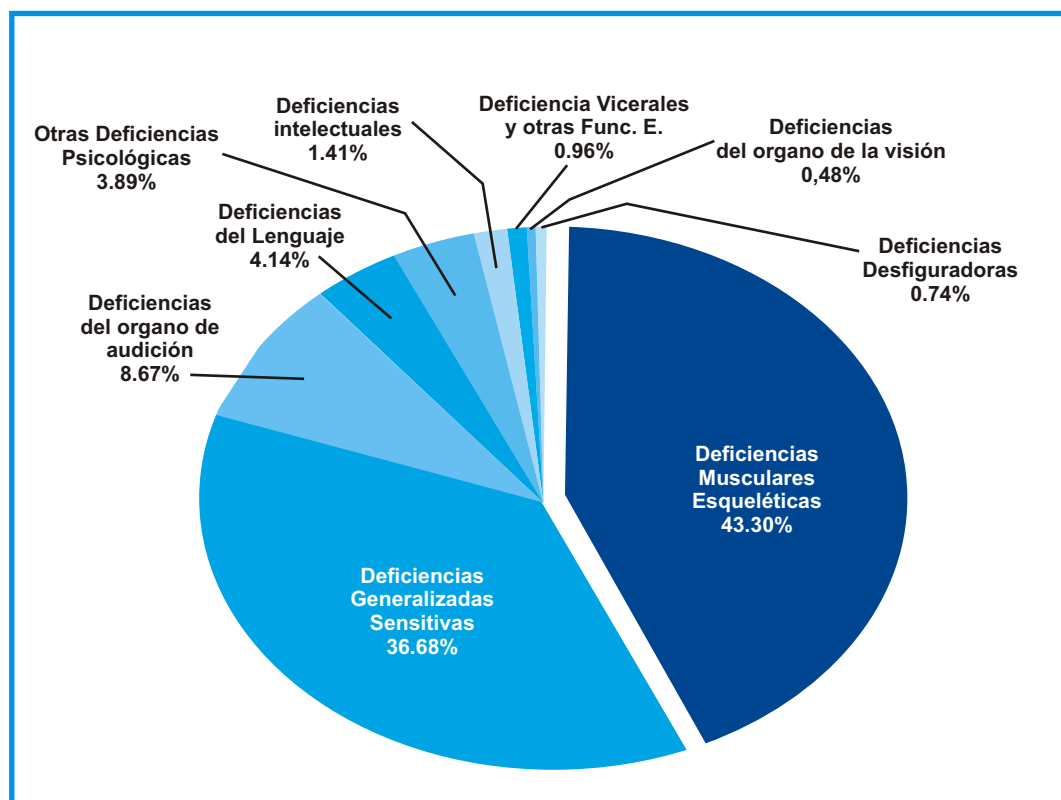
7.7 RELACIÓN DISCAPACIDAD - DEFICIENCIA

En el Nivel Nacional vamos a buscar a través del análisis, el perfil de las discapacidades dirigido hacia las deficiencias que se relacionen entre si. Los tipos de discapacidad se distribuyen en locomotoras (30,08%), D. D corporal (21,72%), D. de la comunicación (17,26%), De la conducta (10,07%) de la destreza (9,72%) y del cuidado personal (8,05%). Esta información es de los servicios de rehabilitación en el país.

De las discapacidades locomotoras: Estas tienen un espectro de deficiencias que según el HIS-DIS se distribuyen de tal forma que las deficiencias músculo esqueléticas son las de mayor presentación (61,05%), seguidas de las deficiencias sensitivas generalizadas (20,92%)

De las discapacidades de la Disposición Corporal: Como hemos mencionado anteriormente estas alcanzan el 21,72% de todas las discapacidades diagnosticadas. Su estructura es variable en donde las deficiencias músculo esqueléticas tiene una proporción del 43,30% de todas las deficiencias para este tipo de discapacidad, luego las deficiencias sensitivas generalizadas (36,68%) además de las deficiencias de la audición (8,67%) y las deficiencias del lenguaje (4,14%).

