



Investigación aplicada sobre la inclusión de personas con discapacidad en los sistemas de protección social

Informe de investigación cuantitativa, Perú



Agradecimientos

El presente informe ha sido elaborado por Antonio Bernabe-Ortiz, Hannah Kuper, Matthew Walsham, Islay Mactaggart, Karl Blanchet y Alberto Vásquez por encargo del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania y la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.

La investigación fue posible gracias al apoyo brindado por un nutrido número de personas comprometidas con la mejora de la base evidencial, con vistas a lograr que la protección social sea inclusiva con respecto a las personas con discapacidad. Nos gustaría dedicar este apartado de agradecimientos a los siguientes colaboradores y colaboradoras:

El equipo de investigación de la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

La Universidad Técnica de Múnich (TUM):
Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Kathrin Schmidt.

Las contrapartes locales:

Miembros del personal de SODIS y CRÓNICAS en el Perú, en especial, Antonio Bernabé-Ortiz y Francisco Díez Canseco, así como Bárbara Ventura Castillo.

Todos los investigadores locales en el Perú que nos asistieron con el trabajo de campo.

La Embajada de Alemania en el Perú.

La oficina de la GIZ y el Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado.

El equipo de coordinación de la GIZ: Uwe Gehlen (Jefe del Centro de Competencias «Protección Social»), Isabella Bertmann (Coordinadora del proyecto), Michaela Gondolph, Lars Wissenbach.

El personal responsable dentro del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo: Dr. Iris-Angela Müller y Peter Krahl (División 115), Dr. Heike Kuhn y Cornelia Henriksson (División 300), Paul Garaycochea y Claudia Gottmann (División 214).

El Comité Asesor: Prof. Dr. Katja Bender, Andreas Gude, Prof. Dr. Swantje Köbsell, Dr. Markus Loewe, Dr. Iris Menn, Prof. Dr. Lisa Pfahl, Dinah Radtke, Prof. Dr. Johannes Schädler, y Gabriele Weigt.

Por último, y muy especialmente, nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a todos los participantes en el estudio de campo llevado a cabo en el Perú: miembros de la comunidad y funcionarios y funcionarias de los distritos, así como representantes de los ministerios y agencias estatales, organizaciones bilaterales y multilaterales, y personas entrevistadas/participantes en el estudio de la sociedad civil.

Muchas gracias de todo corazón, su contribución ha hecho posible que se pudiera llevar a cabo este proyecto de investigación.

Los mapas geográficos tienen sólo fines informativos y no implican el reconocimiento de fronteras internacionales o territorios. La GIZ no garantiza la validez, la exactitud o la integridad de los mapas ni asume ninguna responsabilidad derivada de la utilización de la información contenida en ellos.

Índice

1 ANTECEDENTES	2
1.1 Datos preliminares en el Perú	3
1.2 Los programas de protección social en el Perú.....	4
2 METODOLOGÍA	5
2.1 Ámbito del estudio	6
2.2 Fases del estudio	6
2.3 Análisis de los datos	7
2.4 Normas de ética.....	7
3 RESULTADOS	8
3.1 Fase 1: Encuesta sobre discapacidad entre la población general	9
3.2 Fase 2: Exclusión y necesidades de protección social	11
4 DISCUSIÓN	21
4.1 Prevalencia de la discapacidad y programas de protección social.....	22
4.2 Estudio de casos y controles anidados.....	23
5 FORTALEZAS/LIMITACIONES	25
6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
6.1 Conclusiones	27
6.2 Recomendaciones.....	27
7 APÉNDICE	28
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32



1

Antecedentes

Asistente técnico en un despistaje gratuito de catarata hablando con pacientes.



La protección social, que consiste en políticas y programas concebidos para reducir la pobreza y la vulnerabilidad, ha ido adquiriendo cada vez más relevancia en la agenda internacional:¹ A través de los programas de protección social se abordan la pobreza, las vulnerabilidades y la protección de los medios de subsistencia en lo que respecta a los riesgos propios del ciclo de vida (p. ej. edad avanzada), riesgos económicos (p. ej. desempleo), riesgos para la salud (p. ej. enfermedad), así como los riesgos naturales y ecológicos.² Por consiguiente, la protección social puede servir como medio para aliviar la pobreza y mejorar las condiciones de vida de la población objetivo. Sin embargo, un nutrido número de países aún no ha implementado sistemas de protección social integrales e inclusivos; en consecuencia, las personas con discapacidad no han sido tenidas en cuenta dentro del contexto de la protección social.

La discapacidad puede definirse como un problema de funcionamiento del cuerpo, la persona o los niveles sociales, en uno o más ámbitos de la vida, tal y como lo experimenta una persona con un problema de salud en interacción con factores contextuales.^{3,4} De acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “[l]as personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (artículo 1).⁵ La discapacidad es, por tanto, un fenómeno complejo que refleja la interacción entre las características del cuerpo de una persona y las características de la sociedad en la que vive dicha persona.

En todo el mundo viven más de mil millones de personas con algún tipo de discapacidad, lo que equivale al 15 % de la población mundial. Aproximadamente entre 110 y 190 millones de personas adultas tienen enormes limitaciones funcionales.⁶ A pesar de que el número de años que se vive con una discapacidad se ha mantenido en gran medida estable a lo largo del tiempo, en los dos últimos decenios se ha visto incre-

mentado el número de personas que viven con discapacidad debido al envejecimiento de la población.⁷

La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables, y, por consiguiente, la prevalencia de la discapacidad es mayor en países con un nivel de ingresos medio-bajo que en los países con un nivel de ingresos alto.⁸ Además, la prevalencia de la discapacidad es mayor entre las mujeres y las personas mayores, y entre aquellas con un estatus socioeconómico bajo.⁸ Las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades generales que el resto de la población, además de las necesidades específicas relacionadas con su condición de salud, pero son desproporcionadamente pobres, de forma que experimentan un acceso limitado a la salud y la inclusión social. Los datos disponibles indican que las personas con discapacidad deben encarar obstáculos que limitan la participación en un gran número de actividades y servicios sociales básicos objeto de los proyectos de protección social, incluida la salud y la rehabilitación, la educación, los medios de subsistencia y la participación política, entre otros.⁹⁻¹¹ Para superar las dificultades a las que deben hacer frente las personas con discapacidad es necesario intervenir a fin de eliminar las barreras sociales y del entorno, así como abordar las necesidades relacionadas con sus deficiencias. Por consiguiente, los programas de protección social pueden facilitar la inclusión de las personas con discapacidad, especialmente aquellos que se centran en la educación, el empleo y la salud.

1.1 Datos preliminares en el Perú

En 2012, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) llevó a cabo la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS) y constató que el 5,2 % de la población total sufría deficiencias permanentes.¹² Si bien esta encuesta proporciona una información valiosa, los métodos utilizados no fueron estandarizados, dado que se recurrió a una adaptación del cuestionario breve elaborado por el Grupo de Washington de evaluación de la discapacidad, y los datos recogidos fueron insuficientes para

comparar las vidas de las personas con discapacidad con el resto de la población.

1.2 Los programas de protección social en el Perú

El Gobierno de Ollanta Humala, actual Presidente del Perú, ha definido la protección social como una de sus principales prioridades, aprovechando el crecimiento económico del país.² Se han creado dos programas diferentes de transferencias monetarias (“Juntos” y “Pensión 65”) para promover la inclusión social. Además, en el proyecto de investigación se ha incluido también el Seguro Integral de Salud (SIS), un programa de atención sanitaria.

Los dos programas de transferencias monetarias son muy similares en cuanto a los procesos operativos y de implementación, la selección de los beneficiarios y beneficiarias, y los recursos técnicos y humanos. Sin embargo, “Juntos” tiene como objeto principal los hogares con niños y niñas menores de 18 años, mujeres gestantes, padres y madres en situación de viudez y personas mayores que viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema,¹³ mientras que “Pensión 65” es un programa concebido para las personas mayores que viven en condiciones de pobreza extrema.¹⁴ Las personas con discapacidad no son la población objetivo de estos programas; no obstante, pueden afiliarse si pertenecen a uno de los grupos anteriormente citados (menores de 18 años, mujeres gestantes, padres y madres en situación de viudez, y personas mayores que viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema). La encuesta ENEDIS puso de manifiesto que muy pocas personas con discapacidad estaban afiliadas a estos programas de protección social de referencia. En este sentido, en el programa “Juntos” se habían incluido menos del 1% de las personas con discapacidad, mientras que solamente el 8% de aquellas personas discapacitadas

que habían cumplido 65 o más años estaban afiliadas a “Pensión 65”. Según los datos del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), un sistema para identificar a aquellas personas que necesitan ayuda social, solamente el 1% de las personas incluidas en este sistema presentaba algún tipo de discapacidad, lo que sugiere una infrarrepresentación extrema de este grupo de población en el programa.¹⁵ Asimismo, se carece de información cuantitativa y cualitativa para comprender exactamente cómo han sido ejecutados los programas generales y específicos destinados a las personas con discapacidad, por qué motivo podrían no estar teniendo los resultados esperados, y cuál es la mejor manera de brindarles apoyo para lograr los fines que persiguen. Por lo tanto, pese a estas iniciativas, existe la necesidad de determinar debidamente si las condiciones políticas y socioeconómicas han propiciado la infrarrepresentación y la exclusión de las personas con discapacidad de los programas de protección social.

Por otro lado, el Seguro Integral de Salud (SIS) es un programa de protección social cuya finalidad es proteger la salud de los peruanos, especialmente si no están afiliados a ningún seguro de salud, dando prioridad a las poblaciones vulnerables que viven en situación de pobreza extrema.¹⁶ Aunque en algunas áreas para la afiliación solamente se requiere el DNI y la evaluación de la situación económica por parte del SISFOH, la cobertura sanitaria se limita al número de consultas médicas (dos al mes) y los medicamentos disponibles.

Los principales objetivos de la presente parte cuantitativa del proyecto eran dos: estimar la prevalencia y los tipos de discapacidad en el Perú y en los programas de protección social haciendo uso de una herramienta estandarizada en un entorno con recursos limitados, y evaluar las condiciones específicas de la exclusión de las personas con discapacidad y sus necesidades de protección social en comparación con las personas sin discapacidad.

