

# **ANEXO N° 2**

**Contenidos mínimos del Programa Presupuestal**

**PROGRAMA PRESUPUESTAL 0129  
PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS  
DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**MINISTERIO DE SALUD**

**Directiva N° 002-2016-EF/50.01  
Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01**

**2019**



**PERÚ**

**Ministerio  
de Salud**

**ANEXO Nº 2**  
**CONTENIDOS MÍNIMOS DE UN PROGRAMA PRESUPUESTAL**

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

**1.1 Nombre del Programa Presupuestal:**

PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD  
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**1.2 Tipo de diseño propuesto**

- |                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Nueva propuesta de PP      | <input type="checkbox"/>            |
| Revisión del diseño del PP | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Mejora del diseño del PP   | <input type="checkbox"/>            |
| Rediseño del PP            | <input type="checkbox"/>            |

**1.3 Entidad Rectora del PP**

MINISTERIO DE SALUD

**1.4 Responsable Técnico del PP**

DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATEGICAS EN SALUD  
PUBLICA

**1.5 Coordinador territorial**

OFICINA GENERAL DE GESTION DESCENTRALIZADAS

**1.6 Coordinador de seguimiento y evaluación**

OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y  
MODERNIZACIÓN

## II. DIAGNÓSTICO

### 2.1 Identificación del problema específico

#### Consideraciones generales

Según la Ley General de Personas con Discapacidad<sup>1</sup>, se define a la persona con discapacidad como aquella que *tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.*

Durante los últimos 25 años, la discapacidad se ha definido mediante tres enfoques principales: enfoques diagnósticos o categóricos, funcionales y sociales<sup>2</sup>.

- Un enfoque categórico o de diagnóstico de la discapacidad se centra en la enfermedad de la persona debido a trauma, o por deterioro de la salud, por ejemplo, una lesión de la médula espinal es una discapacidad bajo este enfoque.
- Un enfoque funcional de la discapacidad hace hincapié en la imposibilidad de realizar las actividades importantes de la vida tales como mover, a vivir independientemente, o trabajar, debido a una deficiencia o enfermedad subyacente. Por ejemplo, una persona con una lesión en la médula espinal que es incapaz de vivir de forma independiente reúne una definición funcional de la discapacidad.
- El enfoque social de la discapacidad por lo general se centra en las barreras de una persona (con un deterioro subyacente o condición) y en la experiencia de la interacción con el medio ambiente. Por ejemplo, una mujer con una lesión de la médula espinal podría experimentar una discapacidad bajo el modelo social si no puede acceder a un apartamento debido a una entrada accesible.

Hay que tener en cuenta que la discapacidad puede tener varios enfoques a la vez.

La Ley para Personas con Discapacidades [Americans with Disabilities Act (ADA)] define a una persona con discapacidad con un enfoque funcional (una persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente al menos una "actividad importante de la vida"), un enfoque categórico (tiene un historial de tal impedimento'), y un enfoque social (se considera que tiene tal impedimento).

El sociólogo Saad Nagi<sup>(2)</sup> desarrolló un modelo que consiste en patología activa, deterioro, limitación funcional y discapacidad, con una dimensión añadida posteriormente por el Centro Nacional para la Investigación de Rehabilitación Médica (NCMRR) de "limitaciones sociales".

---

<sup>1</sup> Congreso de la República. Ley 29973: Ley General de la persona con discapacidad. Diciembre 2012

<sup>2</sup> Drum CE. The dynamics of disability and chronic conditions. Disabil Health J. 2014 Jan;7(1):2-5. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.10.001. Epub 2013 Oct 8.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> desarrolló la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que define la discapacidad como el *resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás*.

Un marco para examinar la salud y la discapacidad dentro de un contexto más abierto que tenga en cuenta los obstáculos sociales es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Esta clasificación trata la discapacidad de dos modos fundamentales: a) como una cuestión de la estructura y las funciones del cuerpo, y b) en términos de participación y actividad de la persona. La discapacidad, como la define la CIF, forma parte de la existencia humana. La definición de la CIF normaliza de manera efectiva la discapacidad, al desviar la atención de la causa al efecto y admitir que todas las personas pueden sufrir algún tipo de discapacidad. La definición de la CIF también reconoce que el funcionamiento y la discapacidad se dan en un contexto, y que por lo tanto lo coherente es calcular no sólo los factores corporales sino los sociales y medioambientales.

El término general de “discapacidad”<sup>4</sup> abarca todas las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que tiene una condición de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).

La discapacidad está asociada a una serie de factores, entre ellos, la edad, el género, la etapa de la vida, la exposición a riesgos ambientales, la situación socioeconómica, la cultura y la disponibilidad de recursos, que en todos los casos difieren de un lugar a otro. El aumento de las tasas de discapacidad, en muchos lugares, está asociado con el aumento de las condiciones de salud crónicas — diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, cáncer y enfermedades respiratorias— y las lesiones.

### Problemática a nivel mundial

La OMS hace referencia que la discapacidad es un problema mundial de salud pública porque las personas con discapacidad tienen mayores necesidades insatisfechas en materia de salud y rehabilitación y peores condiciones sanitarias que la población en general. La discapacidad es una cuestión de derechos humanos porque las personas con discapacidad experimentan inequidad y sufren diversas violaciones de sus derechos, incluso violaciones a su dignidad, como la violencia, el abuso, el prejuicio y la falta de respeto en razón de su discapacidad, además de verse privadas de autonomía.

---

<sup>3</sup> World Health Organization. Informe Mundial de Discapacidad; 2011.

<sup>4</sup> Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S; MHADIE Consortium. The definition of disability: what is in a name? Lancet. 2006 Oct 7;368(9543):1219-21.

Más de mil millones de personas (15% de la población mundial) padecen alguna forma de discapacidad<sup>5</sup>. Entre 110 millones y 190 millones de adultos tienen dificultades considerables para funcionar.

Las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, entre otras causas. Las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto.

La tasa media de prevalencia de Discapacidad en la población adulta de 18 años o más derivada de la Encuesta Mundial de Salud ascendió al 15,6% (unos 650 millones de personas del total estimado de 4200 millones de adultos de 18 años o más en 2004); y osciló entre el 11,8% en los países de ingreso alto y el 18% en los de ingreso bajo. La tasa media de prevalencia para adultos con dificultades muy graves se estimó en 2,2%, o alrededor de 92 millones de personas en el año 2004.

El número de personas con discapacidad va en aumento. Los grupos de edad más avanzada corren mayor riesgo de discapacidad, y las poblaciones nacionales están envejeciendo a un ritmo sin precedentes. También se observa un incremento mundial de condiciones de salud crónicas tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales, que incidirán en la naturaleza y la prevalencia de la discapacidad. En los patrones de discapacidad de cada país influyen las tendencias de las condiciones de salud y las tendencias de los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tránsito, los desastres naturales, los conflictos, la alimentación y el abuso de drogas.

En Estados Unidos, la Oficina del Censo dio a conocer a través del informe- Americans with Disabilities: 2010<sup>6</sup>- la prevalencia de una amplia gama de discapacidades específicas, el grado de severidad y el bienestar de la población con discapacidad de los Estados Unidos. El informe mostró que el número de personas con discapacidad es cada vez mayor. Existiendo 56,7 millones de personas con Discapacidad, esto representa el 18,7 por ciento de la población. Este informe también muestra la prevalencia de tipos específicos de discapacidad. Por ejemplo, alrededor de 8 millones de adultos tenían dificultades para ver, 9 millones de adultos tenían dificultad con una actividad de la vida diaria (AVD) y 4 millones de adultos tenían una discapacidad de aprendizaje, y 11 millones de individuos experimentan discapacidades tanto físicas como mentales.

Para el caso de Europa, la tasa de discapacidad de las personas mayores no institucionalizadas se sitúa en el 27,9% (para el año 2006), considerando problemas en la ejecución de alguna actividad, por lo menos en una de las doce consideradas (básicas e instrumentales), debido a problemas de salud o de memoria y que sean duraderos. España, con una tasa de 28,5%, próxima a la de la media, al igual que otros países como Austria, Francia e Italia. Destacan en los extremos Polonia, donde casi el 50% de sus adultos mayores declaran algún tipo de problemas en las actividades de la vida diaria, y Suiza con apenas un 15,3%.

---

<sup>5</sup> Mitra S, Sambamoorthi U. Disability prevalence among adults: estimates for 54 countries and progress toward a global estimate. *Disabil Rehabil.* 2013 Aug 20. [Epub ahead of print]

<sup>6</sup> <http://www.census.gov/people/disability/publications/sipp2010.html>

## Problemática latinoamericana

Casi todos conocemos alguna persona con discapacidad que lleva una vida completamente independiente y que desempeña un trabajo altamente productivo. Sin embargo, las estadísticas muestran que en América Latina y el Caribe<sup>7</sup> esto es la excepción y no la regla. El 70% de las personas con discapacidad de la región no tiene empleo. Si consideramos una familia de clase media, media-baja de algún país de la región que tiene una hija/o con discapacidad será muy difícil que vaya a la escuela. En un ambiente de discriminación, falta de infraestructura, falta de entrenamiento y falta de información es poco probable que vaya a la escuela o algún servicio de salud. Entre el 70% y 80% de los niños con discapacidad en la región no tiene acceso a la educación solo 1 de cada 20 termina la secundaria. La presencia en un hogar de una niña/o con discapacidad implica que uno de los padres abandone su empleo para poder cuidarla que otros miembros de la familia tengan que ingresar al mercado laboral y abandonar sus estudios de forma temprana y que su esfuerzo por mantener la solvencia económica de la familia sea alto. Con los ingresos reduciéndose y los gastos incrementándose en los rubros de SALUD un nuevo equilibrio requiere disminución de otros rubros como educación y entretenimiento. De hecho, las estadísticas comprueban que la probabilidad de que una familia sea pobre se duplica cuando uno de sus niños tiene una discapacidad.

El 10% de la población de Latinoamérica son personas con alguna discapacidad esto representa a 50 millones de personas y si a ese número agregamos el de sus respectivas familias estamos con un tema de gran relevancia económica para los países. Un tema que tenemos que buscar soluciones si queremos promover economías productivas, competitivas y sobretodo INCLUSIVAS.

## Problemática nacional

Hasta el año 2012, para dimensionar el problema de la discapacidad, se contaba con información estadística insuficiente y distinta entre censos, encuestas y estudios realizados en los últimos veinticinco años, con valores muy fluctuantes, por ejemplo para el Censo de 1993 reportaba una tasa de prevalencia de 1,27% y para el año 2007 un valor estimado de 10,89%. En el año 1993 el Instituto de Medicina Física y Rehabilitación desarrolló un estudio de prevalencia que reportó una tasa de 13,08%.

Es importante identificar la problemática que existe de las personas con discapacidad en el país, de allí la necesidad que se tuvo de realizar una Encuesta Nacional Especializada en Discapacidad en el año 2012, esta encuesta se sustentó en el hecho de que esta información sistematizada facilitaría el diseño y aplicación del Programa Presupuestal orientado específicamente al tema de discapacidad. Así lo establece la Ley de Presupuesto del Sector Público 2012<sup>8</sup>, que en su 42ª disposición complementaria final aprueba la ejecución de dicha Encuesta Nacional. Con la realización de la Encuesta Nacional, permitió cumplir con el Artículo 31º ("Recopilación de datos y estadísticas") de la Convención sobre

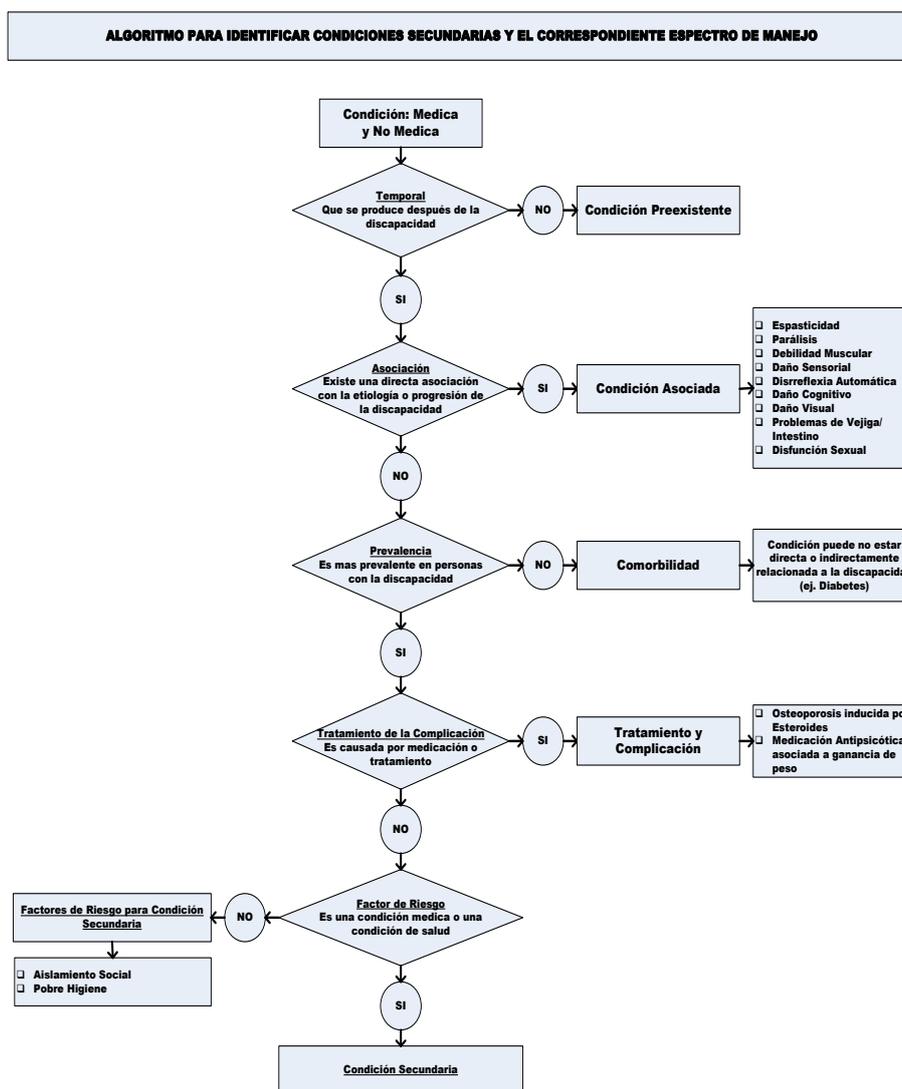
---

<sup>7</sup> Simkiss DE, Blackburn CM, Mukoro FO, Read JM, Spencer NJ. Childhood disability and socio-economic circumstances in low and middle income countries: systematic review. BMC Pediatr. 2011 Dec 21;11:119. doi: 10.1186/1471-2431-11-119.

<sup>8</sup> Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 29812: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2012. 30 de noviembre del 2011.

los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU<sup>9</sup>, suscrita y ratificada por el Estado Peruano.

Cada vez más pruebas indican que las personas con discapacidad, como grupo, tienen niveles de salud más precarios que la población en general. Se suele decir que el margen de salud de las personas con discapacidad es más estrecho. La discapacidad se asocia con una gran variedad de condiciones de salud primarias; tienen mayor riesgo de desarrollar condiciones secundarias, tales como la depresión que es una condición secundaria común en las personas con discapacidad. Se ha informado dolor en niños y adultos con parálisis cerebral, en niños con espina bífida, y en adultos con parálisis por polio, enfermedad neuromuscular y lesión cerebral traumática. La osteoporosis es común en personas con lesión medular, espina bífida o parálisis cerebral.



Es posible resolver este problema, apoyando a las personas con discapacidad lo cual no solo impactará en su inclusión económica sino también en la de sus familias, facilita la inclusión de sus padres en el mercado laboral y de sus

<sup>9</sup> <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

hermanos o hijos en el sistema educativo y mejora la calidad de vida y los ingresos de todos los miembros del hogar promoviendo no solo su inclusión económica sino también su movilidad social. La inversión en innovación para personas con discapacidad facilitará su independencia económica mejorando su integración en el mercado y aumentando su contribución a la economía del país.

### 2.1.1 Enunciado del Problema Específico

Personas con discapacidad que desarrollan condiciones secundarias y/o incrementan su grado de discapacidad

### 2.1.2 Competencias de la Entidad para abordar el problema

Las competencias con las que el Ministerio de Salud cuenta para abordar el problema son las siguientes:

**Tabla N° 01: Competencia de la Entidad para abordar el problema**

Competencias	Exclusivas / Compartidas	Si es compartida, indique si tiene la rectoría
• Formulación de políticas nacionales	Exclusiva	
• Formulación, aprobación, ejecución, dirección, control y administración de las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.	Compartida	MINSA
• Monitoreo del cumplimiento de las políticas. Compartida MINSA	Compartida	MINSA
• Difundir, adecuar, cumplir y controlar la aplicación de normas nacionales de protección, recuperación y rehabilitación de la salud (producción y oferta; protocolos y/o guías de atención de la salud y de mejora continua de la calidad de la atención; categorización; habilitación y acreditación de los servicios de salud públicos y privados)	Compartida	MINSA
• Norma y evalúa el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la Salud en el Sector.	Exclusiva	MINSA
• El MINSA establece como una de sus funciones rectoras el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y <u>Rehabilitación en Salud</u>	Exclusiva	MINSA

Fuente: Congreso de la República. Ley 27657: Ley del Ministerio de Salud. 2000.  
Congreso de la República. Decreto Legislativo N° 1161: Ley de Organización y funciones del Ministerio de Salud. 2013.

Nota: Se considera que las competencias son compartidas con los Gobiernos Regionales

### 2.1.3 Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

#### Datos estadísticos a nivel mundial

La Encuesta Mundial de Salud, encuesta de hogares que se realizó en forma presencial en 2002-2004, es la mayor encuesta multinacional sobre salud y discapacidad que se haya realizado utilizando un único conjunto de preguntas y métodos coherentes para recopilar datos de salud comparables entre países.

Para esta encuesta, se utilizaron los dominios relativos al funcionamiento y el marco conceptual de la CIF. A continuación se muestra algunos datos estadísticos sobre discapacidad a nivel mundial:

**Tabla N° 02**

**Tasas de prevalencia de la discapacidad para los umbrales de 40 y 50 puntos derivadas de los niveles de funcionamiento en múltiples dominios en 59 países, por nivel de ingreso del país, género, edad, lugar de residencia y riqueza**

Subgrupo de población	Umbral de 40 puntos			Umbral de 50 puntos		
	Países de ingreso alto (error estándar)	Países de ingreso bajo (error estándar)	Todos los países (error estándar)	Países de ingreso alto (error estándar)	Países de ingreso bajo (error estándar)	Todos los países (error estándar)
<b>Género</b>						
Hombres	9,1 (0,32)	13,8 (0,22)	12,0 (0,18)	1,0 (0,09)	1,7 (0,07)	1,4 (0,06)
Mujeres	14,4 (0,32)	22,1 (0,24)	19,2 (0,19)	1,8 (0,10)	3,3 (0,10)	2,7 (0,07)
<b>Grupo etario</b>						
18-49	6,4 (0,27)	10,4 (0,20)	8,9 (0,16)	0,5 (0,06)	0,8 (0,04)	0,7 (0,03)
50-59	15,9 (0,63)	23,4 (0,48)	20,6 (0,38)	1,7 (0,23)	2,7 (0,19)	2,4 (0,14)
60 años o más	29,5 (0,66)	43,4 (0,47)	38,1 (0,38)	4,4 (0,25)	9,1 (0,27)	7,4 (0,19)
<b>Lugar de residencia</b>						
Zona urbana	11,3 (0,29)	16,5 (0,25)	14,6 (0,19)	1,2 (0,08)	2,2 (0,09)	2,0 (0,07)
Zona rural	12,3 (0,34)	18,6 (0,24)	16,4 (0,19)	1,7 (0,13)	2,6 (0,08)	2,3 (0,07)
<b>Quintil de riqueza</b>						
Q1(más pobre)	17,6 (0,58)	22,4 (0,36)	20,7 (0,31)	2,4 (0,22)	3,6 (0,13)	3,2 (0,11)
Q2	13,2 (0,46)	19,7 (0,31)	17,4 (0,25)	1,8 (0,19)	2,5 (0,11)	2,3 (0,10)
Q3	11,6 (0,44)	18,3 (0,30)	15,9 (0,25)	1,1 (0,14)	2,1 (0,11)	1,8 (0,09)
Q4	8,8 (0,36)	16,2 (0,27)	13,6 (0,22)	0,8 (0,08)	2,3 (0,11)	1,7 (0,08)
Q5(más rico)	6,5 (0,35)	13,3 (0,25)	11,0 (0,20)	0,5 (0,07)	1,6 (0,09)	1,2 (0,07)
<b>Total</b>	11,8 (0,24)	18,0 (0,19)	15,6 (0,15)	2,0 (0,13)	2,3 (0,09)	2,2 (0,07)

**Fuente:** World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002-2004 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 9 December 2009).

**Prevalencia estimada de la discapacidad moderada y grave, por región, género y edad, sobre la base de las estimaciones del estudio Carga Mundial de Morbilidad correspondientes a 2004**

Género/ grupo etario	A nivel mundial	Países de ingreso alto	Porcentaje					
			Países de ingreso bajo y mediano, región de la OMS					
			África	Las Américas	Asia sudoriental	Europa	Mediterráneo oriental	Pacífico occidental
<b>Discapacidad grave</b>								
<b>Hombres</b>								
0-14 años	0,7	0,4	1,2	0,7	0,7	0,9	0,9	0,5
15-59 años	2,6	2,2	3,3	2,6	2,7	2,8	2,9	2,4
≥ 60 años	9,8	7,9	15,7	9,2	11,9	7,3	11,8	9,8
<b>Mujeres</b>								
0-14 años	0,7	0,4	1,2	0,6	0,7	0,8	0,8	0,5
15-59 años	2,8	2,5	3,3	2,6	3,1	2,7	3,0	2,4
≥ 60 años	10,5	9,0	17,9	9,2	13,2	7,2	13,0	10,3
<b>Todas las personas</b>								
0-14 años	0,7	0,4	1,2	0,6	0,7	0,8	0,9	0,5
15-59 años	2,7	2,3	3,3	2,6	2,9	2,7	3,0	2,4
≥ 60 años	10,2	8,5	16,9	9,2	12,6	7,2	12,4	10,0
≥ 15 años	3,8	3,8	4,5	3,4	4,0	3,6	3,9	3,4
Todas las edades	2,9	3,2	3,1	2,6	2,9	3,0	2,8	2,7
<b>Discapacidad moderada y grave</b>								
<b>Hombres</b>								
0-14 años	5,2	2,9	6,4	4,6	5,3	4,4	5,3	5,4
15-59 años	14,2	12,3	16,4	14,3	14,8	14,9	13,7	14,0
≥ 60 años	45,9	36,1	52,1	45,1	57,5	41,9	53,1	46,4
<b>Mujeres</b>								
0-14 años	5,0	2,8	6,5	4,3	5,2	4,0	5,2	5,2
15-59 años	15,7	12,6	21,6	14,9	18,0	13,7	17,3	13,3
≥ 60 años	46,3	37,4	54,3	43,6	60,1	41,1	54,4	47,0
<b>Todas las personas</b>								
0-14 años	5,1	2,8	6,4	4,5	5,2	4,2	5,2	5,3
15-59 años	14,9	12,4	19,1	14,6	16,3	14,3	15,5	13,7
≥ 60 años	46,1	36,8	53,3	44,3	58,8	41,4	53,7	46,7
≥ 15 años	19,4	18,3	22,0	18,3	21,1	19,5	19,1	18,1
Todas las edades	15,3	15,4	15,3	14,1	16,0	16,4	14,0	15,0

**Fuente:** Data and statistics: country groups. Washington, World Bank, 2004 (<http://go.worldbank.org/D7SN0B8YU0>, accessed 4 January 2010).

El análisis de los datos correspondientes al año 2004 incluidos en Carga Mundial de Morbilidad que se llevó a cabo para este informe permite estimar que el 15,3% de la población mundial (unos 978 millones de personas de la población total, estimada en 6400 millones en 2004) tenía una «discapacidad moderada o grave», mientras que el 2,9% (alrededor de 185 millones de personas) experimentaba una «discapacidad grave» (véase la tabla 2.2). En el grupo de 0 a 14 años, las cifras ascendieron al 5,1% y el 0,7%, o 93 millones y 13 millones de niños, respectivamente. Entre los adultos de 15 años o más, las cifras ascendieron al 19,4% y el 3,8% (892 millones y 175 millones de personas, respectivamente).

Sobre la base de las estimaciones de la población de 2010 —6900 millones de habitantes, con 5040 millones de adultos de 15 años o más y 1860 millones de personas menores de 15 años— y las estimaciones de la prevalencia de la discapacidad de 2004 (Encuesta Mundial de Salud y Carga Mundial de Morbilidad), entre 785 millones (15,6%) y 975 millones (19,4%) de personas de 15 años o más viven con alguna discapacidad. De esa cifra, entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) sufren dificultades significativas de funcionamiento. Cuando se incluye a los niños, se estima que más de 1000 millones de personas (cerca del 15% de la población mundial) viven con una discapacidad.

#### Datos estadísticos nacionales

Para examinar la prevalencia de la discapacidad en el país, se tienen en cuenta las estimaciones de la prevalencia basadas en dos grandes fuentes de datos desarrolladas: la *Encuesta Nacional de Discapacidad* desarrollada por el INEI para

el periodo 2012, que incluye 24 regiones, y el *Estudio de carga de enfermedad* del 2008 y del 2013. Estas fuentes permiten examinar la prevalencia de la discapacidad pero no se pueden comparar directamente pues aplican métodos diferentes para estimarla y medirla.

a. Estimaciones basadas en la Encuesta Nacional de Discapacidad – INEI

Contiene cifras actualizadas sobre este colectivo en el país. Según este estudio, que se realizó en 350 mil hogares a nivel nacional, el Perú tiene **1'575,402 millones de ciudadanos con algún tipo de discapacidad (5,2% de la población total)**. La encuesta se realizó mediante entrevista directa a los residentes de las viviendas seleccionadas, en el área urbana y rural de los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao.

Se utilizaron dos cuestionarios: uno para el registro de las viviendas, hogares y las personas que residan en éstas, con el propósito de identificar a las personas con discapacidad. El segundo cuestionario fue para entrevistar de manera más profunda a las personas con alguna discapacidad identificadas con el primer cuestionario.

A continuación mostramos algunos resultados de la Encuesta Nacional de Discapacidad 2012:

- Prevalencia de discapacidad

**Los peruanos con algún tipo de discapacidad suman 1 millón 575 mil 402 personas, o lo que es lo mismo, el 5,2% de la población peruana.** Las mujeres (frente a los hombres) son las más afectadas. Hay 820.731 discapacitadas y 754.671 discapacitados.

**Lima, Arequipa y Moquegua registran mayor proporción de población con algún tipo de discapacidad.**

La mayor incidencia de discapacidad se observó en los departamentos de Lima donde el 6,8% de su población presenta alguna discapacidad, seguido por Arequipa (6,7%) y Moquegua (6,6%). En cambio, los departamentos de Loreto (3,2%), Amazonas (3,3%) y Cusco, Junín y Lambayeque con 3,5% cada uno, registraron las menores tasas.

- Prevalencia según modalidad de la limitación

**Limitaciones para moverse, caminar o usar brazos y piernas** son las más frecuentes discapacidades.

Más de 900 mil personas tienen limitación en forma permanente para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas

En nuestro país, 932 mil personas tienen limitación en forma permanente para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas. Los tipos de dificultades que se presentan son: dificultad para caminar o fuera de su casa en distancias cortas o largas, no mantiene el equilibrio, no se mueve o camina con dificultad dentro de su casa; y no puede usar las piernas ni los pies para mover o alejar un objeto, entre otros.

Del total de personas que presentan alguna discapacidad motora, el 56,4% son mujeres (525 mil 719 personas) mientras que los hombres representan el 43,6% (406 mil 274 personas).

Este tipo de discapacidad se presenta en personas de edad avanzada (32,5%), con enfermedad crónica (24,4%), genético/congénito o de nacimiento (9,8%), enfermedad común (6,8%), accidente común fuera del hogar (4,9%), accidente común en el hogar (4,6%), accidente de tránsito (4,0%), entre otros.

- Prevalencia según modalidad de la limitación Visual

**El 51% de las personas con discapacidad presentan dificultad para ver inclusive usando lentes.**

Entre los tipos de dificultad que presentan esta discapacidad tenemos: no puede ver con poca luz, ni diferenciar colores o leer el periódico, no percibe el tamaño ni la forma de objetos lejanos, no puede leer afiches ni letreros, entre otros. Estas limitaciones están relacionadas mayormente a la edad avanzada (51,3%), enfermedad crónica (12,1%), enfermedad común (8,8%), genético/congénito o de nacimiento (6,9%), accidente común fuera del hogar (2,2%), accidente común en el hogar (1,9%), accidente laboral (1,8%) y accidente de tránsito (1,2%).

- Prevalencia según modalidad de la limitación Auditiva

**Más de 500 mil personas tienen limitación permanente para oír.**

En el Perú, 532 mil personas presentan limitación de forma permanente para oír, inclusive utilizando audífonos. Así, tiene dificultad para escuchar sonidos suaves o fuertes, dificultad para escuchar y entender conversaciones.

Las personas que presentan este tipo de capacidad utilizan como apoyo para comunicarse su voz (19,8%), gesto y manos (11,9%), audífonos (3,9%), leer los labios (3,9%) y lenguaje de señas (2,9%). En este caso, la edad avanzada es el principal origen de la limitación (60,5%), genético/congénito o de nacimiento (11,0%), enfermedad crónica (5,0%), entre las principales.

- Prevalencia según modalidad de la limitación de las Funciones Mentales

**506 mil personas con limitación de forma permanente para entender o aprender.**

A nivel nacional, 506 mil personas tienen limitación de forma permanente para entender o aprender, principalmente dificultad para entender y cumplir órdenes o varias tareas al mismo tiempo, dificultad para resolver y afrontar por sí solos problemas y nuevos retos, dificultad para aprender y aplicar conocimientos de acuerdo a su edad.

Como origen de estas limitaciones está la edad avanzada (39,1%), problemas de nacimiento (24,4%), enfermedad crónica (8,1%), enfermedad común (3,3%), accidente común en el hogar (1,7%), accidente común fuera del hogar (1,4%), negligencia médica (1,3%), entre otros.

- Prevalencia según modalidad de la limitación de la Conducta y las Relaciones Interpersonales

**Cerca de 300 mil personas tienen limitación permanente para relacionarse con los demás.**

En todo el país, existen 295 mil personas con limitación de forma permanente para relacionarse con los demás por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. Este tipo de discapacidad está relacionada con sentimientos de fuertes de tristeza o alegría exagerada al realizar sus actividades diarias, la personas se siente intranquila y temerosa para realizar sus actividades diarias por un hecho del pasado; dificultad para mantener cercanía física y emocional con las personas, sin que le cause problemas continuos en su vida diaria; dificultad para obedecer las formas y reglas de conducta en la familia, escuela o trabajo.

Estas limitaciones tienen origen genético/congénito o de nacimiento (21,9%), edad avanzada (17,9%), enfermedad crónica (12,0%), enfermedad común (3,8%), violencia familiar (2,7%), accidente común fuera del hogar (2,2%), así como al consumo de alcohol tabaco y drogas (2,2%).

- Prevalencia según modalidad de la limitación de la Voz y el Habla

**Población con limitación permanente para hablar o comunicarse**

En nuestro país, 262 mil personas presentan limitación de forma permanente para hablar o comunicarse, aun usando el lenguaje de las señas u otro. Entre los tipos de dificultades se presentan: no pueden comunicarse de manera fluida y le piden que repita lo que ha dicho, no pueden pronunciar y entonar las palabras en forma correcta, tienen dificultad para hablar o conversar largamente con voz fuerte.

Como origen de esta discapacidad están las de tipo genético/congénito o nacimiento (50,8%), edad avanzada (13,0%), enfermedad crónica (10,4%), enfermedad común (4,6%) y negligencia médica (2,4%).

- Características de salud

**Tratamientos y/o terapias de rehabilitación de las personas que presentan alguna limitación**

El INEI informó que el 88,6% de la población con alguna discapacidad no recibió tratamiento y/o terapia para rehabilitación y solo el 11,4% si recibió algún tratamiento o terapia.

Entre los que recibieron tratamiento y/o terapia de rehabilitación podemos mencionar las terapias de rehabilitación física (46,1%), tratamiento psicológico (18,9%), tratamiento psiquiátrico (11,3%), terapia de lenguaje (11,0%), apoyo emocional (3,8%), terapia ocupacional (3,6%), otro tipo (5,4%).

**Seis de cada diez personas con discapacidad presentan más de una limitación.**

Según la Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad, el 38,6% de la población con discapacidad tiene una limitación que los afecta, el 30,3% dos limitaciones, 17,7% tres limitaciones, 9,2% cuatro limitaciones y el 4,3% cinco o más limitaciones.

- Prevalencia según modalidad de la limitación de Enfermedades Crónicas

**Más de 600 mil personas con algún tipo de discapacidad padecen enfermedades crónicas que afectan su actividad diaria.**

Los resultados de la Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad indicaron que más de 600 mil personas con discapacidad sufren simultáneamente enfermedades crónicas que afectan su actividad diaria. Así, el 39,2% de las personas con discapacidad son afectadas por taquicardias, palpitaciones o hipertensión arterial de forma permanente; el 21,3% padecen de diabetes, obesidad, hipo e hipertiroidismo, el 18,2% problemas digestivos, el 17,2% artritis y otros del sistema óseo, el 17,0% dificultades urinarias, el 11,6% asma, el 10,3% dificultades en el aparato reproductivo, el 8,0% problemas en la piel, el 6,6% anemia severa y el 15,1% otra enfermedad crónica.

Sobre la atención que recibe esta población se encontró que el 76,4% tiene tratamiento para su dolencia crónica, en tanto que el 20,1% no reciben atención y el 3,5% no especificó. De la población que recibe tratamiento, el 80,5% recibe tratamiento siempre que lo necesita, el 11,5% hace más de seis meses que no recibe tratamiento y el resto no sabe, no recuerda y no especifica.

- Autonomía y dependencia

**El 40,6% de la personas con discapacidad dependen de una persona para realizar sus actividades diarias.**

En el país, el 40,6% dependen del cuidado de una persona como por ejemplo de su hija (29,2%), de la mamá (26,0%), de la esposa/esposo o cónyuge (21,8%), otro pariente (14,1%), del hijo (12,6%), de la hermana (6,8%), papá (6,8%), del hermano (4,1%), otro no pariente (3,2%), trabajadora del hogar (2,1%) y profesional de salud (0,6%).

Entre las actividades que dejan de hacer las personas que apoyan a la persona con limitaciones figuran: dejan de realizar quehaceres del hogar (46,7%), trabajar (27,1%), estudiar (4,5%), atender su negocio (4,5%), deporte/recreación o actividades sociales (2,9%), otras (2,4%) y ninguna (21,4%).

- Características educativas

**El 41% de las personas con discapacidad tienen educación primaria.**

Según el nivel educativo alcanzado, el 40,5% de las personas con discapacidad tienen educación primaria, el 23,6% sin nivel o educación inicial, el 22,5% educación secundaria, el 11,4% superior no universitaria/universitaria, el 1,7% educación básica especial y el 0,2% maestría o doctorado.

- Características laborales

**Condición de ocupación de la población con algún tipo de discapacidad**

La población ocupada con algún tipo de discapacidad asciende a 277 mil 882 personas, las cuales según categoría de ocupación se desempeñan como trabajadores independientes (58,3%), empleados (15,3%), obreros (13,1%), patronos (6,1%), trabajadores familiar no remunerado (5,1%), trabajadores del hogar (1,4%) y Otros (0,6%).

- Accesibilidad

**Lugares públicos donde las personas con discapacidad tienen dificultad para ingresar y/o desplazarse.**

El Instituto Nacional de Estadística e Informática informó también sobre los principales lugares en donde las personas con algún tipo de discapacidad tienen dificultad para ingresar y/o desplazarse. Es el caso de los establecimientos de salud (29,3%), paraderos (23,0%), mercados (21,3%), centros de rehabilitación (18,9%), bancos o entidades financieras (18,8%), terminales y estaciones (18,6%), boticas y/o farmacias (17,7%), oficinas públicas (17,5%), restaurantes (15,9%), entre las principales.

- Certificación y registro de las personas con algún tipo de discapacidad

Del total de la población con algún tipo de discapacidad solo el 7,0% cuenta con certificado que acredite esta condición. Según la institución que otorgó dicho documento el 52,8% fue mediante un hospital del Ministerio de Salud, el 33,0% hospital de EsSalud, el 2,9% hospital de las fuerzas policiales, el 2,6% hospital de las Fuerzas Armadas.

Cabe mencionar que, el 4,3% de las personas con algún tipo de discapacidad informó que se encuentra registrado en el Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad.

En este tema, se debe relacionar las cifras de personas con discapacidad con el promedio de integrantes de grupo familiar, por cuanto la presencia de un déficit afecta e involucra a la familia, quien debe brindar apoyo y protección a la persona con discapacidad.

Debemos de tener en cuenta que aun cuando es importante saber cuántos son, mayor preocupación es la situación de discriminación y de falta de igualdad de oportunidades, en cuanto a educación, trabajo, salud y las barreras arquitectónicas, sociales y culturales que impiden su real integración a la comunidad, y que, por otra parte, esta situación de desventaja social es mayor que en el resto de la población.

Prevalencia de la discapacidad

**Personas con discapacidad por sexo, según área de residencia, región natural y departamento, 2012**

PERÚ: PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR SEXO, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, REGIÓN NATURAL Y DEPARTAMENTO, 2012					
Área de residencia, región natural y departamento	Total	Sexo			
		Hombres		Mujeres	
	N°	N°	%	N°	%
Total	1,575,402	754,671	47.9	820,731	52.1
Urbana	1,228,417	583,472	47.5	644,945	52.5
Rural	346,985	171,199	49.3	175,786	50.7
Costa	971,308	465,171	47.9	506,137	52.1
Sierra	466,067	218,117	46.8	247,950	53.2
Selva	138,027	71,383	51.7	66,644	48.3
Amazonas	13,626	7,496	55.0	6,130	45.0
Ancash	45,722	22,592	49.4	23,130	50.6
Apurímac	22,821	10,786	47.3	12,035	52.7
Arequipa	82,970	39,090	47.1	43,880	52.9
Ayacucho	31,777	14,995	47.2	16,782	52.8
Cajamarca	59,878	27,894	46.6	31,984	53.4
Prov. Const. del Callao	60,251	29,362	48.7	30,889	51.3
Cusco	45,066	21,851	48.5	23,216	51.5
Huancavelica	22,916	10,627	46.4	12,289	53.6
Huánuco	39,261	19,352	49.3	19,909	50.7
Ica	41,999	19,613	46.7	22,386	53.3
Junín	45,622	21,503	47.1	24,119	52.9
La Libertad	71,939	33,855	47.1	38,084	52.9
Lambayeque	43,095	21,437	49.7	21,659	50.3
Lima	636,439	302,866	47.6	333,573	52.4
Loreto	31,962	15,922	49.8	16,041	50.2
Madre de Dios	4,788	2,628	54.9	2,160	45.1
Moquegua	11,519	5,539	48.1	5,980	51.9
Pasco	14,598	6,924	47.4	7,673	52.6
Piura	82,531	40,549	49.1	41,982	50.9
Puno	81,865	37,499	45.8	44,366	54.2
San Martín	30,708	15,547	50.6	15,160	49.4
Tacna	20,621	10,256	49.7	10,366	50.3
Tumbes	13,170	6,448	49.0	6,722	51.0
Ucayali	20,258	10,038	49.6	10,220	50.4
Lima Metropolitana 1/	641,980	305,489	47.6	336,491	52.4
Lima Provincias 2/	54,710	26,739	48.9	27,971	51.1

1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

2/ Excluye la provincia de Lima.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Primera Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012

Lima, Arequipa y Moquegua registran mayor proporción de población con algún tipo de discapacidad. La mayor incidencia de discapacidad se observó en los departamentos de Lima donde el 6,8% de su población presenta alguna discapacidad, seguido por Arequipa (6,7%) y Moquegua (6,6%). En cambio, los departamentos de Loreto (3,2%), Amazonas (3,3%) y Cusco, Junín y Lambayeque con 3,5% cada uno, registraron las menores tasas. Los mayores de 65 años representan más del 50% de la población discapacitada, distribuido principalmente en área urbana de la costa.