GRAFICO N° 14
DEFICIENCIAS RELACIONADAS A DISCAPACIDADES
DE LA DISPOSICION CORPORAL - PERU 2006



FUENTE: HISDIS 2006

De las discapacidades de la comunicación: La estructura de las deficiencias de esta discapacidad, es como se espera encontrar en donde las funciones sensoriales y sensitivas están mejor representadas, tal es que las deficiencias del lenguaje alcanza el 48,48% de todas deficiencias seguidas de las otras deficiencias psicológicas (22,09%), deficiencias intelectuales (11,59%) y deficiencias del órgano de la audición (6,72%). Es importante mencionar que aun siendo discapacidades sensoriales, las deficiencias motoras como las musculo esqueléticas no están excluidas en su estructura (5,46%)

De las discapacidades de la Conducta: Representan el 10% de todas las discapacidades, las deficiencias que se estructuran corresponden a la esfera sensorial, así las otras deficiencias psicológicas representan el 54,31% de todas las deficiencias, seguida de las deficiencias intelectuales (22,76%), las deficiencias del lenguaje (10,10%)

La estructura de esta relación entre la deficiencias que generan discapacidades en los servicios del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores", se comporta de manera diferente en cuanto al peso de cada tipo de discapacidad. En principio la distribución de los tipos de discapacidades en el Instituto Nacional de Rehabilitación guarda una estructura más relacionada

con el acceso al servicio. Así las discapacidades de mayor peso son las de Comunicación (21,95%) que comparativamente en el nivel nacional ocupan lugar de menos importancia; seguidas por las discapacidades de locomoción (20,64%), de la conducta (13,31%) de la disposición corporal (12,87%), del cuidado personal (11,04%).

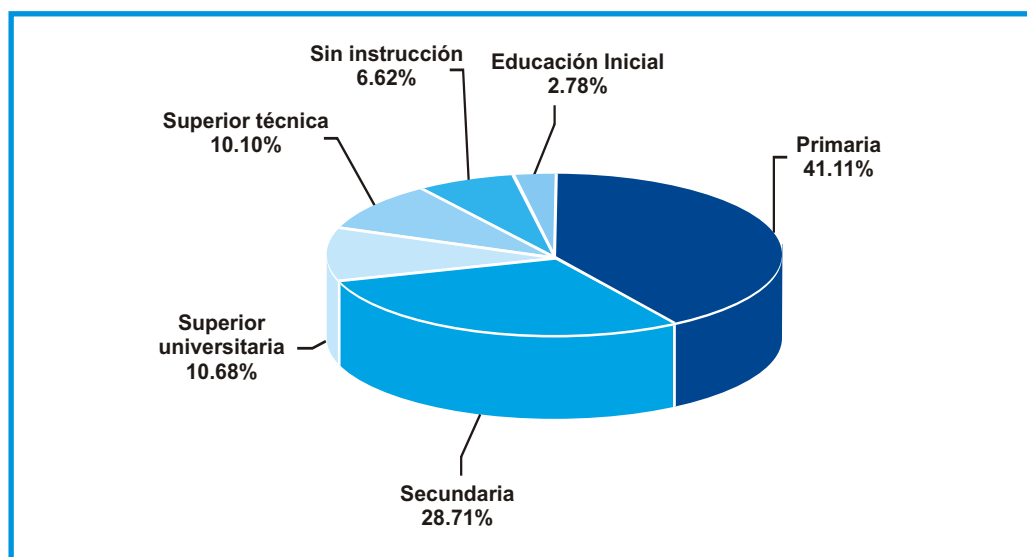
7.8 NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Las características de la población que demanda atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores", establecen una aproximación al perfil de la discapacidad por alguna característica individual de la población como es el grado de instrucción.