2

Metodología

Una niña invidente en una escuela privada regular, donde alumnos con discapacidades tienen un profesora personal, el cual sirve de asistente al profesora regular de la clase.



2.1 Ámbito del estudio

Para la realización del presente estudio se seleccionó el distrito de Morropón, parte del departamento homónimo de Piura (región en el norte del Perú). Según el censo nacional de 2007,¹⁷ Morropón tiene 14.421 habitantes, de los cuales el 15 % son analfabetos, y el 48,7% no tienen seguro de salud. Si bien no existen datos específicos relativos a la discapacidad en Morropón, de acuerdo con la ENEDIS¹² se estimó una prevalencia del 4,5 % para la región de Piura. Asimismo y a partir de la información facilitada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social,¹⁸ 1.409 hogares están afiliados al programa “Juntos”, y 569 personas se benefician de “Pensión 65”.

2.2 Fases del estudio

El estudio ha constado de dos fases.

Fase 1: Encuesta sobre discapacidad entre la población general y representación entre los y las participantes en el programa

Diseño del estudio: Se elaboró una encuesta de población con el fin de estimar la prevalencia de la discapacidad en la población general y evaluar la proporción de familias/personas con y sin discapacidad entre los participantes en los programas de protección social.

Criterios de selección: Se evaluó a los y las integrantes de los hogares seleccionados de 5 o más años con el fin de identificar a las personas con discapacidad.

Marco de muestreo: Como marco de muestreo se emplearon datos de los Censos Nacionales y mapas de 2007. Se utilizó un método de muestreo en dos etapas para garantizar que todos los hogares del distrito tuvieran la misma probabilidad de selección. En la primera etapa, se seleccionó una muestra aleatoria con 90 de 207 conglomerados, cada uno de los cuales

se componía de un bloque residencial individual con una media de entre 20 y 40 hogares. Se visitó cada uno de los hogares del conglomerado para registrar su localización. En la segunda etapa, se entrevistó a la persona cabeza de familia o a su cónyuge en todos los hogares, con vistas a recopilar datos adicionales relativos a la discapacidad.

Definición de discapacidad: A los efectos de este estudio, se ha definido la discapacidad sobre la base del cuestionario breve elaborado por el Grupo de Washington de evaluación de la discapacidad en su traducción al español.¹⁹ La herramienta incluye seis preguntas sobre las dificultades para realizar actividades funcionales (ver, oír, caminar o subir escalones, recordar o concentrarse, lavarse o vestirse, y comunicarse) a causa de un problema de salud. Las personas encuestadas podían elegir entre cuatro respuestas posibles para las preguntas: no, ninguna dificultad; sí, alguna dificultad; sí, mucha dificultad; no puedo hacerlo en absoluto. Por consiguiente, se consideró como persona con discapacidad a quien respondió “no puedo hacerlo en absoluto” o “sí, mucha dificultad” a alguna de las seis preguntas, o a aquellas personas que declararon tener alguna dificultad en relación con al menos dos preguntas.

Procedimientos: Los cuestionarios fueron entregados en español por agentes de campo formados. En primer lugar, se utilizó una plantilla censal para registrar los datos relativos a la composición del hogar y al nivel del hogar en términos de acceso a los programas de protección social, prestando especial atención a los datos relativos a “Juntos” y “Pensión 65”, los ingresos familiares, y las características del hogar, incluidos bienes y acceso a los servicios. Asimismo, se utilizó una segunda plantilla para recopilar datos a nivel individual sobre cada persona integrante del hogar, incluidos sexo, edad, condición de discapacidad (con ayuda del cuestionario breve del Grupo de Washington).¹⁹ Se registraron los datos de todos los miembros de la familia, aunque la información fue facilitada por la persona cabeza de familia o su cónyuge.

Fase 2: Exclusión y necesidades de protección social

Diseño del estudio: Se llevó a cabo un estudio de casos y controles anidados seleccionando todos los casos de discapacidad identificados en la fase 1 y emparejados con un individuo control según el sexo y la edad (± 3 años).

Criterios de selección: Un caso: hombre o mujer, de 5 o más años, con discapacidad en virtud del cuestionario sobre discapacidad elaborado por el Grupo de Washington.¹⁹ Se seleccionó un individuo control de la población general (proporción de controles y casos 1:1) del mismo sexo y edad similar (± 5 años), pero sin discapacidad y se utilizó como grupo de control. En esta fase del estudio solamente se incluyó uno o una participante, caso o control, por hogar.

Definición de las variables: En el cuestionario se incluyeron módulos sobre educación, empleo, salud y áreas pertinentes de los programas de protección social (incluido el acceso a otros programas, como el SIS), con vistas a comparar las circunstancias de vida de las personas con discapacidad y sin discapacidad.

Procedimientos: Las entrevistas fueron realizadas por personal debidamente formado. Los datos se obtuvieron a partir de la fase de evaluación inicial del estudio y posteriormente se corroboraron directamente con los participantes. Las preguntas filtro fueron evaluadas nuevamente a fin de confirmar si el o la participante constituía un caso o un control. Los cuestionarios fueron entregados en español por agentes de campo formados. Se creó un instrumento especial para el estudio de casos y controles.

Tamaño de la muestra: Con una estimación conservadora de la prevalencia de la discapacidad del 5 %, se necesitaba identificar un total de 135 casos de discapacidad y 135 controles para estimar una razón de posibilidades (RP) de 2,1, considerando una potencia estadística del 80 %, un nivel de significación del 5 %, y una prevalencia de la exposición (por ejemplo, la pobreza) de un 25 % en el grupo de control.¹

¹ **Razones de posibilidades:** implica la fuerza de la relación existente entre variables; **potencia estadística:** es la capacidad del estudio para detectar diferencias entre variables; **nivel de significación:** cuál es la probabilidad de que la diferencia encontrada se deba al azar; **prevalencia de la exposición:** la proporción de controles que son personas pobres, por ejemplo.

2.3 Análisis de los datos

Los datos fueron analizados con STATA 13 para Windows (Stata Corp, College Station, Texas, EE. UU.). Se calcularon las estimaciones estratificadas por sexo de la prevalencia de la discapacidad y los tipos de deficiencias entre la población general, así como la comparación de la prevalencia de la discapacidad dentro de los programas de protección social. Los datos fueron analizados a nivel de hogar y a nivel individual en relación con “Juntos” y “Pensión 65”, respectivamente.

Para llevar a cabo las comparaciones entre casos y controles se utilizaron la prueba χ^2 o el test exacto de Fisher, según resultara procedente.² Se crearon modelos multivariantes de regresión logística para identificar las diferencias entre casos y controles en los ámbitos de la educación, el empleo, y la salud, así como las áreas relacionadas con los programas de protección social, aplicando los ajustes necesarios con respecto a edad y sexo. Se realizaron también análisis estratificados por sexo para evaluar si las necesidades y la inclusión social de las mujeres y niñas con discapacidad difieren de las de los hombres y niños.

2.4 Normas de ética

Las fases del estudio fueron revisadas y aprobadas por los comités de ética de la London School of Hygiene and Tropical Medicine de Londres, Reino Unido, y la Universidad Peruana Cayetano Heredia de Lima, Perú. Antes de comenzar con el trabajo de campo se obtuvo el debido consentimiento verbal informado.

² Cuando se comparan variables categóricas (como en el presente informe), hay dos opciones: la prueba χ^2 o el test exacto de Fisher, en función del número de observaciones en cada una de las celdas de una tabla de 2x2. Cuando el número de observaciones es reducido, se utiliza Fisher. Howell, DC. Chi-squared test – Analysis of contingency Tables. Disponible en: <http://www.uvm.edu/~d-howell/methods7/Supplements/ChiSquareTests.pdf>

3 Resultados

Enfermera con paciente conduciendo exámenes oculares en un edificio público, Perú.



3.1 Fase 1: Encuesta sobre discapacidad entre la población general y representación entre los y las participantes en el programa

Durante la fase de evaluación inicial se registró un total de 4.021 participantes en 1.084 hogares. De ellos, 335 (8,3%) quedaron excluidos de análisis posteriores por ser menores de 5 años. Por lo tanto, se evaluaron 3.684 participantes, de los cuales 1.848 (50,1%) eran mujeres con una edad media de 36,4 años (desviación típica (DT): 21,7). La mayoría de la muestra del estudio (53,3%) declaró que percibía unos ingresos inferiores a 450 PEN al mes (aproximadamente 158 USD). Las características de la muestra del estudio se indican en la Tabla 1.

Tabla 1: Características de la muestra del estudio (n = 3.684)

Variables	N (%)
Sexo	
Mujer	1.848 (50,1%)
Hombre	1.836 (49,9%)
Categorías de edad	
5-17 años	956 (25,9%)
18-64 años	2.296 (62,3%)
65 o más años	434 (11,8%)
Ingresos familiares	
Hasta 100 PEN	86 (2,4%)
101-450 PEN	1.793 (50,9%)
451-750 PEN	993 (28,2%)
751 PEN o más	653 (18,5%)

3.1.1 Prevalencia de la discapacidad

Sobre la base de los criterios del estudio se determinó que un total de 290 personas (7,9%; 95% IC: 7,0%-8,7%) padecían una deficiencia. La deficien-

cia más común era la dificultad para caminar (2,4%), seguida de las dificultades para ver (2,1%). Véanse más detalles en la Tabla 2 y en la Tabla adicional n.º 1 del Apéndice.

Tabla 2: Dificultades conforme a la herramienta del Grupo de Washington

Dificultad	N (%)
Dificultad para ver	76 (2,1%)
Dificultad para oír	53 (1,4%)
Dificultad para caminar	90 (2,4%)
Dificultad para recordar/concentrarse	64 (1,7%)
Dificultad para realizar tareas de cuidado personal	54 (1,5%)
Dificultad para comunicarse	36 (1,0%)

A nivel familiar, 188 familias (17,3%) contaban en su seno con una persona con discapacidad, mientras que en 39 familias (3,6%) y 8 familias (0,7%) había dos y tres personas con discapacidad, respectivamente.