## Personas con discapacidad por grupos de edad según área de residencia, región natural, y sexo, 2012

Área de residencia, región natural y sexo	Total	Grupos de edad											
		De 0 a 14 años		De 15 a 29 años		De 30 a 64 años		De 65 a 74 años		De 75 a 84 años		De 85 y más años	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Total</b>	<b>1,575,402</b>	<b>129,796</b>	<b>8.2</b>	<b>134,123</b>	<b>8.5</b>	<b>517,189</b>	<b>32.8</b>	<b>361,955</b>	<b>23.0</b>	<b>317,305</b>	<b>20.1</b>	<b>114,759</b>	<b>7.3</b>
Hombre	754,671	75,291	10.0	76,629	10.2	239,122	31.7	166,175	22.0	148,280	19.6	49,133	6.5
Mujer	820,731	54,505	6.6	57,495	7.0	278,066	33.9	195,780	23.9	169,025	20.6	65,626	8.0
<b>Urbana</b>	<b>1,228,417</b>	<b>90,303</b>	<b>7.4</b>	<b>97,474</b>	<b>7.9</b>	<b>399,000</b>	<b>32.5</b>	<b>299,678</b>	<b>24.4</b>	<b>252,080</b>	<b>20.5</b>	<b>89,837</b>	<b>7.3</b>
Hombre	583,472	54,217	9.3	56,644	9.7	180,570	30.9	136,914	23.5	117,408	20.1	37,720	6.5
Mujer	644,945	36,086	5.6	40,830	6.3	218,430	33.9	162,764	25.2	134,672	20.9	52,117	8.1
<b>Rural</b>	<b>346,985</b>	<b>39,493</b>	<b>11.4</b>	<b>36,649</b>	<b>10.6</b>	<b>118,189</b>	<b>34.1</b>	<b>62,277</b>	<b>17.9</b>	<b>65,225</b>	<b>18.8</b>	<b>24,922</b>	<b>7.2</b>
Hombre	171,199	21,074	12.3	19,984	11.7	58,552	34.2	29,262	17.1	30,872	18.0	11,414	6.7
Mujer	175,786	18,419	10.5	16,664	9.5	59,637	33.9	33,015	18.8	34,353	19.5	13,509	7.7
<b>Costa</b>	<b>971,308</b>	<b>71,340</b>	<b>7.3</b>	<b>73,505</b>	<b>7.6</b>	<b>310,142</b>	<b>31.9</b>	<b>244,734</b>	<b>25.2</b>	<b>201,250</b>	<b>20.7</b>	<b>70,337</b>	<b>7.2</b>
Hombre	465,171	43,119	9.3	43,153	9.3	140,395	30.2	113,889	24.5	94,780	20.4	29,835	6.4
Mujer	506,137	28,221	5.6	30,353	6.0	169,748	33.5	130,845	25.9	106,469	21.0	40,501	8.0
<b>Costa urbana</b>	<b>936,411</b>	<b>67,009</b>	<b>7.2</b>	<b>69,554</b>	<b>7.4</b>	<b>297,698</b>	<b>31.8</b>	<b>239,415</b>	<b>25.6</b>	<b>194,763</b>	<b>20.8</b>	<b>67,973</b>	<b>7.3</b>
Hombre	447,122	40,488	9.1	40,949	9.2	134,362	30.1	111,257	24.9	91,420	20.4	28,646	6.4
Mujer	489,289	26,521	5.4	28,605	5.8	163,336	33.4	128,158	26.2	103,343	21.1	39,326	8.0
<b>Costa rural</b>	<b>34,898</b>	<b>4,332</b>	<b>12.4</b>	<b>3,952</b>	<b>11.3</b>	<b>12,444</b>	<b>35.7</b>	<b>5,319</b>	<b>15.2</b>	<b>6,487</b>	<b>18.6</b>	<b>2,364</b>	<b>6.8</b>
Hombre	18,049	2,631	14.6	2,204	12.2	6,033	33.4	2,632	14.6	3,360	18.6	1,189	6.6
Mujer	16,848	1,700	10.1	1,748	10.4	6,412	38.1	2,687	15.9	3,127	18.6	1,175	7.0
<b>Sierra</b>	<b>466,067</b>	<b>39,608</b>	<b>8.5</b>	<b>44,826</b>	<b>9.6</b>	<b>155,931</b>	<b>33.5</b>	<b>91,281</b>	<b>19.6</b>	<b>96,682</b>	<b>20.7</b>	<b>37,509</b>	<b>8.0</b>
Hombre	218,117	21,825	10.0	23,859	10.9	72,527	33.3	39,505	18.1	44,077	20.2	16,281	7.5
Mujer	247,950	17,783	7.2	20,967	8.5	83,403	33.6	51,775	20.9	52,605	21.2	21,228	8.6
<b>Sierra urbana</b>	<b>212,702</b>	<b>14,942</b>	<b>7.0</b>	<b>19,800</b>	<b>9.3</b>	<b>72,748</b>	<b>34.2</b>	<b>43,464</b>	<b>20.4</b>	<b>44,349</b>	<b>20.9</b>	<b>17,398</b>	<b>8.2</b>
Hombre	97,623	9,169	9.4	10,596	10.9	32,553	33.3	17,698	18.1	20,277	20.8	7,331	7.5
Mujer	115,079	5,773	5.0	9,204	8.0	40,195	34.9	25,767	22.4	24,072	20.9	10,067	8.7
<b>Sierra rural</b>	<b>253,365</b>	<b>24,666</b>	<b>9.7</b>	<b>25,026</b>	<b>9.9</b>	<b>83,183</b>	<b>32.8</b>	<b>47,816</b>	<b>18.9</b>	<b>52,333</b>	<b>20.7</b>	<b>20,111</b>	<b>7.9</b>
Hombre	120,494	12,657	10.5	13,263	11.0	39,974	33.2	21,808	18.1	23,800	19.8	8,950	7.4
Mujer	132,871	12,010	9.0	11,762	8.9	43,208	32.5	26,009	19.6	28,533	21.5	11,160	8.4
<b>Selva</b>	<b>138,027</b>	<b>18,847</b>	<b>13.7</b>	<b>15,792</b>	<b>11.4</b>	<b>51,116</b>	<b>37.0</b>	<b>25,940</b>	<b>18.8</b>	<b>19,373</b>	<b>14.0</b>	<b>6,914</b>	<b>5.0</b>
Hombre	71,383	10,346	14.5	9,617	13.5	26,200	36.7	12,781	17.9	9,422	13.2	3,017	4.2
Mujer	66,644	8,501	12.8	6,175	9.3	24,915	37.4	13,159	19.7	9,951	14.9	3,897	5.8
<b>Selva urbana</b>	<b>79,304</b>	<b>8,352</b>	<b>10.5</b>	<b>8,121</b>	<b>10.2</b>	<b>28,553</b>	<b>36.0</b>	<b>16,799</b>	<b>21.2</b>	<b>12,968</b>	<b>16.4</b>	<b>4,466</b>	<b>5.6</b>
Hombre	38,727	4,560	11.8	5,100	13.2	13,655	35.3	7,959	20.6	5,711	14.7	1,742	4.5
Mujer	40,577	3,792	9.3	3,021	7.4	14,899	36.7	8,839	21.8	7,257	17.9	2,724	6.7
<b>Selva rural</b>	<b>58,723</b>	<b>10,495</b>	<b>17.9</b>	<b>7,671</b>	<b>13.1</b>	<b>22,562</b>	<b>38.4</b>	<b>9,141</b>	<b>15.6</b>	<b>6,405</b>	<b>10.9</b>	<b>2,448</b>	<b>4.2</b>
Hombre	32,656	5,786	17.7	4,517	13.8	12,545	38.4	4,822	14.8	3,711	11.4	1,274	3.9
Mujer	26,067	4,709	18.1	3,154	12.1	10,017	38.4	4,320	16.6	2,694	10.3	1,174	4.5

1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

2/ Excluye la provincia de Lima.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Primera Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012

**Personas con discapacidad por tipo de limitaciones para realizar sus actividades diarias según área de residencia, región natural, y sexo, 2012**

Área de residencia, región natural, y sexo	Total	Limitaciones para realizar actividades diarias													
		Para usar brazos y manos / piernas y pies		Para ver, aun usando lentes		Para hablar (entonar / vocalizar)		Para oír, aun usando audífonos para sordera		Para Concentrarse y Recordar (Mentales)		Para relacionarse con los demás por sus sentimientos emociones conductas		Por padecer una enfermedad crónica	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Total</b>	<b>1,575,402</b>	<b>931,993</b>	<b>59.2</b>	<b>801,185</b>	<b>50.9</b>	<b>260,873</b>	<b>16.6</b>	<b>532,209</b>	<b>33.8</b>	<b>506,358</b>	<b>32.1</b>	<b>295,438</b>	<b>18.8</b>	<b>667,226</b>	<b>42.4</b>
Hombre	754,671	406,274	43.6	366,657	45.8	144,225	55.3	273,207	51.3	237,091	46.8	141,476	47.9	290,624	43.6
Mujer	820,731	525,719	56.4	434,528	54.2	116,648	44.7	259,002	48.7	269,267	53.2	153,961	52.1	376,602	56.4
<b>Urbana</b>	<b>1,228,417</b>	<b>739,176</b>	<b>100.0</b>	<b>645,627</b>	<b>100.0</b>	<b>186,767</b>	<b>100.0</b>	<b>401,748</b>	<b>100.0</b>	<b>405,225</b>	<b>100.0</b>	<b>222,481</b>	<b>100.0</b>	<b>593,323</b>	<b>100.0</b>
Hombre	583,472	318,281	43.1	294,529	45.6	106,942	57.3	208,118	51.8	189,956	46.9	108,574	48.8	257,681	43.4
Mujer	644,945	420,896	56.9	351,098	54.4	79,825	42.7	193,630	48.2	215,268	53.1	113,907	51.2	335,642	56.6
<b>Rural</b>	<b>346,985</b>	<b>192,816</b>	<b>100.0</b>	<b>155,558</b>	<b>100.0</b>	<b>74,106</b>	<b>100.0</b>	<b>130,461</b>	<b>100.0</b>	<b>101,133</b>	<b>100.0</b>	<b>72,956</b>	<b>100.0</b>	<b>73,903</b>	<b>100.0</b>
Hombre	171,199	87,993	45.6	72,128	46.4	37,283	50.3	65,088	49.9	47,135	46.6	32,902	45.1	32,943	44.6
Mujer	175,786	104,823	54.4	83,430	53.6	36,823	49.7	65,373	50.1	53,998	53.4	40,054	54.9	40,960	55.4
<b>Costa</b>	<b>971,308</b>	<b>578,891</b>	<b>100.0</b>	<b>504,431</b>	<b>100.0</b>	<b>151,520</b>	<b>100.0</b>	<b>314,999</b>	<b>100.0</b>	<b>328,220</b>	<b>100.0</b>	<b>172,873</b>	<b>100.0</b>	<b>478,079</b>	<b>100.0</b>
Hombre	465,171	251,016	43.4	234,072	46.4	86,648	57.2	164,937	52.4	154,935	47.2	86,196	49.9	210,498	44.0
Mujer	506,137	327,875	56.6	270,359	53.6	64,872	42.8	150,062	47.6	173,285	52.8	86,677	50.1	267,580	56.0
<b>Costa urbana</b>	<b>936,411</b>	<b>559,666</b>	<b>100.0</b>	<b>491,073</b>	<b>100.0</b>	<b>143,243</b>	<b>100.0</b>	<b>304,918</b>	<b>100.0</b>	<b>317,248</b>	<b>100.0</b>	<b>167,020</b>	<b>100.0</b>	<b>467,611</b>	<b>100.0</b>
Hombre	447,122	241,461	43.1	227,447	46.3	82,346	57.5	159,809	52.4	149,411	47.1	83,468	50.0	205,932	44.0
Mujer	489,289	318,205	56.9	263,627	53.7	60,897	42.5	145,108	47.6	167,837	52.9	83,552	50.0	261,678	56.0
<b>Costa rural</b>	<b>34,898</b>	<b>19,225</b>	<b>100.0</b>	<b>13,358</b>	<b>100.0</b>	<b>8,277</b>	<b>100.0</b>	<b>10,081</b>	<b>100.0</b>	<b>10,972</b>	<b>100.0</b>	<b>5,853</b>	<b>100.0</b>	<b>10,468</b>	<b>100.0</b>
Hombre	18,049	9,555	49.7	6,626	49.6	4,302	52.0	5,128	50.9	5,524	50.3	2,728	46.6	4,566	43.6
Mujer	16,848	9,670	50.3	6,732	50.4	3,975	48.0	4,953	49.1	5,448	49.7	3,125	53.4	5,902	56.4
<b>Sierra</b>	<b>466,067</b>	<b>275,662</b>	<b>100.0</b>	<b>231,598</b>	<b>100.0</b>	<b>81,597</b>	<b>100.0</b>	<b>180,298</b>	<b>100.0</b>	<b>139,404</b>	<b>100.0</b>	<b>105,190</b>	<b>100.0</b>	<b>145,844</b>	<b>100.0</b>
Hombre	218,117	117,059	42.5	100,867	43.6	42,204	51.7	87,955	48.8	63,083	45.3	46,608	44.3	60,923	41.8
Mujer	247,950	158,603	57.5	130,731	56.4	39,393	48.3	92,343	51.2	76,321	54.7	58,582	55.7	84,921	58.2
<b>Sierra urbana</b>	<b>212,702</b>	<b>132,573</b>	<b>100.0</b>	<b>112,088</b>	<b>100.0</b>	<b>29,231</b>	<b>100.0</b>	<b>76,723</b>	<b>100.0</b>	<b>64,066</b>	<b>100.0</b>	<b>46,209</b>	<b>100.0</b>	<b>93,682</b>	<b>100.0</b>
Hombre	97,623	54,960	41.5	48,200	43.0	16,489	56.4	37,910	49.4	29,276	45.7	20,576	44.5	38,004	40.6
Mujer	115,079	77,613	58.5	63,889	57.0	12,742	43.6	38,813	50.6	34,790	54.3	25,633	55.5	55,678	59.4
<b>Sierra rural</b>	<b>253,365</b>	<b>143,089</b>	<b>100.0</b>	<b>119,509</b>	<b>100.0</b>	<b>52,366</b>	<b>100.0</b>	<b>103,575</b>	<b>100.0</b>	<b>75,338</b>	<b>100.0</b>	<b>58,981</b>	<b>100.0</b>	<b>52,162</b>	<b>100.0</b>
Hombre	120,494	62,098	43.4	52,667	44.1	25,715	49.1	50,045	48.3	33,807	44.9	26,032	44.1	22,919	43.9
Mujer	132,871	80,991	56.6	66,842	55.9	26,651	50.9	53,530	51.7	41,531	55.1	32,949	55.9	29,243	56.1
<b>Selva</b>	<b>138,027</b>	<b>77,440</b>	<b>100.0</b>	<b>65,156</b>	<b>100.0</b>	<b>27,756</b>	<b>100.0</b>	<b>36,913</b>	<b>100.0</b>	<b>38,734</b>	<b>100.0</b>	<b>17,375</b>	<b>100.0</b>	<b>43,304</b>	<b>100.0</b>
Hombre	71,383	38,199	49.3	31,717	48.7	15,372	55.4	20,314	55.0	19,073	49.2	8,673	49.9	19,203	44.3
Mujer	66,644	39,241	50.7	33,438	51.3	12,384	44.6	16,598	45.0	19,660	50.8	8,702	50.1	24,101	55.7
<b>Selva urbana</b>	<b>79,304</b>	<b>46,937</b>	<b>100.0</b>	<b>42,465</b>	<b>100.0</b>	<b>14,293</b>	<b>100.0</b>	<b>20,108</b>	<b>100.0</b>	<b>23,911</b>	<b>100.0</b>	<b>9,253</b>	<b>100.0</b>	<b>32,031</b>	<b>100.0</b>
Hombre	38,727	21,859	46.6	18,883	44.5	8,107	56.7	10,399	51.7	11,269	47.1	4,531	49.0	13,745	42.9
Mujer	40,577	25,078	53.4	23,582	55.5	6,186	43.3	9,709	48.3	12,641	52.9	4,722	51.0	18,286	57.1
<b>Selva rural</b>	<b>58,723</b>	<b>30,502</b>	<b>100.0</b>	<b>22,691</b>	<b>100.0</b>	<b>13,463</b>	<b>100.0</b>	<b>16,805</b>	<b>100.0</b>	<b>14,823</b>	<b>100.0</b>	<b>8,122</b>	<b>100.0</b>	<b>11,273</b>	<b>100.0</b>
Hombre	32,656	16,340	53.6	12,835	56.6	7,266	54.0	9,915	59.0	7,804	52.6	4,142	51.0	5,458	48.4
Mujer	26,067	14,162	46.4	9,856	43.4	6,197	46.0	6,890	41.0	7,019	47.4	3,980	49.0	5,815	51.6

En nuestro país, 932 mil personas tienen limitación en forma permanente para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas. Los tipos de dificultades que se presentan son: dificultad para caminar o fuera de su casa en distancias cortas o largas, no mantiene el equilibrio, no se mueve o camina con dificultad dentro de su casa; y no puede usar las piernas ni los pies para mover o alejar un objeto, entre otros.

Del total de personas que presentan alguna discapacidad motora, el 56,4% son mujeres (525 mil 719 personas) mientras que los hombres representan el 43,6% (406 mil 274 personas.)

### **Características de salud**

#### **Personas con discapacidad por problemas de salud no relacionados con su limitación según área de residencia, región natural, y sexo, 2012**

Área de residencia, región natural, y sexo	Total	Problemas de salud no relacionados con la limitación											
		Síntoma: dolor de cabeza, fiebre, náuseas, etc.		Enfermedad común: gripe, colitis, etc.		Enfermedad crónica		Accidente		No tuvo síntoma, enfermedad ni accidente		No específica	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Total</b>	<b>1,575,402</b>	<b>396,092</b>	<b>25.1</b>	<b>461,517</b>	<b>29.3</b>	<b>64,248</b>	<b>4.1</b>	<b>20,975</b>	<b>1.3</b>	<b>766,721</b>	<b>48.7</b>	<b>9,878</b>	<b>0.6</b>
Hombre	754,671	168,516	10.7	216,877	13.8	28,547	1.8	10,466	0.7	389,000	24.7	5,147	0.3
Mujer	820,731	227,576	14.4	244,641	15.5	35,702	2.3	10,509	0.7	377,721	24.0	4,730	0.3
<b>Urbana</b>	<b>1,228,417</b>	<b>280,418</b>	<b>17.8</b>	<b>343,455</b>	<b>21.8</b>	<b>56,822</b>	<b>3.6</b>	<b>18,075</b>	<b>1.1</b>	<b>621,088</b>	<b>39.4</b>	<b>9,113</b>	<b>0.6</b>
Hombre	583,472	117,018	7.4	160,852	10.2	24,884	1.6	8,783	0.6	310,347	19.7	4,742	0.3
Mujer	644,945	163,400	10.4	182,604	11.6	31,938	2.0	9,292	0.6	310,741	19.7	4,370	0.3
<b>Rural</b>	<b>346,985</b>	<b>115,674</b>	<b>7.3</b>	<b>118,062</b>	<b>7.5</b>	<b>7,426</b>	<b>0.5</b>	<b>2,900</b>	<b>0.2</b>	<b>145,633</b>	<b>9.2</b>	<b>765</b>	<b>0.0</b>
Hombre	171,199	51,498	3.3	56,025	3.6	3,663	0.2	1,683	0.1	78,652	5.0	405	0.0
Mujer	175,786	64,176	4.1	62,037	3.9	3,763	0.2	1,217	0.1	66,981	4.3	360	0.0
<b>Costa</b>	<b>971,308</b>	<b>193,380</b>	<b>12.3</b>	<b>241,304</b>	<b>15.3</b>	<b>49,491</b>	<b>3.1</b>	<b>15,517</b>	<b>1.0</b>	<b>523,642</b>	<b>33.2</b>	<b>7,974</b>	<b>0.5</b>
Hombre	465,171	81,529	5.2	114,160	7.2	21,730	1.4	7,458	0.5	262,028	16.6	4,240	0.3
Mujer	506,137	111,852	7.1	127,144	8.1	27,761	1.8	8,059	0.5	261,614	16.6	3,734	0.2
<b>Costa urbana</b>	<b>936,411</b>	<b>183,722</b>	<b>11.7</b>	<b>233,146</b>	<b>14.8</b>	<b>48,318</b>	<b>3.1</b>	<b>14,979</b>	<b>1.0</b>	<b>506,584</b>	<b>32.2</b>	<b>7,974</b>	<b>0.5</b>
Hombre	447,122	77,088	4.9	109,934	7.0	21,161	1.3	7,124	0.5	252,797	16.0	4,240	0.3
Mujer	489,289	106,634	6.8	123,212	7.8	27,158	1.7	7,855	0.5	253,786	16.1	3,734	0.2
<b>Costa rural</b>	<b>34,898</b>	<b>9,658</b>	<b>0.6</b>	<b>8,158</b>	<b>0.5</b>	<b>1,172</b>	<b>0.1</b>	<b>538</b>	<b>0.0</b>	<b>17,058</b>	<b>1.1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Hombre	18,049	4,441	0.3	4,226	0.3	569	0.0	334	0.0	9,231	0.6	-	-
Mujer	16,848	5,217	0.3	3,932	0.2	603	0.0	204	0.0	7,827	0.5	-	-
<b>Sierra</b>	<b>466,067</b>	<b>148,344</b>	<b>9.4</b>	<b>172,525</b>	<b>11.0</b>	<b>10,655</b>	<b>0.7</b>	<b>3,811</b>	<b>0.2</b>	<b>193,091</b>	<b>12.3</b>	<b>1,460</b>	<b>0.1</b>
Hombre	218,117	61,473	3.9	77,911	4.9	4,600	0.3	2,134	0.1	99,101	6.3	708	0.0
Mujer	247,950	86,871	5.5	94,614	6.0	6,055	0.4	1,677	0.1	93,990	6.0	751	0.0
<b>Sierra urbana</b>	<b>212,702</b>	<b>66,080</b>	<b>4.2</b>	<b>84,028</b>	<b>5.3</b>	<b>5,780</b>	<b>0.4</b>	<b>1,947</b>	<b>0.1</b>	<b>86,369</b>	<b>5.5</b>	<b>748</b>	<b>0.0</b>

Área de residencia, región natural, y sexo	Total	Problemas de salud no relacionados con la limitación											
		Síntoma: dolor de cabeza, fiebre, náuseas, etc.		Enfermedad común: gripe, colitis, etc.		Enfermedad crónica		Accidente		No tuvo síntoma, enfermedad ni accidente		No específica	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombre	97,623	26,863	1.7	38,409	2.4	2,331	0.1	998	0.1	42,298	2.7	345	0.0
Mujer	115,079	39,217	2.5	45,620	2.9	3,449	0.2	949	0.1	44,070	2.8	403	0.0
<b>Sierra rural</b>	<b>253,365</b>	<b>82,264</b>	<b>5.2</b>	<b>88,497</b>	<b>5.6</b>	<b>4,875</b>	<b>0.3</b>	<b>1,863</b>	<b>0.1</b>	<b>106,722</b>	<b>6.8</b>	<b>712</b>	<b>0.0</b>
Hombre	120,494	34,610	2.2	39,502	2.5	2,268	0.1	1,136	0.1	56,803	3.6	363	0.0
Mujer	132,871	47,655	3.0	48,995	3.1	2,607	0.2	727	0.0	49,920	3.2	348	0.0
<b>Selva</b>	<b>138,027</b>	<b>54,368</b>	<b>3.5</b>	<b>47,688</b>	<b>3.0</b>	<b>4,103</b>	<b>0.3</b>	<b>1,647</b>	<b>0.1</b>	<b>49,988</b>	<b>3.2</b>	<b>444</b>	<b>0.0</b>
Hombre	71,383	25,515	1.6	24,806	1.6	2,217	0.1	874	0.1	27,870	1.8	200	0.0
Mujer	66,644	28,853	1.8	22,882	1.5	1,886	0.1	773	0.0	22,118	1.4	245	0.0
<b>Selva urbana</b>	<b>79,304</b>	<b>30,616</b>	<b>1.9</b>	<b>26,281</b>	<b>1.7</b>	<b>2,724</b>	<b>0.2</b>	<b>1,148</b>	<b>0.1</b>	<b>28,136</b>	<b>1.8</b>	<b>391</b>	<b>0.0</b>
Hombre	38,727	13,067	0.8	12,509	0.8	1,392	0.1	661	0.0	15,252	1.0	158	0.0
Mujer	40,577	17,549	1.1	13,772	0.9	1,332	0.1	487	0.0	12,884	0.8	233	0.0
<b>Selva rural</b>	<b>58,723</b>	<b>23,752</b>	<b>1.5</b>	<b>21,407</b>	<b>1.4</b>	<b>1,379</b>	<b>0.1</b>	<b>499</b>	<b>0.0</b>	<b>21,853</b>	<b>1.4</b>	<b>54</b>	<b>0.0</b>
Hombre	32,656	12,447	0.8	12,297	0.8	825	0.1	213	0.0	12,619	0.8	42	0.0
Mujer	26,067	11,305	0.7	9,110	0.6	554	0.0	286	0.0	9,234	0.6	12	0.0

Esta tabla es muy importante ya que refleja que más del 50% de las personas con discapacidad en el Perú tienen condiciones secundarias.

**Personas con discapacidad por tipo de limitaciones para realizar sus actividades diarias según área de residencia, región natural, y tratamiento y/o terapias de rehabilitación recibidas, 2012 (porcentaje)**

Área de residencia, región natural, departamento y/o terapias de rehabilitación recibidas	Total	Limitaciones para realizar actividades diarias						
		Para usar brazos y manos / piernas y pies	Para ver, aun usando lentes	Para hablar (entonar / vocalizar)	Para oír, aun usando audifonos para sordera	Para concentrarse y recordar (Mentales)	Para relacionarse con los demás por sus sentimiento emociones conductas	Por padecer una enfermedad crónica
<b>Total</b>								
Terapia de rehabilitación física	62.0	82.0	73.2	52.9	67.8	46.7	34.1	68.5
Tratamiento psicológico	25.4	16.8	18.7	28.3	16.6	34.0	42.6	22.5
Tratamiento psiquiátrico	15.1	6.9	7.4	13.3	9.3	24.5	38.8	11.3
Terapia de lenguaje	14.8	8.0	8.7	46.5	17.5	25.8	16.7	9.4
Apoyo emocional (grupos de autoayuda)	5.1	4.5	3.9	7.3	4.0	6.3	8.3	4.7
Terapia ocupacional	4.8	4.2	3.8	9.9	2.8	8.4	4.9	4.1
Otro tratamiento	7.2	6.8	10.7	6.2	8.8	6.3	5.2	10.2
<b>Urbana</b>								
Terapia de rehabilitación física	62.5	82.3	74.0	53.2	68.4	47.5	34.6	69.0
Tratamiento psicológico	24.8	16.6	18.2	27.7	16.1	33.1	41.8	21.8
Tratamiento psiquiátrico	15.5	6.9	7.6	13.7	9.6	25.1	39.4	11.5
Terapia de lenguaje	14.7	7.9	8.9	46.1	17.7	25.5	16.7	9.1
Apoyo emocional (grupos de autoayuda)	5.1	4.5	3.8	7.2	3.9	6.0	8.5	4.6
Terapia ocupacional	4.9	4.2	3.8	10.1	2.8	8.6	5.0	4.1
Otro tratamiento	7.2	6.7	10.7	6.4	8.7	6.3	5.3	10.3
<b>Rural</b>								
Terapia de rehabilitación física	53.5	75.2	57.1	48.7	52.6	33.2	23.9	58.2
Tratamiento psicológico	35.2	22.0	30.5	39.1	30.1	49.9	57.7	35.4
Tratamiento psiquiátrico	9.4	5.3	4.0	6.2	2.9	15.5	27.2	5.6
Terapia de lenguaje	16.8	9.9	3.3	53.1	13.9	31.0	16.2	15.9
Apoyo emocional (grupos de autoayuda)	5.4	3.7	6.3	8.6	5.7	11.2	4.6	7.1
Terapia ocupacional	3.5	4.4	2.7	6.9	2.7	5.8	3.4	4.2
Otro	7.6	8.7	10.0	3.8	11.6	5.3	2.5	7.8

Área de residencia, región natural, departamento y/o tratamiento y/o terapias de rehabilitación recibidas	Total	Limitaciones para realizar actividades diarias						
		Para usar brazos y manos / piernas y pies	Para ver, aun usando lentes	Para hablar (entonar / vocalizar)	Para oír, aun usando audífonos para sordera	Para concentrarse y recordar (Mentales)	Para relacionarse con los demás por sus sentimientos emociones conductas	Por padecer una enfermedad crónica
tratamiento								
<b>Costa</b>								
Terapia de rehabilitación física	62.7	82.5	74.7	52.9	68.8	47.3	33.6	69.9
Tratamiento psicológico	24.6	16.8	17.6	26.8	15.3	32.2	42.5	21.9
Tratamiento psiquiátrico	15.6	7.0	7.6	14.6	9.4	25.0	40.3	11.0
Terapia de lenguaje	15.4	8.5	8.9	48.0	18.8	26.5	17.8	9.5
Apoyo emocional (grupos de autoayuda)	5.1	4.4	3.4	6.9	3.7	6.0	8.6	4.5
Terapia ocupacional	5.2	4.4	3.7	11.2	2.9	9.5	5.5	4.3
Otro tratamiento	7.0	6.5	10.8	6.3	8.5	6.7	5.5	10.0
<b>Sierra</b>								
Terapia de rehabilitación física	56.0	76.3	62.0	51.3	61.8	41.8	36.5	56.8
Tratamiento psicológico	29.6	17.8	24.9	34.4	20.9	44.7	44.0	26.6
Tratamiento psiquiátrico	13.1	6.5	6.5	7.6	9.3	23.2	32.4	13.4
Terapia de lenguaje	11.4	5.5	7.7	37.4	7.4	20.5	10.5	9.7
Apoyo emocional (grupos de autoayuda)	6.2	5.3	7.2	11.7	6.7	9.4	7.2	6.8
Terapia ocupacional	3.6	3.1	4.7	4.6	2.6	3.4	1.7	3.7
Otro tratamiento	9.7	9.6	11.2	7.8	12.9	5.0	4.0	12.6
<b>Selva</b>								
Terapia de rehabilitación física	66.8	90.3	78.4	58.6	65.3	51.2	36.9	76.3
Tratamiento psicológico	27.6	13.9	22.7	37.7	37.1	37.6	38.6	22.3
Tratamiento psiquiátrico	11.7	4.4	6.7	5.8	5.8	19.7	31.0	9.9
Terapia de lenguaje	15.7	6.5	6.5	46.0	23.2	28.1	18.0	6.5
Apoyo emocional (grupos de autoayuda)	3.0	2.8	3.0	2.3	2.3	2.9	7.6	1.7
Terapia ocupacional	1.5	1.7	2.1	2.0	1.8	2.3	3.6	0.5
Otro tratamiento	3.2	3.3	5.1	0.4	-	1.3	2.1	5.7

El INEI informó que el 88,6% de la población con alguna discapacidad no recibió tratamiento y/o terapia para rehabilitación y solo el 11,4% si recibió algún tratamiento o terapia. Entre los que recibieron tratamiento y/o terapia de

rehabilitación podemos mencionar las terapias de rehabilitación física (46,1%), tratamiento psicológico (18,9%), tratamiento psiquiátrico (11,3%), terapia de lenguaje (11,0%), apoyo emocional (3,8%), terapia ocupacional (3,6%), otro tipo (5,4%).

**Personas con discapacidad por tratamiento y/o terapias de rehabilitación según área de residencia, región natural, departamento y establecimiento donde recibió el tratamiento y/o terapia, 2012 (porcentaje)**

Área de residencia, región natural, departamento y Establecimiento donde recibió el tratamiento y/o terapia	Tratamiento y/o terapia de rehabilitación						
	Terapia de rehabilitación física	Tratamiento psicológico	Tratamiento psiquiátrico	Terapia de lenguaje	Apoyo emocional (grupos de autoayuda)	Terapia ocupacional	Otro tratamiento
<b>Total</b>	<b>61.8</b>	<b>25.4</b>	<b>15.3</b>	<b>14.9</b>	<b>5.0</b>	<b>4.7</b>	<b>7.2</b>
Hospital MINSA	54.1	32.3	23.4	11.7	5.7	4.1	6.8
Hospital ESSALUD	66.3	24.9	15.8	8.4	3.2	3.6	8.6
Hospital FF.AA y/o Policía Nacional	68.9	21.5	18.3	13.9	9.1	10.1	4.9
Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	66.2	39.9	11.4	50.0	7.7	29.4	10.4
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (HD-HN)	7.5	53.9	86.3	0.6	0.6	6.8	2.4
Centro de Rehabilitación Particular	77.7	16.8	6.8	24.2	7.4	3.5	3.1
Clínica Particular	67.8	-	6.4	17.6	11.3	3.3	7.8
Otro	56.1	24.8	7.9	30.2	5.9	7.8	8.2
<b>Urbana</b>	<b>62.2</b>	<b>24.9</b>	<b>15.6</b>	<b>14.8</b>	<b>5.0</b>	<b>4.8</b>	<b>7.2</b>
Hospital MINSA	54.6	31.9	24.1	11.8	5.9	4.1	6.6
Hospital ESSALUD	66.4	24.7	15.9	8.4	3.3	3.7	8.6
Hospital FF.AA y/o Policía Nacional	69.4	21.7	18.4	14.0	9.1	10.2	4.2
Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	66.4	40.4	11.0	50.6	7.8	29.8	10.6
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (HD-HN)	7.5	53.9	86.3	0.6	0.6	6.8	2.4
Centro de Rehabilitación Particular	78.7	15.4	6.6	23.5	7.8	3.7	3.3
Clínica Particular	67.3	26.4	6.6	18.1	11.9	3.3	8.4
Otro	57.1	23.7	8.1	30.2	5.1	8.1	8.2
<b>Rural</b>	<b>54.1</b>	<b>35.9</b>	<b>9.7</b>	<b>16.5</b>	<b>5.6</b>	<b>3.1</b>	<b>7.1</b>
Hospital MINSA	46.1	39.8	11.6	8.7	3.2	3.9	9.7
Hospital ESSALUD	60.1	33.2	14.5	8.1	-	3.0	9.4
Hospital FF.AA y/o Policía Nacional	-	-	-	-	-	-	100.0
Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	54.4	-	45.6	-	-	-	-
Centro de Rehabilitación Particular	66.8	32.2	8.7	31.7	2.8	2.1	1.4
Clínica Particular	74.1	38.2	4.4	11.9	4.4	3.8	0.9
Otro	43.0	38.4	6.1	30.3	17.1	3.8	8.3
<b>Costa</b>	<b>62.4</b>	<b>24.6</b>	<b>15.8</b>	<b>15.4</b>	<b>4.9</b>	<b>5.0</b>	<b>7.0</b>
Hospital MINSA	55.0	31.3	25.0	12.4	6.1	4.3	6.3
Hospital ESSALUD	66.5	24.9	16.1	9.0	2.9	3.6	8.5

Área de residencia, región natural, departamento y Establecimiento donde recibió el tratamiento y/o terapia	Tratamiento y/o terapia de rehabilitación						
	Terapia de rehabilitación física	Tratamiento psicológico	Tratamiento psiquiátrico	Terapia de lenguaje	Apoyo emocional (grupos de autoayuda)	Terapia ocupacional	Otro tratamiento
Hospital FF.AA y/o Policía Nacional	71.5	22.0	17.7	13.9	9.5	9.3	4.3
Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	65.9	39.7	11.6	51.1	8.1	30.4	10.9
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (HD-HN)	7.4	52.2	85.5	-	-	6.6	2.5
Centro de Rehabilitación Particular	79.6	13.8	5.5	24.0	8.2	3.9	3.7
Clínica Particular	68.2	28.1	5.4	18.9	12.9	4.0	7.1
Otro	57.3	22.0	7.4	31.0	3.8	8.6	8.3
<b>Sierra</b>	<b>56.6</b>	<b>29.7</b>	<b>13.0</b>	<b>11.2</b>	<b>5.9</b>	<b>3.7</b>	<b>9.6</b>
Hospital MINSA	47.7	35.8	14.5	7.0	4.5	3.5	12.0
Hospital ESSALUD	61.3	25.4	15.9	4.6	5.0	4.5	11.2
Hospital FF.AA y/o Policía Nacional	42.0	12.2	18.3	9.0	-	24.6	17.2
Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	38.2	100.0	18.7	60.9	-	17.8	-
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (HD-HN)	-	93.5	100.0	-	-	-	-
Centro de Rehabilitación Particular	70.7	26.3	10.2	24.8	4.9	2.7	1.2
Clínica Particular	65.2	26.7	8.6	11.6	6.9	1.0	9.0
Otro	45.9	42.7	12.9	21.4	19.2	5.3	9.3

**Personas con discapacidad por tipo de limitaciones para realizar sus actividades diarias y barreras en el establecimiento de salud, 2012 (porcentaje)**

Área de residencia, región natural, departamento y barreras en el establecimiento de salud	Total	Limitaciones para realizar actividades diarias						
		Para ver, aun usando lentes	Para usar brazos y manos / piernas y pies	Para oír, aun usando audífonos para sordera	Para Concentrarse y Recordar (Mentales)	Para hablar (entonar / vocalizar)	Para relacionarse con los demás por sus sentimientos o emociones conductas	Por padecer una enfermedad crónica
<b>Total</b>								
Rampas de acceso	35.7	35.6	38.0	35.4	34.8	34.9	33.9	30.2
Barandas de seguridad	43.9	42.6	46.0	41.3	41.3	37.7	42.8	38.9
Ascensores adecuados	63.5	64.8	66.1	63.1	61.9	56.6	59.7	68.2
Servicios higiénicos para personas con discapacidad	59.3	57.6	61.8	59.4	59.8	62.9	57.4	60.5
Lugares que brinden información	37.9	35.5	35.6	37.5	38.0	43.1	39.7	32.5
Carteles de información	28.7	26.2	27.5	27.2	28.6	31.2	28.2	25.0

**Personas con discapacidad por tipo de limitaciones para realizar sus actividades diarias y tipo de seguro de salud, 2012 (porcentaje)**

Área de residencia, región natural, departamento y tipo de seguro al que está afiliado	Total	Limitaciones para realizar actividades diarias						
		Para usar brazos y manos / piernas y pies	Para ver, aun usando lentes	Para hablar (entonar / vocalizar)	Para oír, aun usando audífonos para sordera	Para concentrarse y Recordar (Mentales)	Para relacionarse con los demás por sus sentimiento emociones conductas	Por padecer una enfermedad crónica
<b>Total</b>								
ESSALUD (ex IPSS)	46.5	47.6	49.0	35.9	47.1	45.3	39.1	55.0
Seguro privado de salud	1.4	1.3	1.4	1.4	1.2	1.4	1.4	1.5
Entidad prestadora de salud	0.3	0.3	0.4	0.2	0.4	0.3	0.5	0.4
Seguro de las FF.AA y/o policiales	3.0	3.2	2.8	2.3	2.9	3.3	3.3	3.7
Seguro integral de salud (SIS)	48.0	46.8	46.0	58.6	47.8	49.3	55.9	38.9
Seguro universitario	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.3
Seguro escolar privado	0.2	0.1	0.3	0.1	0.1	0.2	0.3	0.3
Otro	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5
<b>Costa</b>								
ESSALUD (ex IPSS)	60.5	60.8	63.2	51.0	64.3	57.2	53.6	62.2
Seguro privado de salud	2.0	1.9	1.9	2.1	1.8	1.9	2.2	1.8
Entidad prestadora de salud	0.4	0.4	0.5	0.3	0.6	0.4	0.9	0.5
Seguro de las FF.AA y/o policiales	4.2	4.3	3.7	3.6	4.1	4.5	5.0	4.5
Seguro integral de salud (SIS)	32.0	31.6	30.2	41.2	28.7	35.5	39.3	30.2
Seguro universitario	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.5	0.7	0.2
Seguro escolar privado	0.2	0.1	0.3	0.2	0.1	0.3	0.5	0.3
Otro	0.4	0.5	0.5	0.2	0.3	0.4	0.3	0.5
<b>Sierra</b>								
ESSALUD (ex IPSS)	24.3	26.0	25.0	14.9	22.7	23.4	19.8	38.0
Seguro privado de salud	0.5	0.4	0.5	0.3	0.4	0.3	0.2	0.6
Entidad prestadora de salud	0.2	0.1	0.3	0.0	0.2	0.1	0.1	0.2
Seguro de las FF.AA y/o policiales	1.0	0.9	1.3	0.5	1.2	0.8	0.9	1.5
Seguro integral de salud (SIS)	73.6	72.0	73.1	82.7	75.2	74.6	78.2	59.9
Seguro universitario	0.4	0.3	0.7	0.5	0.6	0.3	0.4	0.4
Seguro escolar privado	0.2	0.1	0.3	0.0	0.1	0.0	0.1	0.2
Otro	0.3	0.3	0.2	0.6	0.2	0.3	0.2	0.4
<b>Selva</b>								
ESSALUD (ex IPSS)	20.7	22.1	23.9	15.7	16.1	20.0	15.2	31.9
Seguro privado de salud	0.7	0.8	0.7	0.5	0.6	0.6	0.3	1.1
Entidad prestadora de salud	0.1	0.1	0.1	-	0.2	0.2	-	0.2
Seguro de las FF.AA y/o policiales	1.5	1.9	1.6	0.8	1.7	2.3	1.5	2.1

Área de residencia, región natural, departamento y tipo de seguro al que está afiliado	Total	Limitaciones para realizar actividades diarias						
		Para usar brazos y manos / piernas y pies	Para ver, aun usando lentes	Para hablar (entonar / vocalizar)	Para oír, aun usando audífonos para sordera	Para concentrarse y Recordar (Mentales)	Para relacionarse con los demás por sus sentimientos emociones conductas	Por padecer una enfermedad crónica
Seguro integral de salud (SIS)	76.2	74.4	73.1	82.2	80.7	77.2	83.4	65.7
Seguro universitario	0.4	0.4	0.4	0.1	0.4	0.6	0.3	0.2
Seguro escolar privado	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-
Otro	0.5	0.4	0.4	0.5	0.7	0.3	-	0.1

El estudio mostró que la discapacidad motora (dificultad para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas), es la que más afecta, alcanzando 932 mil personas (59,2%), dificultad para ver (50,9%), para oír (33,8%), para entender o aprender (32,1%), para relacionarse con los demás (18,8%) y para hablar o comunicarse (16,6%).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática informó que 801 mil personas presentan limitación de forma permanente para ver incluso usando anteojos. De este total, el 52,6% está en el área urbana y el 44,8% en el área rural.

**b. Estimaciones basadas en el estudio de Carga de enfermedad – MINS/DGE**

La medición de la Carga de Enfermedad se da en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344), que en su Capítulo III “Planes de Aseguramiento en Salud”, Artículo 15: Del Proceso de elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente encargado de elaborar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, el mismo que se aprueba por Decreto Supremo y se elabora sobre la base de estudios de Carga de Enfermedad y otros estudios epidemiológicos que reflejen la situación de salud de la población del país, tomando en cuenta las prioridades regionales.

En el Perú, durante el año 2008, se perdieron 5 249 641 AVISA (182.2 por cada 1000 habitantes) con una mayor proporción de carga producto de la discapacidad sobre la muerte prematura (58.8% AVD vs 41.2% AVP). La pérdida de AVISA fue mayor en los hombres (52.7%) que en las mujeres (47.3%). En las mujeres la carga por discapacidad fue mayor que la producida por la muerte prematura (64.1% AVD vs 35.9% AVP). Este mismo fenómeno fue observado en los hombres aunque con un componente levemente menor para la discapacidad (54.0% AVD vs 46.0% AVP). Las enfermedades no transmisibles fueron la principal causa de pérdida de representando el 57.9% del total de carga, seguidas de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, y por los accidentes y lesiones.

## Distribución de AVISA y tasa de AVISA (por 1000 habitantes) según grupo de enfermedades y sexo. Perú 2008

Grupo de enfermedades	Total			Hombre			Mujer		
	Nº	Tasa*	%	Nº	Tasa*	%	Nº	Tasa*	%
Enfermedades no transmisibles	3,037,614	105.4	57.9	1,513,387	106.5	54.7	1,524,227	104.7	61.4
Enf. Transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	1,400,064	48.6	26.7	730,291	50.2	26.4	659,773	47	27
Accidentes y lesiones	811,963	28.2	15.5	523,928	36.4	18.9	288,035	20	11.6
<b>Total, general</b>	<b>5,249,641</b>	<b>182.2</b>	<b>100</b>	<b>2,767,606</b>	<b>193.2</b>	<b>100</b>	<b>2,482,035</b>	<b>171.7</b>	<b>100</b>

\* Tasa por mil habitantes  
 AVISA: Años de vida saludables  
 AVD: Años de vida con discapacidad  
 AVP: Años de vida perdidos

La mayor carga de enfermedad en AVISA se presentó en los menores de 5 años y en los mayores de 60 años.

La carga de enfermedad se produjo fundamentalmente por enfermedades que causan discapacidad, particularmente las no transmisibles, las cuales constituyen uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud tanto de países desarrollados como en desarrollo; principalmente por su frecuencia en la población, su creciente contribución a la mortalidad general, su conformación en la causa más frecuente de discapacidad así como por la complejidad y costo elevado de su tratamiento.

## 2.2 Identificación y cuantificación de la población

### 2.2.1 Población potencial

Personas con discapacidad
---------------------------

### 2.2.2 Cuantificación de la población potencial

**Tabla N° 03 Cuantificación de la población potencial**

Valor	Unidad de medida
1,628,503 millones*	Personas con discapacidad

Fuente: \* Proyectado al 2015, con base en la información de ENEDIS, 2012

### 2.2.3 Criterios de focalización

La discapacidad es una cuestión de desarrollo, debido a que posee un vínculo bidireccional con la pobreza: la discapacidad puede aumentar el riesgo de pobreza, y la pobreza puede aumentar el riesgo de discapacidad. Un creciente conjunto de datos empíricos de todo el mundo indica que es más probable que las personas con discapacidad y sus familias experimenten desventajas económicas y sociales que aquellas que no experimentan una discapacidad<sup>10</sup>. Por tanto se focaliza en población pobre y extremadamente pobre.

<sup>10</sup> Mitra S, Posarac A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study. World Dev. 2013;41:1-18.

Se excluye a las personas con discapacidad que cuentan con seguro de EsSalud y Seguros Privados.