Se ha jerarquizado según su nivel educativo para facilitar el análisis a los niveles completos e incompletos como una sola categoría de análisis. Así el nivel educativo de la población que ha demandado mayor atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores", ha sido en el año 2006 aquellos con Nivel de educación primaria (41,11%), seguida del nivel educativo secundaria (28,71%).

Los de niveles superiores (técnico profesional y universitario) representan en esta estructura para el nivel técnico superior y el universitario 10,10% y 10,68% respectivamente. Es importante destacar que existe un grupo procedente de centros educativos de educación especial que representan el 2,15% de toda la demanda de atención y también que el 6,62% son personas sin instrucción.

GRAFICO N° 15 NIVEL DE INSTRUCCION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Fuente: INR - DIS 2006

Capítulo 8

SITUACIÓN LEGAL DE LA DISCAPACIDAD EN PERÚ

Dentro del marco del Acuerdo Nacional, documento en el que se expresan las políticas del Estado, se toma como prioridad el diseño de lineamientos y programas a favor de determinados grupos prioritarios, en el que se encuentra el referido a las personas con discapacidad.

El abordaje legal del tema de la Discapacidad aun en nuestros días tiene cierta discusión en cuanto a la connotación legal que pudiera tener alguna definición técnica de organismos nacionales e internacionales dedicados a atender a las personas con discapacidad.

Es así que El Clasificador Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud OMS, define como discapacidad a “toda restricción o ausencias, debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano en su contexto social”.

En tanto, la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad, en su artículo 2°, define que la persona con discapacidad “es aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad”.

8.1 .MARCO NORMATIVO

- La Constitución Política del Perú de 1993, en el Título I, De la Persona y de la sociedad; Capítulo II, De los Derechos Sociales y Económicos, artículos 23° y 26°, consagra la protección contra prácticas discriminatorias en el trabajo. Los grupos especialmente protegidos son las madres, los menores de edad y los discapacitados.
- Nuestro país ha ratificado el Convenio N° 111 de la Organización Internacional del Trabajo OIT, relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación, mediante el Decreto Ley N° 17687 del 06.06.69, el cual aprueba el citado convenio.
- Dentro de las Políticas del Estado concretada en el documento denominado Acuerdo Nacional (suscrito por los representantes de las principales fuerzas políticas y organizaciones sociales del país con fecha 22 de julio del 2002), en la Décimo Primera Política “promoción de la Igualdad de Oportunidades sin discriminación”, en el inciso e), se establece lo siguiente: “desarrollar sistemas que permitan proteger a niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, mujeres responsables de hogar, personas desprovistas de sustento, personas con discapacidad y otras personas discriminadas o excluidas”. Asimismo, en la Décimo Cuarta Política “Acceso al empleo digno y productivo”, en el inciso k), se señala: “que se promoverá la utilización de mano de obra local en las inversiones y la creación de plazas especiales de empleo para las personas discapacitadas”.
- Con fecha 06.01.99, se publicó en el Diario Oficial “El Peruano” la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad, en la cual se establece el régimen legal de protección, atención a la

salud, trabajo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención a favor de la persona con discapacidad, a fin de que alcance su desarrollo e integración social, económica y cultural. Esta ley ha sido modificada en varios artículos mediante Ley N° 28164 del 10.01.04