3.1.2 Prevalencia de la discapacidad en función de factores sociodemográficos

No se registraron diferencias en cuanto a la prevalencia de la discapacidad entre hombres y mujeres (RP = 1,15; 95% IC: 0,91-1,47); no obstante, la prevalencia de la discapacidad era mayor entre las personas de edad avanzada en comparación con las personas más jóvenes (RP = 11,30; 95% IC: 6,19-20,62). La prevalencia de la discapacidad era menor entre las personas con mayores ingresos familiares (RP = 0,37; 95% IC: 0,26-0,52), y entre aquellas situadas en el cuartil con el estatus socioeconómico de mayor bienestar (RP = 0,14; 95% IC: 0,07-0,27). En la Tabla 3 se muestra información más detallada al respecto.

Tabla 3: Características sociodemográficas en función de la discapacidad

	Personas con discapacidad/total	Prevalencia de la discapacidad (95 % IC)	RP (95 % IC)
Sexo*			
Hombre	135 / 1.786	7,6 % (6,3 %-8,8 %)	1 (referencia)
Mujer	152 / 1.787	8,5 % (7,2 %-9,8 %)	1,15 (0,91-1,47)
Categorías de edad*			
5-9 años	12 / 341	3,5 % (1,6 %-5,5 %)	1 (referencia)
10-19 años	19 / 749	2,5 % (1,4 %-3,7 %)	0,71 (0,34-1,49)
20-29 años	14 / 465	3,0 % (1,5 %-4,6 %)	0,85 (0,39-1,86)
30-39 años	17 / 465	3,7 % (1,9 %-5,4 %)	1,04 (0,49-2,21)
40-59 años	47 / 943	5,0 % (3,6 %-6,4 %)	1,44 (0,75-2,74)
60 o más años	178 / 610	29,2 % (25,6 %-32,8 %)	11,30 (6,19-20,62)
Ingresos familiares			
Hasta 100 PEN	19 / 85	22,4 % (13,3 %-31,4 %)	1 (referencia)
101-450 PEN	167 / 1.730	9,7 % (8,3 %-11,0 %)	0,54 (0,40-0,74)
451-750 PEN	55 / 959	5,7 % (4,3 %-7,2 %)	0,45 (0,32-0,62)
751 PEN o más	25 / 642	3,9 % (2,4 %-5,4 %)	0,37 (0,26-0,52)
Estatus socioeconómico**			
1er cuartil (más pobre)	116 / 888	13,1 % (10,8 %-15,3 %)	1 (referencia)
2° cuartil	67 / 871	7,7 % (5,9 %-9,5 %)	0,37 (0,22-0,63)
3er cuartil	57 / 910	6,3 % (4,7 %-7,8 %)	0,21 (0,12-0,38)
4° cuartil (mayor bienestar)	47 / 904	5,2 % (3,7 %-6,6 %)	0,14 (0,07-0,27)

Las estimaciones en **negrita** son significativas en términos estadísticos ($p < 0.05$)

* El estatus socioeconómico fue evaluado mediante la creación de un índice de bienestar basado en los bienes en propiedad del hogar, y su clasificación subsiguiente en cuartiles.

3.1.3 Discapacidad y programas de protección social

Programa Juntos: Dado que “Juntos” es un programa social familiar que se dirige específicamente a niños y niñas menores de 18 años, mujeres gestantes, padres y madres en situación de viudedad o personas mayores que viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema,¹³ los análisis se llevaron a cabo a nivel familiar. Un total de 356 familias (el 32,9 %) de entre las 1.082 evaluadas se había afiliado al programa “Juntos”. De ellas, 105 (el 29,5 %) se encontraban en el cuartil más pobre del estatus socioeconómico, y en 352 familias (el 98,9 %) vivía al menos un

hijo o hija menor de 18 años o una persona de 65 o más años.

Entre las familias con al menos un integrante con discapacidad, 67 de 235 (28,5 %) estaban afiliadas a “Juntos”, mientras que había 289 familias (34,1 %) de un total de 847 en las que ninguno o ninguna de sus integrantes padecía discapacidad ($p = 0,11$).

De las 28 familias con un hijo o hija con discapacidad, 24 (85,7 %) estaban afiliadas a “Juntos”, mientras que esta proporción se elevaba solamente a 515 de 926 (55,6 %) entre aquellas familias con hijos o hijas sin discapacidad ($p = 0,002$). Los niños y niñas con discapacidad afiliados al programa “Juntos”

tenían una media de edad de 11,3 años (DT: 3,3), la mayoría eran varones (13 de 24, 54,2%), y pertenecían al cuartil inferior (54,2%).

Pensión 65: Este programa está orientado específicamente en las personas mayores (de 65 o más años) a nivel individual. En consecuencia, para el análisis únicamente se tuvieron en cuenta los y las participantes de edad avanzada: no se registraron diferencias en las personas afiliadas a Pensión 65 entre los y las participantes con y sin discapacidad ($p = 0,07$).

Tabla 4: Discapacidad y el programa Pensión 65

	Programa Pensión 65		
	No (n = 317)	Sí (n = 116)	Valor p
Discapacidad			
No	210 (76,1%)	66 (23,9%)	0.07
Sí	107 (68,2%)	50 (31,8%)	

Seguro Integral de Salud: Además, también se evaluó la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS). El SIS es un programa social relacionado con el acceso a los servicios de salud dirigido a aquellas personas con un estatus socioeconómico bajo. Más de tres cuartas partes de la muestra del estudio se habían afiliado al SIS, sin diferencias entre personas con y sin discapacidad ($p = 0,16$, Tabla 5).

Tabla 5: Discapacidad y el programa SIS

	SIS program		
	No (n = 783)	Sí (n = 2.901)	Valor p
Discapacidad			
No	712 (21,0%)	2.682 (79,0%)	0.16
Sí	71 (24,5%)	219 (75,5%)	

3.2 Fase 2: Exclusión y necesidades de protección social

Se emparejó un total de 161 casos con discapacidad según el sexo y la edad con 161 controles. Los casos tenían una edad media de 56,8 años (DT: 24,2), mientras que los controles presentaban una edad media de 56,1 años (DT: 23,7):

3.2.1 Autodeclaración de discapacidad y causas percibidas

La autodeclaración de discapacidad evaluada mediante la pregunta “¿Considera que tiene usted una discapacidad?” era más frecuente entre los casos ($n = 127$, 78,9%) que entre los controles ($n = 5$, 3,8%). Además, 15 participantes (9 casos y 6 controles) no sabían si sufrían una discapacidad. Por otro lado, 25 casos (16,5%) declararon que no tenían discapacidad, mientras que 150 controles (96,8%) afirmaron lo propio. En la Tabla adicional n.º 2 se recoge información detallada sobre la autodeclaración de discapacidad y las diferentes definiciones de deficiencias de acuerdo con el cuestionario del Grupo de Washington (véase el Apéndice).

Entre los casos, las causas de discapacidad más comunes observadas eran la edad avanzada (20,6%), seguida de causas genéticas (15,6%), enfermedades no contagiosas (11,3%), y accidentes/lesiones (7,5%). Cabe señalar que ninguna de las personas participantes atribuyó a alguna enfermedad infecciosa la causa de su deficiencia. De media, la edad indicada de aparición de la discapacidad fue 42,3 años (DT: 32,0, intervalo intercuartílico: 7-70,5).

3.2.2 Características sociodemográficas y discapacidad en personas adultas de 18 o más años

Un total de 141 casos y sus respectivos controles tenían una edad de 18 o más años. De acuerdo con las características sociodemográficas, las personas solteras tenían una mayor probabilidad de tener una discapacidad que aquellas que estaban casadas o vivían en pareja ($p = 0,002$). De modo similar, entre los casos

había una mayor probabilidad de que fueran de raza caucásica ($p = 0,01$) y asimismo presentaban menores niveles de alfabetización ($p = 0,004$). El nivel educativo, definido como el máximo grado de educación alcanzado, no estaba relacionado de forma significativa con las deficiencias ($p = 0,680,49$). Aunque el grado de asistencia escolar no era significativo, la probabilidad de que los casos no asistieran a una institución

educativa era mayor (el 21,2% frente al 17,0% de los controles, $p = 0,06$). Por otro lado, el 32,6% de los casos declaró que no sabía leer, mientras que entre los controles el porcentaje era del 16,3% ($p = 0,006$). Los detalles relativos a la distribución de las características sociodemográficas y las estimaciones de relación se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6: Estudio de casos y controles anidados: Relación entre discapacidad y características sociodemográficas en personas adultas de ≥ 18 años

	Casos (n = 141)	Controles (n = 141)	RP ajustada por edad y sexo
Sexo			
Mujer	81 (57,5%)	81 (57,5%)	--
Categorías de edad			
18-29 años	8 (5,7%)	8 (5,7%)	--
30-49 años	24 (17,0%)	24 (17,0%)	--
50-69 años	45 (31,9%)	50 (35,5%)	--
70 o más años	64 (45,4%)	59 (41,8%)	--
Estado civil			
Persona casada/pareja de hecho	66 (46,8%)	84 (59,6%)	1 (referencia)
Persona divorciada/separada/ viuda	42 (29,8%)	43 (30,5%)	1,07 (0,55-2,06)
Persona soltera	33 (23,4%)	14 (9,9%)	3,40 (1,54-7,51)
Etnia			
Mestiza (amerindia)	92 (69,7%)	116 (84,7%)	1 (referencia)
Afroperuana/negra	12 (9,1%)	9 (6,6%)	1,61 (0,63-4,08)
Caucásica/blanca	28 (21,2%)	12 (8,8%)	2,61 (1,25-5,48)
Asistencia escolar			
Sí	104 (73,8%)	117 (83,0%)	1 (referencia)
No	37 (26,2%)	24 (17,0%)	1,72 (0,96-3,08)
Máximo grado de educación			
Primaria incompleta	53 (51,0%)	60 (51,3%)	1 (referencia)
Primaria completa/básica	19 (18,3%)	15 (12,8%)	1,49 (0,55-4,03)
Secundaria incompleta/completa	20 (19,2%)	27 (23,1%)	0,82 (0,32-2,15)
Superior o más	12 (11,5%)	15 (12,8%)	0,60 (0,18-1,98)
Nivel de alfabetización			
Bueno	50 (35,5%)	64 (45,4%)	1 (referencia)
No muy bueno	45 (31,9%)	54 (38,3%)	1,14 (0,62-2,07)
No sabe leer	46 (32,6%)	23 (16,3%)	2,71 (1,38-5,32)

Las estimaciones en **negrita** son significativas en términos estadísticos ($p < 0,05$)

-- No se puede calcular debido al diseño del estudio.