## 2.2.4 Población objetivo

Personas con discapacidad pobre y extremadamente pobre

**Tabla N° 04 Población Objetivo**

<b>Valor</b>	<b>Unidad de medida</b>
1,067,311	Personas con discapacidad

Fuente: ENEDIS, 2012

## 2.2.5 Atributos de la población objetivo

	Población total	Población EsSalud	Población otros Seguros	Población sin EsSalud ni otros seguros	Porcentaje de discapacidad	Población con discapacidad	Familia/Cuidador	Población Objetivo
	a	b	c	d = a-b-c	e	f = d * e	g = f * 1	h = f + g
<b>Perú</b>	<b>31,151,643</b>	<b>8,815,915</b>	<b>1,919,133</b>	<b>20,416,595</b>	<b>5.2%</b>	<b>1,067,311</b>	<b>1,067,311</b>	<b>2,043,792</b>
Amazonas	422,629	54,796	7,945	359,887	3.3%	11,745	11,745	23,491
Ancash	1,148,634	269,773	19,527	859,334	4.0%	34,789	34,789	69,578
Apurímac	458,830	67,252	5,965	385,613	5.1%	19,474	19,474	38,948
Arequipa	1,287,205	516,757	48,013	722,435	6.7%	48,135	48,135	96,270
Ayacucho	688,657	89,910	17,010	581,738	4.8%	27,755	27,755	55,510
Cajamarca	1,529,755	142,622	33,961	1,353,172	4.0%	53,521	53,521	107,042
Cusco	1,316,729	281,775	37,000	997,954	3.5%	34,805	34,805	69,610
Huancavelica	494,963	70,130	8,563	416,270	4.7%	19,726	19,726	39,452
Huánuco	860,537	125,742	8,519	726,276	4.7%	33,906	33,906	67,812
Ica	787,170	364,774	19,128	403,268	5.5%	22,182	22,182	44,363
Junín	1,350,783	295,478	37,957	1,017,348	3.5%	35,124	35,124	70,248
La Libertad	1,859,640	492,063	69,551	1,298,027	4.0%	52,118	52,118	104,237
Lambayeque	1,260,650	461,177	33,659	765,814	3.5%	26,848	26,848	53,696
Lima+Callao	10,848,566	4,163,646	1,369,609	5,315,311	6.7%	357,295	357,295	714,591
Loreto	1,039,372	180,505	39,704	819,163	3.2%	26,002	26,002	52,003
Madre de Dios	137,316	26,982	3,323	107,011	3.8%	4,014	4,014	8,028
Moquegua	180,477	82,320	14,980	83,178	6.6%	5,480	5,480	10,959
Pasco	304,158	84,362	2,433	217,363	4.9%	10,662	10,662	21,324
Piura	1,844,129	472,496	67,311	1,304,322	4.6%	59,817	59,817	119,634
Puno	1,415,608	194,494	11,183	1,209,931	5.9%	71,926	71,926	143,853
San Martín	840,790	118,519	24,887	697,384	3.8%	26,555	26,555	53,109
Tacna	341,838	102,095	17,673	222,070	6.3%	13,923	13,923	27,845
Tumbes	237,685	56,050	11,124	170,511	5.8%	9,839	9,839	19,679
Ucayali	495,522	102,197	10,109	383,216	4.2%	16,254	16,254	32,508

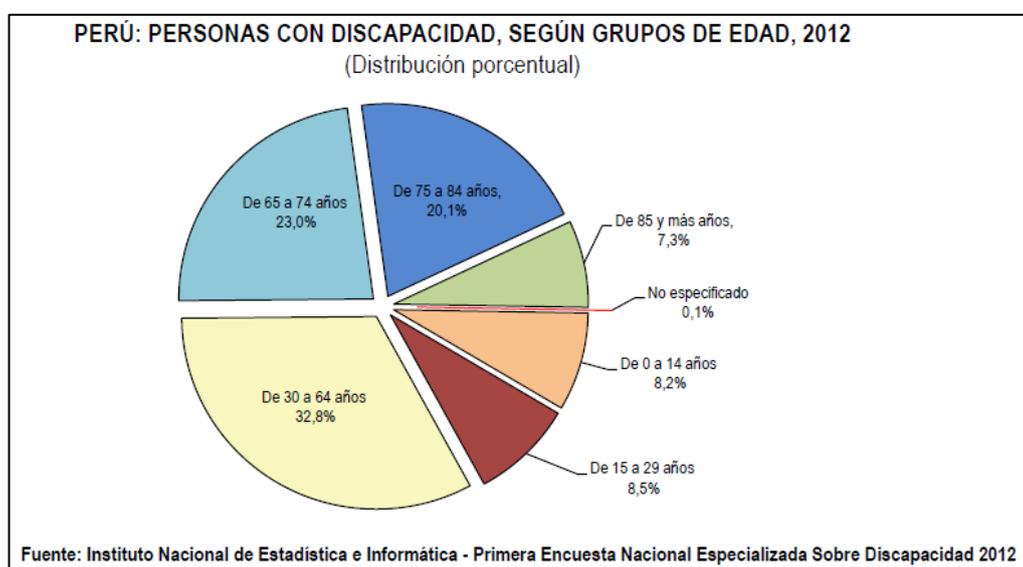
De acuerdo a la distribución de la población en general con algún tipo de discapacidad reportada en ENEDIS 2012 a nivel de grupos de edad, se observa una estructura porcentual diferenciada. Así, la predominancia del padecimiento de alguna discapacidad o limitación es mayor entre los varones hasta los 29 años, mientras que la discapacidad en las mujeres se encuentra con mayor incidencia entre los rangos de edades mayores a los 30 años.

Personas con Discapacidad, por Sexo, según grupos de edad		
Grupo de edad	Sexo	
	Hombre (%)	Mujer (%)
de 0 a 14 años	58.0	42.0
de 15 a 29 años	57.1	42.9
de 30 a 64 años	46.2	53.8
de 65 a 74 años	45.9	54.1
de 75 a 84 años	46.7	53.3
de 85 y más años	42.8	57.2
<b>Total</b>	<b>47.9</b>	<b>52.1</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Primera encuesta Nacional Especializada sobre discapacidad 2012.

Globalmente, según género, 52 de cada 100 personas que reportaron algún tipo de discapacidad o limitación a la encuesta son mujeres y 48 son varones.

Según los datos recogidos por la ENEDIS 2012, el grupo mayoritario de las personas con discapacidad están conglomerados entre los 30 a 64 años (32.8%) y entre los 65 a 74 años (23%), hay que observar que son poblaciones con múltiples causalidades de la discapacidad, en muchos casos a consecuencia de complicaciones de enfermedades crónicas y ya que son condiciones declarativas (puesto que la misma encuesta reporta que apenas el 7% de todas tenían certificados de discapacidad que acredita y califica la condición).



### 2.3 Causas del problema identificado

Para el presente Programa Presupuestal se adopta un modelo conceptual existente previa revisión de evidencias que a continuación se presenta:

#### **Modelo conceptual**

**Modelo Conceptual General:** El primer paso para el diagnóstico es realizar la búsqueda de modelos conceptuales sobre discapacidad que nos permita

relacionar conceptos que la expliquen. Para ello, se realizó una búsqueda en la literatura

**Problema**

“Modelos conceptuales de personas con discapacidad”

**Metodología**

Se realizó una búsqueda de las siguientes bases de datos:

Medline EMBASE Web of Science Scopus Google Scholar	BMJ Point-of-Care Clinical Evidence Cochrane Database Health Technology Assessment NHS Economic Evaluation Database	National Guideline Clearinghouse Healthcare Research and Quality National Institute for Health and Clinical Excellence TRIP
---	---	---

**Estrategia de búsqueda**

Se consideró la pirámide propuesta por Haynes et al<sup>11</sup> para la búsqueda sistemática en Internet desde la perspectiva de Medicina Basada en evidencia. Partiendo de Sistemas, para luego evaluar Resúmenes, Sinopsis, Síntesis (Revisiones Sistemáticas) y Artículos Originales (investigaciones primarias).

Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda, combinados de acuerdo a la base a utilizar:

**“Modelo conceptual”**

1. *conceptual model*
2. *framework*

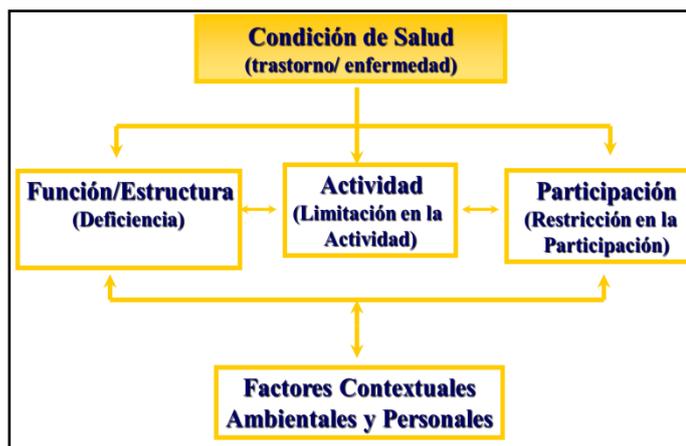
**“Discapacidad”**

3. *Disabled Persons*
4. *Disability*
5. *International Classification of Functioning, Disability and Health*
6. (conceptual model o framework) & (Disabled Persons o Disability) & (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Los mismos términos de búsqueda se realizó para el caso de buscadores en español (Scielo)

Para la condición de interés “Discapacidad” se ha realizado una revisión de los modelos conceptuales y se ha seleccionado el siguiente modelo:

<sup>11</sup> DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. ACP Journal Club. Editorial: Accessing preappraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. Ann Intern Med. 2009; 151(6):JC3-2, JC3-3.



El marco conceptual desarrollado por el CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud) incorpora el aporte a los términos de salud y evalúa los estados de salud integral de las personas. La CIF consta de tres componentes esenciales:

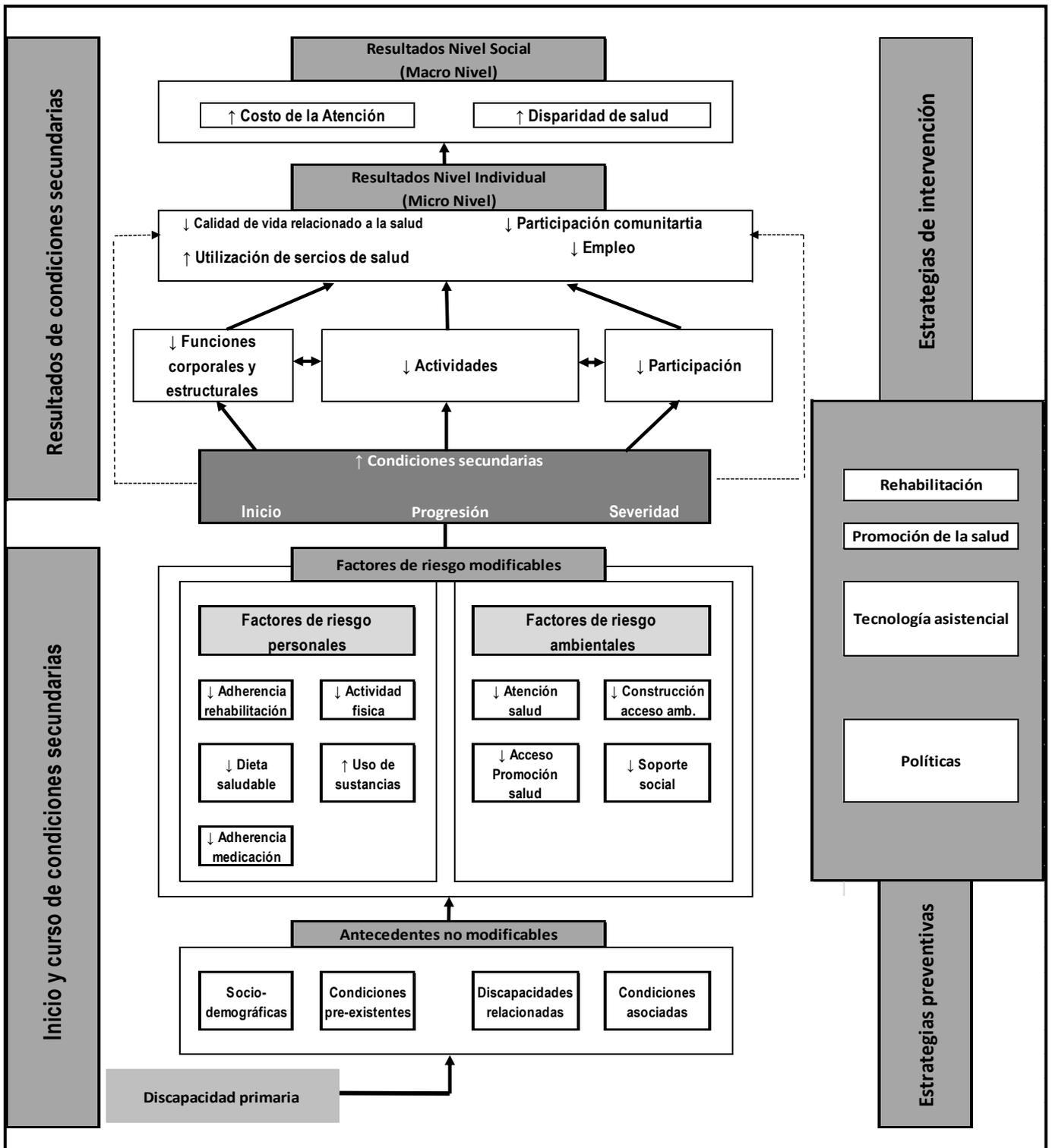
- El primer componente, **funciones corporales y estructuras corporales**, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos y es la ausencia o alteración de los mismos lo que concebimos como “deficiencias” en funciones y estructuras.
- El segundo componente, **actividad**, se refiere a la ejecución individual de tareas y las “limitaciones” de la actividad son las dificultades que tiene el individuo para realizar tales actividades.
- El tercer componente, **participación**, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y las “restricciones” de la participación son los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento.

El siguiente paso consiste en realizar una adaptación del modelo conceptual seleccionado. Para ello, previamente se identificó y delimitó las causas (directas e indirectas), que afectan a la condición de interés.

Se adopta un modelo considerando las condiciones secundarias<sup>12,13</sup>, ya que es prevalente en nuestra población.

<sup>12</sup> Rimmer JH, Chen MD, Hsieh K. A conceptual model for identifying, preventing, and managing secondary conditions in people with disabilities. *Phys Ther.* 2011 Dec;91(12):1728-39. doi: 10.2522/ptj.20100410. Epub 2011 Oct 14.

<sup>13</sup> Molton IR, Terrill AL, Smith AE, Yorkston KM, Alschuler KN, Ehde DM, Jensen MP. Modeling Secondary Health Conditions in Adults Aging With Physical Disability. *J Aging Health.* 2014 Jan 3. [Epub ahead of print]



### **Antecedentes no modificables**

Dentro de los antecedentes no modificables podemos observar cuatro causas indirectas que afectan a los factores de riesgo asociados con la aparición de condiciones secundarias en las personas con discapacidad:

- a. **Los factores sociodemográficos** como la edad, sexo, educación, nivel socioeconómico, estado civil, lugar de residencia, raza/etnia y situación de vivienda (por ejemplo, solo, con miembros de la familia, etc).
- b. **Las condiciones preexistentes** incluyen condiciones de salud crónicas, como trastornos de salud mental (por ejemplo, trastorno bipolar) y los trastornos relacionados con el estilo de vida (por ejemplo, diabetes tipo 2, hipertensión), ambos de los cuales no están asociados con las características principales de la discapacidad.
- c. **Factores relacionados con la discapacidad** incluyen el tipo de discapacidad, la gravedad de la discapacidad, y la duración de la incapacidad.
- d. **Condiciones asociadas** incluyen problemas de salud concurrentes que están directamente vinculados a la discapacidad primaria (por ejemplo, la espasticidad, convulsiones, incontinencia).

### **Factores de riesgo modificables**

Factores de riesgo modificables se dividen en factores de riesgos personales y ambientales. Junto con los antecedentes no modificables actúan como factores que dan lugar a la aparición de 1 o más condiciones secundarias de la discapacidad primaria.

- a. **Factores de riesgo personales** incluyen comportamientos tales como reducida o nula actividad física, una inadecuada dieta, falta de adherencia de medicamentos, falta de participación en la rehabilitación, y un abuso de sustancias (por ejemplo, el tabaco, el alcohol, los medicamentos prescritos, las drogas ilícitas).
- b. **Factores de riesgo ambientales** incluyen reducción en la atención de la salud y de mala calidad, reducción de ambientes adecuados de acceso, el acceso deficiente de promoción de la salud (por ejemplo, la falta de acceso a los programas de promoción de la salud de la comunidad), y poco o ningún apoyo social.

En la tabla siguiente se realiza la descripción narrativa de cada causa directa e indirecta (identificada en el árbol #1), deberá considerar los siguientes contenidos:

**Tabla N° 06 Causas del problema identificado**

Descripción de la causa	<b>Antecedentes sociodemográficos</b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	Los factores sociodemográficos como la edad, sexo, educación, nivel socioeconómico, estado civil, lugar de residencia, raza/etnia y situación de vivienda (por ejemplo, solo, con miembros de la familia, etc) pueden constituirse factores causales para desarrollar condiciones secundarias en las personas con discapacidad y en algunos casos como barreras que restringen su participación.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	Las tasas de discapacidad más elevadas en los adultos mayores reflejan una acumulación de riesgos de salud a lo largo de la vida: enfermedades, lesiones y enfermedades crónicas. La prevalencia de la discapacidad en las personas de 45 años o más en los países de ingreso bajo es más alta que en los países de ingreso alto, y es más elevada en las mujeres que en los hombres. En la encuesta de discapacidad desarrollada por el INEI los mayores de 65 años que tienen algún tipo de discapacidad representan más del 50%.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Los atributos de la causa identificada están relacionados a las características sociodemográficas de las personas con discapacidad. La edad y el nivel educativo se asocian con discapacidad grave.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<b>B3. Estudio de cohortes</b>  1. Raggi A, Covelli V, Pagani M, Meucci P, Martinuzzi A, Buffoni M, Russo E, Leonardi M. Sociodemographic features and diagnoses as predictors of severe disability in a sample of adults applying for disability certification. Int J Rehabil Res. 2014 Feb 6. [Epub ahead of print]

Descripción de la causa	<b>Condiciones pre-existentes</b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	Las condiciones preexistentes incluyen condiciones de salud crónicas, como trastornos de salud mental y los trastornos relacionados con el estilo de vida (por ejemplo, diabetes tipo 2, hipertensión), son factores causales no modificables para desarrollar condiciones secundarias en las personas con discapacidad.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	Después de ajustar las diferencias sociodemográficas, los adultos con discapacidades de por vida tenían mayor probabilidad de tener las siguientes condiciones crónicas en comparación con los adultos sin limitaciones: enfermedad coronaria

<b>Descripción de la causa</b>	<b>Condiciones pre-existentes</b>
	(odds ratio ajustada [ AOR ] = 2,92 , IC 95%: 2,33 a 3,66 ), Cáncer ( AOR = 1,61, IC 95 % , 1,34-1,94), la diabetes (AOR=2,57, IC 95 % , 2.10 a 3.15 ), la obesidad (AOR=1,81, IC 95 % , 1,63-2,01) y la hipertensión (AOR=2,18, IC 95 % , 1,94-2,45).
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Los atributos de la causa identificada están relacionados a las condiciones pre-existentes de las personas con discapacidad. Se estima que estas enfermedades representan el 66,5% de todos los Años de Vida con Discapacidad en los países de ingreso bajo y mediano
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<b>C1. Estudios observacionales de casos y controles</b>  2. Dixon-Ibarra A, Horner-Johnson W. Disability status as an antecedent to chronic conditions: National Health Interview Survey, 2006-2012. Prev Chronic Dis. 2014 Jan 30;11:130251. doi: 10.5888/pcd11.130251. 3. Horner-Johnson W, Dobbertin K, Lee JC, Andresen EM; Expert Panel on Disability and Health Disparities. Disparities in chronic conditions and health status by type of disability. Disabil Health J. 2013 Oct;6(4):280-6.

<b>Descripción de la causa</b>	<b>Discapacidades relacionadas</b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	Factores relacionados con la discapacidad incluyen el tipo de discapacidad, la gravedad de la discapacidad, y la duración de la incapacidad. Estas son factores causales no modificables para desarrollar condiciones secundarias de las personas con discapacidad.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	Las personas con tetraplejía tienen más riesgo a tener dificultades en las categorías de las funciones del cuerpo que lo componen en el 36,4% que las personas con paraplejía. Los individuos con tetraplejía indican problemas en tres categorías según categorías del CIF, mientras que las personas con paraplejía son más propensas a indicar problemas en una sola categoría.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	El análisis de regresión logística identificó una variedad de diferencias en los problemas funcionales en las personas con tetraplejía en comparación con las personas con paraplejía.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva	<b>B3. Estudio de cohortes</b>  4. Herrmann KH1, Kirchberger I, Biering-Sørensen F, Cieza A. Differences in functioning of individuals with

<b>Descripción de la causa</b>	<b>Discapacidades relacionadas</b>
<i>(cite la evidencia de la Nota I)</i>	tetraplegia and paraplegia according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Spinal Cord. 2011 Apr;49(4):534-43. doi: 10.1038/sc.2010.156. Epub 2010 Nov 2.
<b>Descripción de la causa</b>	<b>Condiciones asociadas</b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	Condiciones asociadas incluyen problemas de salud concurrentes que están directamente vinculados a la discapacidad primaria (por ejemplo, la espasticidad, convulsiones, incontinencia) y por ende desarrollar condiciones secundarias.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	<u>Espasticidad</u> La espasticidad se ha informado en más de 80% de las personas con esclerosis múltiple (EM) y es más frecuente en el miembro inferior. La presencia de la espasticidad en los miembros inferiores probablemente afecta a la movilidad y el equilibrio en personas con EM. <u>Incontinencia urinaria</u> La incontinencia es una afección frecuente que se estima afecta entre el 31% y el 70% de los adultos mayores
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	<u>Espasticidad</u> El grupo de la espasticidad con puntajes más bajos mediana Escala de Discapacidad (EDSS) indican una mayor discapacidad (p=0,03). La movilidad y el equilibrio fueron significativamente más alterados en el grupo con espasticidad en comparación con el grupo sin espasticidad <u>Incontinencia urinaria</u> La incontinencia urinaria se asoció significativamente con un mayor aumento de la discapacidad (94% vs 13% p <0.001). La incontinencia se asoció con la inmovilidad.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva <i>(cite la evidencia de la Nota I)</i>	<b>C1 Estudios observacionales</b> 5. Sosnoff et al. Influence of Spasticity on Mobility and Balance in Persons With Multiple Sclerosis. JNPT 2011;35: 129–132  <b>A2 Revisión sistemática</b> 6. Roe et al. Systematic review of descriptive studies that investigated associated factors with the management of incontinence in older people in care homes. Journal of Older People Nursing

<b>Descripción de la causa</b>	<b><i>Disminución de la Adherencia a la rehabilitación</i></b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	El curso de la gravedad de la discapacidad o su instauración, cuando se presenta el riesgo de padecerla depende, además del tratamiento de la deficiencia (funcional o estructural), de la adherencia de las personas con esta condición y sus familiares/cuidadores a la estrategia o programa de Rehabilitación prescrito. El abandono, cumplimiento parcial o inexactitud de la rehabilitación conlleva al incremento de la limitación en la participación de la persona con discapacidad en las actividades vitales (laborales, domésticas, deportivas, de ocio, etc).
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	Según un estudio nacional sobre las necesidades de rehabilitación que se llevó a cabo en China en 2007, alrededor del 40% de las personas con discapacidad que necesitaban servicios y asistencia no recibía ninguna ayuda. La necesidad insatisfecha de servicios de rehabilitación era particularmente alta en el caso de la asistencia y el equipamiento, la terapia de rehabilitación y el apoyo financiero para las personas pobres.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	En un estudio de personas con discapacidad de tres distritos de Beijing (China), el 75% de las personas entrevistadas manifestaban la necesidad de diversos servicios de rehabilitación, y solo el 27% recibía tales servicios. Según un estudio nacional chino sobre la necesidad de rehabilitación en 2007, las necesidades no satisfechas eran especialmente elevadas en el caso de los dispositivos asistenciales y la terapia
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<b><i>C1 Estudios observacionales</i></b>  7. Qiu ZY. Rehabilitation need of people with disability in China: analysis and strategies [in Chinese]. Beijing, Huaxia Press, 2007.

<b>Descripción de la causa</b>	<b>Disminución de la Actividad física</b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	La actividad física es entendida como el movimiento corporal producido por la contracción del músculo esquelético que aumenta el gasto de energía por encima del nivel basal (ocupación, hogar, tiempo de ocio y transporte), la disminución progresiva devenida de la inactividad a consecuencia de la discapacidad conlleva a un incremento de la severidad de esta y desarrollo de condiciones secundarias perpetuas y agravantes.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	La actividad física es un componente importante cuando se trata de prevenir o desacelerar la discapacidad causada por el envejecimiento y las enfermedades crónicas.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Una baja actividad física, en comparación con desarrollar actividad física reduce el riesgo de discapacidad de 0,51 (IC 95%: 0,38, 0,68, p<001).
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<b>A1 Revisión sistemática usando Meta-análisis</b> 8. Tak et al. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: A meta-analysis. Ageing Research Reviews 12 (2013) 329– 338

<b>Descripción de la causa</b>	<b>Disminución de una dieta saludable</b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	Las dietas malsanas propician la alteración de la adecuada relación entre las ingestas y las necesidades metabólicas de los individuos, las personas con discapacidad presentan variaciones en los parámetros requeridos en individuos sin estas condiciones. El manejo inadecuado o la disminución de la calidad de la dieta produce alteraciones metabólicas por el desarrollo de condiciones que se agregan a la primigenia discapacidad, obesidad o desnutrición.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	En Australia se llegó a la conclusión de que las personas con discapacidad de 15 a 64 años de edad tienen mayor probabilidad de sufrir sobrepeso u obesidad que las demás (48% frente a 39%).
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	En comparación con la población general, los adultos ( $\geq 18$ años) con Discapacidad tenían una mayor prevalencia de obesidad (38,3% frente a 28%) y

<b>Descripción de la causa</b>	<b>Disminución de una dieta saludable</b>
	obesidad mórbida (7,4% vs 4,2%). Ser mujer (OR = 1,40, IC95% = 1,09-1,81), que tiene el síndrome de Down (OR = 2,53, IC 95% =1,86-3,45), tomando medicamentos que causan el aumento de peso (OR = 1,80, IC 95% = 1.38-2.37), una baja actividad física (OR = 0,89, IC 95% =,79-,99), y beber mayores cantidades de gaseosas (OR=1,20, IC95%=1,02-1,42) se asociaron con mayores tasas de obesidad.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<b>C1 Estudios observacionales</b>  9. Hsieh K1, Rimmer JH, Heller T. Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 2013 Nov 20. doi: 10.1111/jir.12100.

<b>Descripción de la causa</b>	<b>Aumento de uso de sustancias tóxicas</b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	El componente emocional puede verse susceptiblemente afectado en personas que desarrollan condiciones de discapacidad que sumado a predisposiciones o factores desencadenantes conducen en algunos casos al desarrollo de uso inadecuado de sustancias tóxicas como tabaco o alcohol.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	De acuerdo con un estudio que se llevó a cabo en Rwanda, los adultos con amputación de miembro inferior presentaban comportamientos perjudiciales para la salud, como tabaquismo, consumo de alcohol, uso de drogas recreativas y falta de ejercicio.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Drogodependencia y consumo de drogas asociada en personas con discapacidad representa en países en vías de desarrollo y a nivel mundial 8% y 11,8% respectivamente.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<b>C1 Estudios observacionales</b>  10. Amosun SL, Mutimura E, Frantz JM. Health promotion needs of physic Proyectoado al 2015ally disabled individuals with lower limb amputation in Rwanda. Disability and Rehabilitation, 2005,27:837-847.

<b>Descripción de la causa</b>	<b>Disminución de adherencia a la medicación</b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	La alteración de las funciones corporales que decantan en las limitaciones de las actividades (p. ej. disnea, dismovilidad, alteración del control motor, etc) pueden ser controladas con el adecuado cumplimiento de la prescripción de medicamentos. La disminución de la adherencia a la medicación produce evidentes deterioros en la calidad de vida y complicaciones a mediano y largo plazo que se constituyen factores determinantes, desencadenantes y perpetuantes de la discapacidad.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	El bajo cumplimiento con las prescripciones de medicamentos es muy frecuente. Las tasas de cumplimiento típicas para los medicamentos prescritos son de aproximadamente el 50%, con un rango entre 0% y más del 100%. En la medida en que la respuesta al tratamiento se relaciona con la dosis y el programa del mismo, la falta de adherencia disminuye los beneficios de éste y puede sesgar la evaluación de su eficacia. A medida que aumenta la cantidad de tratamientos eficaces por autoadministración, es evidente la necesidad de comprender y manejar mejor la falta de cumplimiento
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	50% de las personas con discapacidad con alguna enfermedad concomitante tiene baja adherencia a los medicamentos indicados, en el estudio de Vacek, reporta en 50% de las personas estudiadas.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<p><b>C1 Estudios observacionales</b></p> <p>11. Vacek et al. Hypertension medication use and adherence among adults with developmental disability. Disability and Health Journal 6 (2013) 297e302</p>

<b>Descripción de la causa</b>	<b>Disminución del acceso a los servicios de salud</b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	Factores de riesgo ambientales incluyen reducción en la atención de la salud y de mala calidad, reducción de ambientes adecuados de acceso, el acceso deficiente de promoción de la salud (por ejemplo, la falta de acceso a los programas de promoción de la salud de la comunidad), y poco o ningún apoyo social.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	En la Encuesta Mundial de Salud, hubo hombres con discapacidad, en todos los niveles de ingresos, que manifestaron que los equipos (incluso la medicación) del prestador de servicios de salud eran inadecuados (el 22,4%, en comparación con el 7,7% de los hombres sin discapacidad), y las mujeres con discapacidad de países de ingreso alto refirieron dificultades similares.

<b>Descripción de la causa</b>	<b><i>Disminución del acceso a los servicios de salud</i></b>
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	La pobreza puede aumentar las probabilidades de que una persona con un problema de salud previo quede discapacitada, por ejemplo, por estar en un entorno inaccesible o carecer de acceso a servicios de salud y rehabilitación adecuados.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<b><i>C1 Estudios observacionales</i></b> 12. Lewis et al. The quality of health care for adults with developmental disabilities. Public Health Rep. 2002 Mar-Apr; 117(2): 174–184.

<b>Descripción de la causa</b>	<b><i>Disminución de la construcción de acceso a ambientes adecuados a personas con discapacidad</i></b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	Factores de riesgo ambientales incluyen reducción en la atención de la salud y de mala calidad, reducción de ambientes adecuados de acceso, el acceso deficiente de promoción de la salud (por ejemplo, la falta de acceso a los programas de promoción de la salud de la comunidad), y poco o ningún apoyo social. Los ambientes —físicos, sociales y actitudinales— pueden generar discapacidad en las personas que poseen deficiencias o fomentar su participación e inclusión
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	La falta de acceso puede excluir a las personas con discapacidad o hacer que se vuelvan dependientes de otros. Un estudio realizado por las Naciones Unidas en 2005 en 114 países permitió concluir que, pese a que muchas naciones contaban con políticas de accesibilidad, no se habían logrado grandes avances.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	De esos países, el 54% declaró que carecía de normas de accesibilidad para las calles y los ambientes al aire libre, el 43% carecía de dichas normas para edificios públicos, y el 44% carecía de ellas para escuelas, instalaciones de salud y demás edificios de servicios públicos. Asimismo, el 65% no había comenzado ningún programa educativo, y el 58% no había asignado recursos financieros destinados a contemplar las cuestiones de accesibilidad.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<b><i>C2 Otros tipos de estudios no controlados con una evaluación de posibles factores contextuales</i></b> 13. South-North Centre for Dialogue and Development. Global survey on government action on the implementation of the standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities. Amman, Office of the UN Special Rapporteur on Disabilities, 2006:141.

<b>Descripción de la causa</b>	<b><i>Disminución del acceso a los servicios de promoción de la salud</i></b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	Factores de riesgo ambientales incluyen reducción en la atención de la salud y de mala calidad, reducción de ambientes adecuados de acceso, el acceso deficiente de promoción de la salud (por ejemplo, la falta de acceso a los programas de promoción de la salud de la comunidad), y poco o ningún apoyo social.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	Al igual que el resto de la población, las personas con discapacidad requieren servicios médicos para la atención de sus necesidades de salud en general, que incluyen la promoción de la salud, la atención preventiva (inmunización, revisiones médicas generales), el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, y la derivación adecuada a los especialistas pertinentes.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Se ha documentado un acceso limitado a la promoción de la salud entre las personas con esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, poliomielitis, deficiencias intelectuales y condiciones de salud mental.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<b><i>C1 Estudios observacionales</i></b>  14. Hoffman JM et al. Association of mobility limitations with health care satisfaction and use of preventive care: a survey of Medicare beneficiaries. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2007,88:583-588.

<b>Descripción de la causa</b>	<b><i>Disminución de soporte social</i></b>
Describa la vinculación entre la causa y el problema específico	Factores de riesgo ambientales incluyen reducción en la atención de la salud y de mala calidad, reducción de ambientes adecuados de acceso, el acceso deficiente de promoción de la salud (por ejemplo, la falta de acceso a los programas de promoción de la salud de la comunidad), y poco o ningún apoyo social.
Magnitud de la causa (datos cuantitativos)	Son escasos los servicios de apoyo comunitario para las personas con discapacidad que necesitan atención personal y carecen de apoyo familiar. En Nueva Zelanda, según una encuesta de hogares sobre la discapacidad en la que participaron 14 500 niños con discapacidades físicas, el 10% de las familias tenía necesidades no satisfechas de asistencia en el hogar, y el 7% necesitaba financiamiento para servicios de apoyo.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Existe una elevada prevalencia (52%) de riesgo social a los 85 años. El ser mujer multiplica por 3 dicho riesgo, y el vivir solo en la comunidad multiplica por 6 según estudio de <i>Tobella et al.</i>

<b>Descripción de la causa</b>	<b><i>Disminución de soporte social</i></b>
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva <i>(cite la evidencia de la Nota I)</i>	<b><i>C1 Estudios observacionales</i></b>  15. Jensen et al. Social support, depression, and physical disability: Age and diagnostic group effects. Disability and Health Journal - (2013) –In press  16. A. Tobella, A. Gil, C. Llopart, A. Ferrer, F. Formiga, S. Rojas-Farreras. Factors associated with social risk in 85-year-old community residents. Revista Clínica Española (English Edition), Volume 213, Issue 3, April 2013, Pages 145-149

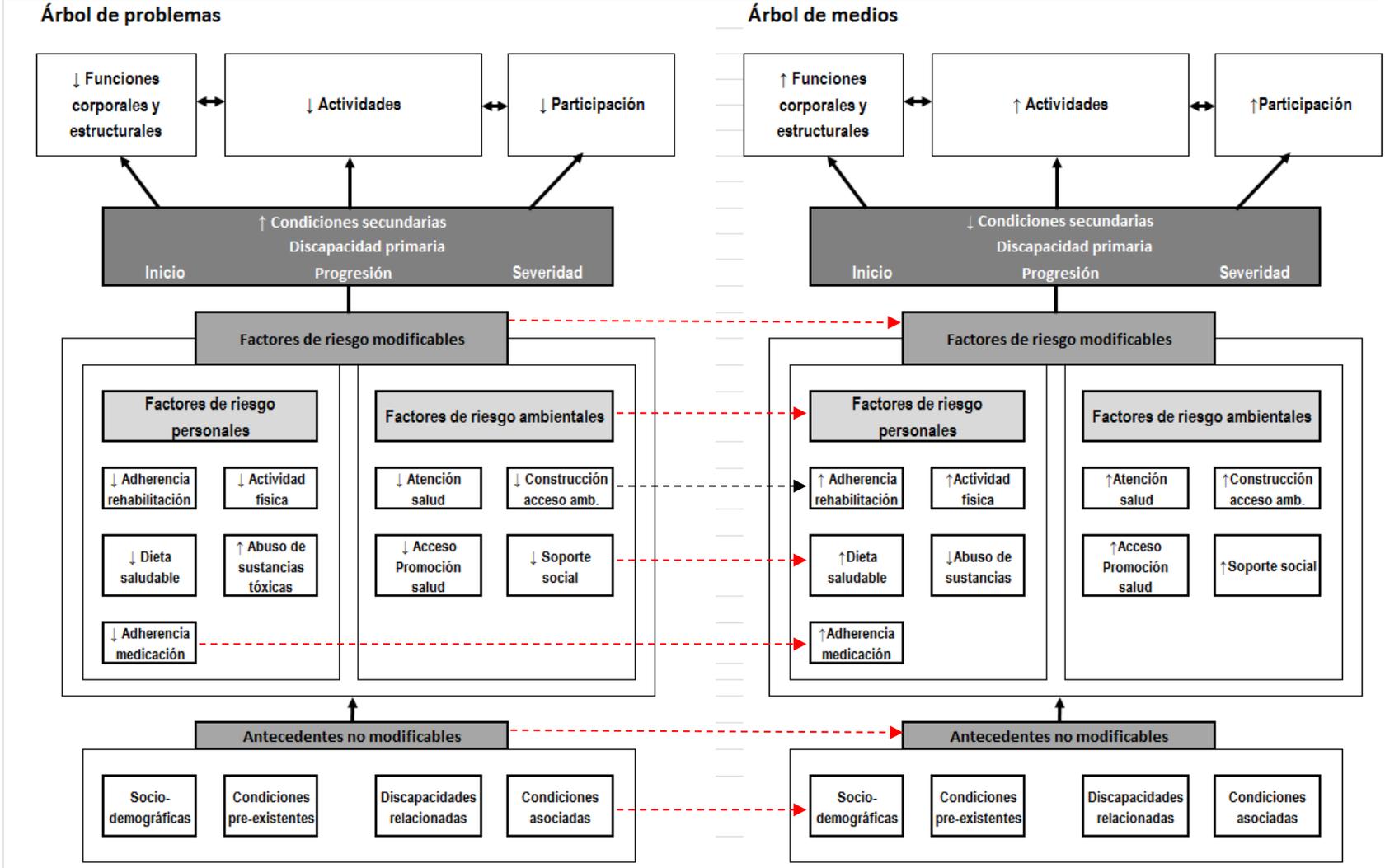
### III. DISEÑO DEL PROGRAMA

#### 3.1 Resultado específico

**Tabla N° 07 Resultado Específico**

<b>Problema identificado</b>	<b>Resultado específico</b>
Elevada proporción de Personas con discapacidad que desarrollan condiciones secundarias y/o incrementan su grado de discapacidad	Disminuir las condiciones secundarias de salud y el grado de discapacidad de las personas con discapacidad.
¿A quiénes beneficiará? ( <i>población objetivo</i> )	<b>Personas en situación de Discapacidad</b>

### 3.2 Análisis de los medios



### 3.3 Análisis de alternativas

Tabla N° 08.a

Descripción del medio		<b><i>Aumento en la adherencia en la rehabilitación</i></b>
Alternativa intervención 1	de	Atención en Rehabilitación basado en la comunidad <sup>14,15</sup> .
Alternativa intervención 2	de	Atención en Rehabilitación basada en las categorías de los establecimientos de salud <sup>16,17</sup> .

Descripción del medio		<b><i>Aumento de la actividad física</i></b>
Alternativa intervención 1	de	Intervenciones dirigidas para el desarrollo de actividades físicas <sup>18,19</sup> .
Alternativa intervención 2	de	Programa de Talleres de tópicos relevantes relacionados a la concientización en el tema del mantenimiento de actividades físicas <sup>20</sup> .

Descripción del medio		<b><i>Mejora en dieta saludable</i></b>
Alternativa intervención 1	de	Intervenciones de promoción de dietas saludables <sup>21</sup>

Descripción del medio		<b><i>Control del abuso de sustancias tóxicas</i></b>
Alternativa intervención 1	de	Atención multidisciplinaria con enfoque en el tratamiento y acompañamiento de la persona con abuso de sustancias tóxicas <sup>22,23,24</sup> .

<sup>14</sup> NTS N°135-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para la Implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC"

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. Componente de Salud OMS/OPS 2012. ISBN 978 92 4 354805 0

<sup>16</sup> Opinder Sahota et al. Comparing the cost-effectiveness and clinical effectiveness of a new community in-reach rehabilitation service with the cost-effectiveness and clinical effectiveness of an established hospital-based rehabilitation service for older people: a pragmatic randomised controlled trial with microcost and qualitative analysis – the Community In-reach Rehabilitation And Care Transition (CIRACT) study. Health Services And Delivery Research Volume 4 ISSUE 7 February 2016 ISSN 2050-4349. DOI 10.3310/hsdr04070.

<sup>17</sup> Camilla Stoltenberg et al. The effect of different ways of organising municipal rehabilitation services with respect to persons with neurological conditions. Oslo, Mars 2016. ISBN 978-82-8082-718-0

<sup>18</sup> Giné-Garriga M1, Roqué-Figuls M2, Coll-Planas L3, Sitjà-Rabert M4, Salvà A3. Physical Exercise Interventions for Improving Performance-Based Measures of Physical Function in Community-Dwelling, Frail Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2013 Nov 27. pii: S0003-9993(13)01213-6.

<sup>19</sup> Douglas M Peterson et. Al. The benefits and risks of exercise. UpToDate. May 2018.

<sup>20</sup> Marco Pahor, MD et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE Study randomized clinical trial. JAMA. 2014 June 18; 311(23): 2387–2396. doi:10.1001/jama.2014.5616.

<sup>21</sup> Katherine Froehlich-Grobe. Disparities in Obesity and Related Conditions Among Americans with Disabilities. (Am J Prev Med 2013;45(1):83–90) © 2013 American Journal of Preventive Medicine.

<sup>22</sup> Stephen R. Hold. Ambulatory management of alcohol withdrawal. UpToDate, Nov 30, 2017.

<sup>23</sup> Richard Saitz. Brief intervention for unhealthy alcohol and other drug use: Efficacy, adverse effects, and administration. UpToDate, Jan 03, 2018.

<sup>24</sup> Karen L. Dugosh. Clinical assessment of substance use disorders. Apr 18, 2017.

<b>Descripción del medio</b>	<b><i>Aumento de la adherencia a la medicación prescrita</i></b>
Alternativa de intervención 1	Educación y mantenimiento del contacto cercano con el paciente y su entorno familiar <sup>25,26</sup> .

<b>Descripción del medio</b>	<b><i>Mejora en el acceso a los servicios de salud</i></b>
Alternativa de intervención 1	Fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades <sup>14,27</sup> .
Alternativa de intervención 2	Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades de manera que tengan un mayor conocimiento acerca de su situación de salud, sus derechos y obligaciones, para la toma de decisiones informadas, de acuerdo a su contexto, a través de la implementación de mecanismos formales de participación y de programas de promoción, prevención y educación relativos a la salud <sup>27,28</sup> .

<b>Descripción del medio</b>	<b><i>Aumento en la construcción de acceso a ambientes</i></b>
Alternativa de intervención 1	Normativa que permita la construcción de accesos a ambientes a personas con discapacidad <sup>29,30</sup> .

<b>Descripción del medio</b>	<b><i>Aumento en el acceso a promoción de la salud</i></b>
Alternativa de intervención 1	Intervenciones estratégicas dirigidas hacia los actores sociales para el fomento de la participación en la promoción de la salud de las personas con discapacidad <sup>14</sup> .
Alternativa de intervención 2	Uso de medios de información para la difusión de la importancia de la promoción de la salud con enfoque en las personas con discapacidad <sup>30</sup> .

<b>Descripción del medio</b>	<b><i>Aumento en la protección social</i></b>
Alternativa de intervención 1	Acciones para la protección financiera de las personas con discapacidad, para su habilitación y rehabilitación que permita el acceso a tecnologías de asistencia <sup>30,31,32</sup> .
Alternativa de intervención 2	Coordinación de los servicios de Medicina de Rehabilitación con los de educación, trabajo, deporte y

<sup>25</sup> Brent M. Egan. Patient adherence and the treatment of hypertension. UpToDate, Nov 21, 2017

<sup>26</sup> James L. Levenson. Psychological factors affecting other medical conditions: Management. UpToDate, Nov 10, 2016

<sup>27</sup> Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

<sup>28</sup> Malouf et al. Systematic review of health care interventions to improve outcomes for women with disability and their family during pregnancy, birth and postnatal period. BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:58

<sup>29</sup> Actualizan las normas técnicas NTE U.190 "Adecuación urbanística para personas con discapacidad" y NTE A.060 "Adecuación arquitectónica para personas con discapacidad" RESOLUCION MINISTERIAL N° 069-2001-MTC-15.04. Lima, 7 de febrero de 2001

<sup>30</sup> Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: versión para la infancia y adolescencia: CIF-IA. © Organización Mundial de la Salud, 2011

<sup>31</sup> Organización de las Naciones Unidas. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

<sup>32</sup> Ley N° 29973, Ley general de las Personas con Discapacidad.

	asistencia social para afrontar las estrategias para el adecuado abordaje en todos los ejes de la vida en la comunidad de las personas con discapacidad <sup>14,32</sup> .
--	--

### Análisis de las alternativas de intervención

Una vez identificadas las alternativas de intervención para cada medio, se procederá a analizar la factibilidad y efectividad de las mismas. Es decir, se procederá a identificar aquellas que, según este análisis, deberán ser provistas por el PP.