- Mediante el Decreto Supremo N° 013-99-PRES, publicado en el Diario oficial "El Peruano" con fecha 16-09-99 se transfiere el Proyecto "Centro de Formación Técnica para Personas Discapacitadas CEFODI" al CONADIS.
- Mediante el Decreto Supremo N° 003-2000-PROMUDEH, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" con fecha 05.04.00, se aprobó el Reglamento de la Ley General de la Persona con Discapacidad.
- El 8 de junio del 2002, se publica en el Diario Oficial "El Peruano" la Ley N° 27751, Ley que elimina la Discriminación de las personas con discapacidad por deficiencia intelectual y/o física en programas de salud y alimentación a cargo del Estado.
- Mediante el Decreto Supremo N° 001-2003-TR, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" con fecha 10.01.03, se crea el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad, a cargo de la Dirección de Promoción del Empleo y Formación Profesional o dependencia que haga sus veces en las Direcciones Regionales de Trabajo y Promoción del empleo.
- Mediante el Decreto Legislativo N° 102-2004-EF del 22 de julio del 2004, se aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 949, referente las empresas que empleen a personas con discapacidad, que generen rentas de tercera categoría, para efecto de determinar la renta neta, tendrán derecho a una deducción adicional sobre las remuneraciones que se paguen a éstas.
- El 24 de mayo del 2005, se publica en el Diario Oficial "El Peruano" la Ley N° 28518, Ley sobre modalidades formativas laborales, ley referente a la formación que debe de brindar la empresa a sus trabajadores, haciendo hincapié en su artículo 17 a los trabajadores discapacitados, referente a los beneficiarios de la capacitación laboral Juvenil. Su Reglamento fue publicado mediante el Decreto Supremo N° 007-2005-TR, del 19.09.05.
- Mediante el Decreto Supremo N° 007-2005-TR: Decreto que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28518, Ley sobre Modalidades Formativas Laborales, que menciona en su artículo 16, que, para que a una persona se le considere persona con Discapacidad, deberá estar inscrito en el CONADIS, Igual exigencia es mencionada en su artículo 26.
- Mediante el Decreto Supremo N° 014-2005-MIMDES, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" con fecha 01-01-2006, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del CONADIS.
- Mediante Resolución Ministerial N° 252-2006/MINSA, se Aprueba el nuevo formato del Certificado de Discapacidad, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" el día 20 de marzo del 2006.
- Mediante el Decreto Supremo N° 003-2006-MIMDES, con publicación en el Diario Oficial "El Peruano" el 30 de marzo del 2006, se modifica el Reglamento de la Ley General de la Persona con Discapacidad, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2000- PROMUDEH.

- Mediante Resolución Ministerial N° 343-2006-MIMDES, en el Diario Oficial "El Peruano" el 13 de mayo del 2006, se aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones por incumplimiento de la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad, modificatoria y su reglamento.
- Mediante Ley N° 28735, Ley que regula la atención de las personas con discapacidad, mujeres embarazadas y adultos mayores en los aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, ferroviarios, marítimos y fluviales y medios de transporte, que es publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 18 de mayo del 2006.
- Mediante el Anexo-Resolución Ministerial N° 343-2006-MIMDES, se publica en el Diario Oficial "El Peruano" el 26 de mayo del 2006 el Reglamento de infracciones y sanciones por incumplimiento de la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad, modificatoria y su reglamento.
- Mediante la Resolución de Presidencia N° 080-2006-PRECONADIS, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" con fecha 12-06-2006, se aprobó el Reglamento del Registro Nacional de la Persona con Discapacidad.
- Mediante la Resolución de Presidencia N° 099-2006- PRE/CONADIS, se publica en el Diario Oficial "El Peruano" con fecha 15 de setiembre del 2006, la aprobación de los Lineamientos de política de acción para las oficinas municipales de protección, participación y organización de vecinos con discapacidad. Estas oficinas también conocidas como OMAPED, tiene la función principal de fomentar la participación e integración de las personas con discapacidad en los diferentes campos que involucran el desarrollo de una persona, función que se realizará mediante los Gobiernos Locales. Las OMAPED nacen desde el artículo 10 de la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad, artículo que dispone la obligación de los Gobiernos Locales de aperturar las OMAPED.
- Mediante la Resolución Jefatural N° 224-2006-J/ONPE, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" el 30 de setiembre del 2006, se aprueban Disposiciones sobre la atención preferente a ciudadanos con discapacidad, mujeres embarazadas y adultos mayores durante procesos electorales.