Un total de 61 participantes (37 casos y 24 controles) declaró que no había asistido nunca a una institución educativa. Los motivos que justificaban la no asistencia diferían entre los casos y los controles ($p = 0,04$). Entre los casos, las tres causas principales de no asistencia eran, por orden de importancia, decisión de los padres (32,4%), necesidad de trabajar (27,0%), y falta de recursos económicos (13,5%). Solamente un caso (2,7%) declaró tener dificultades para asistir a una institución educativa, y dos (5,4%) informaron de que la institución educativa carecía de las infraestructuras adecuadas. Por otro lado, entre los controles, las tres principales razones para la no asistencia versaban sobre la necesidad de trabajar (58,3%), la falta de recursos económicos (16,7%), y la falta de una institución educativa en la zona (8,3%).

3.2.3 Empleo y discapacidad en personas adultas de 18 o más años

Comparando los casos con los controles, entre las personas con discapacidad se daba una probabilidad más de cuatro veces mayor de que no hubieran trabajado ni en los últimos siete días ni en el último año. En general, seis participantes (3 casos y 3 controles) declararon que no estaban trabajando en ese momento o bien porque estaban enfermos o bien porque estaban de vacaciones ($p = 0,59$). Además, solamente 25 participantes (5 casos (12,8%) y 20 controles (26,3%), valor $p = 0,10$) indicaron que ejercían una segunda actividad, y solamente 4 participantes estaban buscando empleo: 2 casos (2,0%) y 2 controles (3,1%), $p = 0,66$. Los detalles y las estimaciones relativas al empleo y la discapacidad se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7: Estudio de casos y controles anidados: Relación entre discapacidad y empleo en personas adultas de ≥ 18 años

	Casos (n = 141)	Controles (n = 141)	RP ajustada por edad y sexo
Ha trabajado en los últimos 7 días			
Sí	32 (22,7%)	70 (49,7%)	1 (referencia)
No	109 (77,3%)	71 (50,4%)	4,45 (2,32-8,57)
Ha trabajado durante el último año			
Sí	36 (25,5%)	73 (51,8%)	1 (referencia)
No	105 (74,5%)	68 (48,2%)	4,36 (2,26-8,40)

Las estimaciones en **negrita** son significativas en términos estadísticos ($p < 0,05$)

Los motivos para no encontrarse trabajando en ese momento diferían entre los casos y los controles ($p < 0,001$). Aunque la principal razón, tener una edad avanzada o estar jubilado o jubilada, era la misma en ambos grupos (el 44,1% en los casos frente al 61,5% en los controles), las razones secundarias eran diferentes. A este respecto, entre los casos los dos motivos secundarios argüidos para no estar trabajando en ese momento eran padecer limitaciones

o problemas físicos (21,6%) y sufrir una enfermedad persistente, es decir de una duración superior a un mes (18,6%). Por su parte, entre los controles, los motivos secundarios se referían al cuidado de los hijos o hijas (27,7%) y la imposibilidad de encontrar un puesto de trabajo (4,6%).

3.2.4 Ingresos y otros beneficios para empleados y discapacidad en personas adultas de 18 o más años

Estos análisis han sido llevados a cabo entre aquellas personas que manifestaron haber trabajado durante

el último año. En las comparaciones se incluyeron 36 casos y 73 controles. Los resultados se muestran en la Tabla 8, mientras que en la Tabla adicional n.º 3 del Apéndice se incluyen otras comparaciones.

Tabla 8: Estudio de casos y controles anidados: Relación entre ingresos y otros beneficios para empleados, y discapacidad en personas adultas de ≥ 18 años

	Casos (n = 36)	Controles (n = 73)	RP ajustada por edad y sexo
Tipo de actividad			
Negocio propio	21 (58,3 %)	30 (41,1 %)	1 (referencia)
Empleado de otra persona	12 (33,3 %)	29 (39,7 %)	1,34 (0,41-4,37)
Agricultura/ganadería	3 (8,3 %)	14 (19,2 %)	0,75 (0,12-4,75)
Tipo de trabajo			
Todo el año	17 (47,2 %)	29 (40,3 %)	1 (referencia)
De temporada	12 (33,3 %)	27 (37,5 %)	1,21 (0,33-4,41)
Ocasional	7 (19,5 %)	16 (22,2 %)	2,64 (0,49-14,3)
Pago en el empleo principal			
Mensual/bisemanal	6 (17,1 %)	18 (24,7 %)	--
Semanal/diario	23 (65,7 %)	42 (57,5 %)	--
Sin retribución	3 (8,6 %)	2 (2,7 %)	--
Otras formas	3 (8,6 %)	11 (15,1 %)	--
Ingresos			
< 400 PEN	27 (87,0 %)	37 (54,4 %)	1 (referencia)
400-749 PEN	2 (6,5 %)	12 (17,7 %)	0,25 (0,03-2,24)
750 o más PEN	2 (6,5 %)	19 (27,9 %)	--

-- No se puede calcular.

Cabe señalar que solamente los ingresos eran estadísticamente diferentes entre los casos y los controles: el 87 % de los casos percibía unos ingresos inferiores a 400 PEN, mientras que solamente el 54,4 % de los controles percibía ese mismo nivel de ingresos ($p = 0,007$).

3.2.5 Características de inclusión y discapacidad en niños y niñas menores de 18 años

En los presentes análisis se incluyeron veinte niños y niñas con discapacidad y sus respectivos controles. Las características de los casos y los controles se

muestran en la Tabla 9. Cabe destacar que más de un cuarto de los niños y niñas con discapacidad se situaba en un curso inferior con respecto a los controles (el 26,5% frente al 5,0%, respectivamente), si bien esta diferencia no resultaba significativa ($p = 0,09$).

Tabla 9: Estudio de casos y controles anidados: Relación entre inclusión y discapacidad en niños y niñas < 18 años

	Casos (n = 20)	Controles (n = 20)	RP ajustada por edad y sexo
Sexo			
Mujer	9 (45,0%)	9 (45,0%)	--
Hombre	11 (55,0%)	11 (55,0%)	--
Edad			
5-7 años	2 (10,0%)	3 (15,0%)	--
8-11 años	9 (45,0%)	8 (40,0%)	--
12-17 años	9 (45,0%)	9 (45,0%)	--
Inscrito/-a actualmente en una institución educativa			
No	1 (5,0%)	0 (0,0%)	--
El mismo curso que los demás niños y niñas			
Sí	14 (73,7%)	19 (95,0%)	1 (referencia)
No, en un curso inferior	5 (26,3%)	5 (5,0%)	5,0 (0,58-42,8)
Días de no asistencia			
Ninguno	15 (79,0%)	19 (95,0%)	1 (referencia)
1 día o más	2 (10,5%)	0 (0,0%)	4,0 (0,45-35,8)
Máximo grado de educación			
Primaria completa/incompleta	13 (68,4%)	12 (60,0%)	1 (referencia)
Secundaria completa/incompleta	6 (31,6%)	8 (40,0%)	0,5 (0,05-5,51)
Ha repetido algún curso			
Sí	5 (26,3%)	2 (10,0%)	1 (referencia)
No	14 (73,6%)	18 (90,0%)	4,0 (0,45-35,8)

-- No se puede calcular.

Además, todos los niños y niñas manifestaron que asistían a una institución educativa regular y, solamente en un caso, un niño o niña con discapacidad declaró que no asistía al colegio. Entre los 7 niños o niñas que habían manifestado haber repetido

un curso escolar, 3 habían repetido una vez (1 caso frente a 2 controles), 3 habían repetido dos veces (todos casos), y un niño o una niña (un caso) había repetido tres veces.

3.2.6 Salud y discapacidad en personas adultas de 18 o más años

Los problemas graves de salud eran más frecuentes entre los casos (67,4 %) que entre los controles

(33,3 %, valor $p < 0,001$). Sin embargo, la probabilidad de estar afiliado a un seguro de salud no era mayor entre las personas con discapacidad, con unas tasas de afiliación por encima del 80 % en ambos grupos ($p = 0,64$). Esta información se muestra en la Tabla 10.

Tabla 10: Estudio de casos y controles anidados: Relación entre salud y discapacidad en personas adultas de ≥ 18 años

	Casos (n = 141)	Controles (n = 141)	RP ajustada por edad y sexo
Afiliadas a seguro de salud			
Sí	117 (83,0 %)	114 (80,9 %)	1 (referencia)
No	24 (17,0 %)	27 (19,2 %)	0,85 (0,45-1,62)
Problema de salud en los últimos 12 meses			
No	18 (12,8 %)	52 (36,9 %)	1 (referencia)
Sí, pero no grave	28 (19,8 %)	42 (29,8 %)	1,72 (0,75-3,92)
Sí, y grave	95 (67,4 %)	47 (33,3 %)	5,69 (2,78-11,65)

Las estimaciones en **negrita** son significativas en términos estadísticos ($p < 0,05$)

Al analizar el tipo de seguro de salud no se hallaron diferencias entre casos y controles. A este respecto, el 76,9 % de los casos y el 79,0 % de los controles ($p = 0,71$) estaban afiliados al Seguro Integral de Salud. Asimismo, el 22,2 % de los casos y el 20,2 % de los controles ($p = 0,70$) estaban afiliados a ESSALUD, y ninguno de los casos y solamente el 1,8 % de los controles ($p = 0,15$) había contratado un seguro privado.

