

Rapporto di ricerca COI Realizzato dall'Ufficio Immigrazione di ARCI nazionale

- aggiornato al 23 ottobre 2023

CONTESTO		NOTE
Paese di origine	Perù	N/D
QUESITO COI		NOTE
Tematica	Sanità	Assistenza sanitaria pubblica
Formulazione quesiti COI	<p>1. Informazioni riguardo all'accesso ai servizi sanitari per persone con disabilità.</p> <p>2. Informazioni riguardo a fenomeni di stigmatizzazione nei confronti delle persone con disabilità.</p>	
<p>Nota metodologica</p>		
<p>1. In considerazione dello specifico profilo tecnico dei quesiti, la ricerca è stata effettuata avvalendosi della collaborazione e del supporto tecnico della Associazione di supporto psicosociale "Approdi";</p> <p>2. Il presente elaborato è stato sviluppato a partire dalle evidenze riscontrate negli articoli indicizzati nei principali database sanitari (tra cui pubmed; Medscape; e The Cochrane Library), motori di ricerca per articoli scientifici (tra cui Google Scholar e SciELO) e generali (Google) e report e/o documenti nazionali o internazionali. L'utilizzo di altre fonti di ricerca è stato specificatamente segnalato in nota. Al fine di garantire una maggiore completezza del quesito si è ritenuto utile inserire all'interno dell'elaborato delle informazioni generali rispetto all'organizzazione del sistema sanitario in Perù e le condizioni socio-economiche delle persone con disabilità.</p> <p>3. Il presente Ufficio e l'associazione Approdi restano a disposizione per confrontarsi relativamente alle fonti e ai contenuti citati, oltre che per eventuali approfondimenti rispetto ai quesiti posti, le risultanze emerse e altre tematiche</p>		
<p>Roma 23/10/2023</p>		

ooo

Lista delle abbreviazioni

CONADIS: National Council for the Integration of Persons with Disabilities

FFAA: Forze Armate

MINSA: Ministero della Salute

OOP: Out-Of-Pocket Expenditure

PIL: Prodotto Interno Lordo

PNP: Polizia Nazionale

SERUM: Servicio Rural Urbano Marginal en Salud

SIS: Seguro Integral de Salud

1. Informazioni riguardo all'accesso ai servizi sanitari per persone affette da disabilità

Introduzione

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica e Informatica (2019), della popolazione totale nel 2017 (29 381 884), il 10,4% (3 051 612) aveva una disabilità, di cui il 57% erano donne e il restante 43% uomini, vale a dire che per ogni 10 abitanti del Perù c'era 1 (uno) abitante con una disabilità:

“...según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019) en el total de la población del año 2017 (29 381 884), el 10.4% (3 051 612) presentó alguna discapacidad y dentro de esta el 57% son mujeres y el restante 43% son hombres; es decir por cada 10 pobladores del Perú existe 1 (un) poblador que presenta alguna discapacidad...”¹

Tuttavia, un'altra fonte sottolinea come in linea con la maggior parte dei Paesi in via di sviluppo, Perù tende a riportare tassi di prevalenza inferiori a quelli dei Paesi sviluppati. La fonte sottolinea come il paese riporta che solo il 5,2% della popolazione vive attualmente con una disabilità o una limitazione fisica o mentale, sebbene secondo altri rapporti, il Perù abbia uno dei tassi di disabilità più alti dell'America Latina (13,1%), superiore alla media mondiale. Questa disparità è indicativa di un argomento più ampio che riguarda la definizione di disabilità. La fonte riporta anche come si stima che solo il 10% delle persone con disabilità in Perù abbia accesso a servizi di riabilitazione adeguati, con numeri ancora più bassi tra le persone con un basso livello di istruzione o di status socioeconomico, e probabilmente molto più bassi nelle aree remote e rurali. Infatti, secondo lo studio, il tema più ricorrente in tutte le interviste - che si tratti di persone di Lima, di Iquitos, di caregiver o di informatori qualificati - è stata la mancanza di servizi disponibili per le persone con disabilità. Gli intervistati in entrambi i contesti hanno descritto la disorganizzazione che hanno incontrato quando si trattava di trovare un percorso di attenzione, assistenza sanitaria generale e specialistica, istruzione e altri servizi per le persone con disabilità, sia nella sfera pubblica che in quella privata:

“...Most developing countries tend to report prevalence rates lower than those in developed countries, possibly due to the wording of survey questions or the lack of representative populations in the groups studied [10][6][4]. This is exemplified in Peru, an upper-middle income country, which reports that as low as 5.2% of its population is currently living with a disability, or mental or physical limitation[11][12]. Other reports suggest Peru has among the highest reported rates of disability in Latin America (13.1%), higher than the global average [13]. This disparity is indicative of a bigger argument regarding how disability is defined [...] It is estimated that only 10% of people with disabilities in Peru have access to suitable rehabilitation services, with even lower numbers among people of lower education or socioeconomic status[19][20], and likely much lower in remote and rural areas [...] The most recurrent theme among all the interviews- whether it from Lima, Iquitos, a caregiver, or a key informant- was the lack of services available to people with disabilities. Interviewees in both settings described the disorganization they encountered when it came to finding an attention route, general and specialist healthcare, education, and other services for people with disabilities, in both the public and private spheres alike...”²

¹ Diaz Dumont, J. R. (2019). Discapacidad en el Perú: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. *Revista venezolana de gerencia*, 24(85), 243-263. [Accessed on 23/10/2023]

² Aguerre IM, Riley-Powell AR, Weldon CT, Pajuelo MJ, Celis Nascimento RA, Puente-Arno A, Cabrera L, Oberhelman RA, Paz-Soldan VA. "Knocking on Doors that Don't Open": experiences of caregivers of children living with disabilities in Iquitos and Lima, Peru. *Disabil Rehabil*. 2019 Oct;41(21):2538-2547. doi: 10.1080/09638288.2018.1471741. Epub 2018 Jun 17. PMID: 29909702; PMCID: PMC6345615. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

Similmente, uno studio, che indagava l'inclusione delle persone con disabilità nei sistemi di protezione sociale, riporta come delle persone intervistate, 106 (65,8%) avevano sentito parlare di servizi di riabilitazione, 140 (86,9%) di servizi sanitari specializzati e solo 51 (31,7%) di dispositivi di assistenza. Solo il 5% (3/60) di coloro che avevano bisogno di riabilitazione ha dichiarato di aver usufruito del servizio, mentre il 18,6% (22/118) ha usufruito del servizio sanitario specializzato. Dal punto di vista della consulenza, 149 (92,5%) partecipanti con disabilità hanno dichiarato di aver sentito parlare di guaritori, mentre il 37,3% ha riferito di aver sentito parlare di consulenza familiare o di servizi educativi speciali. Solo il 15% (6/40) ha riferito di aver fatto ricorso a guaritori, il 38,9% (7/18) a consulenti familiari e il 33,3% (2/6) a servizi di educazione speciale. Inoltre, sia gli adulti che i bambini con disabilità hanno riscontrato condizioni di salute gravi molto più frequenti e un basso accesso e utilizzo di servizi sanitari specializzati, tra cui servizi di riabilitazione medica e dispositivi di assistenza. Tuttavia, i risultati dello studio non indicano differenze nell'inclusione delle persone con disabilità rispetto a quelle senza disabilità nei programmi di protezione sociale selezionati, nonostante la loro maggiore vulnerabilità e necessità:

“...Cases (n=161) were asked about access to specialised health and needs for assistive devices (figure 1). From the health perspective, 106 (65.8%) had heard about rehabilitation services, 140 (86.9%) had heard about specialised health services and only 51 (31.7%) had heard about assistive devices. Only 5% (3/60) of those who needed rehabilitation reported using the service, whereas it was the case for 18.6% (22/118) in specialised health service. From the counselling perspective, 149 (92.5%) participants with disabilities reported having heard about healers, whereas 37.3% reported having heard about familial counselling or special education services. Only 15% (6/40) reported using healers, 38.9% (7/18) reported using familial counselling and 33.3% (2/6) reported using special education services [...] Furthermore, both adults and children with disabilities experienced significantly more frequent serious health conditions and had low access to and use of specialist health services including medical rehabilitation and assistive device services. However, our results suggest no differences in the inclusion of people with disabilities compared to those without disabilities in the selected social protection programmes, despite their greater vulnerability and need...”³

La stessa fonte sottolinea come in genere, le persone con disabilità devono sostenere una serie di spese quotidiane comuni che le persone senza disabilità non sostengono. I costi extra includono, ma non sono limitati a: trasporti, assistenza personale, cure sanitarie, dispositivi di assistenza e, in alcuni casi, adattamenti della casa, che di solito non sono coperti dai programmi di protezione sociale. Di conseguenza, si potrebbe sostenere che la soglia di accessibilità ai programmi di protezione sociale dovrebbe essere più bassa per le famiglie che includono persone con disabilità. Inoltre, la fonte sottolinea come l'insufficienza dei programmi di protezione sociale tra le persone con disabilità potrebbe essere ancora più alta di quanto stimato. L'indipendenza e la qualità della vita delle persone con disabilità migliorano con l'uso di dispositivi di assistenza, compreso l'impatto psicosociale per l'utente. Tuttavia, lo studio riporta che l'accesso e l'utilizzo di servizi sanitari specializzati, tra cui la riabilitazione medica e i servizi di dispositivi di assistenza, erano molto bassi. Le evidenze suggeriscono che le persone con disabilità hanno grandi bisogni insoddisfatti a causa dei costi maggiori e di una serie di barriere che si frappongono all'accesso all'assistenza sanitaria, oltre che a causa delle competenze inadeguate degli operatori sanitari e dell'assenza di servizi sanitari specializzati. Lo stesso vale per le esigenze specifiche di dispositivi, tra cui la mancanza di

³ Bernabe-Ortiz, A., Diez-Canseco, F., Vasquez, A., Kuper, H., Walsham, M., & Blanchet, K. (2016). Inclusion of persons with disabilities in systems of social protection: a population-based survey and case-control study in Peru. *BMJ open*, 6(8), e011300. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

conoscenza dell'esistenza di tecnologie e dispositivi in grado di massimizzare il funzionamento. Come riportato dall'OMS per i contesti a risorse limitate, <15% delle persone che necessitano di dispositivi di assistenza sono in grado di accedervi. Pertanto, secondo la fonte, l'attuale offerta di servizi sanitari è inadeguata a soddisfare le complesse esigenze delle persone con disabilità:

“...Usually, persons with disabilities incur a range of common daily expenditures that persons without disabilities do not. Extra costs include, but are not limited to, transportation, personal assistance, healthcare, assistive devices and, in some cases, house adaptation, and these are usually not covered by social protection programmes. As a result, one could argue that the eligibility threshold for means-tested programmes should be lower for households that include people with disabilities. The insufficiency of social protection programmes among people with disabilities may therefore be even higher than our estimation. Independence and quality of life of persons with disabilities improves with the use of assistive devices, including the psychosocial impact for the user. However, we found that access to and use of specialist health services including medical rehabilitation and assistive device services were very low in our study setting. Evidence suggests that people with disabilities have great unmet needs because of increased costs and a range of barriers when they attempt to access healthcare, and also because of inadequate health worker skills and the absence of specialised health services. The same case applies for specific device needs, including a lack of knowledge regarding the existence of technologies and devices that can maximise functioning. As the WHO reported for resource constrained settings, <15% of people who require assistive devices are able to access them. Thus, current health service provision is inadequate to meet the complex needs of persons with disabilities...”⁴