CONCLUSIONES

1. Cobertura de Servicios

- a. Existe aún una reducida cobertura y aumento de la exclusión, solo el 13% de la población con discapacidad tiene atención de rehabilitación y el 8% de esta demanda es atendida por el INR.
- b. Un gran porcentaje de las Personas con Discapacidad pertenecen al estrato pobre o extremadamente pobre y por lo tanto es prácticamente imposible que pueda cubrir un paquete básico de rehabilitación y como resultado no se rehabilitan. El Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores", se ha identificado a través de los estudios sociales de su demanda que los pacientes atendidos son pacientes que viven con su discapacidad por muchos años, y de condición extremadamente pobre.
- c. De las Personas con Discapacidad que son atendidas en el sistema de salud el 26.5% tiene discapacidad moderada y con tendencia a la gravedad del mismo.
- d. Las Personas con Discapacidad tiene un acceso limitado a las ayudas biomecánicas y medicamentos (por su limitación económica y el alto costo de las mismas). Aun no se ha implementado el Banco de Ayudas que fue establecida a través de la RM 240-2004 /DM-S.
- e. Los servicios de rehabilitación en el país son insuficientes para atender la demanda insatisfecha de las Personas con Discapacidad

2. Sistema de Información

- a. El sistema de Información INR DIS y HIS DIS son deficientes según la complejidad de la data que se introduce, por lo que los errores de lotes son frecuentes y difíciles de detectar, al tener muchas fuentes de ingreso de datos.
- b. En el Nivel nacional el HIS DIS no es, lo suficientemente flexible que permita la aceptabilidad de todos los niveles de operación (médicos rehabilitadores, estadísticos de hospitales, epidemiólogos, etc.)
- c. No se ha supervisado los establecimientos de salud desde el año 2000, para verificar el uso del software y del correcto procesamiento de la información estadística.
- d. Existe desconocimiento de los departamentos y direcciones ejecutivas de los indicadores de gestión que el sistema de información aporta para la toma de decisiones según departamentos.
- e. Los operadores de la Oficina de Estadística no están suficientemente motivados o entrenados para la explotación de bases de datos a través de SQL sentencias y otros métodos de trabajo estadístico.
- f. No se ha procesado el Anuario estadístico 2006, lo que facilitaría el análisis de más indicadores de operación y epidemiológicos del ciclo de la discapacidad y deficiencia.

3. De la Vigilancia Epidemiológica

- a. No se ha diseñado ni implementado un sistema de vigilancia epidemiológica de las discapacidades que monitoree los cambios de la estructura de las discapacidades y deficiencia en poblaciones del país.
- b. La estructura de los análisis realizados está basado en el daño, que no es un objetivo de la vigilancia de la discapacidad, sino la discapacidad como resultado del proceso discapacitante
- c. La información epidemiológica nacional sobre prevalencia de la discapacidad en los estratos de pobreza del país esta diversificada, obteniendo diferentes índices según las encuestas utilizadas.
- d. El estudio de prevalencia de la discapacidad INR 1993, no tiene fuerte “validez interna”, por cuanto no fue corregido el sesgo de información que ocurrió cuando se introdujo la evaluación médica en el proceso censal.
- e. Los estudios de línea de base permitirían aproximarse al perfil de la discapacidad en el Perú, contando con el estudio de línea de base de CONADIS 2005 y su extensión del 2006.
- f. La investigación de los procesos Discapacitantes en prácticamente nula relacionada con estudios descriptivos, o de desarrollo tecnológico.