**Tabla N° 08.b**

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Atención en Rehabilitación basado en la comunidad</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	Estrategia de intervención mediante la metodología propuesta por la OMS que se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. Con el tiempo se ha convertido en una estrategia multisectorial que habilita a las personas con discapacidad para que puedan acceder a los servicios sociales, educativos, sanitarios y de empleo y beneficiarse de ellos. Se lleva a cabo mediante los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes en materia sanitaria, social, educativa y formativa, entre otras esferas.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Actualmente La Estrategia De Rehabilitación Basada en la Comunidad se encuentra en el proceso de implementación a través de capacitaciones programadas en el plan anual de actividades y es un producto del programa presupuestal 0129
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	14,15

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Atención en Rehabilitación basada en las categorías de los establecimientos de salud</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	Se refiere al sistema de atención en rehabilitación en base a los servicios de rehabilitación hospitalario y aquellas presentes en los establecimientos del segundo nivel de atención (que para el caso peruano se denominan Unidades Prestadoras de Servicios de Medicina de Rehabilitación).
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	La estructura actual de la respuesta al problema de la discapacidad está centrada en la capacidad resolutoria de cada Unidad Prestadora de Servicios de Medicina de Rehabilitación.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa (cite la evidencia de la Nota I – sólo el número)	16 y 17

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Intervenciones dirigidas para el desarrollo de actividades físicas.</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	La promoción de la actividad física es parte de las acciones terapéuticas de la rehabilitación y de prevención de la discapacidad. La actividad física se define como el movimiento corporal producido por la contracción del músculo esquelético que aumenta el gasto de energía por encima del nivel basal. Las categorías de actividad física incluyen ocupación, hogar, tiempo de ocio y transporte. El ejercicio es un tipo de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y decidida con el objetivo principal de mejorar o mantener uno o más componentes de la aptitud física
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Dicha actividad forma parte de las intervenciones realizadas en las actividades de Medicina de Rehabilitación y prevención de la discapacidad.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	18 y 19

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Programa de Talleres de tópicos relevantes relacionados a la concientización en el tema del mantenimiento de actividades físicas</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	Fomento de la actividad física en personas con discapacidad o riesgo de padecerla mediante talleres con el desarrollo de la temática y ejercicios de estiramiento demostrativos. Emplea la exposición con el uso de medios audiovisuales y metodología demostrativa.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Esta alternativa se ha desarrollado a través de los años como parte del fomento de la actividad física, siendo una forma masificada de abordarla, con resultados no mesurables y dependientes de múltiples factores (capacidad del facilitador, contenido del taller, atención de los asistentes).
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	20

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Intervenciones de promoción de dietas saludables</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	Para todos los individuos, con o sin discapacidad, el exceso de peso aumenta el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, la hipertensión, hiperlipidemia, osteoartritis, apoplejía, cánceres específicos y síndrome metabólico; también puede limitar la actividad física, independencia y productividad. Esta actividad está dirigida a fomentar mediante orientación/consejería y actividades demostrativas la

	forma más adecuada para mantener una dieta adecuada a su actividad física, edad y gasto metabólico y evitar la malnutrición (sobrepeso o desnutrición).
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Aunque existe evidencia científica que respalda esta intervención, la consejería nutricional y la promoción de dietas saludables es una actividad muy poco desarrollada y no cotidiana en el manejo de las personas con discapacidad, evidenciado con la alta incidencia de sobrepeso entre aquellos con restricción de la participación en relación a la limitación de la movilidad.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	21

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Atención multidisciplinaria con enfoque en el tratamiento y acompañamiento de la persona con abuso de sustancias tóxicas</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	El abuso de sustancias tóxicas no es ajena a las personas en situación de discapacidad; estos son valores no medidos, sin embargo las condiciones de salud asociadas son un factor de riesgo en el desarrollo de ciertas adicciones en base a la imagen personal y el que la familia tenga sobre ellos. El afronte de esta condición de salud debe de ser abordado por un equipo multidisciplinario que abarque el aspecto psicológico y emocional del afectado y su entorno (familia y grupos cercanos) además de la adecuada prescripción farmacológica durante el manejo ambulatorio.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	No se tiene cuantificada la prevalencia del abuso de sustancias tóxicas en las personas con discapacidad, las intervenciones por parte de la estrategia de salud mental no los identifica (como personas con discapacidad) para la ejecución de sus intervenciones.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	21

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Educación y mantenimiento del contacto cercano con el paciente y su entorno familiar</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	El contacto cercano del profesional de la salud para garantizar la adherencia al tratamiento abarca la consejería y la escucha de las necesidades específicas y la percepción que la persona y/o su familia tengan referente a la enfermedad que es tratada. Se sostiene en el hecho de que la adherencia al tratamiento repercute directamente en el control de las condiciones que determinan la discapacidad en la génesis de la deficiencia – cuando es tratable – o en la aparición de condiciones secundarias, siendo en este último caso una prevención terciaria. La alternativa muestra evidencia de ser efectiva para el objetivo.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Es aplicada en forma parcial por algunos profesionales, debiendo tener matices distintos en las personas con discapacidad, por lo que la práctica de la alternativa no

	es uniforme y dependiente de la perspectiva del facultativo y del paciente con discapacidad y su familia.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	25 y 26

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades.</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	Orientar las acciones destinadas a la mejora en el acceso centrado en las necesidades de las personas mediante acciones que redirijan la organización y la gestión de los servicios de salud adoptando estructuras organizacionales que sean un medio facilitador para las personas con discapacidad y los profesionales de la salud provean los servicios respetando las necesidades de las personas y las características de su entorno (comunidad, que incluye costumbres y realidad geográfica).
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Se viene implementando la RBC con talleres y capacitación al personal de salud a nivel nacional, reconociendo la necesidad de tener como referente los derechos humanos en los programas de la RBC.
	14 y 27

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades de manera que tengan un mayor conocimiento acerca de su situación de salud, sus derechos y obligaciones, para la toma de decisiones informadas, de acuerdo a su contexto, a través de la implementación de mecanismos formales de participación y de programas de promoción, prevención y educación relativos a la salud.</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	Mediante acciones permanentes y usando estrategias comunicacionales se logra la difusión de la importancia de centrar en las personas la toma de decisiones sobre las acciones de la salud que en ellos recae y que el ejercicio de sus derechos y deberes trascienden su condición económica, origen étnico, lugar de residencia, género y religión.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Se viene desarrollando a través de actividades de abogacía como parte de las actividades de promoción de la salud, se ha dado énfasis a nivel comunitario, siendo la masificación de los derechos y deberes de los usuarios
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	27 y 28

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b>Normativa que permita la construcción de accesos a ambientes a personas con discapacidad</b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	El entorno es determinante para las personas con discapacidad, se puede constituir una barrera o un facilitador para el desarrollo de sus actividades vitales, por ello la normativa para hacer todos los ambientes de una edificación pública accesibles permiten ejercer libremente y con la menor dependencia de terceros o tecnologías de asistencia el desempeño de actividades cotidianas de trabajo, ejercicio de derechos ciudadanos u ocio.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Existe una normativa vigente sobre el medio (Norma Técnica de Edificación NTE A.060- RESOLUCION MINISTERIAL 069-2001 –MTC-15.04), sin embargo la ejecución de accesos es dependiente del presupuesto que se asigne para este fin.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	29 y 30

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b>Intervenciones estratégicas dirigidas hacia los actores sociales para el fomento de la participación en la promoción de la salud de las personas con discapacidad.</b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	Realizar actividades para concientizar a los principales actores sociales (educación, gobierno local, etc) en la importancia de la promoción de la salud de las personas con discapacidad y el valor incalculable de la incorporación de ellos en la sociedad en forma plena y no supeditada a los servicios de salud.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se socializado la NTS a nivel nacional (DIRENAS, GERESAS y DIRIS) para la formación de facilitadores.</li> <li>- * Se han desarrollado hasta la fecha 4 cursos nacionales (2 pendientes, a desarrollarse en agosto y octubre del presente año).</li> <li>- Se aperturó la Cadena Presupuestal relacionado a esta intervención a nivel nacional a partir del 2018.</li> </ul>
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	14 * Actividad contemplada en el POI 2018 de la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad GDIESP/MINSA

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b>Uso de medios de información para la difusión de la importancia de la promoción de la salud con enfoque en las personas con discapacidad.</b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	Realizar mediante medios de comunicación masivos la difusión de la importancia de la promoción de la salud enfocadas en las personas con discapacidad que permita masificar su aplicación.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Se viene desarrollando por organizaciones particulares de personas y familias con discapacidad (Sociedad

	Síndrome de Down, FUNDADES, Asociación de Padres y amigos de personas con Autismo -ASPAU PERÚ, entre otros), a través de la celebración de las efemérides relacionadas en el Ministerio de Salud y en los medios de comunicación estatal (Programa sin barreras – TV Perú).
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	30

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Acciones para la protección financiera de las personas con discapacidad, para su habilitación y rehabilitación que permita el acceso a tecnologías de asistencia.</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	Fomentar la protección financiera mediante el empoderamiento de las personas con discapacidad y sus familiares permite el ejercicio pleno de este derecho, consecuentemente se logra el acceso a una mejor calidad de vida, incorporación a la sociedad y acceso a tecnologías de asistencia que mermen su restricción en la participación.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Se realiza orientación sobre el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad a través de consejerías y/o visitas domiciliarias. La certificación de la discapacidad, permite el ejercicio de los derechos que se adquieren (independientemente del tipo y severidad) contemplados en la Ley 29973.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	30, 31 y 32

<b>Alternativa de intervención identificada</b>	<b><i>Coordinación de los servicios de Medicina de Rehabilitación con los de educación, trabajo, deporte y asistencia social para afrontar las estrategias para el adecuado abordaje en todos los ejes de la vida en la comunidad de las personas con discapacidad.</i></b>
Descripción breve de la alternativa de intervención	Acompañamiento y asistencia técnica de los profesionales de la salud con capacidades referentes a la solución de la problemática de la discapacidad con los diferentes sectores que vinculados en los entornos restrictivos de la participación para las personas con discapacidad.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Se realizan coordinaciones con otros sectores a nivel local para permitir la reinserción de las personas con discapacidad en la vida comunitaria (p.ej. hacer el entorno accesible a instituciones y ambientes, en casos de niños con necesidades educativas especiales se articulan esfuerzos con el sector educación para su plena incorporación al sistema educativo).
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	14 y 32

**Tabla N° 08.c**

<b>Aumento en la adherencia en la rehabilitación</b>		Estrategia dirigida a lograr que las personas en proceso de rehabilitación tengan continuidad en el desarrollo de las mismas con empoderamiento sobre la responsabilidad de su cumplimiento.				
ID	Alternativa	Complementaria con	Variabilidad	Eficiencia	Eficacia	Alternativa seleccionada
1	Atención en Rehabilitación basado en la comunidad	8,9,11	X	1	1	X
2	Atención en Rehabilitación basada en las categorías de los establecimientos de salud	7	X	2	2	
<b>Aumento de la actividad física</b>		Estrategia por la cual se busca disminuir la severidad de la discapacidad relacionada a la dismovilidad mediante el adecuado desarrollo de actividades físicas adecuado a la condición fisiológica del individuo, su rutina y entorno.				
3	Intervenciones dirigidas para el desarrollo de actividades físicas		X	1	1	X
4	Programa de Talleres de tópicos relevantes relacionados a la concientización en el tema del mantenimiento de actividades físicas.		X	2	2	
<b>Mejora en dieta saludable</b>		Consejería dirigida a las personas con discapacidad o sus familiares sobre el régimen dietético más adecuado para prevenir la malnutrición (desnutrición y sobrepeso).				
5	Intervenciones de promoción de dietas saludables		X	1	1	X
<b>Control del abuso de sustancias tóxicas</b>		Intervención que alcance el objetivo de controlar la ingesta y abuso de sustancias tóxicas y de los síntomas que de esta acción derivan.				
6	Atención multidisciplinaria con enfoque en el tratamiento y acompañamiento de la persona con abuso de sustancias tóxicas		X	1	1	X
<b>Aumento de la adherencia a la medicación prescrita</b>		Constancia en la administración de medicación con la finalidad de controlar la enfermedad o evitar el desarrollo de condiciones secundarias que devienen de la inadecuada adherencia al tratamiento o su omisión intencionada.				
7	Educación y mantenimiento del contacto cercano con el paciente y su entorno familiar	2	X	1	1	X
<b>Mejora en el acceso a los servicios de salud</b>		Alternativa que busca que las personas con discapacidad, sus familiares y su comunidad tengan acceso a los servicios de salud integrales que necesitan, identificando los problemas u obstáculos, pero también los enfoques y soluciones innovadoras				
8	Fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades.	1, 14	X	2	2	

<b>Aumento en la adherencia en la rehabilitación</b>		Estrategia dirigida a lograr que las personas en proceso de rehabilitación tengan continuidad en el desarrollo de las mismas con empoderamiento sobre la responsabilidad de su cumplimiento.				
9	Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades de manera que tengan un mayor conocimiento acerca de su situación de salud, sus derechos y obligaciones, para la toma de decisiones informadas, de acuerdo a su contexto, a través de la implementación de mecanismos formales de participación y de programas de promoción, prevención y educación relativos a la salud	1,11	X	1	1	X
<b>Aumento en la construcción de acceso a ambientes</b>		Contribuir para hacer que el entorno sea un facilitador y no barrera para el desarrollo de actividades vitales de las personas con discapacidad mediante la adaptación del entorno (diseño urbanístico y arquitectónico), de manera que toda persona independientemente de su condición pueda ejercer libremente el derecho al uso de los espacios y ambientes				
10	Normativa que permita la construcción de accesos a ambientes a personas con discapacidad		X	1	1	X
<b>Aumento en el acceso a promoción de la salud</b>		Lograr que la población en condición de discapacidad y sus familiares tengan acceso prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.				
11	Intervenciones estratégicas dirigidas hacia los actores sociales para el fomento de la participación en la promoción de la salud de las personas con discapacidad.	1, 9	X	1	1	X
12	Uso de medios de información para la difusión de la importancia de la promoción de la salud con enfoque en las personas con discapacidad.		X	2	2	
<b>Aumento en la protección social</b>		Es un concepto que trasciende la asistencia económica, está orientada a facultar a la persona del conocimiento de los derechos adquiridos por la condición de discapacidad para disminuir la restricción de su participación de la sociedad y su vulnerabilidad.				
13	Acciones para la protección financiera de las personas con discapacidad, para su habilitación y rehabilitación que permita el acceso a tecnologías de asistencia.		X	2	2	
14	Coordinación de los servicios de Medicina de Rehabilitación con los de	8	X	1	1	X

<b>Aumento en la adherencia en la rehabilitación</b>	Estrategia dirigida a lograr que las personas en proceso de rehabilitación tengan continuidad en el desarrollo de las mismas con empoderamiento sobre la responsabilidad de su cumplimiento.					
educación, trabajo, deporte y asistencia social para afrontar las estrategias para el adecuado abordaje en todos los ejes de la vida en la comunidad de las personas con discapacidad.						

### 3.4 Transición de las alternativas al producto

### 3.5 Tabla N° 09 Transición de las alternativas al producto

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
1	Aumento en la adherencia en la rehabilitación	1.1	Atención en Rehabilitación basado en la comunidad	1.1	Personas con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad.
2	Aumento de la actividad física	2.1	Intervenciones dirigidas para el desarrollo de actividades físicas	2.1	Personas con discapacidad reciben atención de rehabilitación en establecimientos de salud.
3	Mejora en dieta saludable	3.1	Intervenciones de promoción de dietas saludables	3.1	Personas con discapacidad reciben atención de rehabilitación en establecimientos de salud.
4	Control del abuso de sustancias tóxicas	4.1	Atención multidisciplinaria con enfoque en el tratamiento y acompañamiento de la persona con abuso de sustancias tóxicas	4.1	Personas con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad.
5	Aumento de la adherencia a la medicación prescrita	5.1	Educación y mantenimiento del contacto cercano con el paciente y su entorno familiar	5.1	Personas con discapacidad reciben atención de rehabilitación en establecimientos de salud.
6	Mejora en el acceso a los servicios de salud	6.1	Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades de manera que tengan un mayor	6.1	Personas con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad.

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
			conocimiento acerca de su situación de salud, sus derechos y obligaciones, para la toma de decisiones informadas, de acuerdo a su contexto, a través de la implementación de mecanismos formales de participación y de programas de promoción, prevención y educación relativos a la salud		
7	Aumento en la construcción de acceso a ambientes	7.1	Normativa que permita la construcción de accesos a ambientes a personas con discapacidad	7.1	Acciones comunes
8	Aumento en el acceso a promoción de la salud	8.1	Intervenciones estratégicas dirigidas hacia los actores sociales para el fomento de la participación en la promoción de la salud de las personas con discapacidad.	8.1	Personas con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad.
9	Aumento en la protección social	9.1	Coordinación de los servicios de Medicina de Rehabilitación con los de educación, trabajo, deporte y asistencia social para afrontar las estrategias para el adecuado abordaje en todos los ejes de la vida en la comunidad de las personas con discapacidad.	9.1	Persona con discapacidad certificada en establecimientos de salud.

## Modelo Operacional

Tabla N° 10 Modelo operacional del producto

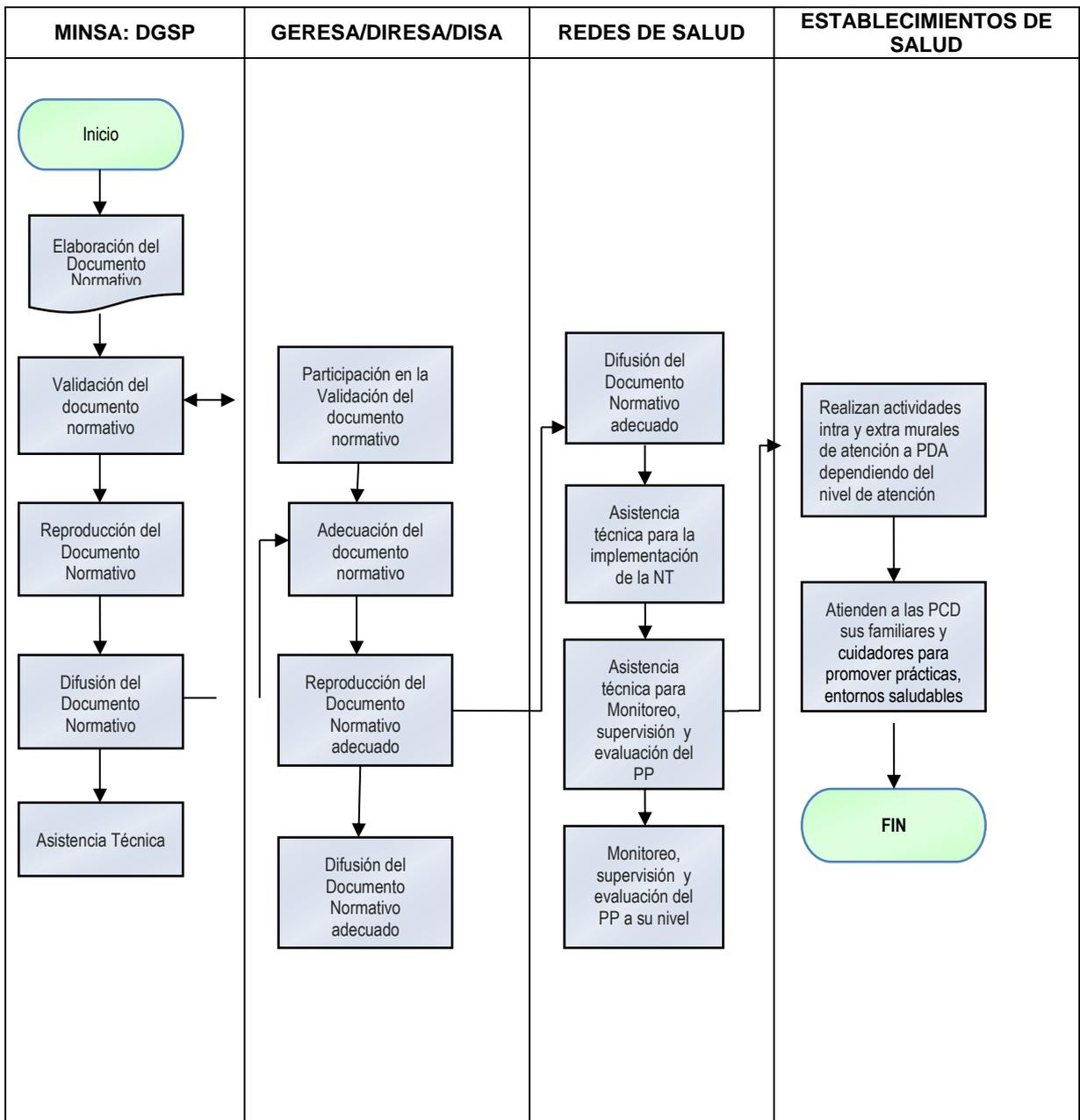
<b>Denominación del producto</b>	<b>ACCIONES COMUNES</b> <i>Unidad de medida: (080) Norma</i>					
Grupo poblacional que recibe el producto	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas del Ministerio de Salud, personal de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) y Direcciones de Redes de Salud Integradas (DIRIS).					
Responsable del diseño del producto	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas del Ministerio de Salud.					
Responsable de la entrega del producto	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas del Ministerio de Salud, personal de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) y Direcciones de Redes de Salud Integradas (DIRIS).					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo <i>(Marque con un aspa)</i>	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Indicador de producción física de producto	Informes semestrales de la Gestión del Programa. Documentos normativos aprobados.					
Indicadores de desempeño del producto	Informe de evaluación de indicadores de desempeño de los productos del Programa Presupuestal "Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad".  Informe de documentos normativos aprobados, difundidos e implementados.					
<b>Modelo operacional del producto</b>						
1. Definición operacional	Son las acciones que apoyan la gestión efectiva del Programa Presupuestal, se implementa a través del desarrollo de documentos normativos y acciones de seguimiento sobre la base de indicadores de desempeño, así como las capacitaciones que sean planificadas y programadas por el nivel regional u hospitales. El producto incluye:  <b>Monitoreo, supervisión y evaluación</b> Son actividades orientadas al control gerencial por niveles (nacional, regional o local) según corresponda, desarrolladas por profesionales capacitados y organizados en equipos de					

Denominación del producto	<b>ACCIONES COMUNES</b> <i>Unidad de medida: (080) Norma</i>
	<p>gestión: El monitoreo es desarrollado para orientar y reorientar procesos, principalmente aquellos considerados como críticos, la supervisión como una actividad de enseñanza aprendizaje que interactúa con el recurso humano y la evaluación busca analizar y evidenciar los resultados obtenidos de indicadores de corto, mediano y largo plazo por cada finalidad; incluye las actividades de asistencia técnica.</p> <p><b>Desarrollo de normas y guías técnicas</b> para el abordaje de la rehabilitación y discapacidad: Consiste en el proceso a seguir para formulación de documentos normativos dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar el proceso de atención a las personas con discapacidad. Es desarrollada por profesionales especializados en los niveles nacional y regional que tienen por función la elaboración, validación, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos técnicos normativos, en el marco de Programa Estratégico intervenido.</p> <p><b>Capacitación en medicina de rehabilitación integral</b>            Actividades educativas de transferencia de conocimiento y / actualización dirigida al personal profesional que labora en las UPSMR, con el objetivo de desarrollar en ellos un conjunto de capacidades para usar, adaptar, mejorar y apropiarse de la tecnología adquirida y así fortalecer las intervenciones en el abordaje de los problemas de atención a las personas con discapacidad. Consta de dos etapas: la planificación y la ejecución de la transferencia de la tecnología.</p> <p>La entrega del presente producto es realizada por equipos de profesionales especializados en el manejo de la discapacidad y condiciones asociadas (Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, Tecnólogos Médicos, Psicólogos y Licenciadas en Enfermería con especialización en el área) en trabajo conjunto con las autoridades regionales de salud.</p> <p>Está dirigido a las DIRESAS / GERESAS y DIRIS y está a cargo de profesionales de la Sede Central y algunas unidades ejecutoras.</p> <p>Las actividades son desarrolladas a nivel central y en las DIRESAS / GERESAS y DIRIS, y de corresponder en sus respectivas ejecutoras.</p>
<b>2. Organización para la entrega del producto</b>	Las unidades orgánicas que ejecutan dicho producto son las siguientes:

Denominación del producto	<b>ACCIONES COMUNES</b> <i>Unidad de medida: (080) Norma</i>
	<p><b>MINSA:</b> Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles.</p> <p><b>GERESA/DIRESA/DIRIS:</b> Adecuan el marco normativo y los materiales educativos cuando corresponda, difunde las normas a las Redes y Micro redes y las implementa a través de los responsables y/o coordinadores del programa presupuestal; coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Coordina el proceso y programación de capacitación en sus ejecutoras según requerimiento.</p> <p><b>REDES DE SALUD / UE:</b> Brindan asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud para que realicen las actividades de monitoreo, que permitan reorientar los procesos, principalmente aquellos considerados críticos; realicen la supervisión como una actividad de enseñanza aprendizaje y realicen la evaluación a fin de analizar y evidenciar los resultados obtenidos de indicadores de corto, mediano y largo plazo por cada finalidad.</p> <p>Ejecuta de acuerdo a su nivel, las actividades de monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades relacionadas con la atención a las personas con discapacidad, familiares y cuidadores para promover prácticas, entornos saludables y mantener a mejorar su salud.</p> <p>La Red de Salud coordina y financia las actividades de capacitación a sus ejecutoras.</p> <p><b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD:</b> El personal de salud de los establecimientos, de acuerdo a su nivel, realiza las actividades de ejecución de los documentos normativos respectivos, programación de metas físicas según los criterios establecidos. Ingres a la programación de los puntos de atención al SIGA-SIAF. Organiza los servicios para brindar la atención. Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores del programa presupuestal.</p>

<b>Denominación del producto</b>	<b>del</b>	<b>ACCIONES COMUNES</b> <i>Unidad de medida: (080) Norma</i>
<b>3. Criterios de programación</b>	<b>de</b>	<p><b>Nivel Nacional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 informe de Gestión del programa Presupuestal semestral (2 informes anuales)</li> <li>- Informes por cada documento normativo aprobado.</li> <li>- Informes de capacitaciones en hospitales y redes de salud.</li> </ul> <p><b>Nivel Regional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 informe de Gestión del programa Presupuestal semestral (2 informes anuales)</li> <li>- Informes por cada documento normativo adecuado y/o implementado a nivel local.</li> <li>- Informes de capacitaciones en hospitales y redes de salud.</li> </ul>
<b>4. Método de agregación de actividades a producto</b>		<p><i>Este producto tiene tres actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de documentos técnicos en el tema de discapacidad.</li> <li>- Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal</li> <li>- Capacitación en medicina de rehabilitación integral.</li> </ul> <p>El método de agregación consistirá en la suma de las actividades (unidad de medida: Informe)</p>
<b>5. Flujo de procesos</b>		<i>(*)Ver flujo de procesos</i>

**(\*) Flujo de Proceso del Producto: Acciones Comunes**



<b>Denominación del producto</b>	<b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>  <i>Unidad de medida: (006) Atención</i>				
Grupo poblacional que recibe el producto	(375) Persona con discapacidad				
Responsable del diseño del producto	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública del Ministerio de Salud.				
Responsable de la entrega del producto	Los responsables de la entrega del producto son los especialistas de medicina física y rehabilitación y los profesionales de salud con las competencias necesarias para una adecuada atención, en los establecimientos de salud según nivel de atención de acuerdo a la norma técnica de las UPSS-MR. (NTS N°079-MINSA/DGSP-INR.V.01). RM 308-2009/MINSA.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo <i>(Marque con un aspa)</i>	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>
Indicador de producción física de producto	Atenciones especializadas en medicina física y rehabilitación a Personas con Discapacidad				
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de PCD que reciben atención de medicina de rehabilitación para el manejo de su discapacidad del total de atenciones brindadas en la UPSMR.				
<b>Modelo operacional del producto</b>					
<b>1. Definición operacional</b>	<p>El grupo poblacional priorizado para el producto son las Personas con Discapacidad (*PCD) que acceden a atención en las Unidades Productoras de Servicios de Salud de Medicina Física y Rehabilitación (UPSS-MR) para el manejo de su discapacidad considerando el listado de daños de CIE 10 y procedimientos CPMS del Programa Presupuestal 0129</p> <p>El producto se refiere a las atenciones de Medicina de Rehabilitación que se brinda en los UPSSMR de los establecimientos de salud al grupo poblacional priorizado.</p> <p>Las atenciones son brindadas por el equipo de profesionales especializados en rehabilitación u otro profesional de salud con las competencias necesarias para atención de este producto de acuerdo a la Norma Técnica de salud de la Unidad Productora de servicios de medicina de rehabilitación. (NTS N°079-MINSA/DGSP-INR.V.01). RM 308-2009/MINSA.</p>				

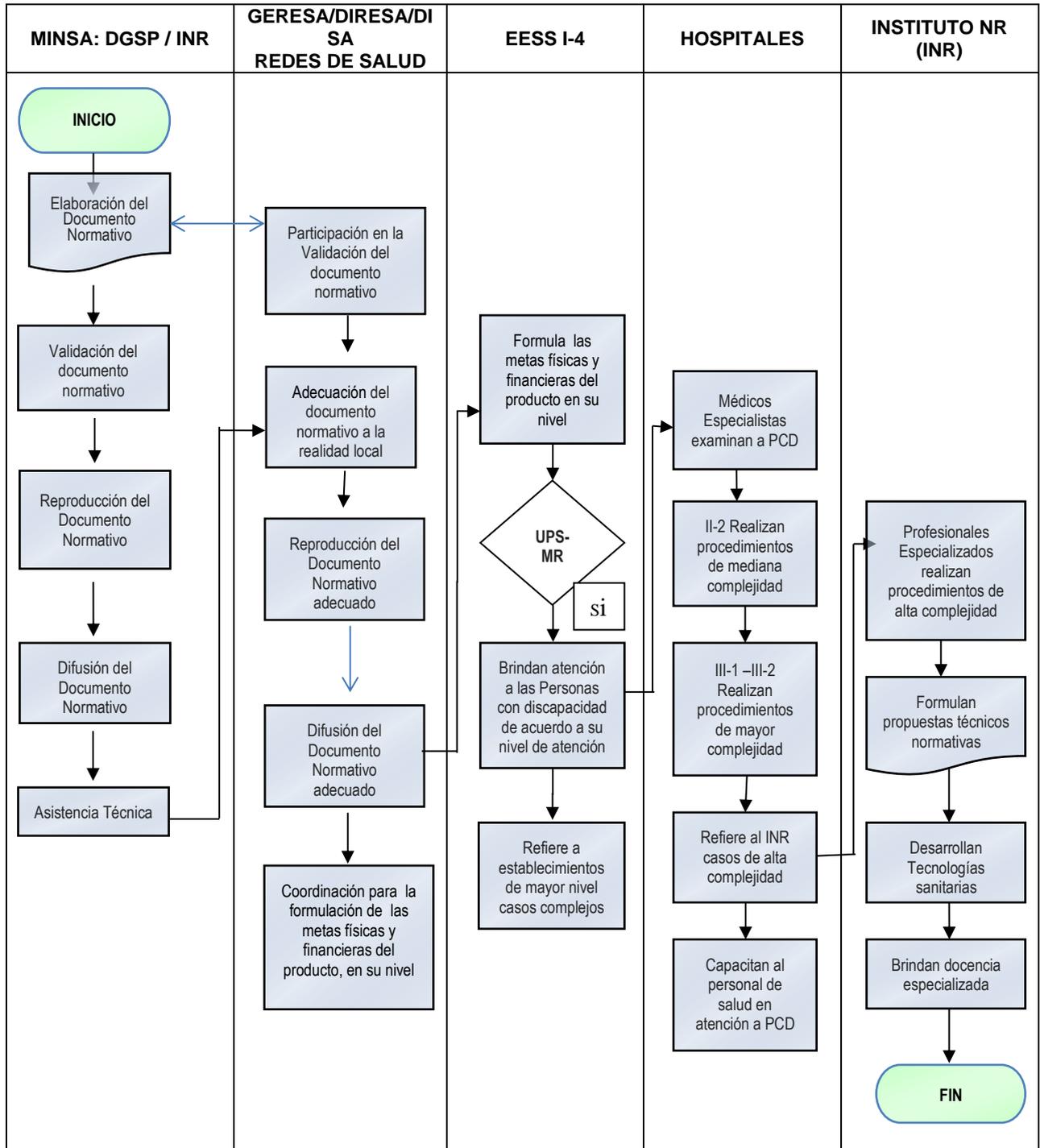
<b>Denominación del producto</b>	<b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>  <i>Unidad de medida: (006) Atención</i>
	<p>La entrega del producto depende de la prescripción del Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación o Médico Cirujano (general) capacitado en Medicina de Rehabilitación. En esta se determina la frecuencia, cantidad de servicios, tipos y características que serán administradas por los profesionales considerados en la NTS N°079-MINSA/DGSP-INR.V.01</p> <p>El proceso de la entrega del producto se inicia con la atención brindada por el médico con la especialidad o capacitación en Medicina de Rehabilitación, el que determina los diagnósticos y la terapia requerida para cada caso (Procedimientos médicos, terapia física, ocupacional, de lenguaje, manejo psicológico y de conducta, talleres, etc). Se programan las terapias o procedimientos de acuerdo a la capacidad resolutive en cada UPSMR y finalmente la persona con discapacidad del público objetivo recibe las atenciones especializadas indicadas, siendo el producto la suma total de las atenciones brindadas por el personal en varios momentos.</p>
<b>2. Organización para la entrega del producto</b>	<p><b>MINSA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora y aprueba el marco normativo de la atención en medicina de rehabilitación para las personas con discapacidad</li> <li>- Difunde los documentos normativos aprobados</li> </ul> <p><b>GERESA/DIRESA/DIRIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difunde los documentos normativos e implementa las normas a través de los responsables del Programa presupuestal</li> <li>- Coordina y consolida el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto</li> <li>- Realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados.</li> </ul> <p><b>REDES DE SALUD</b> (que sean unidades ejecutoras):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difunde los documentos normativos a los establecimientos de salud que cuenten con UPSSMR e implementa las normas en su nivel a través de los responsables del Programa presupuestal.</li> <li>- Formula las metas físicas y financieras del producto</li> <li>- Realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados.</li> </ul> <p><b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I-4) que cuentan con UPSS-MR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales especializados en rehabilitación u otro profesional de salud según la NTS N°079-</li> </ul>

<b>Denominación del producto</b>	<p><b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b></p> <p><i>Unidad de medida: (006) Atención</i></p>
	<p>MINSA/DGSP-INR.V.01 brindan la atención de este producto.</p> <p><b>LOS INSTITUTOS Y LOS HOSPITALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindan atención especializada al público objetivo de acuerdo a su nivel y desarrollan el fortalecimiento de competencias de su personal y el de los establecimientos de salud de menor complejidad a través de capacitación en medicina de rehabilitación Integral.</li> <li>- Los Institutos, además, realizan investigación especializada, desarrollan tecnologías sanitarias, formulan propuestas técnico normativas y brindan capacitación y docencia especializada.</li> </ul>
<p><b>3. Criterios de programación</b></p>	<p>Este indicador hace referencia al porcentaje de Personas con Discapacidad (*PCD) que acceden a atención en las Unidades Productoras de Servicios de Salud de Medicina Física y Rehabilitación (UPSS-MR) para el manejo de su discapacidad considerando el listado de daños de CIE 10 y procedimientos CPMS del Programa Presupuestal 0129, del total de personas con discapacidad atendidas en la UPSS-MR.</p> <p><b>Variable:</b> PCD atendidas en las UPSMR (considerando el listado de daños de CIE 10 y procedimientos CPMS del Programa Presupuestal 0129)</p> <p><b>Regla de cálculo:</b> El 100% de las PCD (considerando el listado de daños de CIE 10 y procedimientos CPMS del Programa Presupuestal 0129) que fueron atendidas en le UPSMR</p> <p><b>Fuente de información:</b> Registro administrativo de Discapacidad de Salud/HIS –MIS (o fuente en la que se registren al atenciones de la UPSMR)</p> <p><b>Criterio de programación:</b> Promedio histórico de los 3 últimos años de demanda de atenciones de PCD según las patologías (CIE 10) del listado por actividad del programa presupuestal.</p> <p>La programación de esta actividad corresponderá a los Establecimientos de Salud desde el primer nivel de atención de categoría I-4 y establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (II-1, II-2, II-E, III-1, III-E, III-2) que tengan Unidades productoras de servicio de salud de medicina de rehabilitación (UPSSMR).</p>

<b>Denominación del producto</b>	<p><b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b></p> <p><i>Unidad de medida: (006) Atención</i></p>
<p><b>4. Método de agregación de actividades a producto</b></p>	<p>El producto tiene 2 actividades:</p> <p>-Atención de rehabilitación para PCD física -Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial e intelectual.</p> <p><b>Discapacidad física</b> Se consideran los siguientes diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Discapacidades relacionada al Sistema Nervioso</b></li> <li>• <b>Discapacidades del musculo esquelético y piel</b></li> <li>• <b>Discapacidades relacionadas al desarrollo psicomotriz</b></li> <li>• <b>Discapacidades Viscerales</b></li> </ul> <p><b>Discapacidad Sensorial e intelectual</b> Se consideran los siguientes diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Discapacidades relacionada a la función de la comunicación</b></li> <li>• <b>Discapacidades relacionada al aprendizaje</b></li> <li>• <b>Discapacidad intelectual y de adaptación social</b></li> </ul> <p><u>Se consideran las atenciones:</u> procedimientos médicos, terapias física, psicológica, psiquiátrica, de lenguaje, de aprendizaje, ocupacional, de baja visión, u otro tipo realizado por médico especialista en medicina de rehabilitación, médicos cirujanos y de otras especialidades, licenciados en enfermería, licenciados en tecnología médica en las especialidades de terapia física, ocupacional y de lenguaje, licenciados en psicología, licenciado en trabajo social, odontólogo, nutricionista, licenciados en educación especializado en problemas de aprendizaje y técnicos en fisioterapia o técnico de enfermería capacitado en rehabilitación, de acuerdo a la norma técnica de las UPSS-MR. (NTS N°079-MINSA/DGSP-INR.V.01). RM 308-2009/MINSA.</p> <p><b>Método de agregación:</b> La meta de producción física del producto será la suma de las atenciones de las actividades: atención de rehabilitación en PCD de tipo física, atención de rehabilitación en PCD de tipo sensorial e intelectual.</p>
<p><b>5. Flujo de procesos</b></p>	<p>(*)<i>Ver flujo de procesos</i></p>

\* PCD: no limitado a la definición de la Ley N° 29973

**(\*) Flujo de Proceso del Producto: Personas con Discapacidad reciben atención de Rehabilitación en Establecimientos de Salud**

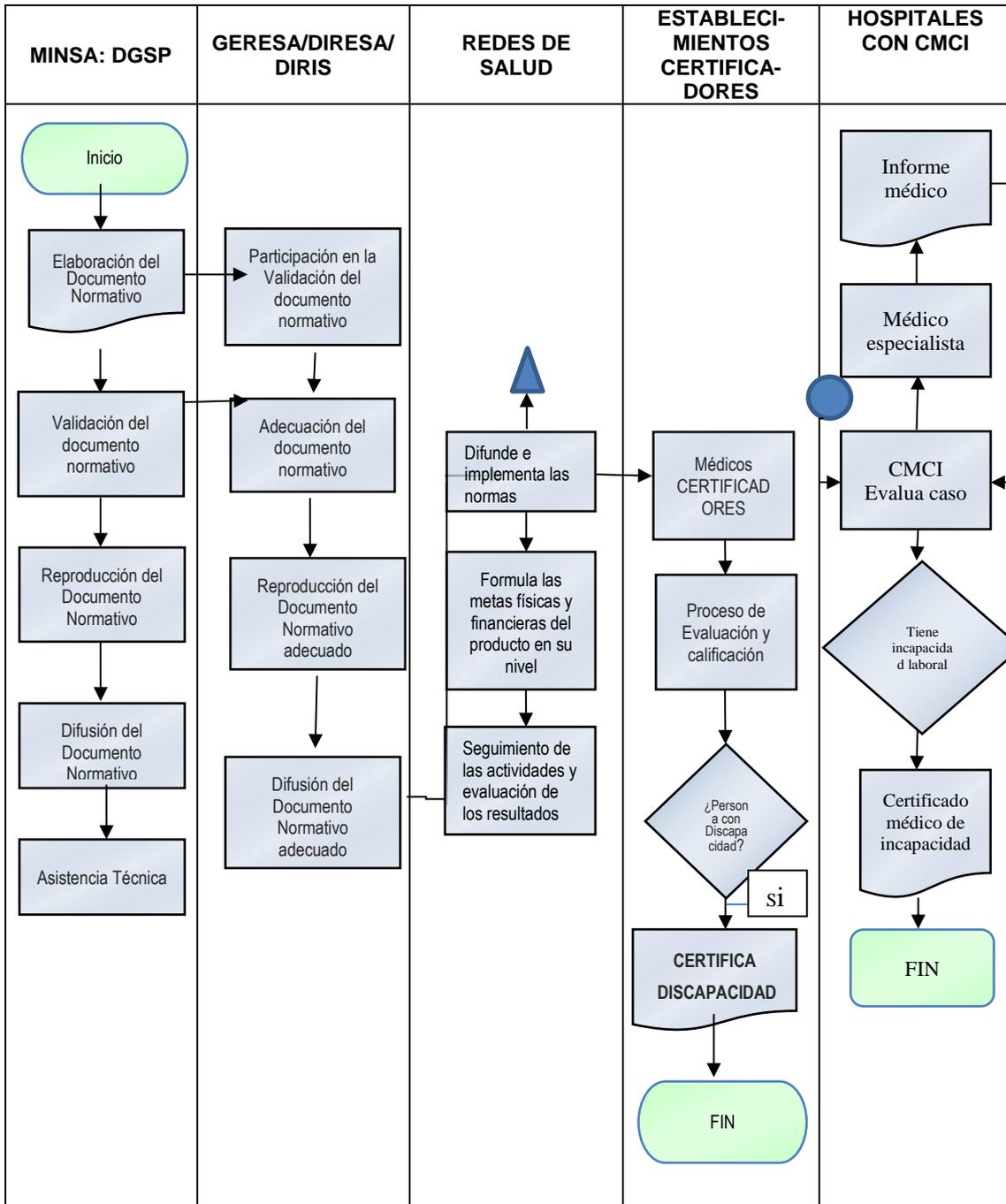


Denominación del producto	<b>PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b> <i>Unidad de medida: Certificado</i>					
Grupo poblacional que recibe el producto	<b>Personas con discapacidad</b>					
Responsable del diseño del producto	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública del Ministerio de Salud.					
Responsable de la entrega del producto	<p><b>Para el certificado de discapacidad:</b>  <b>Médico certificador:</b> Es el profesional médico Rehabilitador, Especialista o Médico Cirujano Capacitado, que evalúa, califica y certifica la discapacidad. (NTS N°127-MINSA/2016/DGIESP: “Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad”).</p> <p><b>Para el certificado de incapacidad:</b>  <b>Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad – CMCI:</b> Es el equipo técnico médico-administrativo y encargado de evaluar el informe de Evaluación Médica de Incapacidad y determinar el grado de Menoscabo, la capacidad de trabajo o reversibilidad de los estados patológicos de los beneficiarios del Sistema Nacional de Pensiones, con el fin de que puedan solicitar la obtención de beneficios personales. (DS N° 003-MINSA/DSSP-V.01: “Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de Pensión de Invalidez – D.S. N° 166-2005-EF”</p>					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo ( <i>Marque con un aspa</i> )	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Indicador de producción física de producto	Número de Personas con Discapacidad certificadas en el establecimiento (indicador trazador).					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de las personas con discapacidad de su población asignada (5.2% según ENEDIS) que es certificada.					
<b>Modelo operacional del producto</b>						
1. Definición operacional	<p><b>Certificación de la discapacidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo poblacional priorizado: Personas con discapacidad de la población asignada.</li> <li>- La certificación es el Procedimiento médico y administrativo para la emisión del certificado de discapacidad (documento médico legal que acredita la condición de persona con discapacidad).</li> <li>- Modalidad de entrega: Proceso regido por la normativa vigente, NTS N°127-MINSA/2016/DGIESP: “Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad”</li> </ul>					

Denominación del producto	<p align="center"><b>PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b></p> <p align="center"><i>Unidad de medida: Certificado</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los certificados de discapacidad serán expedidos por el médico rehabilitador, el médico cuya especialidad esté relacionada al diagnóstico de discapacidad, médicos cirujanos generales capacitados para tal fin, en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, a nivel nacional.</li> <li>- El producto es entregado en los Establecimientos de Salud Certificadores de las Personas con Discapacidad: por definición es el establecimiento de salud del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales que cuenta con médico certificador en forma temporal o permanente y que expide los certificados de discapacidad.</li> <li>- La entrega del certificado de discapacidad es el culmen del proceso que incluye la evaluación, calificación y finalmente certificación de la discapacidad. Proceso regido por la normativa vigente, NTS N°127-MINSA/2016/DGIESP: “Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad” <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Evaluación:</b> Procedimiento médico por el cual se evalúa la capacidad anatómica y funcional relacionado a los signos y síntomas evidentes, con el apoyo de exámenes de ayuda al diagnóstico, para determinar el diagnóstico de daño, etiología, deficiencias, limitaciones en la actividad y restricción en la participación de las personas con discapacidad.</li> <li>○ <b>Calificación:</b> Procedimiento técnico - médico y administrativo mediante el cual se establece la gravedad de la discapacidad y el porcentaje de restricción en la participación.</li> <li>○ <b>Certificación:</b> Procedimiento médico y administrativo para la emisión del certificado de discapacidad.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Certificación de la incapacidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo poblacional priorizado: población objetivo en los Hospitales que correspondan al Ministerio de Salud según las normas vigentes de Certificación de la Incapacidad en relación a la Ley N° 19990.</li> <li>- El certificado de incapacidad es el documento técnico – médico administrativo y legal expedido por la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad (CMCI) que determina el grado y naturaleza de la incapacidad de una persona, conforme a las normas vigentes (DS: N° 003-MINSA/DGSP-V.01).</li> <li>- La modalidad de la entrega: es regido por la norma para tal fin, DS: N° 003-MINSA/DGSP-V.01, Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de pensión de Invalidez.</li> <li>- El certificado es emitido por la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad (CMCI) en los hospitales del Ministerio de Salud</li> </ul>