Entre aquellas personas que manifestaron tener un problema de salud (123 casos y 89 controles), también se realizaron comparaciones relativas al comportamiento relacionado con la búsqueda de atención sanitaria: el 61 % de los casos y el 64 % de los controles declararon que siempre acudían a los servicios de salud, mientras que el 13 % de los casos y el 5,6 % de los controles manifestó no acudir nunca a los servicios de salud. En la Tabla 11 se indica infor-

mación más detallada al respecto. Cabe señalar que no se apreciaron diferencias en términos de búsqueda de atención sanitaria ($p = 0,20$), pero los casos buscaban tratamiento en los establecimientos de salud ($p < 0,001$), mientras que los controles buscaban tratamiento en las farmacias ($p = 0,003$). Asimismo, los motivos por los que no se acudía a los servicios de salud variaban entre los casos y los controles. Entre los motivos aducidos, las personas con discapacidad declararon como principales motivos para no acudir a los servicios de salud que consideraban que no era necesario (el 33,3 % de los motivos manifestados), la falta de recursos económicos (31,3 %), y la automedicación (22,9 %). En el caso de los controles, el 50 % manifestó que creía que no era necesario, el 21,9 % recurría a la automedicación, y el 18,9 % declaró que el motivo era la falta de recursos económicos ($p = 0,58$).

Tabla 11: Estudio de casos y controles anidados: Relación entre comportamientos de búsqueda de atención sanitaria y discapacidad en personas adultas de ≥ 18 años

	Casos (n = 123)	Controles (n = 89)	RP ajustada por edad y sexo
Búsqueda de atención sanitaria			
Siempre	75 (61,0%)	57 (64,0%)	1 (referencia)
Ocasionalmente	32 (26,0%)	27 (30,4%)	0,86 (0,42-1,74)
Nunca	16 (13,0%)	5 (5,6%)	4,44 (0,96-20,56)
Lugar donde se busca tratamiento			
Establecimiento de salud (sí/no)	96 (89,7%)	52 (61,9%)	6,67 (1,98-22,43)
Hospital (sí/no)	19 (17,8%)	11 (13,1%)	2,14 (0,87-5,26)
Clínica privada (sí/no)	29 (27,1%)	32 (38,1%)	0,47 (0,21-1,05)
Farmacia (sí/no)	29 (27,1%)	40 (47,6%)	0,41 (0,17-0,99)

Las estimaciones en **negrita** son significativas en términos estadísticos ($p < 0,05$)

3.2.7 Salud y discapacidad en mujeres de entre 15 y 49 años

En estos análisis se han incluido 38 mujeres (19 casos y 19 controles). Cabe destacar que solamente 7 casos

(36,8%) declararon que tenían hijos o hijas, en comparación con 16 controles (88,9%) ($p = 0,002$). En la Tabla 12 se incluye información más detallada al respecto.

Tabla 12: Estudio de casos y controles anidados: Relación entre salud y discapacidad en mujeres de entre 15 y 49 años

	Casos (n = 19)	Controles (n = 19)	Valor p*
Tiene hijos o hijas			
Sí	7 (36,8%)	16 (88,9%)	0,002
No	12 (63,2%)	2 (11,1%)	
Cuántos hijos o hijas			
0	12 (63,2%)	2 (11,1%)	0,003
1	3 (15,8%)	2 (11,1%)	
2	2 (10,5%)	8 (44,4%)	
3 o más	2 (10,5%)	6 (33,3%)	
Gestación interrumpida con aborto			
Sí	3 (15,8%)	6 (33,3%)	0,27
No	16 (84,2%)	12 (66,7%)	

* El test exacto de Fisher ha sido utilizado para los cálculos relativos al valor p. La razón de posibilidades no se ha calculado porque el tamaño de la muestra es demasiado reducido.

Solamente 9 mujeres declararon que habían sufrido un aborto espontáneo o provocado con anterioridad (3 casos y 6 controles, valor $p = 0,46$). Todas las mujeres que manifestaron haber pasado por un embarazo en los cinco años anteriores, declararon también que se habían sometido a los controles prenatales (1 caso y 10 controles) y en todos los casos el parto había sido atendido por una comadrona. El parto tuvo lugar en el hospital (atendido por un médico) solamente en el único caso (100%) y en 5 de los controles (50%), mientras que el 50% restante de los controles informó de que había dado a luz en un establecimiento de salud con la única ayuda de una comadrona. Por último, todos los niños y niñas

nacidos en este período han sido vacunados (1 caso y 10 controles).

3.2.8 Salud y discapacidad en niños y niñas menores de 18 años

En los presentes análisis se incluyeron veinte niños y niñas con discapacidad y sus respectivos controles. Entre los casos, 18 (90,0%) declararon haber tenido un problema de salud durante los últimos doce meses (grave en un 60,0%), mientras que entre los controles esta cifra ascendía a 12 (60,0%), siendo los problemas de salud en 2 controles (10%) de carácter grave ($p = 0,03$). Consulte la Tabla 13 para obtener información más detallada al respecto.

Tabla 13: Estudio de casos y controles anidados: Relación entre salud y discapacidad en niños y niñas < 18 años

	Casos (n = 20)	Controles (n = 20)	Valor p*
Afiliados a seguro de salud			
Sí	19 (95,0%)	20 (100,0%)	0,31
Problema de salud en los últimos 12 meses			
No	2 (10,0%)	8 (40,0%)	0,003
Sí, pero no grave	6 (30,0%)	10 (50,0%)	
Sí, y grave	12 (60,0%)	2 (10,0%)	

* El test exacto de Fisher ha sido utilizado para los cálculos relativos al valor p.

Se llevó a cabo un análisis posterior en los 30 niños y niñas (18 casos y 12 controles) que habían manifestado haber padecido un problema de salud en los 12 meses previos. No se registraron diferencias entre los casos y los controles con respecto al comportamiento de búsqueda de atención sanitaria y el lugar al que acudían en busca de tratamiento. Consulte la Tabla 14 para obtener información más detallada al respecto.

3.2.9 Necesidades de servicios de salud especializados

Se evaluaron las necesidades de servicios de salud especializados entre los 161 casos con discapacidad. En el análisis se han incluido la rehabilitación

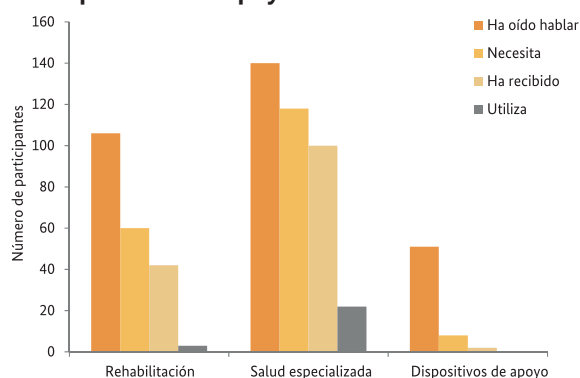
médica, los servicios de salud especializados, los servicios de dispositivos de apoyo, la educación especial, los servicios de búsqueda de empleo, el asesoramiento personal y familiar, el asesoramiento legal, y los servicios prestados por la Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED), que coordina y proporciona programas relacionados con la discapacidad a nivel local.

Con respecto al ámbito de la salud, el 65,8% de los casos había oído hablar de servicios de rehabilitación, el 86,9% sabía que existían servicios especializados, y solamente el 31,7% tenía conocimiento de que existían dispositivos de apoyo. En la Figura 1 se incluye información más detallada al respecto. Cabe señalar que solamente el 5% (3 de 60) de aquellas

personas que requerían rehabilitación declaró estar haciendo uso del servicio, mientras que sí lo hacía el 18,6% (22 de 118) de quienes acudían a los servicios de salud especializados; por su parte, el 0% (0 de 8) manifestó que no utilizaba dispositivos de apoyo.

Con respecto al ámbito del asesoramiento, el 92,5% de los y las participantes con discapacidad manifestó que había oído hablar de curanderos o curanderas, el 56,5% había oído hablar de la OMAPED, y el 37,3% declaró que sabía de la existencia de servicios de asesoramiento familiar y de educación especial. Menos de una tercera parte de los casos manifestó tener conocimiento de otros servicios incluidos en el análisis. Además, solamente el 15% (6 de 40) manifestó acudir a curanderos o curanderas, el 64,4% (29 de 45) declaró que era usuario de la OMAPED, el 38,9% (7 de 18) afirmó que había recurrido a los servicios de asesoramiento familiar, y el 33,3% (2 de 6) informó de que hacía uso de los servicios de educación especial. En la Figura adicional n.º 1 se incluye información más detallada al respecto.

Figura 1: Necesidades de salud entre los casos: rehabilitación, servicios especializados de salud y de dispositivos de apoyo*



*Solamente se ha incluido en el análisis a las personas con discapacidad (casos).

Tabla 14: Estudio de casos y controles anidados: Relación entre comportamientos de búsqueda de atención sanitaria y discapacidad en niños y niñas < 18 años

	Casos (n = 18)	Controles (n = 12)	Valor p*
Búsqueda de atención sanitaria			
Siempre	13 (72,2%)	8 (66,7%)	0,75
Ocasionalmente	5 (27,8%)	4 (33,3%)	
Nunca	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Lugar donde se busca tratamiento			
Establecimiento de salud (sí/no)	18 (100,0%)	11 (91,7%)	0,40
Hospital (sí/no)	3 (16,7%)	1 (8,3%)	0,63
Clínica privada (sí/no)	2 (11,1%)	1 (8,3%)	0,80
Farmacia (sí/no)	4 (22,2%)	4 (33,3%)	0,68

* El test exacto de Fisher ha sido utilizado para los cálculos relativos al valor p.