RECOMENDACIONES

1. Proponer el diseño de una investigación epidemiológica sobre carga de enfermedad y procesos Discapacitantes en el Perú con la participación de equipo investigador de entidad formadora del país.
2. Construir ponderación de discapacidad según deficiencias y Daños Discapacitantes a nivel de Lima Metropolitana y Nacional.
3. Fortalecer los vínculos institucionales con el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Salud Mental, con la finalidad de fortalecer la unidad de investigación epidemiológica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra Adriana Rebaza Flores".
4. Rediseñar el sistema de información de la producción de los servicios de rehabilitación en el país, sobre la base del enfoque de Funcionamiento y Limitación.
5. Implementar a nivel nacional el nuevo Clasificador Internacional de Funcionamiento (CIF) a partir de la experiencia en una DISA de Lima Metropolitana.
6. Diseñar el sistema de Vigilancia basado en Salud Pública del proceso discapacitante, partiendo de la discapacidad y sus entradas en el ciclo de vida del poblador peruano(a).
7. Entrenar a profesionales en Salud en el enfoque epidemiológico de la discapacidad y su aporte a la salud pública peruana.
8. Fortalecer los procesos de salida del análisis de la discapacidad, a través de la publicación de boletines de gestión y epidemiológicos sobre el comportamiento de la discapacidad en Lima Metropolitana y el Callao y a nivel nacional.





ANEXO N° 01

Imagen 1: Proceso discapacitante (modelo médico).

Imagen 2: Impacto del ambiente en la discapacidad.

Imagen 3: Esquema Conceptual del Fenómeno de la Discapacidad.

Imagen 4: Establecimientos que cuentan con servicios de Rehabilitación 2006



ANEXO N° 02

- Tabla 01: Clasificación Internacional Funcional.
- Tabla 02: Tamaño de la muestra evaluada a nivel nacional.
- Tabla 03: Prevalencia de deficiencias, discapacidades y minusvalías por edad.
- Tabla 04: Población con más de una discapacidad: Tipos de discapacidad más frecuentes por sexo.
- Tabla 05: Población con discapacidad de 10 años a más. Alfabetismo por cantidad y tipo de discapacidad.
- Tabla 06: Origen de la discapacidad por sexo.
- Tabla 07: Enfermedades Cardiovasculares: Total de esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (DALV) (en millones).
- Tabla 08: Esperanza de vida al nacer y Esperanza de Vida Ajustada a Discapacidad (EVAD) al nacer.
- Tabla 09: Número de discapacitados europeos (6 a 64 años) sobre la población total.
- Tabla 10: Distribución de la gravedad de discapacidad en Europa.
- Tabla 11: Principales grupos de discapacidades en España 2001.
- Tabla 12: Prevalencia de la discapacidad por país. (Personas con Discapacidad).
- Tabla 13: Prevalencias actuales de discapacidad en América Latina.
- Tabla 14: Principales causas de discapacidad en América Latina.
- Tabla 15: Población con discapacidad y cobertura de atención.
- Tabla 16: Resumen General de la información estadística anual del INR 2001-2006.
- Tabla 17: Principales Establecimientos de Salud con servicios de Rehabilitación
- Tabla 18: Porcentaje de población accesible a Servicio de Salud INR - 2006
- Tabla 19: Establecimientos de Salud con servicios de Rehabilitación - Lima y Callao 2006
- Tabla 20: Condiciones de la atención de pacientes 2006.
- Tabla 21: Daños en menores de 10 años - Perú 2006
- Tabla 22: Daños prevalentes de 20 a 64 años - Perú 2006
- Tabla 23: Prevalencia de daños en mayores de 64 años - Perú 2006
- Tabla 24: Diagnósticos principales en menores de 10 años INR - 2006.
- Tabla 25: Diagnósticos principales 20 a 64 años INR. - 2006
- Tabla 26: Diagnósticos Principales mayores de 64 años INR. - 2006