<b>Denominación del producto</b>	<b>PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b> <i>Unidad de medida: Certificado</i>
	<p>y Gobiernos Regionales que correspondan según normativa DS: N° 003-MINSA/DGSP-V.01.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proceso general: la entrega del certificado de incapacidad es la culminación de un proceso de acuerdo a la normativa vigente DS: N° 003-MINSA/DGSP-V.01. Que determina el siguiente proceso <ul style="list-style-type: none"> <li>o Evaluación médica de la incapacidad.</li> <li>o Informe de la Evaluación médica de la incapacidad.</li> <li>o Calificación de la incapacidad.</li> <li>o Emisión del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de Invalidez.</li> </ul> </li> </ul>
<b>2. Criterios de programación</b>	<p><b>Certificación de discapacidad:</b>  <u>Variable:</u> Persona con discapacidad certificada  <u>Regla de Cálculo:</u> porcentaje de las personas con discapacidad certificadas en el establecimiento de salud sobre el total de las personas que reciben atenciones en los establecimientos de salud certificadores según diagnóstico CIE 10 del PP 129.  <u>Fuente de Información:</u>  Aplicativo WEB de registro de certificado de discapacidad HIS- Health Information Systems MINSA  <u>Criterio de programación:</u>  Se programara teniendo en cuenta el valor históricos más alto de los tres últimos años, en las regiones que ya cuenten con médicos generales capacitados para la emisión del Certificado de Discapacidad .La programación para los siguientes años será considerando un incremento del 20%.</p> <p><b>Certificación de incapacidad:</b>  <u>Variable:</u> Persona certificada  <u>Regla de Cálculo:</u> porcentaje de las personas con incapacidad certificadas en el establecimiento de salud por la CMCI sobre el total de las personas que reciben atenciones en los establecimientos de salud certificadores según diagnóstico CIE 10 del PP 129.  <u>Fuente de información:</u>  Reportes del HIS-MIS de la Oficina de estadística de la ejecutora y /o región.  <u>Criterio de programación:</u>  Se programará teniendo en cuenta el valor más alto de los últimos tres años, el incremento de porcentaje anual será de 5% en forma anual.</p>
<b>3. Método de agregación de actividades a producto</b>	<p><b>Método de agregación:</b>  La correspondiente a la meta física de la Certificación de la Discapacidad (actividad más relevante).</p>
<b>4. Flujo de procesos</b>	<p>(*) <i>Ver flujo de procesos</i></p>

**(\*) Flujo de procesos producto: PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.**

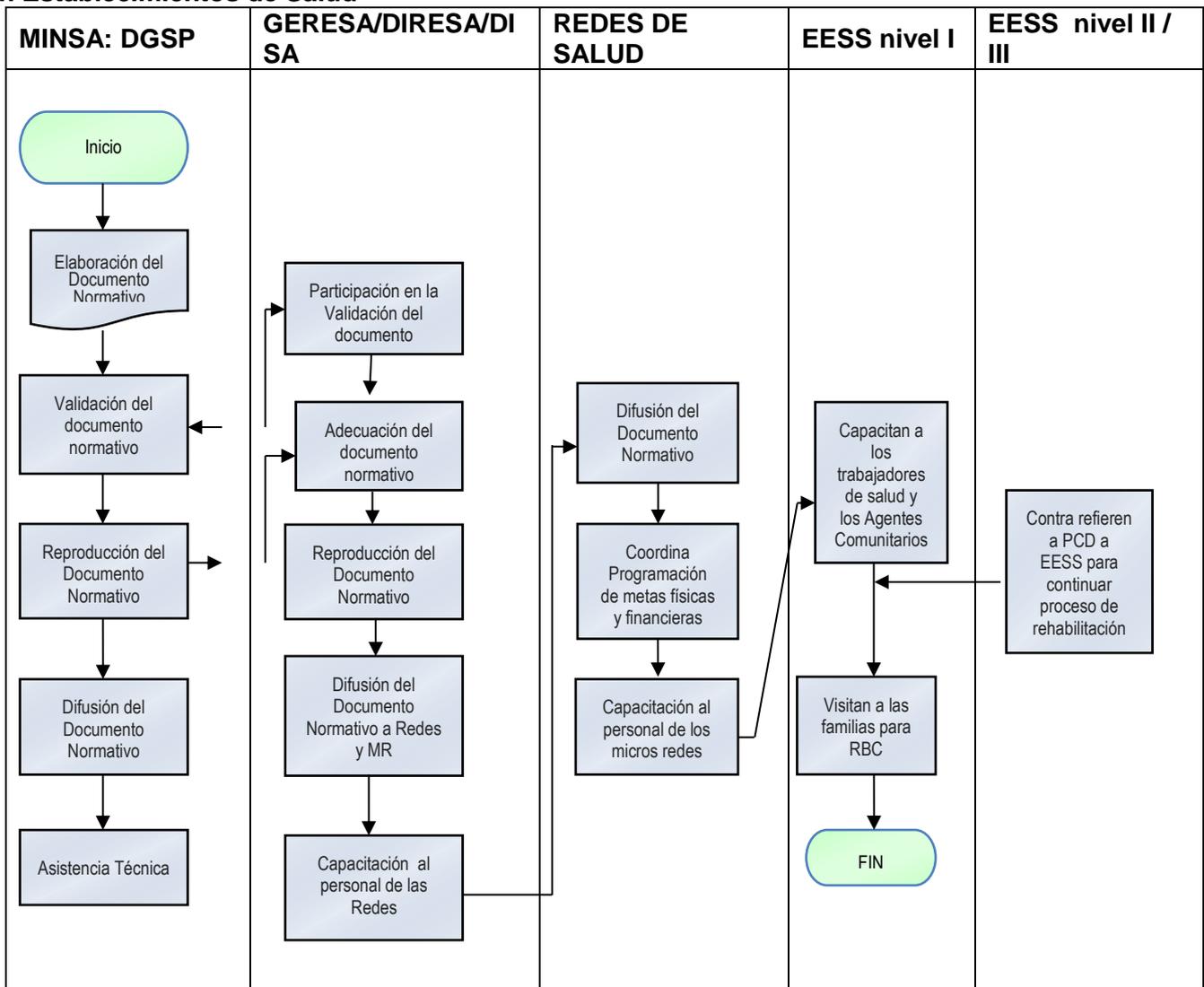


Denominación del producto	<b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD</b> <i>Unidad de medida: Persona con discapacidad</i>					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas con discapacidad Familias con persona con discapacidad Agentes Comunitarios de Salud					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Salud de las Personas: Componente de Discapacidad Equipo Técnico del Programa presupuestal "Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad".					
Responsable de la entrega del producto	Personal de salud capacitado mediante agentes comunitarios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de I - 1 a I - 4, capacitado para brindar servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo <i>(Marque con un aspa)</i>	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	<b>Porcentaje de familias con algún integrante con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad.</b>					
Indicadores de desempeño del producto	<b>Porcentaje de personas con discapacidad que reciben RBC</b>					
<b>Modelo operacional del producto</b>						
1. Definición operacional	<p>La rehabilitación basada en la comunidad es una estrategia multisectorial de desarrollo inclusivo con base comunitaria fundamentada en los derechos humanos de la persona con discapacidad (PCD), sus familias y la comunidad en general. Incluye 5 componentes: salud, educación, subsistencia, social y fortalecimiento <b>(Ver matriz de RBC)</b></p> <p>En el componente de salud se incluye 5 áreas de trabajo: promoción, prevención, atención médica, rehabilitación y dispositivos de asistencia.</p> <p>Este producto se entrega a la PCD en la comunidad para su empoderamiento a través de la visita a la persona con discapacidad y a su familia para la identificación de riesgos y necesidades a nivel individual, familiar, social y entorno para la orientación y consejería respectiva de RBC. Los responsables de la entrega del producto son el personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención mediante los agentes comunitarios capacitados en RBC quienes realizan la visita.</p>					

<b>Denominación del producto</b>	<b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD</b> <i>Unidad de medida: Persona con discapacidad</i>																														
	<p>Las visitas domiciliarias de RBC serán registradas y codificadas en el HIS que permita el registro nacional.</p> <div data-bbox="552 371 1460 1099" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;"><b>Ilustración 1: Matriz de RBC</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>SALUD</b></td> <td style="width: 20%;"><b>EDUCACIÓN</b></td> <td style="width: 20%;"><b>SUBSISTENCIA</b></td> <td style="width: 20%;"><b>SOCIAL</b></td> <td style="width: 20%;"><b>FORTALECIMIENTO</b></td> </tr> <tr> <td>Promoción</td> <td>Infancia temprana</td> <td>Desarrollo de destrezas</td> <td>Asistencia personal</td> <td>Defensa y comunicación</td> </tr> <tr> <td>Prevención</td> <td>Primaria</td> <td>Trabajo por cuenta propia</td> <td>Relaciones, matrimonio y familia</td> <td>Movilización comunal</td> </tr> <tr> <td>Atención médica</td> <td>Secundaria y superior</td> <td>Trabajo remunerado</td> <td>Cultura y artes</td> <td>Participación política</td> </tr> <tr> <td>Rehabilitación</td> <td>No formal</td> <td>Servicios financieros</td> <td>Recreación, ocio y deportes</td> <td>Grupos de autoayuda</td> </tr> <tr> <td>Dispositivos de asistencia</td> <td>Aprendizaje de toda la vida</td> <td>Protección social</td> <td>Justicia</td> <td>Org. de personas con discapacidad</td> </tr> </table> </div>	<b>SALUD</b>	<b>EDUCACIÓN</b>	<b>SUBSISTENCIA</b>	<b>SOCIAL</b>	<b>FORTALECIMIENTO</b>	Promoción	Infancia temprana	Desarrollo de destrezas	Asistencia personal	Defensa y comunicación	Prevención	Primaria	Trabajo por cuenta propia	Relaciones, matrimonio y familia	Movilización comunal	Atención médica	Secundaria y superior	Trabajo remunerado	Cultura y artes	Participación política	Rehabilitación	No formal	Servicios financieros	Recreación, ocio y deportes	Grupos de autoayuda	Dispositivos de asistencia	Aprendizaje de toda la vida	Protección social	Justicia	Org. de personas con discapacidad
<b>SALUD</b>	<b>EDUCACIÓN</b>	<b>SUBSISTENCIA</b>	<b>SOCIAL</b>	<b>FORTALECIMIENTO</b>																											
Promoción	Infancia temprana	Desarrollo de destrezas	Asistencia personal	Defensa y comunicación																											
Prevención	Primaria	Trabajo por cuenta propia	Relaciones, matrimonio y familia	Movilización comunal																											
Atención médica	Secundaria y superior	Trabajo remunerado	Cultura y artes	Participación política																											
Rehabilitación	No formal	Servicios financieros	Recreación, ocio y deportes	Grupos de autoayuda																											
Dispositivos de asistencia	Aprendizaje de toda la vida	Protección social	Justicia	Org. de personas con discapacidad																											
<b>2. Organización para la entrega del producto</b>	<p><b>MINSA:</b> Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas, incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica a DIRESAS, en coordinación con los demás niveles.</p> <p><b>GERESA/DIRESA/DISA:</b> Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde las normas a Redes y Micro redes y las implementa a través de los responsables del PP, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto. Realiza la capacitación al personal de las REDES. Realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados.  Gestiona y financia el desplazamiento de los equipos técnicos hacia las regiones que requieran las capacitaciones en Rehabilitación Basada en Comunidad.</p> <p><b>REDES DE SALUD:</b> Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde las normas a Micro redes y las implementa a través de los responsables del PP, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Coordina y capacita al personal de MICRORREDES. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios</p>																														

<b>Denominación del producto</b>	<b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD</b> <i>Unidad de medida: Persona con discapacidad</i>
	<p>para la entrega del producto. Programa los requerimientos de asistencias técnicas en las microredes.</p> <p><b>MICRORREDES:</b> Difunde e implementa las normas, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Capacita al personal de sus establecimientos de salud adscritos.</p> <p><b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I NIVEL DE ATENCIÓN:</b> El personal de salud capacita a los Agentes Comunitarios de Salud en RBC y a través de ellos son responsables de la entrega del producto.</p>
<b>3. Criterios de programación</b>	<p>5% de familias con algún integrante con discapacidad, de la población con discapacidad asignada al establecimiento de salud, reciben orientaciones sobre rehabilitación basada en la comunidad.</p> <p>10% de Agentes comunitarios capacitados en RBC en cada una de las DIRESA y establecimientos de salud del primer nivel</p> <p><b>Fuente de información para la programación:</b> Población asignada a EE.SS Encuesta Nacional de Discapacidad –INEI 2012</p>
<b>4. Método de agregación de actividades a producto</b>	<p>Este producto tiene tres actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en rehabilitación basada en la comunidad.</li> <li>- Brindar visitas a familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad.</li> <li>-Brindar capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia RBC.</li> </ul> <p>Para motivos de meta de producción física del producto se tomará como trazadora la actividad “Brindar visitas a familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad.”</p>
<b>5. Flujo de procesos</b>	<i>(*) Ver flujo de procesos</i>

**(\*) Flujo de Procesos del Producto: Personas con Discapacidad reciben Atención de Rehabilitación en Establecimientos de Salud**



### 3.6 Actividades, tareas e insumos

Liste las actividades necesarias para proveer cada uno de los productos identificados en el numeral 3.4.

**Tabla N° 11**

<b>Denominación del producto</b>	<b>Acciones comunes</b>
Actividad 1	<i>Desarrollo de normas y guías técnicas en discapacidad</i>
Actividad 2	<i>Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal</i>

<b>Denominación del producto</b>	<b>Personas con discapacidad reciben atención en rehabilitación basada en establecimientos de salud</b>
Actividad 1	<i>Capacitación en medicina de rehabilitación</i>
Actividad 2	<i>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física</i>
Actividad 3	<i>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial</i>
actividad 4	<i>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad mental</i>

<b>Denominación del producto</b>	<b>Persona con discapacidad atendida en servicios de certificación</b>
Actividad 1	<i>Certificación de discapacidad</i>
Actividad 2	<i>Certificación de incapacidad para el trabajo</i>

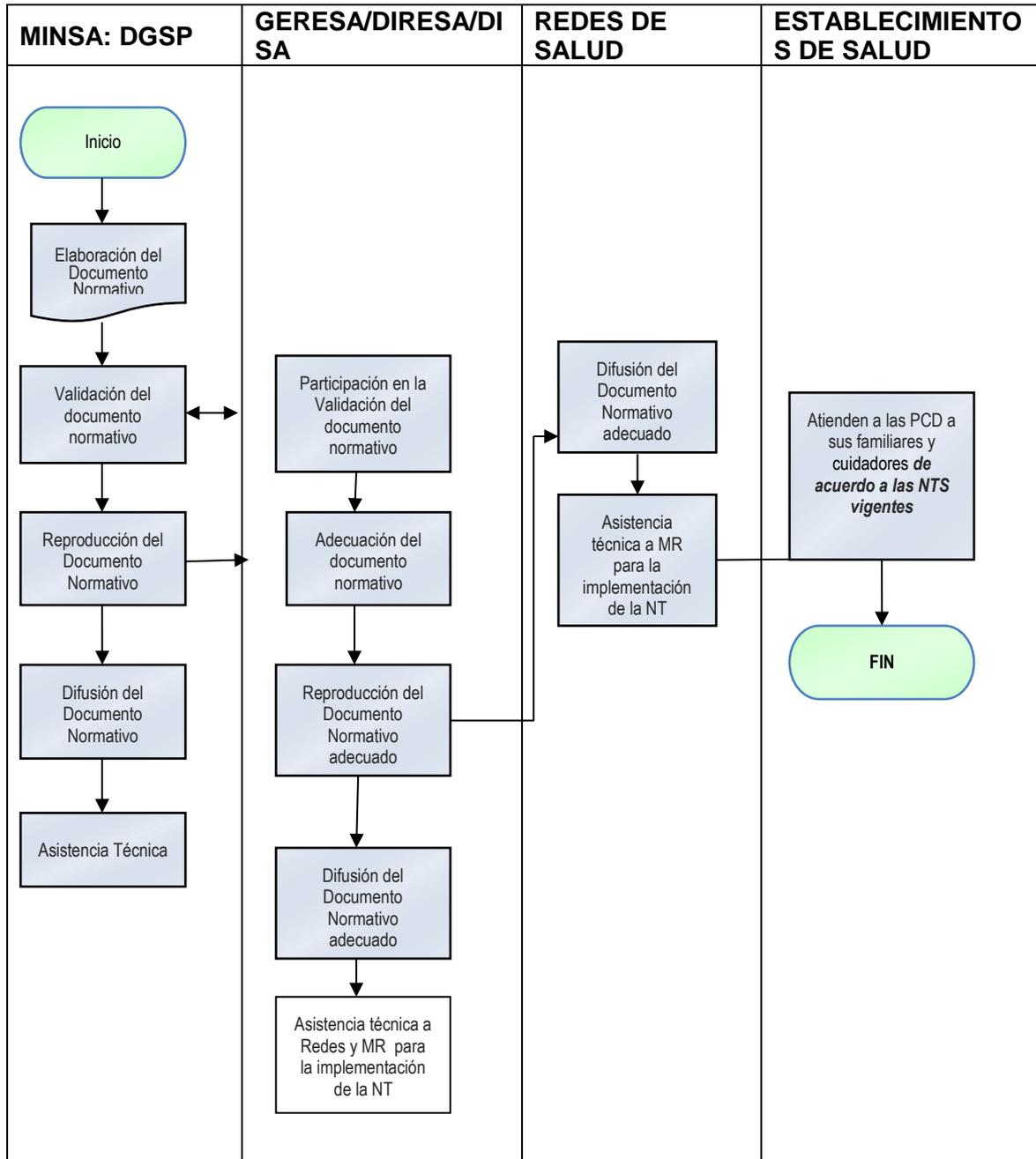
<b>Denominación del producto</b>	<b>Personas con discapacidad reciben servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad</b>
Actividad 1	<i>Capacitación a agentes comunitarios en actividades de Rehabilitación Basada en la Comunidad.</i>
Actividad 2	<i>Visitas a las familias para Rehabilitación Basada en la Comunidad</i>
Actividad 3	<i>Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad.</i>

Tabla N° 12

<b>Denominación de la actividad</b>	<b>Desarrollo de normas y guías técnicas en discapacidad</b>					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Unidad de medida del indicador de producción física	<b>Normas</b>					
<b>Modelo operacional de la actividad</b>						
1. Definición operacional	<p>Consiste en el proceso a seguir para la formulación de documentos normativos dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar la situación de salud de las personas con discapacidad en los servicios de salud y cuya duración en promedio no exceda del ejercicio presupuestal.</p> <p>Esta es desarrollada por profesionales capacitados en los niveles nacional y regional los que tienen por función la elaboración, validación, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos técnicos normativos, en el marco de Programa Estratégico intervenido.</p> <p>Contempla las 04 dimensiones de la atención de la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.</p> <p><b>Implementación de Documentos Técnicos Normativos en Salud.-</b> Consiste en el proceso de difusión y presentación de documentos normativos aprobados, con el objeto de ponerlos a disposición de todas las unidades orgánicas, dependencias, entidades, instituciones, y sociedad civil priorizando aquellas que están directamente involucradas en su aplicación.</p> <p>La difusión se complementa mediante la publicación en medios impresos, magnéticos, cibernéticos y reuniones de información y/o reuniones de capacitación orientadas al fortalecimiento de las competencias del personal para la aplicación e implementación de la Normatividad vigente que se corresponde con los productos identificados del Programa Presupuestal.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p><b>Nivel Nacional:</b> Define el número de Documentos Técnico Normativos (DTN) a ser aprobados en el periodo. Realiza los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración, validación, aprobación y publicación (la aprobación es competencia exclusiva de la Alta Dirección del MINSA).</li> <li>• Impresión y distribución.</li> </ul>					

<b>Denominación de la actividad</b>	<b>Desarrollo de normas y guías técnicas en discapacidad</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación y difusión.</li> <li>• Asistencia Técnica a facilitadores Nacionales y Regionales para la implementación de los Documentos Técnicos Normativos.</li> <li>• Seguimiento y control de la aplicación de los Documentos Técnicos Normativos.</li> </ul> <p><b>Nivel regional:</b> Realiza los siguientes procesos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuación y aprobación si corresponde.</li> <li>• Reproducción y distribución a Redes y ejecutoras</li> <li>• Difusión regional por diferentes medios.</li> <li>• Capacitación a personal de salud para la implementación de los DTN.</li> <li>• Seguimiento y control de la aplicación de los DTN a nivel regional y local.</li> </ul> <p><b>Establecimientos de salud:</b> realiza las actividades de la atención a las personas con discapacidad, familiares y cuidadores para promover prácticas, entornos saludables y mantener a mejorar su salud y realizan actividades intra y extramurales <b>de acuerdo a la normatividad vigente</b></p>
3. Criterios de programación	<p><b>Unidad de medida:</b> <b>Nivel Nacional:</b> Documento normativo aprobado <b>Nivel Regional:</b> Norma aprobada, adecuada e implementada.</p> <p><b>Meta física:</b> <b>Nivel nacional:</b> 2 documentos Técnico normativos aprobados y 3 documentos Técnico normativos en proceso de aprobación <b>Nivel regional:</b> 2 documentos Técnico normativos aprobados e implementados.</p> <p><b>Fuente de información:</b> Informe</p>
4. Flujo de procesos	(*) Ver flujo de procesos
5. Diagrama de Gantt	(**) Ver diagrama de Gantt
6. Listado de insumos	Según listado establecido en el KIT de bienes y servicios en el Sistema de Gestión de Productos.

(\*) Flujo de Procesos de la Actividad: Desarrollo de normas y guías técnicas en discapacidad

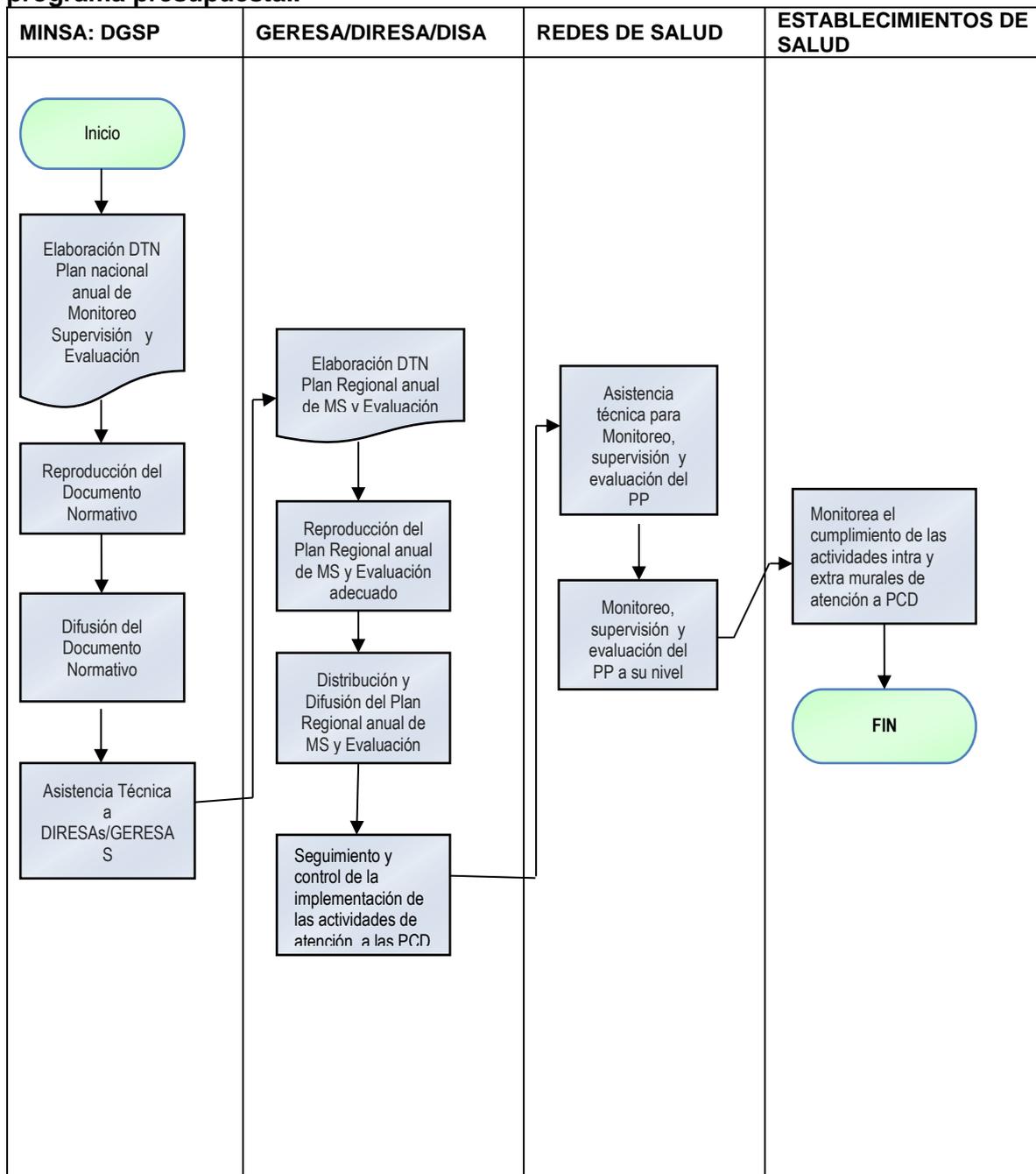


## Diagrama de Gantt: Desarrollo de Normas y guías técnicas en discapacidad

DIAGRAMA DE GANTT																
ACTIVIDAD	Desarrollo de normas y guías técnicas en discapacidad															
	Duración			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Responsables
	Fecha In	Fecha Fir	(Dias)													
<b>NIVEL NACIONAL</b>																
Elaboración de documentos técnicos normativos (DTN) novo	02-ene	03-mar	60	■	■											MINSA/Especialistas
Validación y aprobación del DTN	09-mar	27-mar	18			■										MINSA: Asesoría Jurídica/Secretaría General
Impresión y distribución	01-abr	31-may	60				■	■								MINSA
Asistencia técnica a Regiones (Capacitación)	01-jun	30-ago	90						■	■	■					MINSA/ Capacitadores Nacionales
<b>NIVEL REGIONAL</b>																
Adecuación de DTN a realidad local	01-may	10-jun	40					■	■							DIRESA
Impresión y distribución	01-jul	31-jul	30							■						DIRESA
Asistencia técnica a Redes y Microredes y EESS	01-ago	05-sep	35								■	■				DIRESA
<b>Red, Microred</b>																
Difunde e implementa las normas a los EESS	02-jul	10-sep	70							■	■	■				Red/Micro red
Coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras	02-abr	30-abr	28			■										Red/Micro red
Realiza el seguimiento y evalúa los resultados	01-jun	08-nov	160						■	■	■	■	■	■		Red/Micro red
<b>Establecimiento de salud</b>																
Realiza las actividades de la atención a las personas en situación de discapacidad.	01-jun	08-dic	190							■	■	■	■	■	■	DIRESA

<b>Denominación de la actividad</b>	<b>Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal</b>					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad ( <i>Marque con un aspa</i> )	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Unidad de medida del indicador de producción física	<b>(060) Informes</b>					
<b>Modelo operacional de la actividad</b>						
1. Definición operacional	<p>Actividad orientada al seguimiento del avance mensual de la meta física y presupuestal de cada uno de los productos del Programa Presupuestal, desarrolladas por profesionales capacitados y organizados en equipos de gestión.</p> <p>El monitoreo es desarrollado para medir el avance de las metas físicas y el logro de avance de los indicadores de desempeño tanto de los productos como de los resultados y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local del Programa Presupuestal y permite orientar y reorientar procesos, principalmente aquellos considerados como críticos. Esta actividad se realiza en forma permanente; la supervisión es un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local; articulando los componentes de la gestión como una actividad de enseñanza aprendizaje interactuando con el recurso humano cada semestre y la evaluación que busca determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del programa presupuestal..</p>					
2. Criterios de programación	<p>Revisión del sistema de información del PP, Permanente (1) MINSA/REGIONES/UE.</p> <p>Visitas de Supervisión a UPSSMR para el cumplimiento de metas del PP consideradas en Planes Operativos (lista de chequeo), Semestral (2) MINSA/REGIONES/UE.</p> <p>Informe de Evaluación y Control de la Gestión del PP, Anual (1) MINSA/REGIONES</p> <p>de medida: (060) Informe Meta física :4 informes Técnicos Fuente de información: Informe</p>					
3. Flujo de procesos	(*) Ver flujo de procesos					
4. Diagrama de Gantt	(**) Ver diagrama de Gatt.					
5. Listado de insumos	Según listado establecido en el KIT de bienes y servicios en el Sistema de Gestión de Productos.					

**(\*\*) Flujo de proceso de la actividad: Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal.**

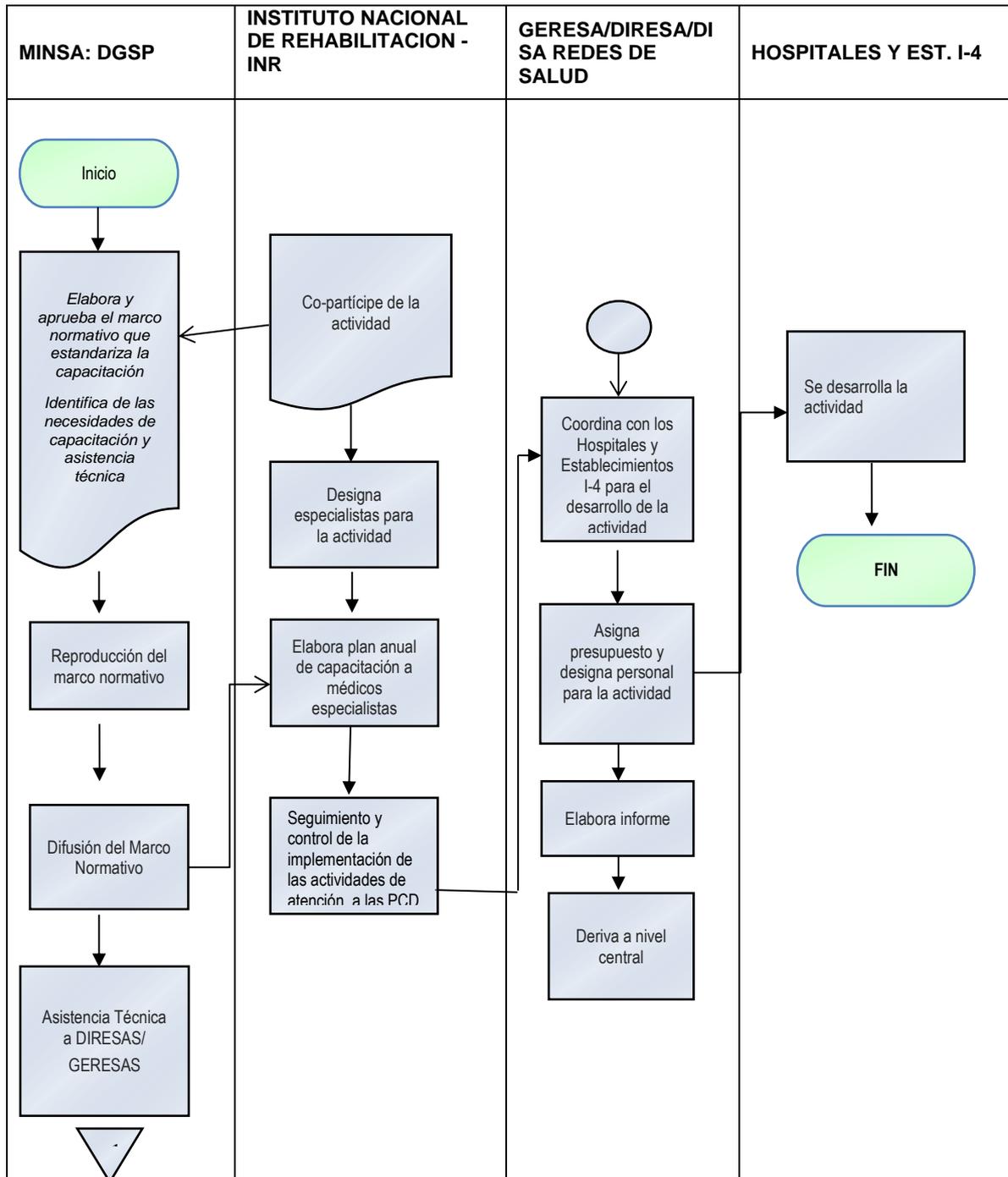


**(\*\*) Diagrama de Gantt: monitoreo y supervisión**

DIAGRAMA DE GANTT																
ACTIVIDAD	Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal															
	Fecha In	Fecha Fin	Duración (Días)	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Responsables
<b>NIVEL NACIONAL</b>																
Elabora el plan Nacional anual de monitoreo, supervisión y evaluación	02-ene	30-ene	28	■												MINSA
Coordinación con el nivel Regional las actividades de supervisión y evaluación nacional	02-feb	27-feb	25		■											MINSA/
<b>NIVEL REGIONAL</b>																
Elabora el plan Regional anual de monitoreo, supervisión y evaluación	01-mar	31-mar	30			■										DIRESA
Realiza la difusión regional por diferentes medios.	01-abr	26-abr	25				■									DIRESA
Brinda asistencia técnica a las Redes y Microredes realizar las actividades de monitoreo, supervisión y evaluación	01-may	30-jun	60					■	■							DIRESA
Realiza el seguimiento y control de la implementación de las actividades de atención a las PCD a nivel regional y local.	01-jul	28-dic	180							■	■	■	■	■	■	DIRESA
<b>REDES Y MICROREDES</b>																
Brinda asistencia técnica a los Establecimientos de salud para realizar las actividades de monitoreo, supervisión y evaluación	01-jun	30-ago	90						■	■	■					REDES/MICRO REDES
Realiza las actividades de monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades de la atención a las personas en situación de discapacidad, familiares y cuidadores	01-sep	30-dic	120									■	■	■	■	RED/ MICRO RED
<b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>																
Realiza las actividades de la atención a las personas en situación de discapacidad, familiares y cuidadores realizan actividades intra y extramurales	30-jun	30-dic	183							■	■	■	■	■	■	EESS
Realiza las actividades intra y extramurales	30-sep	29-dic	90									■	■	■	■	EESS

<b>Denominación de la actividad</b>	<b>Capacitación en Medicina de Rehabilitación</b>					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad ( <i>Marque con un aspa</i> )	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Unidad de medida del indicador de producción física	<b>(088) Persona Capacitada</b>					
<b>Modelo operacional de la actividad</b>						
1. Definición operacional	<p><i>La capacitación en medicina de rehabilitación es una actividad que es organizada por el equipo técnico del PP quien designa a Médicos Especialistas en Medicina de Rehabilitación, así como a otros profesionales de la salud relacionados a la rehabilitación, con competencias en enseñanza educativa, con el objetivo de desarrollar en ellos un conjunto de capacidades para usar, adaptar, mejorar y apropiarse de la tecnología adquirida y así fortalecer las intervenciones en el abordaje de los problemas.</i></p> <p><i>Consta de dos etapas: la planificación y la ejecución de la transferencia de la tecnología</i></p> <p><i>Esta capacitación se realiza en las Direcciones Regionales de Salud y Hospitales e Institutos que cuentan con UPSSMR. estas capacitaciones se brindarán a médicos especialistas y médicos generales.</i></p> <p><i>Las temáticas a desarrollar están enmarcadas de acuerdo a los Productos/actividades del Programa Presupuestal.</i></p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p><b>MINSA:</b> <i>Elabora y aprueba el marco normativo que estandariza la capacitación para los Especialistas en Rehabilitación así como a otros profesionales de la salud relacionados a la rehabilitación, difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normativa a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles.</i></p> <p><b>GERESA/DIRESA/DIRIS/:</b> <i>Coordina con los establecimientos de salud que cuentan con médicos generales así como con Hospitales e Institutos los procesos de capacitación de los Especialista en Rehabilitación.</i></p> <p><b>EL INSTITUTO Y LOS HOSPITALES</b> <i>designan a médicos Especialistas afines a los temas que brindan la capacitación.</i></p>					
3. Criterios de programación	<p><i>02 capacitaciones al año por región, hospitales que son ejecutoras se programaran 1 capacitación como mínimo.</i></p> <p><i>Esta actividad lo programa las Unidades Ejecutoras como DRESAS/GERESAS/DIRIS y Hospitales</i></p> <p><b>Fuente de información para la programación:</b> <i>Informe</i></p>					
4. Flujo de procesos	<i>(*) Ver flujo de procesos</i>					
5. Diagrama de Gantt	<i>(**) Ver diagrama de Gantt.</i>					
6. Listado de insumos	Según listado establecido en el KIT de bienes y servicios en el Sistema de Gestión de Productos.					

(\*) Flujo de procesos de la actividad Capacitación en Medicina de Rehabilitación



**(\*\*) Diagrama de Gantt de Capacitación en medicina de rehabilitación**

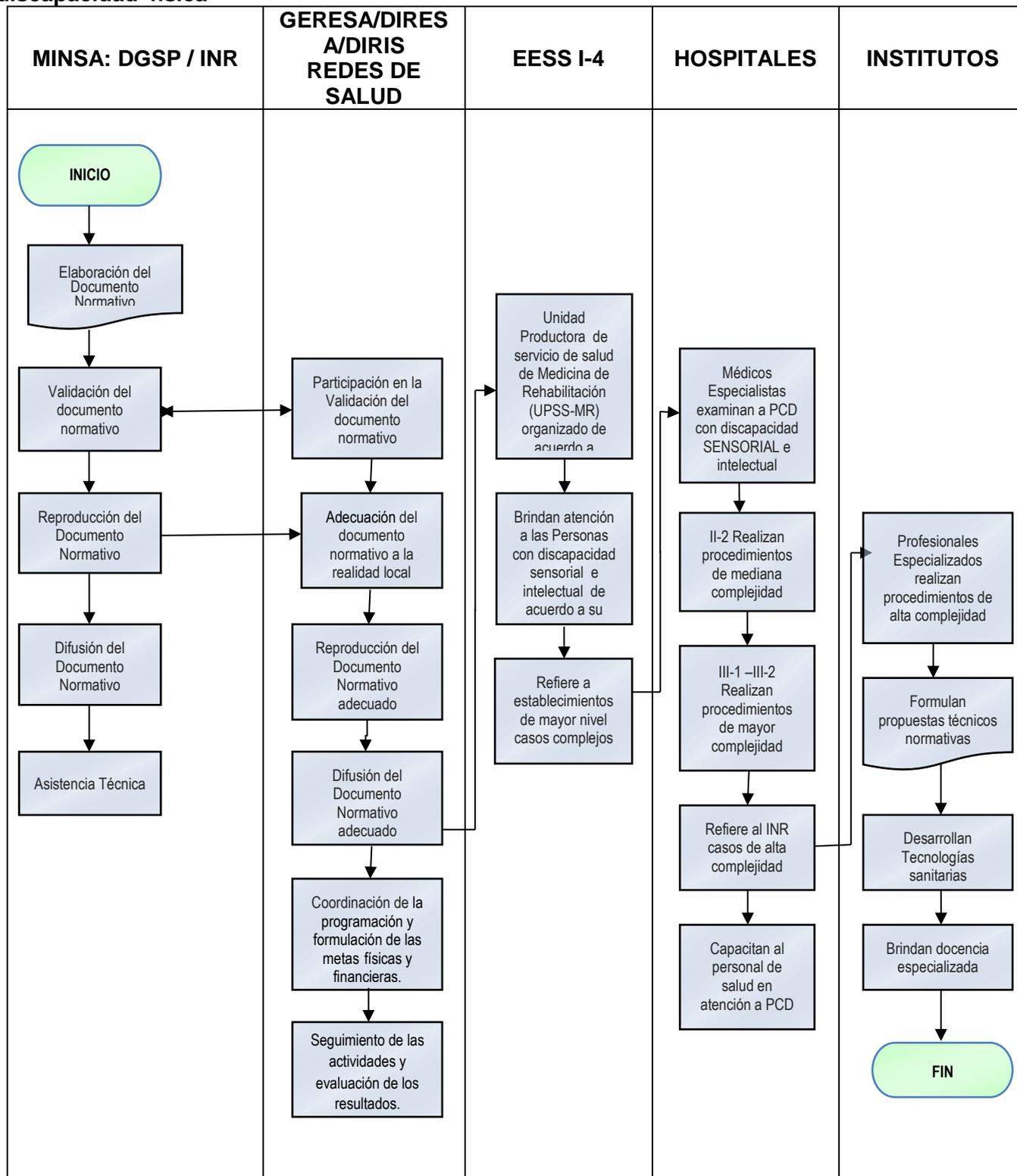
ACTIVIDAD	Capacitación en medicina de rehabilitación													Responsables		
	Fecha In	Fecha Fin	Duración (Días)	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT		NOV	DIC
<b>Nivel Nacional</b>																
Elaboración de Plan de Capacitación para el personal que labora en las UPSMR y elaboración de materiales de capacitación	02-ene	30-ene	28													MINSA
Validación del Plan de Capacitación para el personal que labora en las UPSMR	09-feb	27-feb	18													MINSA/
Asistencia técnica a las DIRESA	27-feb	16-mar	17													CAP NACION
<b>Nivel Regional y Redes</b>																
Adecuación del Plan Nacional a un Plan Regional y materiales educativos	16-mar	30-abr	45													DIRESA
capacitación de los profesionales que laboran en las UPSMR en las Regiones	01-may	30-may	29													DIRESA
<b>INSTITUTOS Y HOSPITALES</b>																
Determinación de los equipos Capacitadores en el nivel Nacional y Regional	01-jun	18-jun	17													INST/HOSP
Profesionales de las UPSMR reciben la capacitación anual	01-jul	29-sep	90													INST/HOSP
Realizan las actividades de Seguimiento de las actividades y evaluación de los resultados	01-ago	31-dic	152													INST/HOSP

<b>Denominación de la actividad (8)</b>	<b>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física</b>					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad ( <i>Marque con un aspa</i> )	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Unidad de medida del indicador de producción física	<b>(006) Atención</b>					
<b>Modelo operacional de la actividad</b>						
1. Definición operacional	<p><i>Esta actividad comprende la atención que se brinda a las personas con discapacidad física en las Unidades Productoras de Servicios de Medicina de Rehabilitación (UPS-MR) de los establecimientos de salud, como parte de la atención integral de salud encargada de desarrollar las capacidades funcionales motoras, se desarrolla en los establecimientos de salud de primer segundo, tercer nivel e institutos. Lo realiza el médico especialista de rehabilitación y otro profesional del equipo de rehabilitación que tenga las competencias necesarias: tecnólogo médico con especialidad en terapia física y ocupacional, enfermera, asistente social y psicólogo.</i></p> <p><i>Según normativa de unidades productoras de servicios de salud de Medicina física y rehabilitación. MR</i></p> <p><i>Los establecimientos deben de contar con consultorio especializado y ambientes adecuados de rehabilitación.</i></p> <p><b>Se consideran los siguientes grupos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Discapacidades relacionada al Sistema Nervioso</i></li> <li>• <i>Discapacidades Musculo Esqueléticas y Piel</i></li> <li>• <i>Discapacidades relacionada al Desarrollo Psicomotriz</i></li> <li>• <i>Discapacidades Viscerales</i></li> </ul> <p>De estos grupos para la atención en rehabilitación física se consideran los siguientes diagnósticos a la salud según codificación (CIE 10)</p>					
2. Organización Para la ejecución de La actividad	<p>Los servicios principales que se brindan en las Unidades Productoras de Servicios de Rehabilitación Física son Procedimientos médico dispuestos según protocolos de atención. El equipamiento requerido para realizar las actividades de atención en rehabilitación para las personas con discapacidad física se distribuye de acuerdo al módulo del sistema de gestión de productos.</p> <p>Los Hospitales e Institutos brindan atención especializada a la las personas con discapacidad de acuerdo a su nivel y el fortalecimiento de competencias del personal de rehabilitación. Los Institutos, además, realizan investigación especializada, desarrollan tecnologías sanitarias, formulan propuestas técnico normativas y brinda docencia especializada.</p> <p>MINSA: La Dirección de Salud de las Personas (DGSP) elabora y aprueba el marco normativo que estandariza el proceso de Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física y elabora los materiales educativos y los difunde.</p>					

<b>Denominación de la actividad (8)</b>	<b><i>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física</i></b>
	<p>Con su equipo de facilitadores nacionales capacita a los equipos de las DIRESA (responsables y/o coordinadores del programa presupuestal y médicos generales) en los contenidos de las discapacidades planteadas.</p> <p>Con su equipo de facilitadores nacionales del Institutos y hospitales, capacita al personal especializado en Rehabilitación de los Hospitales II-1, II-2; III-1, III E y III-2 que cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Medicina de Rehabilitación (UPS-MR), para el manejo de las discapacidades.</p> <p>Realiza semestralmente el seguimiento de las actividades a ese nivel y evalúa anualmente el cumplimiento de las metas.</p> <p>DIRESA/GERESA/DIRIS: Coordina con el MINSA la capacitación de los profesionales especialistas en Rehabilitación de los Hospitales II-1, II-2; III-1, III E y III-2 (si lo hubiera) para el manejo de las discapacidades</p> <p>Capacita al personal de Rehabilitación de los Establecimientos de Salud I-4 que cuentan con Unidades Funcionales de Medicina de Rehabilitación (UF-MR) en proveer atención integral en Medicina de Rehabilitación dada a través de atención ambulatoria; continuar con los procedimientos de rehabilitación sugeridos en los establecimientos de mayor capacidad resolutive donde fueron atendidos y dar tratamiento inicial y referir adecuadamente a las personas con discapacidad que requieren tratamientos especializados.</p> <p>Realiza semestralmente el seguimiento de las actividades a nivel de los Hospitales con UPS-MR y de los Establecimientos I-4 que cuentan con UF-MR y evalúa anualmente los resultados.</p> <p>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-4: En caso de contar con una Unidad funcional de medicina de rehabilitación, proveen atención integral en Medicina de rehabilitación a las personas con discapacidad física de acuerdo a su nivel de atención, refiriendo al nivel superior patologías más complejas</p> <p>EL INSTITUTO Y LOS HOSPITALES Brindan la atención especializada a las personas con discapacidad física tanto discapacidades motrices y neuromusculares, discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza y discapacidades de las extremidades superiores así como otros diagnósticos degenerativos o congénitos de acuerdo a su nivel y realizan el fortalecimiento de competencias del personal de rehabilitación mediante Especialistas en Medicina de Rehabilitación con experiencia en el área. Los Institutos además realizan investigación especializada, desarrollan tecnologías sanitarias, formulan propuesta técnico normativas y brindan docencia especializada.</p>
3. Criterios de programación	<p>Para la programación de la meta física para esta actividad se utilizará el reporte estadístico de las atenciones de las patologías según el listado según de patologías CIE 10, de los tres últimos años (Histórico).</p> <p>De no existir reportes previos se tomará en cuenta la población asignada al establecimiento del MINSA y se considerará el 5.2% de dicha población para programación de la meta física (dato censal)</p>

<b>Denominación de la actividad (8)</b>	<b><i>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física</i></b>
	<b>Fuente de información para la programación:</b>
	datos estadísticos del establecimiento de salud HIS MIS
4. Flujo de procesos	(*) <i>Ver flujo de procesos</i>
5. Diagrama de Gantt	(**) <i>Ver diagrama de Gantt.</i>
6. Listado de insumos	Según listado establecido en el KIT de bienes y servicios en el Sistema de Gestión de Productos.