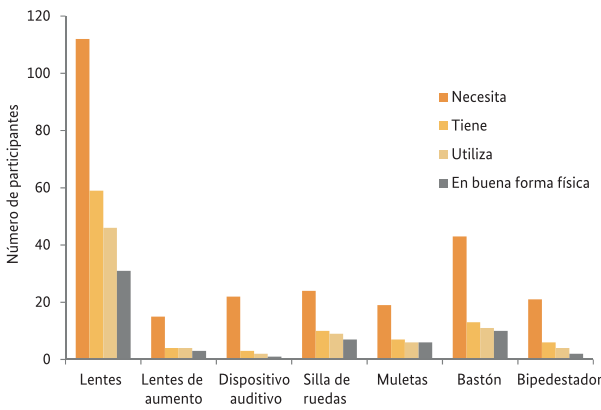
Entre aquellas personas que manifestaron precisar de los servicios, el principal motivo por el que no accedían a los mismos era el costo. Por ejemplo, entre los participantes (n = 18) que no recibían rehabilitación médica, 11 (61,1%) manifestaron

que era demasiado cara, y 4 (22,2%) que no estaba disponible. Asimismo, entre las 18 personas a las que no se prestaban servicios de salud especializados, 15 (83,3%) afirmaron que eran demasiado caros y las 3 restantes (16,7%) manifestaron que el servicio

o bien no estaba disponible o bien quedaba demasiado lejos. Finalmente, entre los 6 casos que precisaban de servicios de dispositivos de apoyo pero no los recibían, 5 (83,3%) declararon que el servicio era demasiado caro, mientras que una persona (16,7%) informó de que el servicio no estaba disponible.

3.2.10 Necesidad de dispositivo de apoyo

Figura 2: Necesidad de dispositivos entre los casos*



*Solamente se ha incluido en el análisis a las personas con discapacidad (casos).

Asimismo, se evaluó también la necesidad de un dispositivo de apoyo entre las personas con discapacidad. Las lentes fueron señaladas por 112 personas (69,6%) como necesarias, seguidas de bastones (n = 43, 26,7%), y sillas de ruedas (n = 24, 14,9%); el 85,7% declaró que no conocía el sistema Braille; y también se registró un alto porcentaje en relación con el desconocimiento de grabadoras (80,8%), impresiones ampliadas (74,5%), perros guía (67,7%), bastones blancos (51,6%), y prótesis (50,9%). En con-

secuencia, solamente 5 participantes declararon que necesitaban prótesis, mientras que 2 requerían impresiones ampliadas, y 1 el sistema Braille. Además, no hubo nadie que manifestara que necesitaba una grabadora, un bastón blanco o un perro guía. En la Figura 2 se brinda información más detallada al respecto.

59 casos (el 53% de los casos) declararon tener lentes y, de estos, 46 (el 78,0% de los y las participantes con lentes) las utilizaban. 33 casos (el 71,7% de aquellas personas que usaban lentes) afirmaron que habían adquirido las lentes en un proveedor privado. Entre los y las 13 participantes restantes que tenían lentes pero no las usaban, 8 declararon que las lentes no servían de ayuda. 13 participantes manifestaron que tenían un bastón, 11 (el 84,6% de los participantes que tenían bastón) lo utilizaban y 8 (el 72,7% de quienes usaban bastón) declararon que lo habían adquirido en un proveedor privado. Entre los 2 participantes restantes que declararon tener un bastón pero que no lo utilizaban, una persona manifestó que el bastón no era útil y la otra que no lo necesitaba. Finalmente, 10 participantes con discapacidad afirmaron que tenían una silla de ruedas, de los cuales 9 (el 90% de aquellas personas con silla de ruedas) la utilizaban y 2 (el 22,2% de quienes usaban silla de ruedas) declararon que la habían adquirido en un proveedor privado, mientras que 2 participantes informaron de que habían adquirido las sillas de ruedas en un proveedor del sistema de salud público. En contrapartida, solamente una persona declaró que tenía una silla de ruedas, pero que no la utilizaba porque no estaba satisfecha con el producto.

4

Discusión

Una niña invidente en una escuela privada regular, donde alumnos con discapacidades tienen un profesora personal, el cual sirve de asistente al profesora regular de la clase.



4.1 Prevalencia de la discapacidad y programas de protección social

4.1.1 Resultados principales

Sobre la base de los resultados de la primera fase del estudio, casi el 8 % de la población de 5 o más años presentaba algún tipo de discapacidad. La deficiencia más común era la dificultad para caminar, seguida de los problemas de visión. La prevalencia de la discapacidad por sexo era similar, pero se detectaron tasas más elevadas de discapacidad entre las personas mayores (de 60 o más años), entre aquellas personas con un menor nivel de ingresos familiares, y entre las personas situadas en el cuartil más bajo de estatus socioeconómico.

Se evaluaron diferentes programas de protección social, incluidas las transferencias monetarias y los programas orientados en el seguro de salud y la educación. Los resultados del presente estudio sugieren que no había diferencias en cuanto a la inclusión de personas con discapacidad en los programas de protección social evaluados en comparación con las personas sin discapacidad. Sin embargo, las familias con hijos e hijas con discapacidad tenían más probabilidades de estar afiliadas a “Juntos” que las familias con hijos o hijas sin discapacidad.

4.1.2 Implicaciones

De acuerdo con informes previos, la prevalencia de la discapacidad varía significativamente entre países, especialmente debido a las herramientas utilizadas en la evaluación.²⁰⁻²⁵ En un informe en el que se utilizaron las preguntas del cuestionario del Grupo de Washington en México se determinó una prevalencia del 5,1 %, ²⁶ mientras que una estimación de la discapacidad en 54 países arrojó un resultado del 14 %. ²⁷ Nuestros resultados son superiores a los reflejados por una encuesta nacional realizada en el Perú (ENE-DIS), ¹² si bien el INEI utilizó una adaptación del cuestionario del Grupo de Washington que define la discapacidad como una limitación permanente. Cuando limitamos la definición de discapacidad a aquellos casos en que se declaraba un gran nivel de dificultad o dificultad total, la prevalencia de la dis-

capacidad se redujo al 5,6 %, un resultado comparable a las estimaciones de la encuesta nacional (5,2 %).

Al igual que en informes previos, la edad avanzada, la pobreza y el desempleo son factores asociados a una mayor prevalencia de la discapacidad. Por otro lado, la discapacidad era similar entre hombres y mujeres, a diferencia de algunos estudios que habían determinado una mayor prevalencia de la discapacidad entre las mujeres. ^{6,28} Tal y como cabía esperar, el envejecimiento de la población implica que habrá más personas que presenten deficiencias, aunque también podría ser una consecuencia del aumento de las tasas de supervivencia en caso de lesiones o enfermedad. Estudios anteriores han corroborado que las personas con discapacidad tienden a hallarse en un estatus socioeconómico inferior y a estar concentradas en las zonas más pobres. ²¹

La inclusión de las personas con discapacidad es importante dentro del contexto de la protección social, dado que tanto en nuestro estudio como en informes anteriores se concluyó que eran más pobres y que tenían menos probabilidades de estar trabajando. ²⁹ Esto se debe en parte a que la discapacidad suele ser más frecuente en grupos ya vulnerables, como entre las mujeres, las personas mayores y los hogares en situación de pobreza. ⁶ Además, las personas con discapacidad se enfrentan a barreras que menoscaban su inclusión y participación en la sociedad como resultado de factores sociales y contextuales que no tienen en cuenta su deficiencia y capacidad, lo cual puede reducir el acceso a la educación, el empleo y la atención sanitaria, así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos. ²⁸

“Juntos”, un programa familiar de protección social, es un programa de transferencias monetarias condicionadas para reducir la pobreza. Los y las participantes de este programa han adquirido una serie de compromisos para mejorar el acceso a la educación y la salud. ¹³ “Pensión 65”, otro programa de transferencias monetarias, está dirigido a personas de 65 o más años que no cuentan con los recursos adecuados para su subsistencia. ¹⁴ El “Seguro Integral de Salud (SIS)” es un programa de protección social cuya finalidad es proteger la salud de los peruanos, especial-

mente si no están afiliados a ningún seguro de salud, dando prioridad a las poblaciones vulnerables que viven en condiciones de pobreza extrema.¹⁶ Resulta alentador observar que no existen diferencias en cuanto al acceso a los programas de protección social entre familias/personas con y sin discapacidad, pero la cobertura de “Pensión 65” y “Juntos” es relativamente baja, estando afiliado en cada programa, respectivamente, el 31,8 % de personas adultas con discapacidad mayores de 65 años y el 28,5 % de familias con un integrante con discapacidad de cualquier edad. Dado que estos programas no se han concebido específicamente para personas con discapacidad, la baja cobertura podría estar relacionada con el hecho de que la discapacidad no es uno de los criterios para la afiliación. Esto debería reconsiderarse a la luz de los resultados del presente estudio relacionados con los mayores problemas de salud y las menores oportunidades de subsistencia que se dan entre las personas con discapacidad.

4.2 Estudio de casos y controles anidados

4.2.1 Principales resultados e implicaciones

Las personas adultas con discapacidad (de 18 o más años) en el estudio de casos y controles tenían más probabilidades de estar solteras, de declararse de raza caucásica/blanca, y de presentar menores niveles de alfabetización que las personas adultas sin discapacidad. Por ejemplo, las personas adultas entre los casos tenían una probabilidad casi tres veces mayor de no saber leer que las personas adultas entre los controles. Esto sugiere que, a pesar de que las personas adultas con discapacidad habían completado el mismo número de cursos académicos que las personas adultas sin discapacidad, el rendimiento alcanzado era menor entre las personas con discapacidad. Por otro lado, el promedio de edad en la que se declaró que había aparecido la discapacidad era de 42,3 años, lo que viene a sugerir que la mayoría de las personas adultas con discapacidad había adquirido la deficiencia en una edad posterior a la edad

en que habrían completado su educación escolar y que, por lo tanto, las diferencias en cuanto al nivel de alfabetización no estaban relacionadas con la escolarización.

Las personas adultas con discapacidad tenían una probabilidad cuatro veces mayor de no haber trabajado en los últimos siete días o en el último año que los controles sin discapacidad, lo cual las volvía mucho más vulnerables a las crisis económicas. Entre aquellas personas que estaban trabajando, no había diferencias en cuanto al tipo de actividad, el tipo de trabajo y el pago en el empleo principal; sin embargo, solamente el 5 % de los casos había percibido el salario mínimo interprofesional (750 PEN) o un importe superior, en comparación con el 28 % de los controles. De ahí que las personas con discapacidad tuvieran muchas menos probabilidades de estar trabajando, y entre aquellas activas en el mercado laboral, había menos probabilidades de que percibiran el salario mínimo. Se trata de una brecha clave que puede ser colmada mediante diferentes estrategias, incluidos los programas de protección social.