ANEXO N° 03

- Grafico 1: Prevalencia según edad.
- Grafico 2: Prevalencia de la población con discapacidad según sexo y grupos de edad (%).
- Grafico 3: Prevalencia de la discapacidad global en Europa.
- Grafico 4: Distribución de la gravedad de la discapacidad en Europa.
- Grafico 5: Tipos de discapacidad España 2001.
- Grafico 6: Perú 2006 Número de atendidos según grupo de edad y sexo.
- Grafico 7: Perú 2006 Distribución de atendidos según grupo de edad y género.
- Grafico 8: Instituto Nacional de Rehabilitación 2006 Distribución de atendidos según grupo de edad y género.
- Grafico 9: Perú 2006 Distribución de grupos de edad según deficiencia.
- Grafico 10: Perú 2006 Valoración de las discapacidades según grupos de edad.
- Grafico 11: Perú 2006 Valoración de la discapacidad según severidad.
- Grafico 12: Instituto Nacional de Rehabilitación 2006 Valoración de la discapacidad es según severidad.
- Grafico 13: Perú 2006 Distribución de los Tipos de discapacidades.
- Grafico 14: Deficiencias relacionadas a discapacidades de la disposición corporal. Perú 2006.
- Grafico 15: Nivel de Instrucción de Personas con discapacidad.



BIBLIOGRAFIA

- Abberley, Paul (1993). Disabled people and 'normality'. En J. Swain; V. Finkelstein; S. French y M. Oliver (Eds.). *Disabling Barriers Enabling Environments* (pp. 107-115). London: Sage Open University.
- Albrecht, Gary L. (1992). *The disability business*. Thousand Oaks (Ca): Sage
- Albrecht, Gary L. y Bury, Michael (2001). The political economy of the disability marketplace. En G.L. Albrecht; K.D. Seelman y M. Bury (Eds.) *Handbook of disability studies* (pp. 585- 609). Thousand Oaks (CA): Sage.
- Barnes, Colin (1998). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En L. Barton (Comp.). *Discapacidad y Sociedad* (pp. 59-76). Madrid: Morata.
- Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. En: *Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2050*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos; 2000, p. 374-418.
- Kinsella K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. En: Anzoia E. *La atención del anciano: un desafío para los años noventa*. Washington D.C: OPS Publicación Científica No. 546; 1994: 3-18.
- Oliver, Mike (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Comp.). *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58). Madrid: Morata.
- Omansky Beth. y Rosenblum, K. (2001). "Bringing disability into the sociological frame: a comparison of disability with race, sex and sexual orientation statuses". *Disability and Society*, 16 (1), 5-19.
- OMS Informes sobre los Progresos realizados en la aplicación de la resolución WHA58.23 (Discapacidad, incluidos la prevención el tratamiento y la Rehabilitación) Plan de acción de la OMS sobre discapacidad y rehabilitación 2006-2011. Accesible en <http://www.who.int/disabilities/publications.-EB118/12> (11-05-2006)
- OMS-OPS 138.^a Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D.C. EUA, 19-23-05-2006 "La Discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el Contexto del derecho al goce del grado máximo de Salud que se pueda lograr y otros Derechos relacionados". CE138/15 (Esp.) 19-05-2006.
- OMS 58^a Asamblea Mundial de la Salud: Resolución WHA58.23 - 25 de Mayo del 2005: Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la Rehabilitación.
Ley General de la Persona con Discapacidad Ley N° 27050 Perú -31 de Diciembre de 1998
- R.M. N° 178-2003-EF/10- R.M. N° 022-2003-SA/DM. (14-01-2003) " Plan de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 2003-2007" Comisión Multisectorial de Alto nivel para formular el Plan de Igualdad de Oportunidades para las Personas con

Discapacidad creada mediante D.S. N° 049-2002-PCM., modificado por D.S. N° 001-2003-PCM y D.S. N° 032-2003-PCM. Dr. A. Toledo Manrique-Mayo 2003.

- Programa de Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Una sociedad para todas las edades: evolución y exploración. En: La situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades. Nueva York: Naciones Unidas; 2001. p. 1-13.
- Richardson, Malcolm (2002). Involving people in the analysis. Listening, reflecting discounting nothing. *Journal of Learning Disabilities*, 69 (1), 47-60.
- Muñoz, Fernando et al. Las funciones esenciales de la Salud Pública. *Rev. Pan. de Salud Pública, OPS*. Vol 8, N° 1/2, pags 126-134, julio-agosto 2000.