(\*) Flujo de procesos de la actividad Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física



**(\*\*) Diagrama de Gantt de Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física**

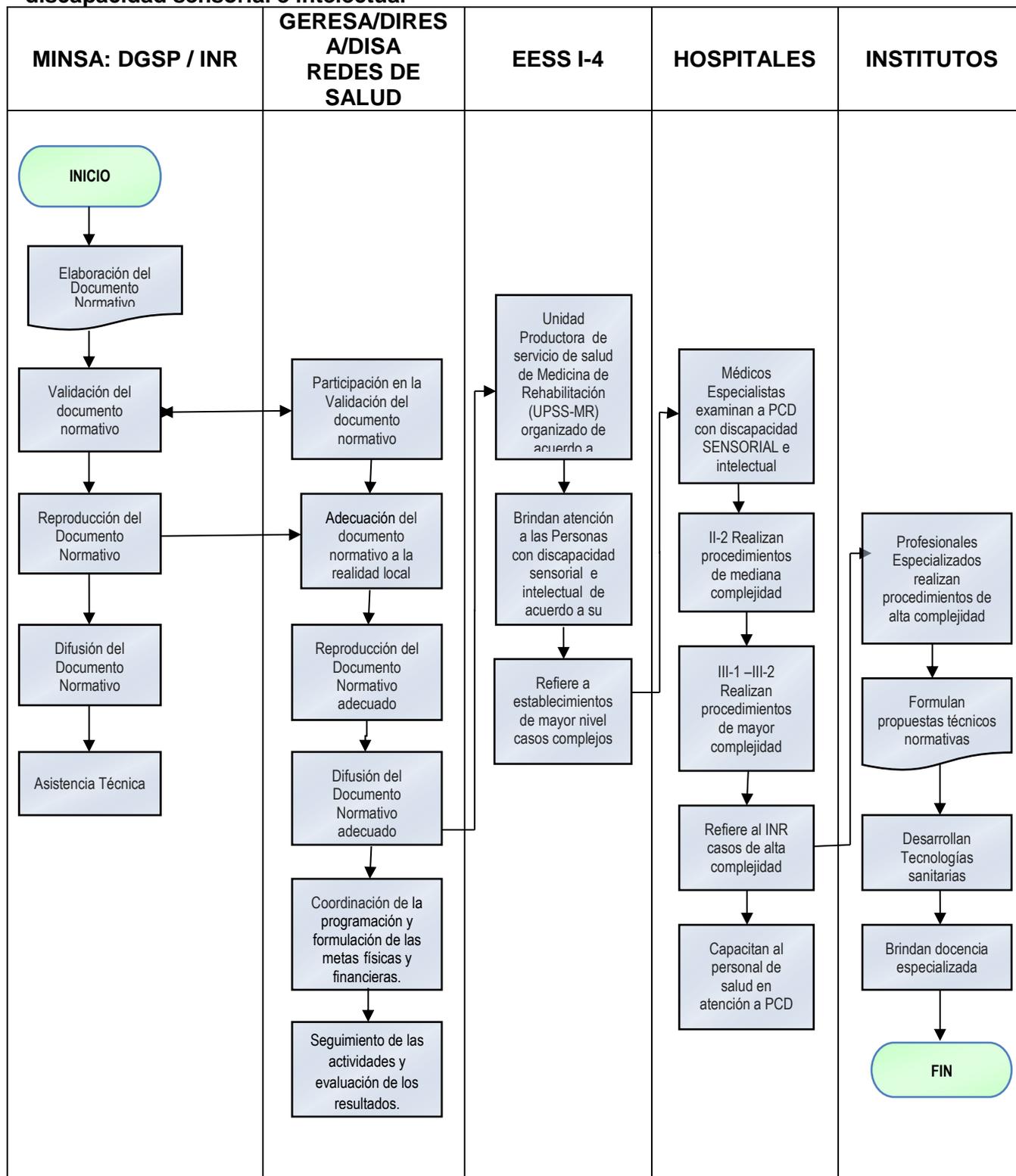
DIAGRAMA DE GANTT																
ACTIVIDAD	Atención en rehabilitación en establecimientos de salud para las personas en situación de discapacidad.															
	Duración			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Responsables
	Fecha In	Fecha Fin	(Días)													
<b>Nivel Nacional</b>																
Elaboración de documentos técnicos normativos referente a la atención que se brinda a las personas en situación de discapacidad y que se desarrolla en los establecimientos de salud de primer, segundo, tercer nivel e institutos, y materiales educativos	02-ene	30-ene	28	█												MINSA
Validación del documento normativo referido a la atención que se brinda a las personas en situación de discapacidad	09-feb	11-mar	30		█	█										MINSA/
Asistencia técnica a las DIRESA	27-feb	16-mar	17			█										CAP NACION
<b>Nivel Regional</b>																
Adecuación de DTN y materiales educativos	16-mar	30-abr	45			█	█									DIRESA
Realiza la difusión regional por diferentes medios.	01-abr	01-jun	61				█	█	█							DIRESA
Realiza el seguimiento y control de la implementación de las actividades de atención a las Personas en situación de discapacidad a nivel regional y local.	30-jun	30-dic	183							█	█	█	█	█	█	DIRESA
<b>Redes</b>																
Coordina la formulación de las metas físicas y financieras del producto en su nivel	27-feb	16-mar	17		█	█										RED/ MIC RED
Capacitación al personal de los establecimientos I-4 que cuentan con UPSSMR	01-abr	30-jun	90				█	█	█							RED/ MIC RED
Realiza las actividades de Seguimiento de las actividades y evaluación de los resultados	01-jul	30-dic	182							█	█	█	█	█	█	RED/ MIC RED
<b>Establecimientos de Salud I-4 con con UPSSMR.</b>																
Realiza la atención que se brinda a las personas en situación de discapacidad de acuerdo a la normatividad vigente	01-may	30-dic	243							█	█	█	█	█	█	EESS
<b>INSTITUTOS Y HOSPITALES</b>																
Realiza la atención que se brinda a las personas en situación de discapacidad de acuerdo a la normatividad vigente	01-may	30-dic	243							█	█	█	█	█	█	EESS

<b>Denominación de la actividad (8)</b>	<b>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial e intelectual</b>					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad ( <i>Marque con un aspa</i> )	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Unidad de medida del indicador de producción física	<b>(006) Atención</b>					
<b>Modelo operacional de la actividad</b>						
1. Definición operacional	<p><i>Esta actividad comprende la atención que se brinda a las personas con discapacidad sensorial e intelectual en las Unidades Productoras de Servicios de Medicina de Rehabilitación (UPS-MR) de los establecimientos de salud, como parte de la atención integral de salud encargada de desarrollar las capacidades sensoriales e intelectuales, se desarrolla en los establecimientos de salud de segundo, tercer nivel e institutos. Lo realiza el médico especialista de rehabilitación y otro profesional del equipo de rehabilitación que tenga las competencias necesarias: tecnólogo médico con especialidad en terapia lenguaje, ocupacional, enfermera, asistente social y psicólogo.</i></p> <p><i>Según normativa de unidades productoras de servicios de salud de Medicina física y rehabilitación. MR</i></p> <p><i>Los establecimientos deben de contar con consultorio especializado y ambientes adecuados de rehabilitación.</i></p> <p><i>Se consideran los siguientes grupos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Discapacidades relacionada a la función de la comunicación</i></li> <li>• <i>Discapacidad relacionada al aprendizaje</i></li> <li>• <i>Discapacidad intelectual y de adaptación social</i></li> </ul> <p><i>De estos grupos para la atención en rehabilitación física se consideran los siguientes diagnósticos a la salud según codificación (CIE 10) de acuerdo a las definiciones operacionales y criterios de programación.</i></p> <p><i>Los servicios principales que se brindan en las Unidades Productoras de Servicios de Rehabilitación Física son Procedimientos médico dispuestos según protocolos de atención. El equipamiento requerido para realizar las actividades de atención en rehabilitación para las personas con discapacidad física se distribuye de acuerdo al módulo del sistema de gestión de productos.</i></p> <p><i>Los Hospitales e Institutos brindan atención especializada a la las personas con discapacidad de acuerdo a su nivel y el fortalecimiento de competencias del personal de rehabilitación. Los Institutos, además, realizan investigación especializada, desarrollan tecnologías sanitarias, formulan propuestas técnico normativas y brinda docencia especializada.</i></p>					

Denominación de la actividad (8)	<b>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial e intelectual</b>
2. Organización Para la ejecución de La actividad	<b>MINSA:</b> La Dirección de Salud de las Personas (DGSP) con el apoyo técnico del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) elabora y aprueba el marco normativo que estandariza el proceso de <i>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad física</i> y elabora los materiales educativos y los difunde.
	Con su equipo de facilitadores nacionales capacita a los equipos de las DIRESA (responsables y/o coordinadores del programa presupuestal) en los contenidos de las <i>discapacidades motrices y neuromusculares, discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza y discapacidades de las extremidades superiores</i> así como otros diagnósticos degenerativos o congénitos.
	Con su equipo de facilitadores nacionales del INR e Institutos, capacita al personal especializado en Rehabilitación de los Hospitales II-1, II-2; III-1, III E y III-2 que cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Medicina de Rehabilitación (UPS-MR), para el manejo de las <i>discapacidades motrices y neuromusculares, discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza y discapacidades de las extremidades superiores</i> así como otros diagnósticos degenerativos o congénitos.
	Realiza semestralmente el seguimiento de las actividades a ese nivel y evalúa anualmente el cumplimiento de las metas.
	<b>DIRESA:</b> Coordina con el MINSA la capacitación de los profesionales especialistas en Rehabilitación de los Hospitales II-1, II-2; III-1, III E y III-2 (si lo hubiera) para el manejo de las <i>discapacidades motrices y neuro musculo esqueléticas, discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza y discapacidades de las extremidades superiores</i> así como otros diagnósticos degenerativos o congénitos.
	Capacita al personal de Rehabilitación de los Establecimientos de Salud I-4 que cuentan con Unidades Funcionales de Medicina de Rehabilitación (UF-MR) en proveer atención integral en Medicina de Rehabilitación dada a través de atención ambulatoria; continuar con los procedimientos de rehabilitación sugeridos en los establecimientos de mayor capacidad resolutive donde fueron atendidos y dar tratamiento inicial y referir adecuadamente a las personas con discapacidad que requieren tratamientos especializados.
	Realiza semestralmente el seguimiento de las actividades a nivel de los Hospitales con UPS-MR y de los Establecimientos i-4 que cuentan con UF-MR y evalúa anualmente los resultados.
	<b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-4:</b> En caso de contar con una Unidad funcional de medicina de rehabilitación, proveen atención integral en Medicina de rehabilitación a las personas con discapacidad física de acuerdo a su nivel de atención, <b><i>refiriendo al nivel superior patologías más complejas</i></b>
	<b>EL INSTITUTO Y LOS HOSPITALES</b> Brindan la atención especializada a las personas con discapacidad física tanto <i>discapacidades motrices y neuromusculares, discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza y discapacidades de las extremidades superiores</i> así como otros diagnósticos degenerativos o congénitos de acuerdo a su

<b>Denominación de la actividad (8)</b>	<b><i>Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial e intelectual</i></b>  nivel y realizan el fortalecimiento de competencias del personal de rehabilitación mediante Especialistas en Medicina de Rehabilitación con experiencia en el área. Los Institutos además realizan investigación especializada, desarrollan tecnologías sanitarias, formulan propuesta técnico normativas y brindan docencia especializada.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física para esta actividad se utilizara el reporte estadísticos de las atenciones de las patologías según el listado según de patologías Cie 10, de los tres últimos años (Histórico). De no existir reportes previos se tomará en cuenta la población asignada al establecimiento del MINSA y se considerará el 5.2% de dicha población para programación de la meta física (dato censal) <b>Fuente de información para la programación:</b> Registro administrativo de discapacidades de la salud/HIS o HIS/DIS.
4. Flujo de procesos	(*) <i>Ver flujo de procesos</i>
5. Diagrama de Gantt	(**) <i>Ver diagrama de Gatt.</i>
6. Listado de insumos	Según listado establecido en el KIT de bienes y servicios en el Sistema de Gestión de Productos.

**(\*) Flujo de procesos de la actividad Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial e intelectual**



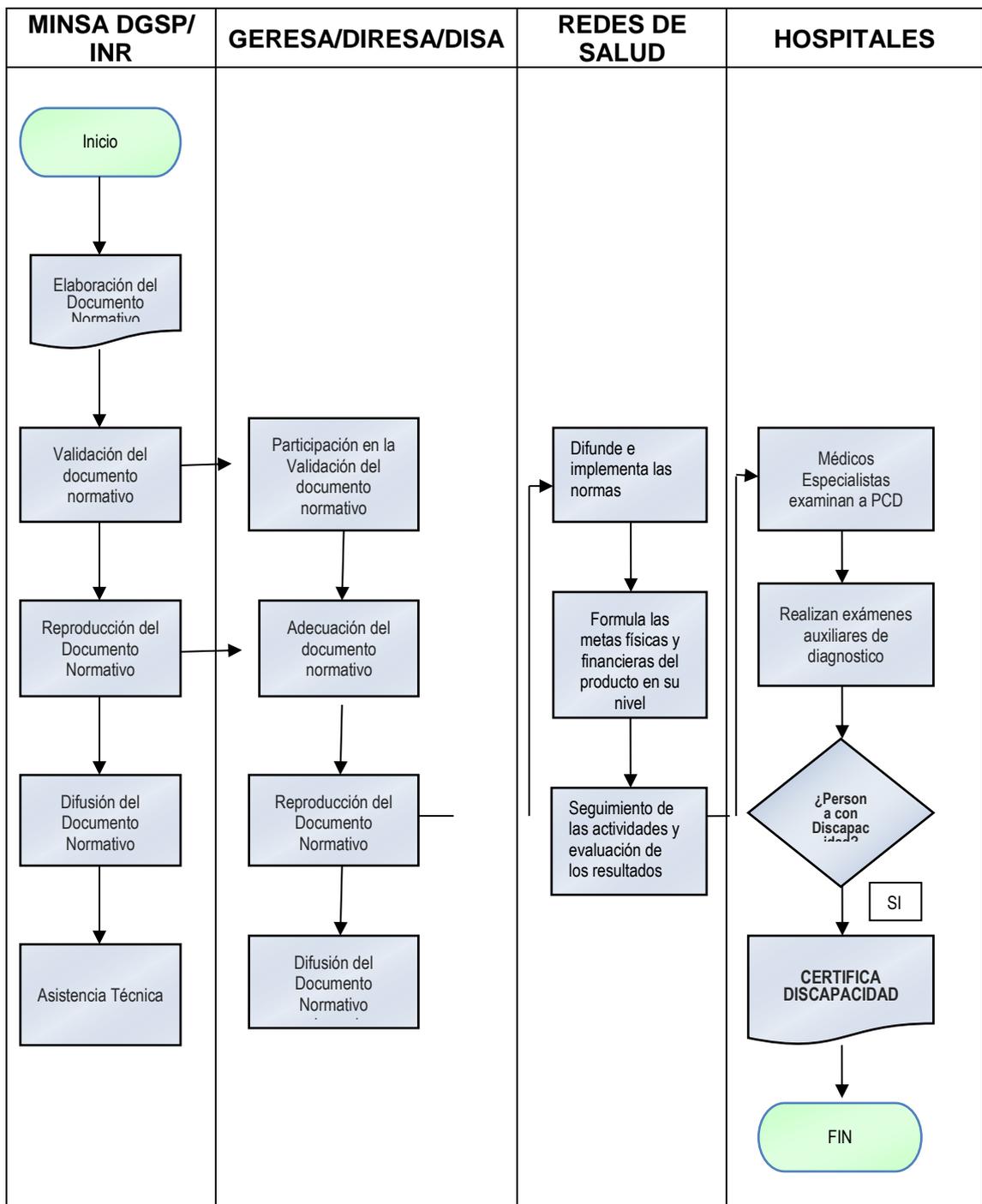
**(\*\*) Diagrama de Gantt de Atención de rehabilitación para personas con discapacidad sensorial e intelectual**

ACTIVIDAD	Atención de rehabilitación en PCD de tipo Sensorial												Responsables			
	Fecha In	Fecha Fin	Duración (Días)	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET		OCT	NOV	DIC
<b>Nivel Nacional</b>																
Elaboración de documentos técnicos normativos referente a la atención que se brinda a las personas con discapacidad sensorial y que se desarrolla en los establecimientos de salud de segundo, tercer nivel e institutos, y materiales educativos	02-ene	27-feb	56	■	■											MINSA
Validación del documento normativo referido a la atención que se brinda a las personas con discapacidad sensorial	09-mar	08-abr	30			■	■									MINSA/
Asistencia técnica a las DIRESA	10-abr	27-jun	78				■	■	■							CAP NACION
<b>Nivel Regional</b>																
Adecuación de DTN y materiales educativos	16-may	15-jun	30					■	■							DIRESA
Realiza la difusión regional por diferentes medios.	26-jun	26-ago	61						■	■	■					DIRESA
Realiza el seguimiento y control de la implementación de las actividades de atención a las PCD sensorial a nivel regional y local.	15-jul	12-nov	120							■	■	■	■	■		DIRESA
<b>Redes</b>																
Coordina la formulación de las metas físicas y financieras del producto en su nivel	27-abr	11-jun	45				■	■	■							RED/ MIC RED
Capacitación al personal de los establecimientos I-4 que cuentan con UPSSMR	15-jun	13-sep	90						■	■	■					RED/ MIC RED
Realiza las actividades de Seguimiento de las actividades y evaluación de los resultados	01-jul	18-dic	170							■	■	■	■	■		RED/ MIC RED
<b>Establecimientos de Salud I-4 con con UPSSMR.</b>																
Realiza la atención que se brinda a las personas con discapacidad sensorial de acuerdo a la normatividad vigente	01-ago	17-dic	138									■	■	■		EESS
<b>INSTITUTOS Y HOSPITALES</b>																
Realiza la atención que se brinda a las personas con discapacidad sensorial de acuerdo a la normatividad vigente	01-ago	17-dic	138									■	■	■		EESS

<b>Denominación de la actividad</b>	<b>Certificación de discapacidad</b>					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad ( <i>Marque con un aspa</i> )	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Unidad de medida del indicador de producción física	<b>Certificado</b>					
<b>Modelo operacional de la actividad</b>						
1. Definición operacional	El certificado de discapacidad acredita la condición de persona con discapacidad. Es otorgado por todos los Hospitales del Ministerio de Salud, que cuenten con servicios de rehabilitación y que cuenten con médicos Certificadores. El proceso consiste en la evaluación, calificación y la certificación.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p><i>MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo para la evaluación, Calificación y Certificación de la discapacidad y para la certificación de incapacidad (Emisión del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de Invalidez) y difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica, en coordinación con los demás niveles.</i></p> <p><i>GERESA/DIRESA/DIRIS: Adecua el marco normativo cuando corresponda, las difunde a las Redes y Establecimientos de Salud e implementa las normas a través de los responsables del componente de Discapacidad, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados.</i></p> <p><b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CERTIFICADORES DE LA DISCAPACIDAD:</b>  <i>Para los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Locales desde el nivel I-4. Es donde finalmente se realiza la entrega del certificado de discapacidad según normativa a través del proceso de evaluación, calificación y certificación. Para la emisión del certificado de discapacidad, pueden contar en forma temporal o permanente con un médico certificador de la discapacidad.</i></p>					
3. Criterios de programación	<p>Se programara teniendo en cuenta el valor históricos más alto de los tres últimos años, en las regiones que ya cuenten con médicos generales capacitados para la emisión del Certificado de Discapacidad .La programación para los siguientes años será considerando un incremento del 20%.</p> <p><b>Fuente de información para la programación:</b>  <i>Registro administrativo de discapacidades de la salud/HIS</i></p>					

4. Flujo procesos	de	(*) Ver Flujo de procesos
5. Diagrama Gantt	de	(**) Ver diagrama de Gantt.
6. Listado insumos	de	Según listado establecido en el KIT de bienes y servicios en el Sistema de Gestión de Productos.

**(\*) Flujo de procesos de la actividad certificación de discapacidad**

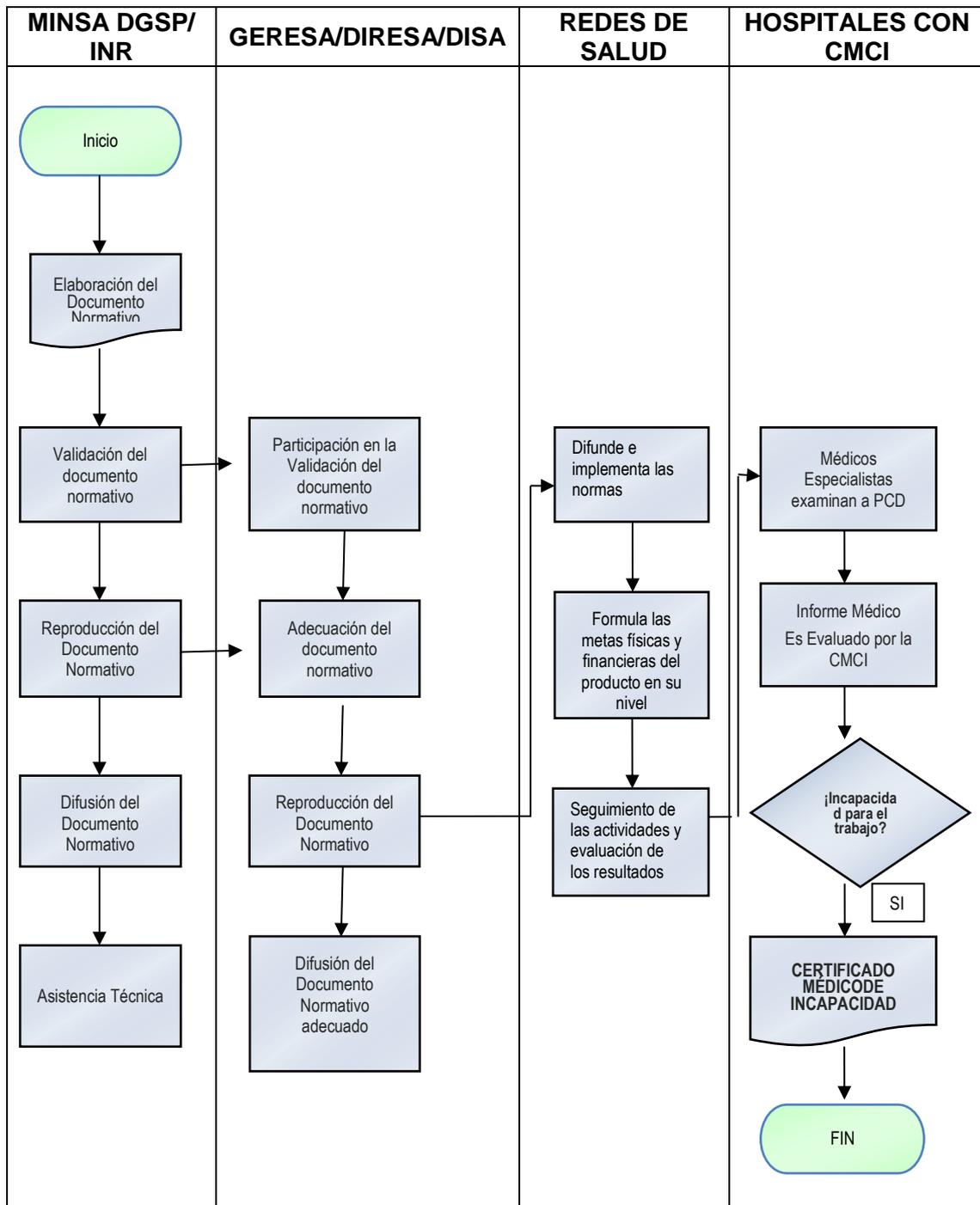


**(\*\*) Diagrama de Gantt de Certificación de discapacidad.**

DIAGRAMA DE GANTT																
ACTIVIDAD	Certificación de discapacidad															
	Fecha In	Fecha Fin	Duración (Días)	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Responsables
<b>Nivel Nacional</b>																
Elaboración de documentos técnicos normativos para certificar la discapacidad	02-ene	30-ene	28	■												MINSA
Validación del documento normativo referido a la certificación de la discapacidad	09-feb	27-feb	18		■											MINSA/
Asistencia técnica (Capacitación) a las DIRESA, Institutos y Hospitales	27-feb	30-abr	62			■	■									CAP NACION
<b>Nivel Regional</b>																
Realiza la difusión a Hospitales regionales por diferentes medios y capacitan al personal de Hospitales	01-may	30-jul	90					■	■	■						DIRESA
Realiza el seguimiento y control de la implementación de las actividades de certificación	01-ago	30-dic	151								■	■	■	■	■	DIRESA
<b>HOSPITALES E INSTITUTOS</b>																
Médicos Especialistas y médicos generales capacitados examinan a Personas en situación de discapacidad, realizan exámenes auxiliares de diagnóstico y certifican discapacidad	01-jun	18-dic	200						■	■	■	■	■	■	■	Establecimientos de Salud

<b>Denominación de la actividad</b>	<b>Certificación de incapacidad</b>					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad ( <i>Marque con un aspa</i> )	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Unidad de medida del indicador de producción física	<b>Certificado</b>					
<b>Modelo operacional de la actividad</b>						
1. Definición operacional	El certificado de incapacidad es el documento técnico – médico administrativo y legal expedido por la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad (CMCI) que determina el grado y naturaleza de la incapacidad de una persona, conforme a las normas vigentes (DS: N° 003-MINSA/DGSP-V.01).					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p><b>MINSA:</b> Elabora y aprueba el marco normativo para la evaluación, Calificación y Certificación de la discapacidad y para la certificación de incapacidad (Emisión del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de la pensión de Invalidez) y difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica, en coordinación con los demás niveles.</p> <p><b>GERESA/DIRESA/DIRIS:</b> Adecua el marco normativo cuando corresponda, las difunde a las Redes y Establecimientos de Salud e implementa las normas a través de los responsables del componente de Discapacidad, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados.</p> <p><b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON COMISIONES MÉDICAS CERTIFICADORAS DE LA INCAPACIDAD.</b> Para los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Locales desde el nivel II-2, en las que corresponde conformar las CMCI. Se lleva a cabo el proceso para las personas que así lo solicitaran de acuerdo a la población objetivo de acuerdo a la normativa sobre certificación de la incapacidad vigente</p>					
3. Criterios de programación	Se programara teniendo en cuenta el valor más alto de los últimos tres años, el incremento de porcentaje anual será de 5% en forma anual.					
	<b>Fuente de información para la programación:</b> <i>Registro administrativo de discapacidades de la salud/HIS</i>					
4. Flujo de procesos	(*) <i>Ver Flujo de procesos</i>					
5. Diagrama de Gantt	(**) <i>Ver diagrama de Gantt.</i>					
6. Listado de insumos	Según listado establecido en el KIT de bienes y servicios en el Sistema de Gestión de Productos.					

(\*) Flujo de procesos de la actividad certificación de incapacidad



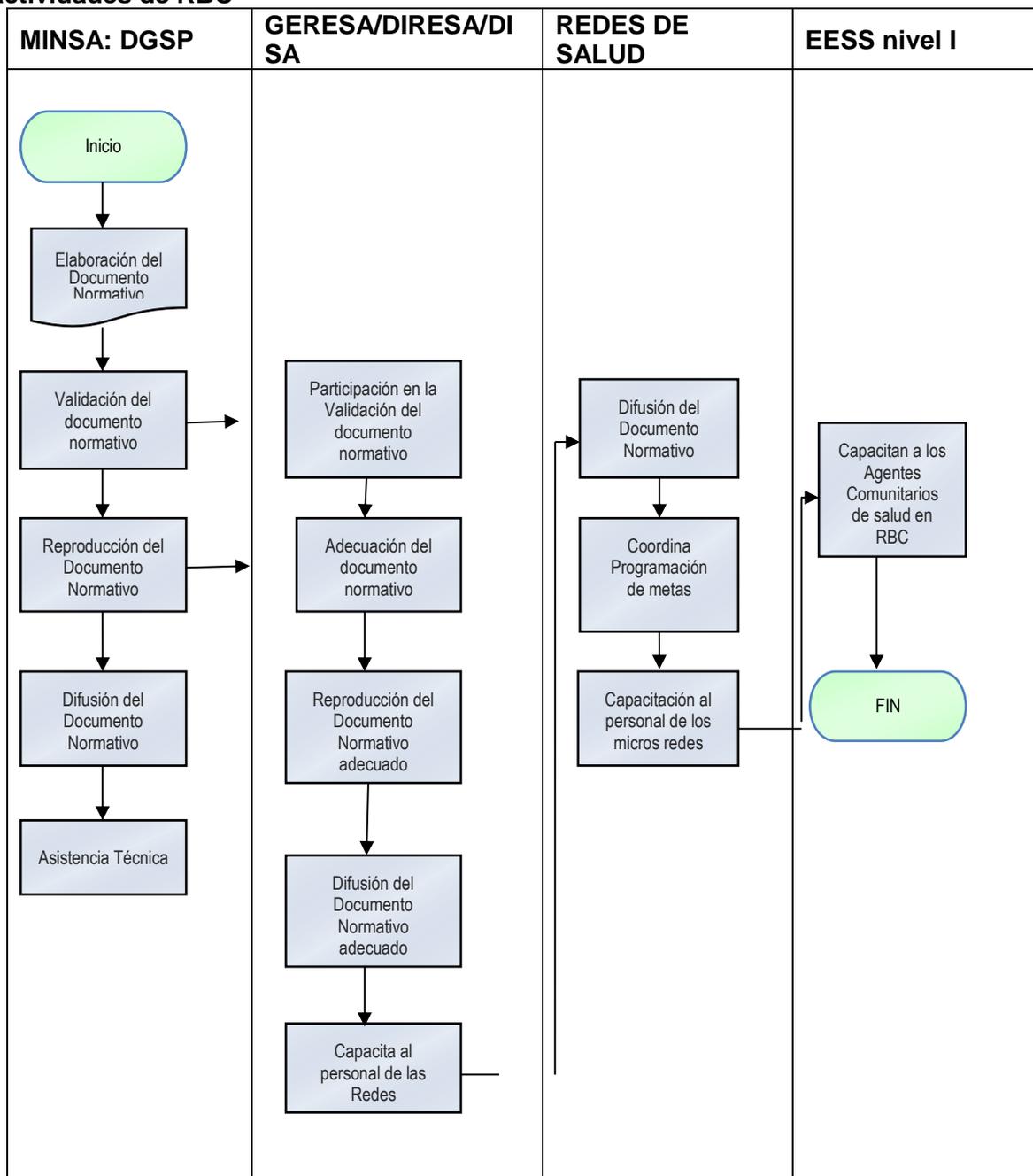
**(\*\*) Diagrama de Gantt de Certificación de incapacidad.**

DIAGRAMA DE GANTT																
ACTIVIDAD	Certificación de discapacidad															
	Fecha In	Fecha Fin	Duración (Días)	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Responsables
<b>Nivel Nacional</b>																
Elaboración de documentos técnicos normativos para certificar la discapacidad	02-ene	30-ene	28	■												MINSA
Validación del documento normativo referido a la certificación de la discapacidad	09-feb	27-feb	18		■											MINSA/
Asistencia técnica (Capacitación) a las DIRESA, Institutos y Hospitales	27-feb	30-abr	62			■	■									CAP NACION
<b>Nivel Regional</b>																
Realiza la difusión a Hospitales regionales por diferentes medios y capacitan al personal de Hospitales	01-may	30-jul	90					■	■	■						DIRESA
Realiza el seguimiento y control de la implementación de las actividades de certificación	01-ago	30-dic	151								■	■	■	■	■	DIRESA
<b>HOSPITALES E INSTITUTOS</b>																
Médicos Especialistas y médicos generales capacitados examinan a Personas en situación de discapacidad, realizan exámenes auxiliares de diagnóstico y certifican discapacidad	01-jun	18-dic	200						■	■	■	■	■	■	■	Establecimientos de Salud

<b>Denominación de la actividad (13)</b>	<b>Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en actividades de RBC</b>					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad ( <i>Marque con un aspa</i> )	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Unidad de medida del indicador de producción física	<b>(088) Persona capacitada</b>					
<b>Modelo operacional de la actividad</b>						
1. Definición operacional	Los servicios de Rehabilitación basadas en la Comunidad (RBC) tiene como objetivo disminuir el impacto de la limitación por medio de la ampliación de coberturas y la integración de personas con discapacidad.					
	Este enfoque implica que los recursos de rehabilitación estén disponibles dentro de la comunidad, para aprovechar y potenciar los recursos humanos y materiales de la comunidad.					
	<i>El personal de salud capacitado en RBC y que ejecutan dichas actividades, capacita a los agentes comunitarios.</i>					
	<i>La capacitación incluye 2 sesiones que incluirá la siguiente temática:</i>					
	<i>Tema 1: Conociendo la discapacidad</i>					
	<i>Tema 2: Identificación de la Persona con Discapacidad</i>					
	<i>Tema 3: Igualdad de oportunidades y derechos en salud, de personas con discapacidad.</i>					
	<i>Tema 4: Factores de Riesgo en la Persona con Discapacidad</i>					
	<i>Tema 5: Atención de apoyo a la Persona con Discapacidad</i>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<i>Cada sesión dura 4 horas en 2 días consecutivos.</i>					
	<b>MINSA:</b> Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza la actividad de la <b>Rehabilitación basada en la comunidad</b> la que incluye la <b>Capacitación a agentes comunitarios en actividades de RBC</b> , difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas de capacitación a las DIRESAS,.					
	<b>GERESA/DIRESA/DISA:</b> Adecua el marco normativo y materiales educativos, y capacita al personal responsables y/o coordinadores del programa presupuestal de las Redes y Micro redes. Realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados.					
	<b>REDES DE SALUD:</b> Difunden el marco normativo y materiales educativos que estandariza la actividad de la Rehabilitación basada en la comunidad capacita a los responsables y/o coordinadores del programa presupuestal					

<b>Denominación de la actividad (13)</b>	<b>Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en actividades de RBC</b>
	de micro redes. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto.
	<b>MICRO REDES:</b> Difunden el marco normativo y materiales educativos que estandariza la actividad de la Rehabilitación basada en la comunidad a los establecimientos de salud. Capacita al personal de sus establecimientos de salud adscritos.
	<b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:</b> Los personal de salud capacitado en RBC y que ejecutan dichas actividades, capacita a los agentes comunitarios de salud en los temas mencionados, de modo que puedan brindar el apoyo necesario para que el personal establecimiento de salud cumpla con la labor de asegurar que todas las personas con discapacidad tengan acceso a la atención de la salud.
3. Criterios de programación	10% de agentes comunitarios capacitados en RBC en cada una de las DIRESA y establecimientos de salud del primer nivel.
4. Flujo de procesos	(*) Ver Flujo de procesos
5. Diagrama de Gantt	(**) Ver diagrama de Gantt.
6. Listado de insumos	Según listado establecido en el KIT de bienes y servicios en el Sistema de Gestión de Productos

**(\*) Flujo de procesos Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en actividades de RBC**



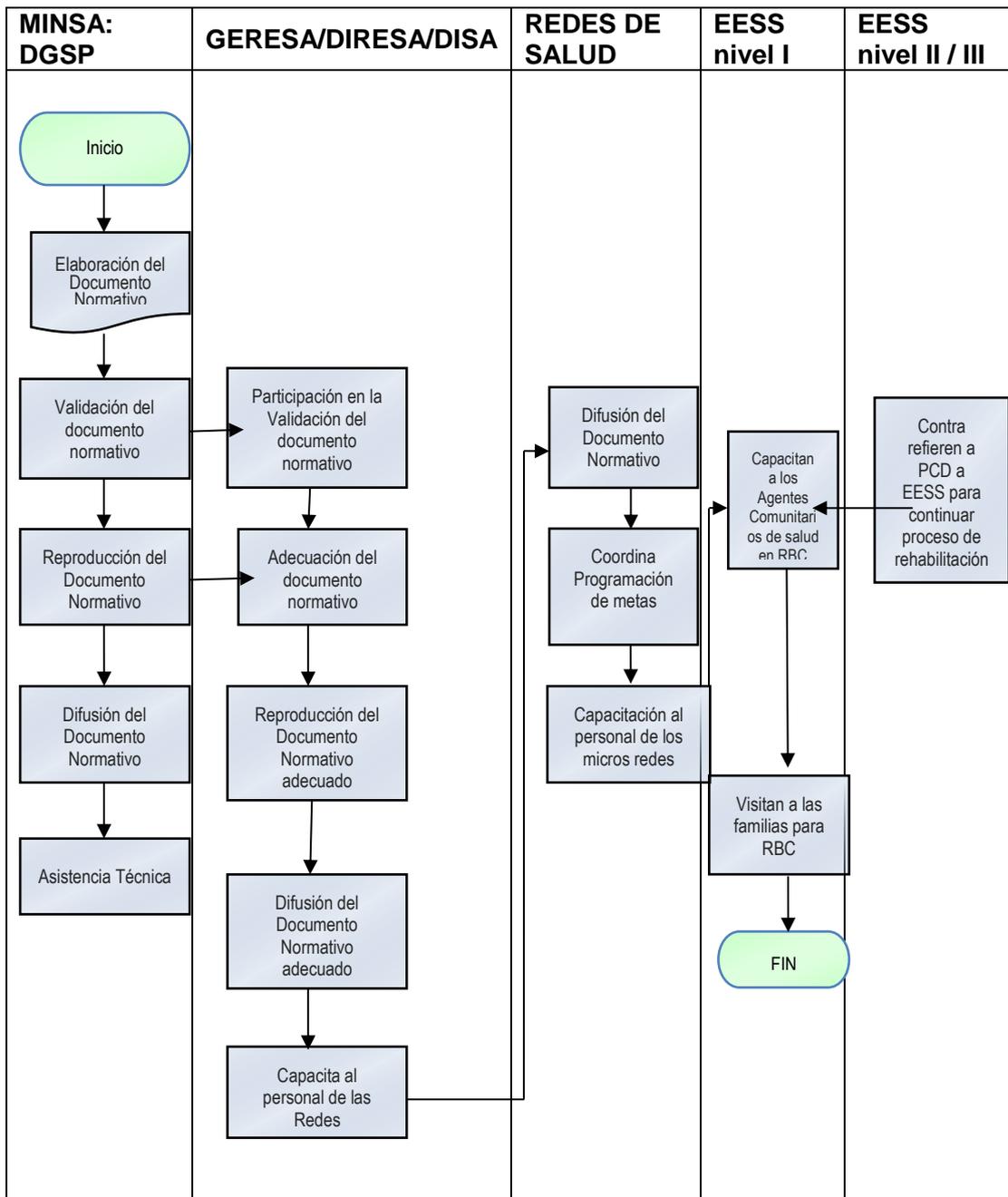
**(\*\*) Diagrama de Gantt de Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en actividades de RBC**

ACTIVIDAD	Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en actividades de RBC															
			Duración	ENE	FEB	MAI	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Responsables
	Fecha In	Fecha Fin	(Días)													
<b>Nivel Nacional</b>																
Elaboración de documentos técnicos normativos y materiales educativos que estandariza las actividades de RBC	02-ene	30-ene	28	■												
Validación del documento normativo referido las actividades de RBC que incluye las actividades con los agentes comunitarios	09-feb	27-feb	18		■											
Asistencia técnica (Capacitación) a las DIRESA	27-feb	03-abr	35		■	■	■									
<b>Nivel Regional</b>																
Adecuación de DTN y materiales educativos	16-mar	30-abr	45			■	■									
Realiza la difusión regional por diferentes medios y capacita al personal de las Redes	01-may	29-ago	120					■	■	■	■					
Realiza el seguimiento y control de la implementación de las actividades de RBC, y el acompañamiento de los agentes comunitarios	01-sep	30-dic	120									■	■	■	■	■
<b>Redes y Micro redes</b>																
Coordina la formulación de las metas físicas y financieras de la actividad en su nivel	27-feb	08-abr	40			■	■									
Capacitación personal de Micro redes y EESS para en actividades de RBC,	30-abr	29-jul	90			■	■	■								
Realiza las actividades de Seguimiento de las actividades y evaluación de los resultados	30-ago	30-dic	122							■	■	■	■	■	■	■
<b>Establecimientos de Salud</b>																
El personal de salud de RBC realiza las intervenciones de rehabilitación en el domicilio o comunidad y la capacitación a los agentes comunitarios de salud para que apoyen las actividades de identificación de personas con	01-jun	30-dic	212							■	■	■	■	■	■	■

<b>Denominación de la actividad (14)</b>	<b>Visitas a familias para la rehabilitación basada en la comunidad</b>					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	<b>X</b>
Unidad de medida del indicador de producción física	<b>(056) Familia</b>					
<b>Modelo operacional de la actividad</b>						
1. Definición operacional	La rehabilitación basada en la comunidad es una estrategia multisectorial de desarrollo inclusivo con base comunitaria fundamentada en los derechos humanos de la persona con discapacidad (PCD), sus familias y la comunidad en general.					
	Esta actividad se realiza en los hogares a través de la visita domiciliaria a las personas con discapacidad. Los responsables de la entrega del producto son el personal de salud del establecimiento de salud que cuenta con UPS-MR desde el nivel I-4 en adelante capacitados en RBC y con el apoyo de los agentes comunitarios capacitados en RBC.					
	Las visitas regulares a los hogares son efectuadas por el personal de salud capacitados en RBC del establecimiento de salud					
	Este personal debe :					
	Evaluar las discapacidades de los pacientes.					
	Realizar las indicaciones de la especialidad ejecutando los procedimientos de rehabilitación dependiente de cada caso específico.					
	Establecer la interrelación con otras especialidades para desarrollar la rehabilitación cuando la requiere la persona con determinada discapacidad Derivar o referir pacientes a otras especialidades o niveles de atención que así lo requieran.					
	Transferir tecnologías apropiadas a los agentes comunitarios.					
	Realizar actividades de educación para la salud al paciente sobre sus discapacidades y la prevención de nuevas complicaciones.					
	Orientar a las familias sobre el manejo de los pacientes discapacitados.					
	Brindar información médico- rehabilitadora a los grupos de riesgo.					
	Brindar seguimiento a la persona discapacitada hasta su reinserción socio laboral.					
	Realizar actividades de terreno a los ingresos domiciliarios a pacientes que no pueden desplazarse o evolucionan insatisfactoriamente.					
	Realizar evaluaciones periódicas de los resultados del programa.					
Los agentes comunitarios deberán apoyar en la rehabilitación básica, por ejemplo, en actividades de la vida diaria para personas con discapacidad, mejorar la autoestima de la PCD y promover educación inclusiva a niños con discapacidad.						
La Persona con Discapacidad y su familia debe recibir como mínimo 2 visitas para la identificación de necesidades y riesgos a nivel personal, familiar, social y del entorno (barreras); y para la orientación y consejería respectiva de RBC.						