Por lo que respecta a la salud, un porcentaje similar de casos y controles entre las personas adultas declaró que estaba afiliado a un seguro de salud. Sin embargo, los casos tenían una probabilidad 5,7 veces mayor de haber sufrido un problema de salud grave en los últimos 12 meses que los controles. Dependiendo del nivel de contribución del asegurado en el punto de atención sanitaria, y especialmente para aquellas personas sin seguro de salud, esto presenta un costo adicional potencialmente importante al que deben hacer frente las personas con discapacidad. Entre aquellas personas que habían padecido un problema de salud, no se registraron diferencias en los porcentajes entre casos y controles en relación con la demanda de atención sanitaria. Sin embargo, los casos acudieron con más frecuencia que los controles a un establecimiento de salud en busca de un tratamiento, mientras que los controles buscaron tratamiento con más frecuencia en las farmacias. Esto podría sugerir que las enfermedades padecidas por las personas con discapacidad presentaban una mayor probabilidad de requerir asistencia médica que las enfermedades padecidas por los controles, las

cuales podían solventarse con la medicación adquirida en la farmacia o los consejos brindados por el farmacéutico o farmacéutica.

En el caso particular de las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años), solamente el 37 % de los casos declaró que tenía hijos o hijas, en comparación con el 89 % de los controles. No se registraron diferencias en los informes de gestaciones interrumpidas con aborto entre los casos y los controles. Este hecho, junto con la conclusión de que las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar solteras que las personas sin discapacidad, es importante a los efectos de programas como “Juntos”, que operan a nivel familiar e incluyen entre los criterios para recibir ayuda el tener hijos o hijas menores de 18 años. Los programas de protección social inclusivos deben proporcionar ayuda a nivel individual a las personas con discapacidad incluso aunque no pertenezcan a una unidad familiar, especialmente teniendo en cuenta la vulnerabilidad añadida que esto podría conllevar.

Entre los niños y niñas menores de 18 años, solamente un niño o niña con discapacidad (y ningún niño o niña sin discapacidad) no se había inscrito en ninguna institución educativa, y en todos los casos en los que estaban escolarizados, los niños y niñas asistían a las clases con regularidad. Los niños y niñas con discapacidad tenían más probabilidades de encontrarse en un curso inferior que los demás niños y niñas de su edad, más probabilidades de haber faltado un día o más a clase y más probabilidades de haber repetido alguna vez un curso escolar, si bien las diferencias identificadas no eran significativas en términos estadísticos.

De forma similar a las personas adultas, por lo que se refiere a la salud de los niños y niñas, casi todos ellos estaban afiliados a un seguro de salud. No obstante, a pesar de que no había diferencias en cuanto

al comportamiento de búsqueda de atención sanitaria, entre los niños y niñas con discapacidad las probabilidades de que hubieran sufrido un problema de salud grave en los 12 meses previos eran mucho mayores. De nuevo, en función de los costos en el punto de atención sanitaria, esto sugiere una mayor carga económica relacionada con la salud de los niños y niñas con discapacidad que en el caso de los niños sin discapacidad. Además, esto podría haber contribuido al mayor número de días de no asistencia al centro educativo entre los niños y niñas con discapacidad en comparación con los controles.

4.2.2 Necesidades de servicios de salud y dispositivos especializados

Las personas con discapacidad declararon haber sufrido problemas de salud graves con mucha más frecuencia que las personas sin discapacidad. En el estudio se registró un grado muy bajo de acceso a los servicios sanitarios especializados y de su uso, incluida la rehabilitación y los servicios de dispositivos de apoyo. Los datos recabados en otros estudios sugieren que entre las personas con discapacidad hay un mayor número de necesidades no atendidas, no solamente debido al hecho de que los costos son superiores y a que existen una serie de escollos que deben salvar cuando intentan acceder a los servicios sanitarios,²⁸ sino también debido a la falta de capacitación adecuada por parte de los y las profesionales sanitarios y la ausencia de servicios sanitarios especializados. Lo mismo sucede en cuanto a las necesidades de dispositivos específicos, incluida la falta de conocimiento con respecto a la existencia de tecnologías y dispositivos que pueden maximizar la capacidad de vivir normalmente. Tal y como ha recogido en sus informes la OMS en relación con entornos con recursos limitados,⁶ menos del 15 % de las personas que requieren dispositivos de apoyo pueden acceder a ellos.

5 Fortalezas/ Limitaciones

Hombre de 83 años con catarata bilateral rellenando un documento en la recepción del hospital.



El presente informe brinda un alto grado de detalle e incluye dos conceptos metodológicos diferentes para evaluar la prevalencia de la discapacidad y los factores asociados a ella en un distrito del Perú. Las principales fortalezas de este estudio abarcan la afiliación de participantes de todas las edades en programas de protección social, así como su evaluación. Sin embargo, hay ciertas limitaciones que deben ser tenidas en consideración. En primer lugar, por su diseño, el estudio solamente puede determinar la relación y no la causalidad, que puede ser relevante para definir de forma más precisa las necesidades en cuanto a atención y servicios.

En segundo lugar, hemos utilizado el cuestionario breve del Grupo de Washington, y, por ejemplo, no se ha tenido en cuenta el impacto de la salud mental en la discapacidad. En tercer lugar, las seis dimensiones de las preguntas del Grupo de Washington estaban agrupadas, lo que lamentablemente no permitía realizar comparaciones entre diferentes tipos de deficiencias. Por último, a pesar de que hemos intentado mostrar la información atendiendo al sexo y la edad de los niños y niñas, el tamaño de la muestra no era lo suficientemente grande como para poner de manifiesto diferencias entre los grupos.

6

Conclusiones y recomendaciones

Bebé en brazos de su madre en la consulta de una doctora para un examen ocular.



6.1 Conclusiones

- Los resultados del presente estudio han revelado que las personas con discapacidad constituían casi el 8% de la muestra del estudio, un porcentaje superior a los resultados obtenidos en estudios previos realizados en el Perú.
- El acceso a la educación entre los niños y niñas con discapacidad y el acceso a los servicios de salud entre las personas adultas y los niños y niñas con discapacidad son comparables con los del resto de la población. Sin embargo, tanto las personas adultas como los niños y niñas con discapacidad padecen problemas de salud graves con una frecuencia significativamente mayor.
- Asimismo, las personas adultas con discapacidad tienen una mayor probabilidad de estar solteras, de no tener hijos o hijas y de no estar trabajando, y aquellas que sí trabajan tienen menos probabilidades de percibir el salario mínimo nacional.
- A pesar de que se ha determinado que las personas con discapacidad que han participado en el estudio tienen el mismo nivel de acceso a los dos programas de protección social de carácter individual “Pensión 65” y “Seguro Integral de Salud”, así como a los programas de carácter familiar, las bajas tasas de cobertura de “Pensión 65” y “Juntos” sugieren que muchas personas adultas con discapacidad, en particular, podrían no tener acceso a la protección social que puede reducir su vulnerabilidad, un asunto que debería abordarse con el fin de garantizar plenamente el carácter inclusivo de los programas.

6.2 Recomendaciones

- Pese a que las condiciones de pobreza locales pueden ocultar algunas de las brechas relacionadas con la participación y la inclusión social de las personas con discapacidad, los resultados obtenidos en esta fase cuantitativa del estudio sugieren, en conjunto, una mayor vulnerabilidad económica para las personas con discapacidad y una mayor necesidad de ayuda social para garantizar la inclusión adecuada. Además, en el caso de la salud, nuestros resultados sugieren una necesidad más acusada de protección social y de cobertura sanitaria, lo que podría redundar en una reducción de la carga que suponen para esta población los costos adicionales relacionados con la discapacidad.
- Si bien no se registraron diferencias en cuanto a la inclusión de personas con y sin discapacidad en los programas de protección social evaluados, la cobertura es baja y las personas con discapacidad en el Perú se enfrentan a riesgos económicos en relación con el empleo, los salarios, la salud, el acceso a servicios especializados y la educación. En este sentido, aunque la representación de las personas con discapacidad en los programas de protección social es buena si se compara con la representación de personas sin discapacidad, este hecho en sí mismo no garantiza un impacto positivo en sus vidas.
- Dado que muchas de las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad son evitables, las políticas deben centrarse en revisar la legislación existente y en desarrollar estrategias para reducir dichas barreras. Los programas de protección social deberían considerar añadir la condición de discapacidad a los criterios de selección con vistas a reducir las barreras.

7 Apéndice

Niña de 11 años con su madre en la consulta de un doctor para un examen médico.