Denominación de la actividad (14)	<b>Visitas a familias para la rehabilitación basada en la comunidad</b>
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p><b>MINSA:</b> Elabora y aprueba el marco normativo referido a las visitas domiciliarias para brindar RBC y los materiales educativos que se requieran para complementar la atención en domicilio. e implementa las normas a través de reuniones técnicas, incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica a DIRESAS, en coordinación con los demás niveles.</p> <p><b>GERESA/DIRESA/DISA:</b> Difunde e implementa las normas y adecua los materiales educativos, cuando corresponda. Realiza la programación de las visitas con el personal de las REDES. Realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados.</p> <p><b>REDES DE SALUD y MICRO REDES:</b> Difunden e implementa las normas a los EESS, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Capacita al personal de sus establecimientos de salud en la modalidad de visitas RBC y realiza la programación de las visitas por establecimiento</p> <p><b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION:</b> El personal de salud capacitado en RBC realiza las intervenciones de rehabilitación en el domicilio o comunidad y la capacitación a los agentes comunitarios de salud para que apoyen las actividades de identificación de personas con discapacidad y acompañen al personal de salud en los procesos de visita a las familias que cuentan con integrantes con discapacidad y participen en brindar protección a las personas discapacitadas, apoyar en el proceso de rehabilitación.</p>
3. Criterios de programación	<p>100% de las familias que cuenten entre sus integrantes con al menos una persona con discapacidad dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud.</p> <p>Se programa como mínimo 2 visitas anuales a la familia de Persona con Discapacidad</p> <p>Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) y población asignada a los establecimientos de salud, a través de la Oficina de Estadística e Informática, en el nivel nacional y regional. Permite determinar la población que puede ser programada en el rubro de discapacidad, equivalente al 5.2% del total según ENEDIS 2012.</p> <p><b>Fuente de información:</b> Reportes del Sistema de Información en Salud (HIS).</p>
4. Flujo de procesos	(*) Ver Flujo de procesos
5. Diagrama de Gantt	(**) Ver diagrama de Gantt.
6. Listado de insumos	Según listado establecido en el KIT de bienes y servicios en el Sistema de Gestión de Productos

(\*) Flujo de procesos: Visitas a familias para la rehabilitación basada en la comunidad



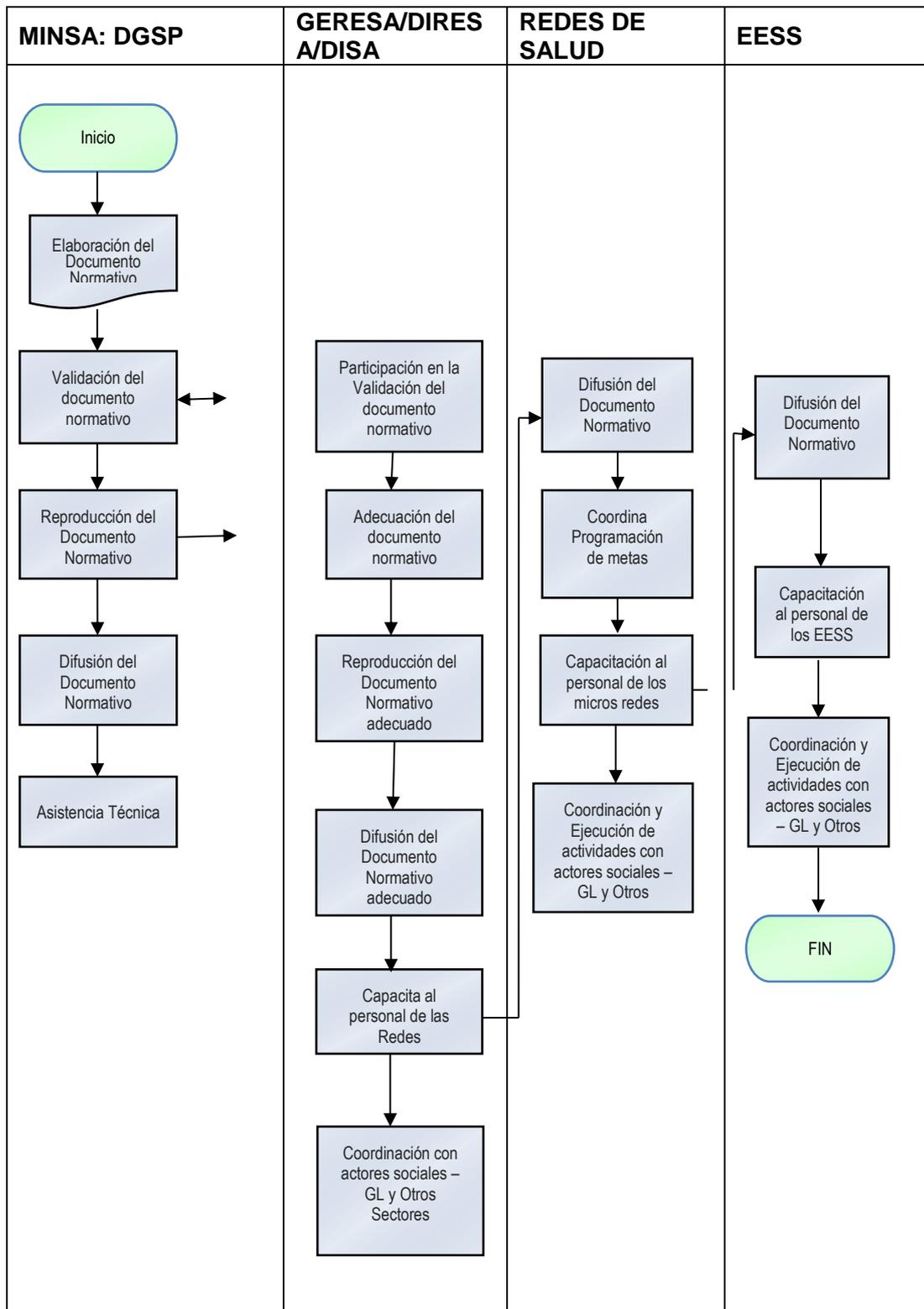
**(\*\*) Diagrama de Gantt de Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en actividades de RBC**

ACTIVIDAD	Visitas a familias para la rehabilitación basada en la comunidad,															Responsables
	Duracion			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
	Fecha In	Fecha Fin	(Dias)													
<b>Nivel Nacional</b>																
Elaboración de documentos técnicos normativos y materiales educativos que estandariza la actividad de las Visitas a familias para RBC	02-ene	30-ene	28													
Validación del documento normativo referido a las Visitas a familias para la rehabilitación basada en la comunidad	09-feb	27-feb	18													
Asistencia técnica a las DIRESA	27-feb	03-abr	35													
<b>Nivel Regional</b>																
Adecuación de DYN y materiales educativos	16-may	30-jun	45													
Realiza la difusión regional por diferentes medios y capacita al personal de las Redes	01-jun	30-ago	90													
Realiza el seguimiento y control de la implementación de las actividades de Visitas a familias para la rehabilitación basada en la comunidad	01-sep	30-nov	90													
<b>Redes y Micro redes</b>																
Coordina la formulación de las metas físicas y financieras de la actividad en su	08-mar	17-abr	40													
Capacitación con personal de Micro redes y EESS para capacitar a agentes comunitarios en actividades Visitas a familias para RBC	12-may	10-ago	90													
Realiza las actividades de Seguimiento de las actividades y evaluación de los	30-ago	30-dic	122													
<b>Establecimientos de Salud</b>																
Capacita a los Agentes Comunitarios de Salud para el apoyo al personal de RBC de los establecimientos en las visitas	01-jun	30-dic	212													

<b>Denominación de la actividad (13)</b>	<b>Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad</b>					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)	<b>GN</b>	<b>X</b>	<b>GR</b>	<b>X</b>	<b>GL</b>	
Unidad de medida del indicador de producción física	<b>(088) Persona capacitada</b>					
<b>Modelo operacional de la actividad</b>						
1. Definición operacional	Los servicios de Rehabilitación basadas en la Comunidad (RBC) tiene como objetivo disminuir el impacto de la limitación por medio de la ampliación de coberturas y la integración de personas con discapacidad.					
	Este enfoque implica que los recursos de rehabilitación estén disponibles dentro de la comunidad, para aprovechar y potenciar los recursos humanos y materiales de la comunidad. Así mismo identifica a los actores sociales de la comunidad, así como de sus autoridades locales quienes deberán ser captados, capacitados y comprometidos en la ejecución de esta estrategia.					
	<i>El personal de salud capacitado en RBC identificara a los actores sociales de la comunidad de los gobiernos locales del ministerio de educación y otros para que asuman el compromiso de trabajar por las Personas con Discapacidad las capacitaciones tendrá las siguientes temáticas.</i>					
	<i>La capacitación incluye 2 sesiones que incluirá la siguiente temática:</i>					
	<b>GOBIERNOS LOCALES:</b> ARTICULACION DE ACTIVIDADES DE OMAPED CON EL SECTOR SALUD					
	<b>GOBIERNOS REGIONALES:</b> ARTICULACION DE ACTIVIDADES DE OREDIS CON ACTIVIDADES DEL PP 0129					
	<b>DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION</b> ARTICULACION DE ACTIVIDADES PARA LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD					
	<b>DIRIGENTES VECINALES.</b> <b>IDENTIFICACION DE LASPCD Y SUS NECESIDADES SOCIALES</b> <b>ABORDAJE PARA LA INSERCIÓN AL SISTEMA DE SALUD</b> <b>AL PERSONAL DE SALUD:</b>					
<i>Tema 1: Conociendo la discapacidad</i>						
<i>Tema 2: Identificación de la Persona con Discapacidad</i>						
<i>Tema 3: Igualdad de oportunidades y derechos en salud, de personas con discapacidad.</i>						
<i>Tema 4: Factores de Riesgo en la Persona con Discapacidad</i>						

<b>Denominación de la actividad (13)</b>	<b>Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad</b>
	<i>Tema 5: Atención de apoyo a la Persona con Discapacidad</i>
	<i>Cada sesión dura 4 horas en 2 días consecutivos.</i>
2. Organización para la ejecución de la actividad	<b>MINSA:</b> Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza la actividad de la <b>Rehabilitación basada en la comunidad</b> la que incluye la <b>Capacitación a personal de establecimientos de salud, actores sociales y agentes comunitarios en actividades de RBC</b> , difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas de capacitación a las DIRESAS.
	<b>GERESA/DIRESA/DISA:</b> Adecua el marco normativo y materiales educativos, y capacita al personal responsables y/o coordinadores del programa presupuestal de las Redes y Micro redes. Realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados.
	<b>REDES DE SALUD:</b> Difunden el marco normativo y materiales educativos que estandariza la actividad de la Rehabilitación basada en la comunidad capacita a los responsables y/o coordinadores del programa presupuestal de micro redes. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto.
	<b>MICRO REDES:</b> Difunden el marco normativo y materiales educativos que estandariza la actividad de la Rehabilitación basada en la comunidad a los establecimientos de salud. Capacita al personal de sus establecimientos de salud adscritos.
	<b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:</b> <i>El personal de salud capacitado en RBC y que ejecutan dichas actividades, capacita a los agentes comunitarios de salud en los temas mencionados, de modo que puedan brindar el apoyo necesario para que el personal establecimiento de salud cumpla con la labor de asegurar que todas las personas con discapacidad tengan acceso a la atención de la salud.</i>
3. Criterios de programación	<i>5% de actores sociales capacitados en RBC en cada una de las DIRESA y establecimientos de salud del primer nivel.</i>
4. Flujo de procesos	<i>(*) Ver Flujo de procesos</i>
5. Diagrama de Gantt	<i>(**) Ver diagrama de Gantt.</i>
6. Listado de insumos	Según listado establecido en el KIT de bienes y servicios en el Sistema de Gestión de Productos

**(\*) Flujo de procesos Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios en actividades de RBC**



**(\*\*) Diagrama de Gantt: capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia de Rehabilitación Basada**

ACTIVIDAD	CAPACITACION A ACTORES SOCIALES PARA LA APLICACION DE LA ESTRATEGIA RBC														Responsables
	Fecha In	Fecha Fi	Duración (Días)	ENE	FEB	MA	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	
<b>Nivel Nacional</b>															
Elaboración de documentos técnicos normativos y materiales educativos que estandariza las actividades de capacitación a Actores Sociales en RBC	02-ene	30-ene	28	█											
Validación del documento normativo referido las actividades de RBC que incluye las actividades con los Actores Sociales	09-feb	27-feb	18		█										
Asistencia técnica (Capacitación) a las DIRESA ,	27-feb	03-abr	35		█	█	█								
<b>Nivel Regional</b>															
Adecuación de DTN y materiales educativos	16-mar	30-abr	45			█	█								
Realiza la difusión regional por diferentes medios y capacita al personal de las Redes y coordinación con instituciones para	01-may	29-ago	120					█	█	█	█				
Realiza el seguimiento y control de la implementación de las actividades de RBC, y el acompañamiento de los agentes sociales	01-sep	30-dic	120								█	█	█	█	█
<b>Redes y Micro redes</b>															
Coordina la formulación de las metas físicas y financieras de la actividad en su nivel	27-feb	08-abr	40			█	█								
Capacitación personal de Micro redes y EESS para en actividades de RBC, en actores sociales	30-abr	29-jul	90			█	█	█							
Realiza las actividades de Seguimiento de las actividades y evaluación de los resultados en los	30-ago	30-dic	122							█	█	█	█	█	█
<b>Establecimientos de Salud</b>															
El personal de salud de RBC realiza las intervenciones de rehabilitación en el domicilio o comunidad y la capacitación a los agentes sociales de salud para que apoyen las actividades del RBC en instituciones.	01-jun	30-dic	212							█	█	█	█	█	█

### 3.7 Indicadores

#### 3.7.1 Indicadores de desempeño

Tabla N° 13

Nivel de objetivo	Enunciado o nombre del indicador
Resultado final	Porcentaje de Personas con Discapacidad que acceden a atenciones de salud especializadas e integrales en medicina física y rehabilitación
Producto 3	Porcentaje de Personas con Discapacidad certificados en EE.SS

#### Indicadores

Tabla N° 14

<b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de Personas con Discapacidad que acceden a atenciones de salud especializadas e integrales en medicina física y rehabilitación						
<b>Ámbito de control</b> Indicador de desempeño de producto PERSONA CON DICAPACIDAD QUE RECIBEN ATENCIONES EN REHABILITACION EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD						
<b>Definición:</b> Este indicador hace referencia a la proporción de <b>Personas con Discapacidad</b> (*PCD) que acceden a atención en las Unidades Productoras de Servicios de Salud de Medicina Física y Rehabilitación (UPSS-MR) para el manejo de su discapacidad considerando el listado de daños de CIE 10 y procedimientos CPMS del Programa Presupuestal 0129, del total de personas con discapacidad atendidas en la UPSS-MR. Se consideran las atenciones, procedimientos médicos, terapias física, psicológica, psiquiátrica, de lenguaje, de aprendizaje, ocupacional, de baja visión, u otro tipo realizado por médico especialista en medicina de rehabilitación, médicos de otras especialidades, licenciados en enfermería, licenciados en tecnología médica en las especialidades de terapia física, ocupacional y de lenguaje, licenciados en psicología, licenciado en trabajo social, odontólogo, nutricionista, licenciados en educación especializado en problemas de aprendizaje y técnicos en fisioterapia o técnico de enfermería capacitado en rehabilitación. * PCD: no limitado a la definición de la Ley N° 29973						
<b>Tipo de indicador (por dimensión de desempeño):</b> Eficacia						
<b>Tipo de indicador (por cadena de resultados):</b> Resultado Intermedio						
<b>Valor del indicador:</b> Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
13.4%	14.4%	16.4%	16.8%	17.5%	18.0%	18.6%
* Esta línea de base representa el registro de las UPSS-MR como denominador de datos reportados por 22 de 36 ejecutoras en el HIS DIS.						
<b>Justificación:</b> El INEI reportó que el 88,6% de la población con alguna discapacidad no recibió tratamiento para rehabilitación y solo el 11,4% si recibió algún tratamiento. Entre los que recibieron tratamiento de rehabilitación podemos mencionar los tratamientos de rehabilitación física (46,1%), tratamiento psicológico (18,9%), tratamiento psiquiátrico (11,3%), terapia de lenguaje (11,0%), apoyo emocional (3,8%), terapia ocupacional (3,6%), otro tipo (5,4%).  Para medir el acceso de las PCD a las atenciones integrales es necesario contar con indicador de cobertura sobre la población que acude a las UPSS-MR por algún tipo de atención. Este indicador revela mejor el acceso a los servicios de atención de PCD, que el porcentaje de atenciones a personas con discapacidad del total de las atenciones que brinda el ES, siendo este último un instrumento de medición						

<p><b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de Personas con Discapacidad que acceden a atenciones de salud especializadas e integrales en medicina física y rehabilitación</p>
<p>de la capacidad y organización del establecimiento frente a los pacientes con discapacidad, pero no mide cuantas de las PCD que viven en el territorio acceden a un servicio. A medida que en la comunidad se realicen acciones de captación y seguimiento de PCD, el indicador de acceso debe medir una mejor eficacia de la intervención en su conjunto y en función de futura incorporación de la variable de Discapacidad en el HIS.</p>
<p><b>Limitaciones y supuestos empleados:</b></p> <p><b>Limitaciones</b></p> <p>La información que alimenta el indicador se obtiene a través de la los registros administrativos estadísticos del sector, dado que esta información se recaba de dos sistemas estadístico tales como el Sistema de Información en Salud HIS y el HIS DIS del Programa Presupuestal 0129, el año 2015 se inició con el registro través de esta herramienta estadística.</p> <p>Los valores del indicador para los ámbitos locales, provinciales y regionales pueden depender de la cantidad de PCD que migraron o fueron referidos a un establecimiento de mayor complejidad en la Ciudad de Lima.</p> <p><b>Supuestos</b></p> <p>Existe correspondencia entre el valor del indicador y el resultado específico esperado.</p> <p>Debido a que la recolección de datos para el cálculo del indicador es a través de registros administrativos del sector se asume que son datos reales.</p>
<p><b>Precisiones técnicas, sobre el valor del indicador:</b></p> <p>Se hace referencia a las atenciones de consulta externa, procedimientos médicos, terapias de rehabilitación física, tratamiento psicológico, tratamiento psiquiátrico, terapia de lenguaje, terapia ocupacional u otro tipo de tratamiento afín, según manual de codificación del CPMS.</p>
<p><b>Método de cálculo:</b> <math>(A/B) \times 100</math></p> <p>Dónde :</p> <p>A = Número de PCD que reciben atenciones en las UPSS-MR según codificación de diagnóstico CIE 10 del PP 129 <math>\sum(QS612=1)</math></p> <p>B = Número total de personas atendidas en las UPSS-MR</p>
<p><b>Nivel de desagregación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel geográfico: nacional, regional, local</li> <li>- Administrativo: Nacional, DIRESA, GERESAS, Redes Integradas de Salud, Redes y Microredes.</li> <li>- Sexo</li> <li>- Edad</li> </ul>
<p><b>Periodicidad de las mediciones:</b></p> <p>Anual</p>
<p><b>Fuentes de datos</b></p> <p>HIS –Health Information Systems</p>
<p><b>Base de datos:</b></p> <p>Direcciones Regionales de Salud</p> <p>Dirección General de Intervenciones Estratégica en Salud Pública/Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad</p> <p>Oficina General de Tecnologías de la Información</p>
<p><b>Instrumento de recolección de información:</b></p> <p>Ficha HIS MINSA</p>
<p><b>Responsable de recopilación de datos:</b></p> <p>Oficina General de Tecnologías de la Información</p>
<p><b>Responsable de procesamiento de datos:</b></p> <p>Oficina General de Tecnologías de la Información</p>

**Nombre del indicador:** Porcentaje de Personas con Discapacidad que acceden a atenciones de salud especializadas e integrales en medicina física y rehabilitación

**Sintaxis:**

## FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

**Nombre del indicador: Porcentaje de PCD certificados en EESS**

**Ámbito de control**

Indicador de desempeño de producto PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

**Definición:** Este indicador hace referencia a la proporción de Personas con Discapacidad que obtiene certificado de discapacidad otorgados en los Establecimientos de Salud Certificadores del Ministerios de Salud y de los Gobiernos Regionales.

**Tipo de indicador (por dimensión de desempeño):**

Eficacia

**Tipo de indicador (por cadena de resultados):**

Proceso

**Valor del indicador:** Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
9%	12%	17%	20%	22%	22.5%	23.5%

**Justificación** A través del Certificado de Discapacidad emitido por los establecimientos de salud certificadores del sector público, las PCD pueden acceder a los derechos y beneficios que la ley establece.

**Limitaciones y supuestos empleados:**

**Limitaciones**

La información que alimenta el indicador se obtiene se obtiene a través de los registros del HIS del sector, este registro administrativo sectorial ha sido usado parcialmente a nivel regional ya que el año 2015 fue el primer año que se utilizó, por lo que podría ser una limitante el poco conocimiento de su importancia.

**Supuestos**

Existe correspondencia entre el valor del indicador y el resultado específico esperado.

Debido a que la recolección de datos para el cálculo del indicador es a través de una encuesta, se asume que la persona con discapacidad responde con la verdad.

El número de certificados de discapacidad emitidos a través del aplicativo es igual al reportado a través del HIS del sector.

**Precisiones técnicas, sobre el valor del indicador:**

Se toma en consideración la certificación de las PCD y el Establecimiento de Salud que otorgó la certificación.

**Método de cálculo:**

$$A/B \times 100$$

Donde

A = Número de PCD certificados en EESS certificadores

B = Total de PCD que reciben atenciones en los establecimientos de salud certificadores según codificación de diagnóstico CIE 10 del PP 129.

<b>Nombre del indicador: Porcentaje de PCD certificados en EESS</b>
<b>Nivel de desagregación:</b> - Nivel geográfico: nacional, regional, local - Administrativo: Nacional, DIRESA, GERESAS, Redes Integradas de Salud, Redes, Microredes. - Sexo
<b>Periodicidad de las mediciones:</b> Anual
<b>Fuente de datos</b> Aplicativo WEB de registro de certificado de discapacidad HIS- Health Information Systems MINSA
<b>Base de datos:</b> Direcciones Regionales de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégica en Salud Pública/Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad Oficina General de Tecnologías de la Información
<b>Instrumento de recolección de información:</b> <i>Reporte del aplicativo Web de registro de certificado de discapacidad</i> <i>Ficha HIS</i>
<b>Responsable de recopilación de datos:</b> Oficina General de Tecnologías de la Información
<b>Responsable de procesamiento de datos:</b> Oficina General de Tecnologías de la Información
<b>Sintaxis:</b>

Los **medios de verificación** de la matriz lógica serán los que se registren como **fuentes de datos** en la tabla N° 14.

### 3.7.2 Indicadores de producción física

Cada producto deberá tener un único indicador de producción física y cada actividad un único indicador de producción física. Para ellos deberá considerar el llenado de la siguiente tabla:

**Tabla N° 15**

<b>Ficha técnica del indicador de producción física</b>	
Denominación de producto / actividad	<b><i>Personas con discapacidad reciben atención en rehabilitación en establecimientos de salud</i></b>
Código de producto/actividad	<i>3000688</i>
Unidad de medida	<i>Personas con discapacidad</i>
Código de la unidad de medida	<i>375</i>
Método de medición	<i>Se considera en el conteo aquellas PCD que recibieron atención en rehabilitación en establecimientos de salud</i>
Fuente de información de la programación	<i>Registro administrativo del HIS</i>
Fuente de información para la ejecución	<i>Registro administrativo de HIS</i>
Forma de recolección de información para la ejecución	<i>Datos proviene del HIS - SIAF</i>
Responsable de medición	<i>OGEI MINSA - DIRESA</i>

<b>Ficha técnica del indicador de producción física</b>	
Denominación de producto / actividad	<b>Persona con discapacidad certificada en establecimientos de salud</b>
Código de producto / actividad	3000689
Unidad de medida	Personas certificada
Código de la unidad de medida	375
Método de medición	Se considera en el conteo aquellas PCD que fueron certificadas en establecimientos de salud
Fuente de información de la programación	Registro administrativo del Establecimiento de Saludo- HIS
Fuente de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Saludo- HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Saludo- HIS
Responsable de medición	OGEI MINSA - DIRESA

<b>Ficha técnica del indicador de producción física</b>	
Denominación de producto / actividad	<b>Personas con discapacidad reciben servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad</b>
Código de producto / actividad	3000690
Unidad de medida	Persona con discapacidad
Código de la unidad de medida	375
Método de medición	Se considera en el conteo aquellas PCD que reciben servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad
Fuente de información de la programación	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS
Fuente de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Registro administrativo a determinar – SIAF-HIS
Responsable de medición	Equipo técnico del PP

<b>Ficha técnica del indicador de producción física</b>	
Denominación de actividad	<b>Atención de rehabilitación en PCD de tipo física</b>
Código de producto / actividad	3000688 / 5005150
Unidad de medida	Atención
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se considera en el conteo aquellas personas atendidas en rehabilitación de personas con discapacidad de tipo mental
Fuente de información de la programación	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS
Fuente de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS
Responsable de medición	Equipo técnico de PP

<b>Ficha técnica del indicador de producción física</b>	
	<b>Atención de rehabilitación en PCD de tipo sensorial e intelectual</b>
Código de producto / actividad	3000688 / 5005151
Unidad de medida	Atención
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se considera en el conteo aquellas personas atendidas en rehabilitación de personas con discapacidad de tipo sensorial e intelectual.
Fuente de información de la programación	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS
Fuente de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS - SIAF
Responsable de medición	Equipo técnico de PP

<b>Ficha técnica del indicador de producción física</b>	
Denominación de actividad	<b>Certificación de discapacidad</b>
Código de producto / actividad	3000689 / 5005153
Unidad de medida	Certificado
Código de la unidad de medida	018
Método de medición	Se considera en el conteo aquellas personas con discapacidad a las que se le proveen Certificación de su discapacidad
Fuente de información de la programación	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS
Fuente de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS SIAF
Responsable de medición	Equipo técnico de PP

<b>Ficha técnica del indicador de producción física</b>	
Denominación de actividad	<b>visitas a familias para rehabilitación basada en la comunidad</b>
Código de producto / actividad	3000690 / 5005156
Unidad de medida	Familia
Código de la unidad de medida	56
Método de medición	Se considera en el conteo aquellas Familias con algún miembro en situación de Discapacidad que hayan recibido las actividades planteadas en la rehabilitación basada en la comunidad
Fuente de información de la programación	Registro administrativo del PP/Población ENEDIS-INEI-Proyección de población asignada a establecimiento.
Fuente de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS- SIAF
Responsable de medición	Equipo técnico de PP

<b>Ficha técnica del indicador de producción física</b>	
Denominación de actividad	<b>Capacitación a personal de salud y a agentes comunitarios en actividades de RBC</b>
Código de producto / actividad	3000690 / 5005155
Unidad de medida	Persona Capacitada
Código de la unidad de medida	088
Método de medición	<i>Se considera en el conteo al personal de salud y agentes comunitarios que fueron capacitados en actividades de RBC</i>
Fuente de información de la programación	<i>Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS</i>
Fuente de información para la ejecución	<i>Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS</i>
Forma de recolección de información para la ejecución	<i>Registro administrativo del Establecimiento de Salud- HIS - SIAF</i>
Responsable de medición	<i>Equipo técnico de PP</i>

### 3.8 Supuestos

Los PP pueden comprender diferentes riesgos; ambientales, financieros, institucionales, sociales, políticos, climatológicos u otros factores que pueden hacer que el programa no logre los productos y/o el resultado específico. La matriz lógica requiere la identificación de los riesgos en cada etapa: Actividad, Producto y Resultado Específico. El riesgo se expresa como un supuesto que debe ser cumplido para avanzar al nivel siguiente de objetivos.

El razonamiento es el siguiente: si llevamos a cabo las actividades indicadas y ciertos supuestos se cumplen, entonces entregamos los productos indicados. Si proveemos los productos indicados y otros supuestos se cumplen, entonces lograremos el Resultado Específico del PP.

Cabe recordar que para que una acción / factor se constituya en un supuesto, esta deberá estar fuera del ámbito de control (competencias) de la entidad / unidad responsable de la actividad, producto y/o PP.

No constituyen supuestos:

- La no asignación de recursos financieros por parte del Estado.
- Temas relacionados a la medición de los indicadores.

*Liste los supuestos para cada uno de los niveles de objetivo de la matriz lógica, siempre y cuando se considere que estos representan una condición riesgo para la población. Pueden no existir supuestos para determinados niveles de la matriz lógica o para toda la matriz.*

**Tabla N° 16**

<b>Nivel de objetivo</b>	<b>Supuestos</b>
<b>Resultado final</b> Personas con Discapacidad con Inclusión Social Integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Participación del sector educación: permite Comprensión de la educación y la discapacidad; Barreras que impiden la educación de los niños con discapacidad.</i></li> <li>- <i>Mercado laboral adecuado para las personas con discapacidad</i></li> </ul>

<p><b>Resultado específico:</b> Personas con discapacidad que desarrollan condiciones secundarias y/o incrementan su grado de discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención de servicios de salud especializada con atención de calidad para PCD,</li> <li>- Atención en servicios de terapias físicas ocupacionales etc.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia social durante el proceso de rehabilitación médica</li> <li>- Divulgación, información y orientación en materia de discapacidad y rehabilitación</li> </ul>
<p><b>Producto 1:</b> Personas con discapacidad reciben atención en rehabilitación basada en establecimientos de salud</p> <p><b>Producto 2:</b> Provisión de ayudas técnicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento en la adherencia al tratamiento</li> <li>- Efectuar actividades de diagnóstico y terapias integrales para las PCD</li> </ul>
	<p>Provisión de ayudas técnicas a personas con discapacidad según criterios de selección.</p>
<p><b>Producto 3:</b> Persona con discapacidad certificada en establecimientos de salud</p>	<p>Personal de salud capacitado en otorgar certificado de discapacidad</p>
<p><b>Producto 4:</b> Personas con discapacidad reciben servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad</p>	<p>Compromiso por parte del personal de Salud y agentes comunitarios, para la ejecución de la Estrategia de Rehabilitación basada en la Comunidad.</p>
<p><b>Actividad 1.1:</b> Atención de rehabilitación en PCD de tipo física</p>	<p>Establecimientos de Salud fortalecidos para brindar adecuadamente atención de rehabilitación de tipo sensorial y mental</p>
<p><b>Actividad 1.2:</b> Atención de rehabilitación en PCD de tipo sensorial y mental</p>	<p>Establecimientos de Salud fortalecidos para brindar adecuadamente atención de rehabilitación de tipo sensorial y mental</p>
<p><b>Actividad 2.1</b> <b>Entrega de ayudas técnicas</b></p>	<p>Establecimientos de Salud entregan ayudas técnicas según evaluación y calificación.</p>
<p><b>Actividad 3.1:</b> Certificación de discapacidad</p>	<p>Personal de salud medico capacitado en otorgar certificado de discapacidad</p>
<p><b>Actividad 4.1:</b> Capacitación a personal de salud y a agentes comunitarios en rehabilitación basada en la comunidad</p>	<p>Personal de Salud Capacitados en la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad</p>
<p><b>Actividad 4.2:</b> Actividades de RBC mediante agentes comunitarios</p>	<p>Incentivos financieros a los agentes comunitarios capacitado en RBC</p>
<p><b>Actividad 4.3:</b> <b>capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia RBC</b></p>	<p>Actores sociales capacitados y comprometidos en la ejecución de la Rehabilitación basada en la Comunidad</p>

### 3.9 Vinculación del Programa Presupuestal con los objetivos de política nacional

El resultado final es un cambio en las condiciones, cualidades o características inherentes a una población identificada, del entorno en el que se desenvuelven o de las organizaciones que la sirven, tanto del sector público como privado, y corresponde a un objetivo de política nacional (objetivo específico del Plan Bicentenario). Podrán existir uno o más PP y/o productos de PP que compartan un mismo resultado final, o un PP que esté vinculado a más de un resultado final.

Cabe señalar que la lista referencial de resultados finales se publicará en el portal institucional del Ministerio de Economía y Finanzas [www.mef.gob.pe](http://www.mef.gob.pe), la cual se construye sobre la base del *Plan Bicentenario – El Perú hacia el 2021* de CEPLAN, considerando sus ejes estratégicos, objetivos nacionales, y objetivos específicos de los cuales se derivan los resultados finales.

Señale la vinculación del Resultado Específico del PP con uno o más Resultados Finales (lista referencial de resultados finales) a través de las evidencias que justifiquen dicha relación (Ver Nota I), de acuerdo a la siguiente tabla:

**Tabla N° 17**

<b>Resultado final</b>	<p><b>Refiera el eje estratégico:</b> Eje estratégico 2: Oportunidades y acceso a los servicios</p> <p><b>Objetivo nacional:</b> Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos</p> <p><b>Resultado final:</b> Personas con Discapacidad con Inclusión Social Integral</p>
<b>Resultado específico</b>	<i>Baja proporción de Personas con discapacidad que desarrollan condiciones secundarias y/o incrementan su grado de discapacidad</i>
<b>Sustento de la relación RF – RE</b>	<p>C3 29. McConkey R1, Collins S. Using personal goal setting to promote the social inclusion of people with intellectual disability living in supported accommodation. <i>J Intellect Disabil Res.</i> 2010 Feb;54(2):135-43. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01224.x. Epub 2009 Oct 28.</p> <p>A3 30. Nicholson L1, Cooper SA. Social exclusion and people with intellectual disabilities: a rural-urban comparison. <i>J Intellect Disabil Res.</i> 2013 Apr;57(4):333-46. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01540.x. Epub 2012 Mar 28.</p>

### 3.10 Matriz lógica del Programa Presupuestal

Una vez desarrollados todos los contenidos del 3.1. – 3.7., la información generada podrá ser sistematizada en una matriz lógica del PP.

Tabla N° 18: Matriz lógica del Programa Presupuestal

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
<b>Resultado final</b>			
<i>Personas con Discapacidad con Inclusión Social Integral</i>	<i>Proporción de Personas con Discapacidad con Inclusión Social Integral</i>	<i>ENEDIS-INEI</i>	<i>-Participación del sector educación: permite Comprensión de la educación y la discapacidad; Barreras que impiden la educación de los niños con discapacidad. -Mercado laboral adecuado para las personas con discapacidad</i>
<b>Resultado específico</b>			
<i>Baja proporción de Personas con discapacidad que desarrollan condiciones secundarias y/o incrementan su grado de discapacidad</i>	<i>-Proporción de PCD que manejan su discapacidad primaria -Proporción de PCD que manejan sus condiciones secundarias</i>	<i>ENEDIS-INEI-MINSA</i>	<i>Provisión de ayudas técnicas</i>
<b>Actividades</b>			
<p><b>1. Personas con discapacidad reciben atención en rehabilitación basada en establecimientos de salud</b></p> <p>a. Atención de rehabilitación en PCD de tipo física.</p> <p>- Atención de rehabilitación en PCD de tipo sensorial y mental.</p> <p><b>2.-provisión de productos de apoyo a personas en situación de discapacidad</b></p>	<p>- Proporción de Atención de rehabilitación en PCD de tipo física.</p> <p>- Proporción de Atención de rehabilitación en PCD de tipo sensorial y mental.</p> <p>-Proporción de PCD beneficiados con entrega de ayudas técnicas</p> <p>- Proporción de Certificación de discapacidad</p>	<p><i>HIS- MIS - MINSA</i></p>	<p>- Atención de servicios de salud especializada con atención de calidad para PCD, Atención en servicios de terapias físicas ocupacionales etc</p> <p>- Aumento en la adherencia al tratamiento</p> <p>- Efectuar actividades de diagnóstico y terapias integrales para las PCD</p>

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
<p><b>2. Persona con discapacidad certificada en establecimientos de salud</b></p> <p>a. <i>Certificación de discapacidad</i></p> <p><b>3. Personas con discapacidad reciben servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad</b></p> <p>a. <i>Familia con rehabilitación basada en la comunidad mediante agentes comunitarios</i></p> <p>b. <i>Capacitación a agentes comunitarios en actividades de RBC</i></p> <p>c. <i>Capacitación a actores sociales para la aplicación de la estrategia RBC</i></p>	<p><i>Porcentaje de personas con discapacidad que reciben servicios de Rehabilitación Basada en la Comunidad.</i></p>		<p><i>Personal de salud capacitado en otorgar certificado de discapacidad</i></p> <p><i>Personal de Salud Capacitados en la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad</i></p> <p><i>Actores sociales capacitados y comprometidos en la ejecución de la Rehabilitación basada en la Comunidad</i></p>

#### IV. SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Tablas N°21 al 24 pendientes de elaboración luego del primer año de ejecución.

#### V. PROGRAMACION FISICA Y FINANCIERA

##### 5.1. Definiciones

**Programación Física:** La meta física proyectada para la programación multianual en este caso deberá de tener como base la meta física programada para el año 2015.

**Programación Financiera:** La meta financiera deberá ser coherente con la meta física programada. En nuestro caso, se está considerando como base el PIA 2015.

**Programación Multianual:** La programación de metas físicas y financieras para los años 2016, 2017 y 2018 tendrán como base la programación de metas físicas y financieras del año base (2015). Sin embargo, se deberá de considerar los ajustes que sean necesarios para que guarde coherencia la relación entre meta física y meta financiera.

## 5.2. Cálculos Previos

### 5.2.1. Cuantificación de la Población Priorizada

Tabla N° 25: Cuantificación de la Población Priorizada

REGION	POBLACION CON DISCAPACIDAD PROYECTADA DEL 2013-2018 AL 5.2% ANUAL						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>PERÚ</b>	<b>1,575,402</b>	<b>1,584,707</b>	<b>1,602,337</b>	<b>1,619,885</b>	<b>1,637,434</b>	<b>1,654,982</b>	<b>1,653,033</b>
AMAZONAS	13,626	21,809	21,898	21,977	22,055	22,133	22,212
ÁNCASH	45,722	59,070	59,405	59,729	60,053	60,376	60,700
APURÍMAC	22,821	23,625	23,746	23,859	23,972	24,086	24,199
AREQUIPA	82,970	65,476	66,205	66,935	67,664	68,393	69,123
AYACUCHO	31,777	35,028	35,420	35,810	36,201	36,591	36,981
CAJAMARCA	59,878	79,028	79,303	79,547	79,791	80,035	80,279
CALLAO	60,251	51,106	51,816	52,536	53,257	53,978	54,699
CUSCO	45,066	67,632	68,058	68,470	68,882	69,294	69,706
HUANCAVELICA	22,916	25,349	25,546	25,738	25,930	26,121	26,313
HUÁNUCO	39,261	44,081	44,420	44,748	45,076	45,403	45,731
ICA	41,999	40,118	40,527	40,933	41,338	41,744	42,149
JUNÍN	45,622	69,225	69,735	70,241	70,746	71,251	71,757
LA LIBERTAD	71,939	94,342	95,522	96,701	97,881	99,060	100,239
LAMBAYEQUE	43,095	64,474	65,018	65,554	66,089	66,625	67,161
LIMA	636,439	496,132	503,829	511,589	519,350	527,110	534,870
LORETO	31,962	52,944	53,506	54,047	54,588	55,129	55,670
MADRE DE DIOS	4,788	6,806	6,973	7,140	7,307	7,474	7,641
MOQUEGUA	11,519	9,190	9,288	9,385	9,482	9,579	9,676
PASCO	14,598	15,590	15,703	15,816	15,929	16,042	16,155
PIURA	82,531	94,360	95,134	95,895	96,656	97,417	98,177
PUNO	81,865	72,264	72,930	73,612	74,293	74,975	75,657
SAN MARTÍN	30,708	42,539	43,135	43,721	44,307	44,893	45,479
TACNA	20,621	17,330	17,554	17,776	17,997	18,218	18,439
TUMBES	13,170	12,037	12,201	12,360	12,518	12,677	12,835
UCAYALI	20,258	25,153	25,463	25,767	26,072	26,376	7,183

Fuente: Año Base 2012 - 1° ENCUESTA NACIONAL ESPECIALIZADA SOBRE DISCAPACIDAD - INEI (2012)

### 5.2.2. Estimación de la Meta Proyectada para los indicadores de resultado específico del Programa Presupuestal

### 5.2.3. Cálculo de la Meta de Producto

Tabla N°26 en fase de desarrollo

## 5.3. Programación de Producción Anual

**Tabla N°28: Programación Anual – Meta Física y Financiera de Productos**

Producto / Proyecto / Actividad	Unidad de producción física (unidad de medida)	Meta de producción física PROYECTAD A Año 2018 TODAS LAS REGIONES (meta física)	Recursos Financieros (S/.) (PIA 2018)	C/U
<b>3000688 PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCION EN REHABILITACION BASADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>	<b>ATENCION</b>	<b>1,666,771</b>	<b>S/. 48,828,749</b>	<b>S/. 29.30</b>
5004449 CAPACITACION EN MEDICINA DE REHABILITACION	PERSONA CAPACIDAD A	3,477	S/. 1,797,711	S/. 517.03
5005150 ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA	ATENCION	1,338,195	S/. 36,257,697	S/. 27.09
5005151 ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL	ATENCION	136,267	S/. 5,398,367	S/. 39.62
5005152 ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL	ATENCION	188,832	S/. 5,374,974	S/. 28.46
<b>3000689 PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>	<b>CERTIFICAD O</b>	<b>38,937</b>	<b>S/. 5,229,008</b>	<b>S/. 134.29</b>
5005153 CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CERTIFICAD O	34,541	S/. 4,497,023	S/. 130.19
5005154 CERTIFICACION DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO	CERTIFICAD O	4,396	S/. 731,985	S/. 166.51
<b>3000690 PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN SERVICIOS DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD</b>	<b>FAMILIA</b>	<b>37,542</b>	<b>S/. 3,302,329</b>	<b>S/. 87.96</b>
5005155 CAPACITACION A AGENTES COMUNITARIOS EN REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD	PERSONA CAPACIDAD A	28,790	S/. 2,582,904	S/. 89.72
5005156 VISITAS A FAMILIAS PARA REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD MEDIANTE AGENTES COMUNITARIOS	FAMILIA	7,530	S/. 264,530	S/. 35.13
5005925 CAPACITACION A ACTORES SOCIALES PARA LA APLICACION DE LA ESTRATEGIA RBC	PERSONA CON DISCAPACIDAD	1,222	S/. 454,895	S/. 372.25
<b>3000001 ACCIONES COMUNES</b>	<b>INFORME</b>	<b>755</b>	<b>S/. 7,004,865</b>	<b>S/. 9,277.97</b>
5005145 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	INFORME	664	S/. 3,343,354	S/. 5,035.17
5005144 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN DISCAPACIDAD	NORMA	91	S/. 3,661,511	S/. 40,236.38

Fuente: Cubo Multianual MEF

#### 5.4. Programación Multianual

**Tabla N° 29: Programación Multianual de Metas Físicas de Productos**

<b>Producto / Proyecto / Actividad</b>	<b>Unidad de producción física (unidad de medida)</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>3000687 PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN SERVICIOS DE PROMOCION DE LA SALUD</b>	<b>PERSONA CAPACITADA</b>	22,084	0	0	0	0
5005146 CAPACITACION EN ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD ORIENTADAS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	PERSONA CAPACITADA	18,776	0	0	0	0
5005147 CAPACITACION A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA LA PROMOCION DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	ESTABLECIMIENTO	2,104	0	0	0	0
5005148 CAPACITACION A LOS MUNICIPIOS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	MUNICIPIO	283	0	0	0	0
5005149 CAPACITACION A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	INSTITUCION EDUCATIVA	922	0	0	0	0
<b>3000687 PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN SERVICIOS DE PROMOCION DE LA SALUD</b>	<b>ATENCION</b>	<b>1,320,953</b>	<b>2,424,940</b>	<b>1,667,347</b>	<b>1,720,764</b>	<b>1,773,118</b>
5004449 CAPACITACION EN MEDICINA DE REHABILITACION	PERSONA CAPACITADA	4,668	7,344	3,477	3,535	3,586
5005150 ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA	ATENCION	999,493	1,905,711	1,338,195	1,376,447	1,417,281
5005151 ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL	ATENCION	138,084	244,450	136,267	142,623	147,366
5005152 ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL	ATENCION	178,708	267,435	189,408	198,159	204,885
<b>3000688 PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCION EN REHABILITACION BASADA</b>	<b>CERTIFICADO</b>	<b>80,043</b>	<b>38,399</b>	<b>38,961</b>	<b>41,707</b>	<b>43,308</b>

<b>Producto / Proyecto / Actividad</b>	<b>Unidad de producción física (unidad de medida)</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>						
5005153 CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	CERTIFICADO	76,452	33,953	34,541	37,132	38,583
5005154 CERTIFICACION DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO	CERTIFICADO	3,591	4,446	4,420	4,575	4,725
<b>3000689 PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>	<b>FAMILIA</b>	<b>9,764</b>	<b>9,359</b>	<b>37,573</b>	<b>38,041</b>	<b>38,759</b>
5005155 CAPACITACION A AGENTES COMUNITARIOS EN REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD	PERSONA CAPACITADA	4,736	5,291	28,790	28,798	28,968
5005156 VISITAS A FAMILIAS PARA REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD MEDIANTE AGENTES COMUNITARIOS	FAMILIA	5,028	0	0	0	0
5005924 VISITAS A LAS FAMILIAS PARA REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD	FAMILIA	0	3,394	7,561	7,947	8,411
5005925 CAPACITACION A ACTORES SOCIALES PARA LA APLICACION DE LA ESTRATEGIA RBC	PERSONA CAPACITADA	0	674	1,222	1,296	1,380
<b>ACCIONES COMUNES</b>	<b>INFORME</b>	<b>514</b>	<b>571</b>	<b>755</b>	<b>758</b>	<b>720</b>
5005145 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	INFORME	465	507	664	664	626
5005144 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN DISCAPACIDAD	NORMA	49	64	91	94	94

Fuente: Cubo Multianual MEF

Tabla N° 30: Programación Multianual de Metas Financieras de Productos

PROGRAMACION MULTIANUAL DE METAS FINANCIERA DE PRODUCTO					
Producto / Proyecto / Actividad	PROGRAMACION MULTIANUAL, Meta de producción financiera (meta financiera)				
	2,016	2017	2,018	2,019	2020
<b>3000687 PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN SERVICIOS DE PROMOCION DE LA SALUD</b>	S/. 1,839,206	S/. 0	S/. 0	S/. 0	S/. 0
5005146 CAPACITACION EN ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD ORIENTADAS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	S/. 914,822	S/. 0	S/. 0	S/. 0	S/. 0
5005147 CAPACITACION A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA LA PROMOCION DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	S/. 410,718	S/. 0	S/. 0	S/. 0	S/. 0
5005148 CAPACITACION A LOS MUNICIPIOS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	S/. 221,063	S/. 0	S/. 0	S/. 0	S/. 0
5005149 CAPACITACION A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	S/. 292,603	S/. 0	S/. 0	S/. 0	S/. 0
<b>3000688 PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCION EN REHABILITACION BASADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>	S/. 37,032,156	S/. 47,254,120	S/. 49,540,312	S/. 49,864,701	S/. 48,567,037
5004449 CAPACITACION EN MEDICINA DE REHABILITACION	S/. 849,555	S/. 1,155,578	S/. 1,207,261	S/. 1,283,226	S/. 1,094,163
5005150 ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA	S/. 24,631,077	S/. 33,593,933	S/. 37,558,547	S/. 37,615,180	S/. 36,848,487
5005151 ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL	S/. 3,976,622	S/. 4,443,211	S/. 5,399,380	S/. 5,513,497	S/. 5,299,259
5005152 ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL	S/. 7,574,902	S/. 8,061,398	S/. 5,375,124	S/. 5,452,798	S/. 5,325,128
<b>3000689 PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>	S/. 4,669,602	S/. 4,463,383	S/. 5,223,708	S/. 5,309,835	S/. 5,043,125
5005153 CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	S/. 3,488,989	S/. 3,804,798	S/. 4,491,603	S/. 4,578,289	S/. 4,310,961
5005154 CERTIFICACION DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO	S/. 1,180,613	S/. 658,585	S/. 732,105	S/. 731,546	S/. 732,164
<b>3000690 PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN</b>	S/. 1,269,149	S/. 1,735,527	S/. 3,297,629	S/. 3,382,213	S/. 3,514,105

<b>PROGRAMACION MULTIANUAL DE METAS FINANCIERA DE PRODUCTO</b>					
<b>Producto / Proyecto / Actividad</b>	<b>PROGRAMACION MULTIANUAL, Meta de producción financiera (meta financiera)</b>				
	<b>2,016</b>	<b>2017</b>	<b>2,018</b>	<b>2,019</b>	<b>2020</b>
<b>SERVICIOS DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD</b>					
5005155 CAPACITACION A AGENTES COMUNITARIOS EN REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD	S/. 721,549	S/. 1,412,586	S/. 2,577,904	S/. 2,642,520	S/. 2,770,291
5005156 VISITAS A FAMILIAS PARA REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD MEDIANTE AGENTES COMUNITARIOS	S/. 547,600	S/. 0	S/. 0	S/. 0	S/. 0
5005924 VISITAS A LAS FAMILIAS PARA REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD	S/. 0	S/. 185,808	S/. 264,830	S/. 284,310	S/. 287,586
5005925 CAPACITACION A ACTORES SOCIALES PARA LA APLICACION DE LA ESTRATEGIA RBC	S/. 0	S/. 137,133	S/. 454,895	S/. 455,383	S/. 456,228
<b>3000001 ACCIONES COMUNES</b>	S/. 4,913,264	S/. 4,154,274	S/. 7,004,865	S/. 7,014,622	S/. 6,900,322
5005145 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	S/. 3,822,407	S/. 3,073,622	S/. 3,343,354	S/. 3,352,531	S/. 3,246,643
5005144 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN DISCAPACIDAD	S/. 1,090,857	S/. 1,080,652	S/. 3,661,511	S/. 3,662,091	S/. 3,653,679

**Fuente: Cubo Multianual MEF**

**Tabla N° 31: Estructura Programática Propuesta**

<b>Estructura Programática</b>	
<b>CODIGO PROGRAMA</b>	0129
<b>PROGRAMA PPTO</b>	PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO PRODUCTO</b>	3000001
<b>PRODUCTO</b>	ACCIONES COMUNES
<b>CODIGO MEDIDA PRODUCTO</b>	....
<b>UNIDAD MEDIDA PRODUCTO</b>	....
<b>CODIGO ACTIVIDAD</b>	5005144
<b>ACTIVIDAD</b>	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN DISCAPACIDAD
<b>CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD</b>	080
<b>UNIDAD MEDIDA ACTIVIDAD</b>	NORMA
<b>CODIGO FUNCION</b>	20
<b>FUNCION</b>	SALUD
<b>CODIGO DIVISION</b>	044
<b>DIVISION FUNCIONAL</b>	SALUD INDIVIDUAL
<b>CODIGO GRUPO</b>	0097
<b>GRUPO FUNCIONAL</b>	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
<b>CODIGO FINALIDAD</b>	0136012

<b>Estructura Programática</b>	
<b>FINALIDAD</b>	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN DISCAPACIDAD
<b>CODIGO AMBITO</b>	N
<b>AMBITO</b>	NACIONAL Y REGIONAL

<b>Estructura Programática</b>	
<b>CODIGO PROGRAMA</b>	0129
<b>PROGRAMA PPTO</b>	PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO PRODUCTO</b>	3000001
<b>PRODUCTO</b>	ACCIONES COMUNES
<b>CODIGO MEDIDA PRODUCTO</b>	....
<b>UNIDAD MEDIDA PRODUCTO</b>	....
<b>CODIGO ACTIVIDAD</b>	5005145
<b>ACTIVIDAD</b>	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<b>CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD</b>	060
<b>UNIDAD MEDIDA ACTIVIDAD</b>	INFORME
<b>CODIGO FUNCION</b>	20
<b>FUNCION</b>	SALUD
<b>CODIGO DIVISION</b>	044
<b>DIVISION FUNCIONAL</b>	SALUD INDIVIDUAL
<b>CODIGO GRUPO</b>	0097
<b>GRUPO FUNCIONAL</b>	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
<b>CODIGO FINALIDAD</b>	0136013
<b>FINALIDAD</b>	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<b>CODIGO AMBITO</b>	N
<b>AMBITO</b>	NACIONAL Y REGIONAL

<b>Estructura Programática</b>	
<b>CODIGO PROGRAMA</b>	0129
<b>PROGRAMA PPTO</b>	PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO PRODUCTO</b>	3000688
<b>PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCION EN REHABILITACION BASADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
<b>CODIGO MEDIDA PRODUCTO</b>	375
<b>UNIDAD MEDIDA PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO ACTIVIDAD</b>	5004449
<b>ACTIVIDAD</b>	CAPACITACION EN MEDICINA DE REHABILITACION
<b>CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD</b>	088
<b>UNIDAD MEDIDA ACTIVIDAD</b>	PERSONA CAPACITADA
<b>CODIGO FUNCION</b>	20
<b>FUNCION</b>	SALUD
<b>CODIGO DIVISION</b>	044
<b>DIVISION FUNCIONAL</b>	SALUD INDIVIDUAL
<b>CODIGO GRUPO</b>	0097
<b>GRUPO FUNCIONAL</b>	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
<b>CODIGO FINALIDAD</b>	0136018
<b>FINALIDAD</b>	CAPACITACION EN MEDICINA DE REHABILITACION
<b>CODIGO AMBITO</b>	N
<b>AMBITO</b>	NACIONAL Y REGIONAL

<b>Estructura Programática</b>	
<b>CODIGO PROGRAMA</b>	0129
<b>PROGRAMA PPTO</b>	PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO PRODUCTO</b>	3000688
<b>PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCION EN REHABILITACION BASADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
<b>CODIGO MEDIDA PRODUCTO</b>	375
<b>UNIDAD MEDIDA PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO ACTIVIDAD</b>	5005150
<b>ACTIVIDAD</b>	ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA
<b>CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD</b>	006
<b>UNIDAD MEDIDA ACTIVIDAD</b>	ATENCION
<b>CODIGO FUNCION</b>	20
<b>FUNCION</b>	SALUD
<b>CODIGO DIVISION</b>	044
<b>DIVISION FUNCIONAL</b>	SALUD INDIVIDUAL
<b>CODIGO GRUPO</b>	0097
<b>GRUPO FUNCIONAL</b>	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
<b>CODIGO FINALIDAD</b>	0136019
<b>FINALIDAD</b>	ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA
<b>CODIGO AMBITO</b>	N
<b>AMBITO</b>	NACIONAL Y REGIONAL

<b>Estructura Programática</b>	
<b>CODIGO PROGRAMA</b>	0129
<b>PROGRAMA PPTO</b>	PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO PRODUCTO</b>	PROPUESTA
<b>PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCION EN REHABILITACION BASADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
<b>CODIGO MEDIDA PRODUCTO</b>	375
<b>UNIDAD MEDIDA PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO ACTIVIDAD</b>	PROPUESTA
<b>ACTIVIDAD</b>	ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL E INTELLECTUAL
<b>CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD</b>	006
<b>UNIDAD MEDIDA ACTIVIDAD</b>	ATENCION
<b>CODIGO FUNCION</b>	20
<b>FUNCION</b>	SALUD
<b>CODIGO DIVISION</b>	044
<b>DIVISION FUNCIONAL</b>	SALUD INDIVIDUAL
<b>CODIGO GRUPO</b>	0097
<b>GRUPO FUNCIONAL</b>	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
<b>CODIGO FINALIDAD</b>	XXXXX
<b>FINALIDAD</b>	ATENCION DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL E INTELLECTUAL
<b>CODIGO AMBITO</b>	N
<b>AMBITO</b>	NACIONAL Y REGIONAL

<b>Estructura Programática</b>	
<b>CODIGO PROGRAMA</b>	0129
<b>PROGRAMA PPTO</b>	PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO PRODUCTO</b>	3000689
<b>PRODUCTO</b>	PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
<b>CODIGO MEDIDA PRODUCTO</b>	375
<b>UNIDAD MEDIDA PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO ACTIVIDAD</b>	5005153
<b>ACTIVIDAD</b>	CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD
<b>CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD</b>	018
<b>UNIDAD MEDIDA ACTIVIDAD</b>	CERTIFICADO
<b>CODIGO FUNCION</b>	20
<b>FUNCION</b>	SALUD
<b>CODIGO DIVISION</b>	044
<b>DIVISION FUNCIONAL</b>	SALUD INDIVIDUAL
<b>CODIGO GRUPO</b>	0097
<b>GRUPO FUNCIONAL</b>	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
<b>CODIGO FINALIDAD</b>	0136022
<b>FINALIDAD</b>	CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD
<b>CODIGO AMBITO</b>	N
<b>AMBITO</b>	NACIONAL Y REGIONAL

<b>Estructura Programática</b>	
<b>CODIGO PROGRAMA</b>	0129
<b>PROGRAMA PPTO</b>	PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO PRODUCTO</b>	3000690
<b>PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN SERVICIOS DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD
<b>CODIGO MEDIDA PRODUCTO</b>	375
<b>UNIDAD MEDIDA PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO ACTIVIDAD</b>	PROPUESTO
<b>ACTIVIDAD</b>	CAPACITACION A PERSONAL DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS EN REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD
<b>CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD</b>	088
<b>UNIDAD MEDIDA ACTIVIDAD</b>	PERSONA CAPACITADA
<b>CODIGO FUNCION</b>	20
<b>FUNCION</b>	SALUD
<b>CODIGO DIVISION</b>	043
<b>DIVISION FUNCIONAL</b>	SALUD COLECTIVA
<b>CODIGO GRUPO</b>	0095
<b>GRUPO FUNCIONAL</b>	CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD
<b>CODIGO FINALIDAD</b>	0136024
<b>FINALIDAD</b>	CAPACITACION A PERSONAL DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS EN REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD
<b>CODIGO AMBITO</b>	N
<b>AMBITO</b>	NACIONAL Y REGIONAL

<b>Estructura Programática</b>	
<b>CODIGO PROGRAMA</b>	0129
<b>PROGRAMA PPTO</b>	PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO PRODUCTO</b>	3000690
<b>PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN SERVICIOS DE REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD
<b>CODIGO MEDIDA PRODUCTO</b>	375
<b>UNIDAD MEDIDA PRODUCTO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD
<b>CODIGO ACTIVIDAD</b>	PROPUESTO
<b>ACTIVIDAD</b>	VISITAS A FAMILIAS PARA REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD
<b>CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD</b>	056
<b>UNIDAD MEDIDA ACTIVIDAD</b>	FAMILIA
<b>CODIGO FUNCION</b>	20
<b>FUNCION</b>	SALUD
<b>CODIGO DIVISION</b>	043
<b>DIVISION FUNCIONAL</b>	SALUD COLECTIVA
<b>CODIGO GRUPO</b>	0095
<b>GRUPO FUNCIONAL</b>	CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD
<b>CODIGO FINALIDAD</b>	0136025
<b>FINALIDAD</b>	VISITAS A FAMILIAS PARA REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD MEDIANTE AGENTES COMUNITARIOS
<b>CODIGO AMBITO</b>	N
<b>AMBITO</b>	NACIONAL Y REGIONAL

**Tabla N° I.1. Narrativo de evidencias**

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información</b> <i>(primaria, secundaria)</i>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
1	Sociodemographic features and diagnoses as predictors of severe disability in a sample of adults applying for disability certification	Raggi A, Covelli V, Pagani M, Meucci P, Martinuzzi A, Buffoni M, Russo E, Leonardi M	Int J Rehabil Res. 2014 Feb 6	Estudio primario	Evalúa la asociación entre los factores sociodemográficos y factores relacionados con el número y tipo de comorbilidades, y la presencia de discapacidad grave en una población de adultos que solicitan la certificación de discapacidad.	Los datos han sido recogidos mediante un protocolo basado en la Clasificación ICF. Regresión logística jerárquica se realizó para evaluar la asociación entre la discapacidad severa y el sexo, edad, estado civil, educación, situación de vivienda, el número y tipo de diagnóstico. En total, 552 personas se inscribieron (46,2 % varones, edad media 62,3 años), con una media de tres diagnósticos, sobre todo mentales, neurológicos y cardiovasculares. Estar casado / cohabitando y los niveles de educación más altos estuvieron asociados con probabilidades reducidas de gran invalidez; viviendo con otras personas, como en una institución, se asoció con un aumento de las probabilidades. Nuestros resultados muestran que la edad y el nivel educativo se asociaron con discapacidad grave, y que no se encontró asociación con el número de enfermedades: En nuestra opinión, esto es específico de la población de personas con discapacidad.	A3

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
2	Disability status as an antecedent to chronic conditions: National Health Interview Survey, 2006-2012.	Dixon-Ibarra A, Horner-Johnson W.	Prev Chronic Dis. 2014 Jan 30;11:13 0251. doi: 10.5888/pcd11.13 0251.	Estudio primario	Evaluó el estado de discapacidad como un antecedente de enfermedades crónicas: National Health Interview Survey, 2006-2012.	Los adultos con discapacidades de por vida eran más propensos a tener enfermedades crónicas que los adultos sin limitaciones, lo que indica que probablemente la discapacidad aumenta el riesgo de desarrollar problemas de salud. Después de ajustar las diferencias sociodemográficas, los adultos con discapacidades de por vida tenían mayor probabilidad de tener las siguientes condiciones crónicas en comparación con los adultos sin limitaciones: enfermedad coronaria (odds ratio ajustada [ AOR ] = 2,92 , IC 95%: 2,33 a 3,66 ), Cáncer ( AOR = 1,61, IC 95 % , 1,34-1,94), la diabetes (AOR=2,57, IC 95 % , 2.10 a 3.15 ), la obesidad (AOR=1,81, IC 95 % , 1,63-2,01) y la hipertensión (AOR=2,18, IC 95 % , 1,94-2,45).	C1
3	Disparities in chronic conditions and health status by	Horner-Johnson W, Dobbertin K, Lee JC, Andresen EM;	Disabil Health J. 2013 Oct;6(4): 280-6.	Estudio primario	Para examinar las diferencias en las condiciones crónicas y el estado de salud entre los subgrupos de personas con diferentes tipos de discapacidad.	Investigaciones anteriores han establecido las disparidades de salud entre las personas con y sin discapacidad. Sin embargo, las disparidades dentro de la población con discapacidad, tales como los relacionados con el tipo de discapacidad, han sido mucho menos estudiado. Se analizaron los archivos de datos de la encuesta anual de Panel de Gastos Médicos	

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	type of disability.	Expert Panel on Disability and Health Disparities.				<p>2002-2008. Análisis de regresión logística considerado disparidad desde tres perspectivas: 1 ) Diferencias básicas, sin ajustar por otros factores, 2) controlar las covariables demográficas y de salud clave, y 3 ) el control de un conjunto más amplio de variables demográficas y el nivel socioeconómico, así como la salud y el acceso a cuidado de la salud . Los individuos con la visión, los tipos de discapacidad física, cognitiva, o múltiples les fue peor que las personas con discapacidad auditiva en la mayoría de los resultados de salud. Esto fue lo más constantemente cierto para las personas con discapacidades múltiples. Aun cuando todas las covariables fueron contabilizadas, las personas con diversos tipos de discapacidad fueron significativamente más probabilidades (<math>p &lt; 0,05</math>) que los que tienen (grupo de referencia) discapacidad auditiva reportar todos los resultados de salud pobres, con la excepción del IMC <math>\geq 25</math> y la enfermedad pulmonar.</p> <p>Si bien muchas de las diferencias entre tipos de discapacidad se redujeron cuando se controlan</p>	

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
						otros factores, algunas diferencias siguieron siendo significativas. Esto aboga por un enfoque más individualizado a la comprensión y prevención de enfermedades crónicas y problemas de salud en los grupos de discapacidades específicas.	
4	Diferencias in functioning of individuals with tetraplegia and paraplegia according to the International Classification of Functioning,	Herrmann KH, Kirchberger I, Biering-Sørensen F, Cieza A	Spinal Cord. 2011 Apr;49(4):534-43. doi: 10.1038/sc.2010.156. Epub 2010 Nov 2.	Estudio primario	Identificar y cuantificar las diferencias en el funcionamiento de las personas con tetraplejía frente paraplejía utilizando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) como marco de referencia.	El análisis de regresión logística identificó una variedad de diferencias en los problemas funcionales en las personas con tetraplejía en comparación con las personas con paraplejía. El CIF tiene el potencial para indicar las diferencias en las condiciones de salud .	B3

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	Disability and Health (ICF).						
5	Influence of Spasticity on Mobility and Balance in Persons With Multiple Sclerosis	Sosnoff et al	JNPT 2011;35: 129–132	Estudio primario	La espasticidad es un trastorno motor caracterizado por un aumento dependiente de la velocidad de los reflejos tónicos de estiramiento que afecta presumiblemente movilidad y el equilibrio. Esta investigación examinó la hipótesis de que las personas con esclerosis múltiple (EM) que tienen la espasticidad de las extremidades inferiores tendrían más deterioro de la movilidad y el equilibrio en comparación con	El grupo de la espasticidad con puntajes más bajos mediana Escala de Discapacidad (EDSS) indican una mayor discapacidad (p=0,03). La movilidad y el equilibrio fueron significativamente más alterados en el grupo con espasticidad en comparación con el grupo sin espasticidad  La espasticidad en los músculos gemelo - sóleo parece tener un efecto negativo en la movilidad y el equilibrio en las personas con EM. La relación entre la espasticidad y la discapacidad en las personas con EM requiere más exploración	C1

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
					aquellos sin la espasticidad		
6	Systematic review of descriptive studies that investigated associated factors with the management of incontinence in older people in care homes	Roe et al.	Journal of Older People Nursing 2013	Estudio secundario	Este trabajo es una revisión de los estudios descriptivos que investigaron los factores asociados relacionados con la gestión de la incontinencia urinaria en las personas mayores en hogares de cuidado. Se realizó una revisión sistemática de la literatura .	La incontinencia urinaria se asoció significativamente con un mayor aumento de la discapacidad (94% vs 13% p <0.001). La incontinencia se asoció con la inmovilidad.	A2

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
7	Rehabilitation need of people with disability in China: analysis and strategies [in Chinese]	Qiu ZY	Beijing, Huaxia Press, 2007.	Estudio primario	Según un estudio nacional sobre las necesidades de rehabilitación que se llevó a cabo en China en 2007, alrededor del 40% de las personas con discapacidad que necesitaban servicios y asistencia no recibía ninguna ayuda. La necesidad insatisfecha de servicios de rehabilitación era particularmente alta en el caso de la asistencia y el equipamiento, la terapia de rehabilitación y el apoyo financiero para las personas pobres.	En un estudio de personas con discapacidad de tres distritos de Beijing (China), el 75% de las personas entrevistadas manifestaban la necesidad de diversos servicios de rehabilitación, y solo el 27% recibía tales servicios. Según un estudio nacional chino sobre la necesidad de rehabilitación en 2007, las necesidades no satisfechas eran especialmente elevadas en el caso de los dispositivos asistenciales y la terapia	C1
8	Prevention of onset	Tak et al	Ageing Research	Estudio secundario	La actividad física (PA) es un comportamiento importante cuando se	Este es el primer meta -análisis para mostrar que el ser físicamente activos previene y retrasa el proceso de inhabilitación en el envejecimiento	A1

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: A meta-analysis		Reviews 12 (2013) 329– 338		trata de prevenir o ralentizar la discapacidad causada por las enfermedades del envejecimiento y las crónicas. Aún no está claro si la AP puede impedir directa o reducir la discapacidad en las actividades de la vida diaria (AVD). En este artículo se presenta un meta-análisis de la asociación entre la PA y la incidencia y progresión de la discapacidad en las AVD básicas (ABVD).	o poblaciones enfermas , posicionando PA como la estrategia preventiva más eficaz en la prevención y reducción de la discapacidad , la independencia y la atención de salud de costos en las sociedades que envejecen .	
9	Obesity and associated factors in	Hsieh K1, Rimmer JH, Heller T	J Intellect Disabil Res. 2013	Estudio primario	Hemos examinado la prevalencia de la obesidad en los adultos con discapacidad intelectual (ID) en	Los adultos con ID, en general, tienen un alto riesgo de desarrollar obesidad, y las mujeres con ID tienen un alto riesgo de desarrollar obesidad mórbida. Iniciativas de promoción de	C1

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	adults with intellectual disability		Nov 20. doi: 10.1111/jir.12100.		comparación con la población general, y de los factores asociados con la obesidad y el control del peso, la comparación de los individuos con ID que tenían sobrepeso u obesidad que aquellos que no lo eran.	la salud deben dirigirse las personas con el mayor riesgo.	
10	Health promotion needs of physically disabled individuals with lower limb amputation in Rwanda	Amosun SL, Mutimura E, Frantz JM.	Disability and Rehabilitation, 2005,27: 837-847	Estudio primario	De acuerdo con un estudio que se llevó a cabo en Rwanda, los adultos con amputación de miembro inferior presentaban comportamientos perjudiciales para la salud, como tabaquismo, consumo de alcohol, uso de drogas recreativas y falta de ejercicio.	Se encontraron los participantes a estar en riesgo de complicaciones secundarias a causa de las malas elecciones de estilo de vida. Existe la necesidad de desarrollar y promover los comportamientos de bienestar que mejoran con el fin de mejorar el estado de salud de las personas con discapacidad física en Ruanda que tienen amputaciones de las extremidades inferiores.	C1

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
11	Hypertension medication use and adherence among adults with developmental disability.	Vacek et al.	Disability and Health Journal 6 (2013) 297e302	Estudio primario	Los adultos con discapacidad del desarrollo (DD) tienen una alta prevalencia de factores de riesgo de enfermedad de las arterias coronarias, así como impedimentos para el diagnóstico y el manejo óptimo. Analizamos la medicación antihipertensiva (AM) uso y patrones de adherencia en una cohorte de Kansas	De nuestra cohorte de adultos con DD, 9 % tenían HT de los cuales el 72 % las reclamaciones presentadas por los AM. Una proporción considerable de los sujetos tenían AM uso inconsistente sugiere tratamiento subóptimo. La asociación entre las edades más jóvenes y de mayor adherencia puede reflejar mejor el apoyo basado en la comunidad para los adultos más jóvenes. Es necesario seguir trabajando para identificar las barreras para una atención óptima para esta población vulnerable.	
12	The quality of health care for adults with developmental	Lewis et al.	Public Health Rep. 2002 Mar-Apr; 117(2): 174–184.	Estudio primario	El objetivo de este estudio fue determinar el estado de salud de los adultos con discapacidades de desarrollo que viven en la comunidad y la calidad de los servicios	Dado que el sistema de atención de salud de EE.UU. no garantiza la prestación de los servicios de prevención para todas las personas , incluidas las personas con discapacidades del desarrollo , una revisión sistemática es necesario establecer un programa de garantía de calidad eficaz que proporcionará servicios médicos , dentales y psiquiátricos preventivos	C1

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	disabilities.				preventivos, médicos, dentales y psiquiátricos que reciben.	para personas con discapacidades del desarrollo	
13	Global survey on government action on the implementation of the standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities.	South-North Centre for Dialogue and Development	2006:141	Estudio primario	Esta es la primera Encuesta sobre discapacidad, que abarca cada una de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, teniendo en cuenta todas las medidas que deben ponerse en práctica con el fin de lograr la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.	La accesibilidad y la rehabilitación también se mantienen las áreas que requieren mucha atención y necesitan mejorar. Teniendo en cuenta que se trata de dos áreas que se consideran requisitos previos para permitir que las personas con discapacidad la igualdad de participación en la sociedad, significa que todavía tenemos un largo camino por recorrer antes de alcanzar el ideal previsto por los desarrolladores de las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las las Personas con Discapacidad.	C2

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	Amman, Office of the UN Special Rapporteur on Disabilities,						
14	Association of mobility limitations with health care satisfaction and use of preventive care: a survey of Medicare beneficiaries.	Hoffman JM et al.	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2007,88: 583-588	Estudio primario	Para examinar la asociación entre la satisfacción con la atención de la salud, el uso de la atención sanitaria preventiva, y la limitación de la movilidad.	Limitación de movilidad está muy asociada con la insatisfacción con la atención de salud entre los beneficiarios adultos mayores. Aunque los beneficiarios de Medicare pueden recibir tasas similares de atención preventiva, las personas con limitaciones de movilidad puede tener más dificultades para acceder a los servicios y ser más insatisfechos con su cuidado de la salud en general.	C1

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
15	Social support, depression, and physical disability: Age and diagnostic group effects.	Jensen et al	Disability and Health Journal - (2013) – In press	Estudio primario	El apoyo social es un recurso importante que puede beneficiar a las personas que envejecen con discapacidades físicas , aunque sus efectos pueden variar dependiendo de la edad, sexo y tipo de discapacidad	El apoyo social se asocia de manera similar con los niveles más bajos de depresión para los hombres y las mujeres, a través de diagnósticos de discapacidad y de todas las edades. Ser hombre y ser más viejos puede estar asociado con niveles más bajos de apoyo percibido. La investigación es necesaria para determinar si las intervenciones que mejoran el apoyo disminuirá la depresión y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad , especialmente para los hombres y las personas que están envejeciendo	C1
16	Factors associated with social risk in 85-year-old community residents	A. Tobella , A. Gil, C. Llopart, A. Ferrer, F. Formiga, S. Rojas-	Revista Clínica Española (English Edition), Volume 213, Issue 3, April 2013, Pages 145-149	Estudio primario	El objetivo de este estudio es evaluar el riesgo social e identificar posibles factores asociados, en adultos mayores de 85 años de edad.	La prevalencia de riesgo social entre los 85 años de edad es alta (52%). Ser mujer multiplica este riesgo por 3 y que viven solas en la comunidad es en 6.	C1

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
		Farreras					
17	Physical Exercise Interventions for Improving Performance-Based Measures of Physical Function in Community-Dwelling, Frail Older Adults: A Systemat	Giné-Garriga M1, Roqué-Fíguls M2, Coll-Planas L3, Sitjà-Rabert M4, Salvà A3.	Arch Phys Med Rehabil. 2013 Nov 27. pii: S0003-9993(13)01213-6	Estudios secundarios	Realizar una revisión sistemática para determinar la eficacia de las intervenciones basadas en ejercicios en la mejora de las medidas basadas en el desempeño de la función física y los marcadores de fragilidad física , en las personas mayores frágiles que viven en comunidad .	El ejercicio tiene algunos beneficios en las personas mayores frágiles, aunque aún existe incertidumbre en cuanto a cuáles son las características del ejercicio (tipo, frecuencia, duración) son más eficaces.	A2

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	ic Review and Meta-Analysis.						
18	Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence.	Garrett S1, Elley CR, Rose SB, O'Dea D, Lawton BA, Dowell AC	Br J Gen Pract. 2011 Mar;61(584):e125-33. doi: 10.3399/bjgp11X561249	Estudio secundario	evaluar la relación costo- efectividad de las intervenciones de actividad física en la atención primaria y la comunidad	Trece estudios cumplieron los criterios de inclusión . Ocho estudios eran de buena o excelente calidad. Las intervenciones , las poblaciones de estudio y diseño de los estudios fueron heterogéneos , lo que dificulta las comparaciones . El costo de mover una persona a la categoría de "activos" a los 12 meses fue estimada para cuatro intervenciones que van desde € 331 a € 3673. El coste-utilidad se estima en nueve estudios y varió desde € 348 a € 86.877 por AVAC.	A2
19	Community-based	Yamada M1,	J Am Med Dir	Estudio secundario	El propósito de este estudio fue investigar si	Estos resultados sugieren que el ejercicio físico es eficaz para prevenir la progresión de la	A2

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	exercise program is cost-effective by preventing care and disability in Japanese frail older adults.	Arai H, Sonoda T, Aoyama T	Assoc. 2012 Jul;13(6): 507-11. doi: 10.1016/j.jamda.2012.04.001. Epub 2012 May 8.		el programa de prevención de cuidado reduciría el cuidado y la discapacidad y para medir su rentabilidad en los adultos mayores frágiles	fragilidad y una mayor discapacidad en los adultos mayores que viven en la comunidad. Podríamos ahorrar costos de atención de la salud por nuestro programa de prevención de cuidado	
20	The Impact of Child Disability Type on the Family.	Eddy L, Engel J.	Rehabilitation Nursing 2008, 33(3):98-103.	Estudio	El propósito de este estudio es comprender mejor el impacto diferencial de los diagnósticos específicos sobre los resultados en las familias con niños que tienen discapacidades físicas y para sugerir la	La familia se presenta como el entorno fundamental donde se ejerce la práctica del cuidado del otro, se acompaña, se está con él y se vela por su autonomía. La intervención en la familia o en su cuidador es una intervención efectiva.	A3

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
					forma en que los médicos en todas las disciplinas pueden usar ese conocimiento para desarrollar e implementar programas más individualizados , basados en la evidencia		
21	Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia	Díaz-Aristiza et al.	Ciência & Saúde Coletiva, 17(1):167-177, 2012	Estudio secundario	La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) es una estrategia de desarrollo comunitario avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura	RBC permite adaptaciones para su aplicación en contextos socioculturales diferentes, especialmente en aquellos que se caracterizan por la interculturalidad. El conocimiento de las características y las articulaciones entre los diferentes saberes y representaciones relativos a la discapacidad es indispensable para la sostenibilidad de un programa de RBC	A1

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	de un programa de RBC en Bolivia				(UNESCO), que persigue la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de las Personas con Discapacidad (PD) en sus entornos.		
22	Effectiveness of rehabilitation intervention in persons with multiple sclerosis: a randomized controlled trial.	Khan F1, Pallant JF, Brand C, Kilpatrick TJ.	J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008 Nov;79(11):1230-5. doi: 10.1136/jnnp.2007.133777. Epub	Estudio secundario	Un estudio estratificado, aleatorio, controlado por la lista de espera más de 12 meses se evaluó la efectividad de la rehabilitación de personas con esclerosis múltiple (EM) en una cohorte de la comunidad australiana.	Un programa de rehabilitación individualizada reduce la discapacidad en las personas con EM en comparación con ninguna intervención. El impacto de la rehabilitación en la calidad de vida necesita más evaluación. Más información sobre la eficacia de los diversos componentes de los programas de rehabilitación multidisciplinares ahora se necesitan	A3

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
23	Economic evaluation of adult rehabilitation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials in a variety of settings.	Brusco NK1, Taylor NF2, Watts JJ3, Shields N4.	Arch Phys Med Rehabil. 2014 Jan;95(1):94-116.e4. doi: 10.1016/j.apmr.2013.03.017. Epub 2013 Apr 3.	Estudio secundario	Para informar de si hay una diferencia en los costos desde una perspectiva social entre los adultos que reciben rehabilitación en un escenario frente a un entorno alternativo de rehabilitación hospitalaria. Si hay diferencias de costos, que informe si optar por el programa menos costoso establece afecta negativamente a los resultados del paciente.	Con base en esta revisión sistemática y meta-análisis, un único servicio de rehabilitación no puede proporcionar beneficios económicos de salud para todos los grupos y situaciones de los pacientes. Para algunos pacientes, la rehabilitación de pacientes puede ser el método más rentable de los servicios de rehabilitación, sin embargo, para otros pacientes, la rehabilitación en el hogar o en la comunidad puede ser el modelo más rentable de la atención. Para lograr resultados rentables, la combinación ideal de servicios de rehabilitación y los criterios de inclusión de pacientes, así como datos adicionales para las poblaciones sin ACV, justifica la investigación adicional.	C1
24	The Incidence, Prevalence, Costs	Ma VY1, Chan L2, Carruth	Arch Phys Med Rehabil. 2014 Jan	Estudio secundario	El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia relativa, la prevalencia, los costos y el impacto en la	El dolor de espalda y artritis (osteoartritis y artritis reumatoide) son las afecciones más comunes y costosas que examinamos, que afecta a más de 100 millones de personas y un costo de más de \$ 200 mil millones por año	A2

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	and Impact on Disability of Common Conditions Requiring Rehabilitation in the US: Stroke, Spinal Cord Injury, Traumatic Brain Injury, Multiple Sclerosis, Osteoarthritis	ers KJ1.	21. pii: S0003-9993(14)00031-8. doi: 10.1016/j.apmr.2013.10.032. [Epub ahead of print]		discapacidad de 8 Condiciones comunes tratadas por los profesionales de la rehabilitación	De los diagnósticos de rehabilitación comunes que estudiamos, los trastornos musculoesqueléticos, y el dolor de espalda y artritis probablemente tienen el mayor impacto en el sistema de salud debido a su alta prevalencia y el impacto en la discapacidad.	

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	hritis, Rheumatoid Arthritis, Limb Loss, and Back Pain.						
25	Systematic review of health care interventions to improve outcomes for women with disability and their family during pregnancy	Malouf et al.	BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:58	Estudio secundario	Los proveedores de salud no están familiarizados con las necesidades de las mujeres con discapacidad. Por otra parte los servicios de maternidad y postnatales no se pueden adaptar específicamente a las necesidades de las mujeres con discapacidad y sus familias. Se realizó una revisión sistemática	Sólo tres estudios cumplieron plenamente los criterios de inclusión. Todos se publicaron después de 1990, y llevó a cabo lo más pequeño de centro único ensayos controlados aleatorios. Los estudios fueron heterogéneos y no es comparable. Por tanto, el principal hallazgo de este estudio fue la falta de una investigación publicada en la efectividad de las intervenciones de salud para mejorar los resultados para las mujeres embarazadas con discapacidad y sus familias.  Se requiere más investigación para evaluar las intervenciones de salud para mejorar los resultados para las mujeres embarazadas con discapacidad y sus familias.	B1

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	y, birth and postnatal period				para determinar la efectividad de las intervenciones de salud para mejorar los resultados para las mujeres embarazadas y postnatales con discapacidad y de sus familias.		
26	Sociodemographic features and diagnoses as predictors of severe disability in a sample of adults applying	Raggi A1, Covelli V, Pagani M, Meucci P, Martinuzzi A, Buffoni M, Russo E,	Int J Rehabil Res. 2014 Feb 6. [Epub ahead of print]	Estudio primario	Este estudio tiene como objetivo evaluar la asociación entre los factores sociodemográficos y factores relacionados con el número y tipo de comorbilidades, y la presencia de discapacidad grave en una población de adultos que solicitan la certificación de discapacidad	Nuestros resultados muestran que la edad y el nivel educativo se asociaron con discapacidad grave, y que no se encontró asociación con el número de enfermedades: En nuestra opinión, esto es específico de la población de personas con discapacidad.	B1

<b>Factor abordado</b>	<i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i> <i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i> <i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	for disability certification	Leonardi M.					
27	Impact of assistive technology on family caregivers of children with physical disabilities: a systematic review	Nicolson A1, Moir L, Millstead J.	Disabil Rehabil Assist Technol. 2012 Sep;7(5):345-9. doi: 10.3109/17483107.2012.667194. Epub 2012 Mar 22.	Estudio primario	Revisar sistemáticamente la literatura sobre los efectos de la tecnología de asistencia (AT) en los cuidadores familiares de niños con discapacidades físicas.	La evidencia sugiere que AT tiene un impacto positivo en los niños con discapacidades físicas y sus cuidadores. Los estudios futuros en esta área podrían incluir medidas de resultado válidas y fiables de uso AT y los impactos psicológicos de la AT en el cuidado de un niño con impedimentos físicos.	A3
28	The mental health of young people	Honey A1, Emerson E,	Soc Psychiatr y Psychiatr Epidemio	Estudio primario	Los jóvenes con discapacidad tienen peor salud mental que sus compañeros no discapacitados. Sin	Los jóvenes con discapacidades reportaron una peor salud mental que sus compañeros no discapacitados. Sin embargo, esta relación fue moderada por tanto la adversidad social y apoyo social, con diferencias mínimas en la	C1

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	with disabilities: impact of social conditions.	Llewellyn G.	I. 2011 Jan;46(1):1-10. doi: 10.1007/s00127-009-0161-y. Epub 2009 Nov 6		embargo, las personas con discapacidades son más propensos que otros a experimentar dificultades financieras y bajo apoyo social, tanto de los que se han relacionado con problemas de la salud mental. Este artículo explora el grado en que la relativamente mala salud mental de los jóvenes con discapacidad se relaciona con las condiciones sociales en las que viven.	salud mental observadas entre los grupos en condiciones de alto apoyo social y baja dificultad financiera. Los resultados sugieren que la discapacidad representa una adversidad potencial que puede ser exacerbada o mejorado por los efectos de la riqueza / dificultad financiera y el apoyo social	
29	Using personal goal setting to promote	McConkey R1, Collins S.	J Intellect Disabil Res. 2010	Estudio primario	La exclusión social de las personas con discapacidad intelectual es más marcada en grupos congregados	El acceso a servicios de atención en salud hace que las personas con discapacidad sean incluidas socialmente.	C3

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	the social inclusion of people with intellectual disability living in supported accommodation		Feb;54(2):135-43. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01224.x. Epub 2009 Oct 28.		que en alojamiento con apoyo individualizado.		
30	Social exclusion and people with intellectual disabilities: a rural-urban	Nichols L1, Cooper SA	J Intellect Disabil Res. 2013 Apr;57(4):333-46. doi: 10.1111/j.1365-2788.201	Estudio primario	La investigación sugiere que la exclusión social es un problema tanto para las personas con discapacidad intelectual (DI) y para las personas que viven en zonas rurales. Esto puede dar lugar a una doble desventaja para	Estos resultados sugieren que los adultos con DI que viven en zonas rurales tienen mejores oportunidades y viven en zonas menos desfavorecidas que los adultos con ID que vive en zonas urbanas. Sin embargo, puede que no mantienen este tipo de relaciones positivas o cercanas, y esto puede ser importante cuando se considera la experiencia subjetiva de la exclusión social.	A3

<b>Factor abordado</b>	<p><i>En relación a la tabla # 6 de la sección 2.3. identifique una de las causas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada causa identificada.</i></p> <p><i>En relación a la tabla # 9 de la sección 3.3. identifique una de las alternativas y desarrolle las evidencias. Elabore una tabla por cada alternativa identificada en el diseño.</i></p> <p><i>Para la relación resultado específico – resultado final, desarrolle las evidencias.</i></p>						
<b>Número</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Fuentes de información (primaria, secundaria)</b>	<b>Relación abordada</b>	<b>Comentarios sobre los resultados de la evidencia</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	comparis on.		2.01540. x. Epub 2012 Mar 28.		las personas con DI que viven en zonas rurales. Por el contrario, los aspectos de la vida rural, como el espíritu comunitario y el apoyo social pueden proteger contra la exclusión social en esta población. Este estudio fue diseñado para comparar una serie de medidas de exclusión social en adultos con DI que viven en zonas rurales y urbanas, con el propósito de identificar si existe una doble desventaja.		