Tabla adicional n.º 1: Respuestas al cuestionario del Grupo de Washington entre la muestra de la encuesta

	Muestra total (n = 3.686)
Dificultad para ver	
No – ninguna dificultad	3.393 (92,1 %)
Sí – alguna dificultad	217 (5,9 %)
Sí – mucha dificultad	63 (1,7 %)
No puedo ver en absoluto	13 (0,3 %)
Dificultad para oír	
No – ninguna dificultad	3.524 (95,6 %)
Sí – alguna dificultad	108 (2,9 %)
Sí – mucha dificultad	46 (1,3 %)
No puedo oír en absoluto	7 (0,2 %)
Dificultad para caminar	
No – ninguna dificultad	3.507 (95,2 %)
Sí – alguna dificultad	89 (2,4 %)
Sí – mucha dificultad	67 (1,8 %)
No puedo en absoluto	24 (0,6 %)
Dificultad para recordar/concentrarse	
No – ninguna dificultad	3.521 (95,5 %)
Sí – alguna dificultad	101 (2,7 %)
Sí – mucha dificultad	50 (1,4 %)
No puedo en absoluto	14 (0,4 %)
Dificultad para realizar tareas de cuidado personal	
No – ninguna dificultad	3.608 (97,9 %)
Sí – alguna dificultad	24 (0,6 %)
Sí – mucha dificultad	26 (0,7 %)
No puedo hacerlo en absoluto	28 (0,8 %)
Dificultad para comunicarse	
No – ninguna dificultad	3.599 (97,7 %)
Sí – alguna dificultad	50 (1,3 %)
Sí – mucha dificultad	25 (0,7 %)
No puedo hacerlo en absoluto	11 (0,3 %)

Tabla adicional n.º 2: Relación entre la autodeclaración de discapacidad y las preguntas del Grupo de Washington

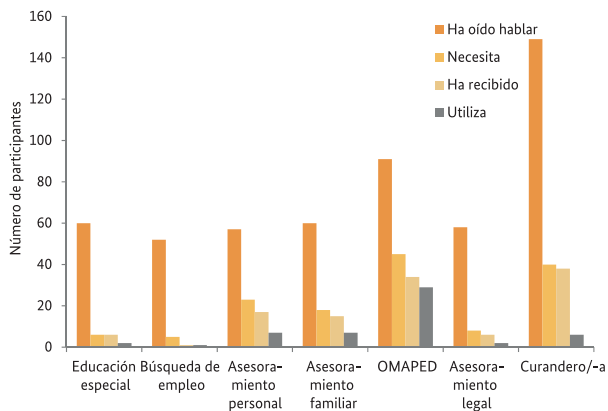
	Discapacidad autodeclarada (n = 132)	Ninguna discapacidad autodeclarada (n = 175)
En al menos una de las dimensiones se ha seleccionado la opción “alguna dificultad” o más	131 (99,2%)	70 (40,0%)
En al menos dos dimensiones se ha seleccionado la opción “alguna dificultad” o se ha seleccionado “muchísima dificultad/no puedo hacerlo en absoluto” en al menos un campo (definición de caso a efectos del estudio)	127 (96,2%)	25 (14,3%)
En al menos una de las dimensiones se ha seleccionado la opción “muchísima dificultad” (esta medida excluye aquellas con los grados más bajos de dificultad).	110 (83,3%)	15 (8,6%)
En al menos una de las dimensiones se ha seleccionado la opción “no puedo hacerlo en absoluto” (esta medida se centra en los niveles más acusados de dificultad)	22 (16,7%)	0 (0,0%)

Tabla adicional n.º 3: Estudio de casos y controles anidados: Relación entre ingresos y otros beneficios para empleados, y discapacidad en personas adultas de ≥ 18 años (comparaciones adicionales)

	Casos (n = 36)	Controles (n = 73)	Valor p*
Tipo de pago			
Al contado	30 (88,2%)	68 (93,2%)	0,66
Al contado y en especie/ solo en especie	2 (5,9%)	3 (4,1%)	
Sin retribución	2 (5,9%)	2 (2,7%)	
Percepción de			
Pensión de jubilación (sí/no)	1 (2,8%)	1 (1,4%)	0,61
Pensión de invalidez (sí/no)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	--
Pensión 65 (sí/no)	4 (11,1%)	11 (15,1%)	0,57
Percibido en los últimos 12 meses			
Gratificación (sí/no)	2 (6,1%)	7 (9,9%)	0,52
Bono de escolaridad (sí/no)	0 (0,0%)	1 (1,4%)	0,49
Utilidades (sí/no)	0 (0,0%)	2 (2,8%)	0,33
Compensación (CTS) (sí/no)	0 (0,0%)	1 (1,4%)	0,49
Nada (sí/no)	33 (90,9%)	62 (87,3%)	0,59

* El test exacto de Fisher ha sido utilizado para los cálculos relativos al valor p.

Figura adicional n.º 1: Necesidades de salud entre los casos: servicios de asesoramiento y otros servicios*



*Solamente se ha incluido en el análisis a las personas con discapacidad (casos).

8

Referencias bibliográficas

Trabajadora social con una niña de 9 años que está aprendiendo a hablar.



Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social. Combating poverty and inequality: structural change, social policy and politics. Geneva, Switzerland: UNRISD; 2010.

1. Lavigne M. Social protection systems in Latin America and the Caribbean: Peru. Santiago, Chile: United Nations; 2013.
2. Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S. The definition of disability: what is in a name? *Lancet* 2006; 368(9543): 1219-21.
3. United Nations Enable. Eighth session on the ad hoc committee on a comprehensive and integral international convention on protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities. 14.-25.8.2006. 2006 [actualizado en 2006; citado el 2.10.2014]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc8.htm>.
4. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ginebra, Suiza: ONU; 2006.
5. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la discapacidad. Ginebra, Suiza: OMS; 2013 [actualizado en 2013; citado el 20.11.2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/es/>.
6. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 380(9859): 2163-96.
7. Morgon Banks L, Polack S. The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities. Evidence from low and middle income countries. London, UK: International Centre for Evidence in Disability, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
8. Amaral FL, Motta MH, da Silva LP, Alves SB. [Factors associated with difficulty of access of the elderly with disabilities to the health services]. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11): 2991-3001.
9. Iezzoni LI, Frakt AB, Pizer SD. Uninsured persons with disability confront substantial barriers to health care services. *Disabil Health J* 2011; 4(4): 238-44.
10. Pharr J, Chino M. Predicting barriers to primary care for patients with disabilities: a mixed methods study of practice administrators. *Disabil Health J* 2013; 6(2): 116-23.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Microdatos: Base de datos: Consulta por Encuesta. Lima, Perú: INEI; 2012 [actualizado en 2012; citado el 10.11.2013]. Disponible en: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>.
12. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Juntos: Programa Nacional de Apoyo a los más Pobres. Lima, Perú: MIDIS; 2014 [actualizado en 2014; citado el 20.11.2014]. Disponible en: <http://www.juntos.gob.pe/>.
13. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Pensión 65. Lima, Perú: MIDIS; 2014 [actualizado en 2014; citado el 21.11.2014]. Disponible en: <http://www.pension65.gob.pe/>.
14. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). Lima, Perú: MIDIS; 2014 [actualizado en 2014; citado el 24.11.2014]. Disponible en: <http://www.sisfoh.gob.pe>.
15. Ministerio de Salud. SIS: Seguro Integral de Salud. Lima, Perú: MINSA; 2014 [actualizado en 2014; citado el 25.11.2014]. Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/Portal/index.html>.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007, XI de Población y VI de Vivienda: Sistema de Consulta de Resultados Censales. Lima, Perú: INEI; 2014 [actualizado en 2014; citado el 24.11.2014]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/censos/>.

17. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. INFOMIDIS: Observatorio Distrital de Programas MIDIS. Lima, Perú: MIDIS; 2014 [actualizado en 2014; citado el 24.11.2014]. Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/mapas/infomidis/>.
18. Washington Group on Disability Statistics. Understanding and interpreting disability as measured using the Washington Group short set of questions. Atlanta, US: Centers for Disease Control and Prevention; 2009.
19. Brault MW. Americans with Disabilities: 2010. Household Economic Studies: U.S. Department of Commerce: Economics and Statistics Administration. U.S. Census Bureau; 2012.
20. Disability in the United Kingdom 2012: Facts and Figures. Cambridge, UK: Papworth Trust; 2012.
21. Fondo Nacional de la Discapacidad. Primer Estudio Nacional para Discapacidad en Chile. Santiago, Chile: Fondo Nacional de la Discapacidad; 2004.
22. Lozano R, Soliz P. Measurement of disability in Mexico: a different approach. Mexico City, Mexico: CEMECE, Ministry of Health; 2005.
23. Central Statistics Office. National Disability Survey 2006: Fists results. Dublin, Ireland: Central Statistics Office; 2008.
24. National Coordinating Agency for Population and Development. Kenya National Survey for Persons with Disability. Nairobi, Kenya: National Coordinating Agency for Population and Development; 2008.
25. Guzman JM, Salazar EG. Disability and rehabilitation in Mexico. *Am J Phys Med Rehabil* 2014; 93(1 Suppl 1): S36-8.
26. Mitra S, Sambamoorthi U. Disability prevalence among adults: estimates for 54 countries and progress toward a global estimate. *Disabil Rehabil* 2014; 36(11): 940-7.
27. World Health Organization. World Report on Disability. Geneva, Switzerland: WHO; 2011.
28. Aron L, Loprest P. Disability and the education system. *Future Child* 2012; 22(1): 97-122.

Publicado por
Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Domicilios de la empresa
Bonn and Eschborn,
Alemania

Social Protection Section

Friedrich-Ebert-Allee 40	Dag-Hammarskjöld-Weg 1 - 5
53113 Bonn	65760 Eschborn
Alemania	Alemania
T +49 (0) 228 44 60 - 0	T +49 (0) 6196 79 - 0
F +49 (0) 228 44 60 - 1766	F +49 (0) 6196 79 - 1115

inclusive-social-protection@giz.de
www.giz.de/inclusive-social-protection

Autores

Antonio Bernabe-Ortiz, CRONICAS, Alberto Vásquez, Sodis
Hannah Kuper, Matthew Walsham, Islay Mactaggart y
Karl Blanchet, International Centre for Evidence in Disability, London
School of Hygiene and Tropical Medicine

Sugerencia de citación

Bernabe-Ortiz A., Kuper H., Walsham M., Mactaggart I., Vásquez A.,
Blanchet K.: Investigación aplicada sobre la inclusión de personas con
discapacidad en los sistemas de protección social. Informe de investi-
gación cuantitativa, Perú, London School of Hygiene and
Tropical Medicine, SODIS, Cronicas, Eschborn: GIZ, May 2015.

Diseño

Ira Olaleye, Eschborn, Alemania

Créditos fotográficos

Todas las fotografías: © CBM/Telemans

Versión

Mayo 2015

La GIZ es responsable del contenido de la presente publicación.

Por encargo del

Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ)
Division 300 – Sectoral and thematic policies; poverty reduction,
social protection; inclusion of persons with disabilities

Direcciones de la dos sedes del BMZ

BMZ Bonn	BMZ Berlin
Dahlmannstraße 4	Stresemannstraße 94
53113 Bonn	10963 Berlin
Alemania	Alemania
T +49 (0) 228 99 535 - 0	T +49 (0) 30 18 535 - 0
F +49 (0) 228 99 535 - 3500	F +49 (0) 30 18 535 - 2501

poststelle@bmz.bund.de
www.bmz.de