Finalmente, risulta importante sottolineare come in generale le fonti riportano come le donne hanno una maggiore incidenza di disabilità rispetto agli uomini, implicando una popolazione vulnerabile, per la quale è necessario prevedere una serie di meccanismi di assistenza differenziati. Infatti, il rapporto delle Nazioni Unite sulle persone con disabilità, Nazioni Unite (2019), indica che: "È riconosciuto che le donne con disabilità sperimentano molteplici svantaggi, essendo soggette a esclusione a causa del loro genere e della loro disabilità"; il che, nella realtà statistica del Perù, deve essere considerato in qualsiasi politica da attuare. Secondo le fonti intatti, il Perù presenta una realtà statistica in termini di disabilità che coincide con alcuni rapporti internazionali che mettono in guardia sulla situazione di vulnerabilità delle persone con disabilità, in termini di diritti umani, in particolare delle donne e di coloro che soffrono di disabilità visiva, per i quali dovranno essere privilegiate e attuate azioni a breve e medio termine che prevedano la prevenzione, l'assistenza e un'efficace inclusione sociale:

“...las mujeres tienen una incidencia más alta de discapacidades que los hombres”. Lo que implica una población vulnerable, en la que se tiene proveer una serie mecanismos diferenciadores de atención. Igualmente, este informe de Naciones Unidas de las Personas con Discapacidad, Organización de las Naciones Unidas ONU (2019), indica que: “Se reconoce que las mujeres con discapacidad experimentan múltiples desventajas, siendo objeto de exclusión debido a su género y a su discapacidad”; lo que en la realidad estadística del Perú, hay que considerar en toda política a implementar. [...] El Perú, presenta una realidad estadística en materia de discapacidad, que coincide con ciertos informes internacionales, que alertan sobre la situación de vulnerabilidad de los discapacitados, en cuanto a sus derechos humanos; en especial el sexo femenino y aquellos que

⁴ Bernabe-Ortiz, A., Diez-Canseco, F., Vasquez, A., Kuper, H., Walsham, M., & Blanchet, K. (2016). Inclusion of persons with disabilities in systems of social protection: a population-based survey and case-control study in Peru. *BMJ open*, 6(8), e011300. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

padecen de discapacidad visual, en donde se tendrán que priorizar e instrumentalizar acciones de corto y mediano plazo, que involucren temas de prevención; atención y eficiente inclusión social...”⁵

o

Disponibilità di professionisti e il ruolo dei caregiver

Le fonti evidenziano come del personale sanitario totale del Perù, circa il 13% è costituito da medici, il 13% da infermieri e il 6% da ostetrici (38). La media è di 0,82 medici ogni 1.000 persone (39), inferiore a quella degli Stati Uniti (2,6 medici ogni 1.000 persone) (39). Nel 2004, in Perù lavoravano 254 neurologi (40). Oggi ci sono otto ospedali che offrono corsi di specializzazione in neurologia e due di questi offrono anche corsi di sottospecialità in neurologia pediatrica. La maggior parte degli operatori sanitari peruviani è concentrata nelle aree urbane, come la capitale Lima, che conta rispettivamente il 53 e il 40% dell'intero numero di medici e infermieri del paese (38, 40). Per quanto riguarda i neurologi, questa disparità di distribuzione è ancora più significativa. Nel 2004, il 72,8% di tutti i neurologi iscritti all'Associazione Medica Peruviana lavorava a Lima, mentre un altro 14,6% lavorava nelle città di Arequipa e Trujillo, la seconda e la terza più popolata (40). Inoltre la scarsità dei professionisti sanitari è accentuata dal forte tasso di emigrazione di queste figure dal paese:

“...Of Peru’s total healthcare workforce, about 13% are physicians, 13% nurses, and 6% obstetric providers (38). There is an average of 0.82 physicians per 1,000 people (39), less than the United States (2.6 physicians per 1,000 people) (39). As of 2004, there were a total of 254 neurologists working in Peru (40). Today, there are eight hospitals that offer neurology residency training, and two of those also offer pediatric neurology subspecialty training. The majority of Peruvian health professionals are concentrated in urban areas such as the capital city of Lima which has 53 and 40% of the country’s entire quantity of doctors and nurses, respectively (38, 40). In regard to neurologists, this disparate distribution is even more significant. In 2004, 72.8% of all neurologists registered with the Peruvian Medical Association were found to be working in Lima, with another 14.6% working in the second and third-most populated cities of Arequipa and Trujillo (40) [...] These significant outmigration patterns impact all specialties of medicine, including neurology, making it crucial to retain neurologists to better address neurological health disparities in Peru...”⁶

La mancanza di professionisti incide anche sulla possibilità di accedere ai certificati di disabilità. Nello specifico, in uno studio qualitativo, un medico che lavora a stretto contatto con un'organizzazione della società civile di Lima ha riferito che per ottenere il certificato possono volerci circa 4 anni, in quanto solo un gruppo selezionato di medici delle strutture pubbliche deve certificare la disabilità della persona, ma è difficile ottenere un appuntamento a causa della loro scarsità. Similmente, un consulente di un'organizzazione multidisciplinare di Lima ha dichiarato che è difficile ottenere la tessera CONADIS (tessera che certifica la disabilità) perché sono pochissimi i medici accreditati a rilasciare queste carte d'identità, ad esempio a Loreto, ci sono solo 14 o 15 medici che possono certificare la disabilità per tutta la popolazione:

⁵ Diaz Dumont, J. R. (2019). Discapacidad en el Perú: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. *Revista venezolana de gerencia*, 24(85), 243-263. [Accessed on 23/10/2023]

⁶ Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. *Frontiers in Public Health*, 11. [Accessed on 23/10/2023]

“...A doctor working closely with a civil society organization from Lima reported that “working with CONADIS (National Council for the Integration of Persons with Disabilities) is [unbelievable], to get the certificate, it could take like 4 years”. A selected group of public facility doctors must certify the person’s disability, but are described as difficult to get an appointment with due to their scarcity. [...] A consultant from a multidisciplinary organization in Lima stated that “it’s difficult [to obtain a CONADIS card] because very few doctors are accredited to give these ID cards, for example in Loreto, they were telling me, there are only 14 or 15 doctors that can certify [disability] for the whole population...”⁷

Rispetto alla rete assistenziale, una fonte riporta come circa il 40% delle persone con disabilità ha dichiarato di dipendere dall'assistenza di un caregiver, e questa responsabilità ricade in gran parte su un membro della famiglia di sesso femminile, che nel 95,9% dei casi è stato/a costretto/a a rinunciare alle proprie attività lavorative. Secondo la stessa fonte, solo il 10% delle persone con disabilità ha dichiarato di avere accesso ai servizi di riabilitazione. Tutti questi risultati, derivati da un'ampia indagine rappresentativa a livello nazionale, si accompagnano a importanti modelli di disuguaglianza in termini di carico di disabilità e accesso all'assistenza riabilitativa osservati in base all'età e al livello di istruzione: i gruppi che concentrano più disabilità hanno dichiarato di ricevere meno assistenza riabilitativa:

“...Approximately 40% of people with a disability reported dependency on caregiver’s assistance, and this responsibility falls largely on a female family member. Only 10% of people with disabilities reported access to rehabilitation services. All of these main findings, derived from a large nationally-representative survey, are coupled with major inequality patterns in terms of burden of disability versus access to rehabilitation care observed according to age and education level: those groups who concentrate more disability reported receiving less rehabilitation care [...] Almost all individuals who reported dependency (94.3%; 95%CI: 93.3–95.3%) identified a family member as the person usually assuming the role of caregiver. [...] Almost all (95.9%) caregivers gave up their usual activities in order to help care for the person with disability. Only 1.9% of family members were paid for their caregiving duties, and, on average, received PEN 253.7 (SD ± 26.3) Nuevos Soles (≈USD \$91, ≈GBP £54) per month. A small proportion of dependent participants, 0.6% (95%CI: 0.4–0.8%), reported having a health professional regularly available to help with daily activities...”⁸

Un'altra fonte sottolinea come le persone con disturbi neurologici cronici dipendono dall'assistenza da familiari, riportando come in Perù, un paese a reddito medio-basso (LMIC), i membri della famiglia si occupano a tempo pieno di questi pazienti, causando un onere finanziario, mentale e fisico:

⁷ Aguerre IM, Riley-Powell AR, Weldon CT, Pajuelo MJ, Celis Nascimento RA, Puente-Arno A, Cabrera L, Oberhelman RA, Paz-Soldan VA. "Knocking on Doors that Don't Open": experiences of caregivers of children living with disabilities in Iquitos and Lima, Peru. *Disabil Rehabil.* 2019 Oct;41(21):2538-2547. doi: 10.1080/09638288.2018.1471741. Epub 2018 Jun 17. PMID: 29909702; PMCID: PMC6345615. [Accessed on 23/10/2023]

⁸ Bernabe-Ortiz, A., Diez-Canseco, F., Vasquez, A., Kuper, H., Walsham, M., & Blanchet, K. (2016). Inclusion of persons with disabilities in systems of social protection: a population-based survey and case-control study in Peru. *BMJ open*, 6(8), e011300. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

“...In Peru, a low-to-middle income country (LMIC), family members are full-time caregivers of these patients, causing a financial, mental and physical burden...”⁹

o

Barriere economiche

Secondo le fonti il Perù ha uno degli indici di disuguaglianza più alti al mondo e questo spiega perché l'assistenza sanitaria di questo paese, così eterogeneo dal punto di vista socio economico e geografico, possa servire da modello per analizzare le disparità e le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria che si riscontrano spesso in altri paesi meno sviluppati:

“...Peru has one of the highest inequality indices in the world highlighting why the healthcare of this socioeconomically and geographically diverse country may serve as a model for analyzing healthcare disparities and inequalities often encountered in similar LMICs (16, 17)...”¹⁰

In questo senso, le fonti sottolineano come il governo peruviano si è impegnato per la prima volta a fornire un'assistenza sanitaria universale ai suoi cittadini nel 1993, in seguito all'attuazione di diverse riforme governative e strutturali volte a migliorare la salute generale e il benessere finanziario del Paese. Grazie agli sforzi del Ministero della Salute (MINSA), il paese ha continuato a impegnarsi per fornire una copertura sanitaria universale e ridurre le disparità sanitarie ristrutturando il sistema sanitario nei due decenni successivi. Ad esempio, nel 2002 è stato istituito il programma di assicurazione sanitaria completa, conosciuto localmente come Seguro Integral de Salud (SIS), che mirava a espandere la copertura sanitaria ai cittadini di basso livello socioeconomico. Altri sforzi per migliorare l'accesso alla salute e i risultati includono l'espansione della forza lavoro sanitaria aumentando i fondi alle scuole di medicina e ai programmi di infermieristica e richiedendo agli studenti di medicina appena laureati di lavorare in comunità rurali poco servite attraverso un programma chiamato Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUM). Nonostante gli sforzi per stabilire una copertura sanitaria universale, nel 2018 circa il 13% della popolazione peruviana non è ancora assicurata. Tuttavia, l'esecuzione di tali sforzi non è riuscita a fornire un'assistenza sanitaria di qualità, soprattutto per le popolazioni a basso reddito. Nonostante la copertura sanitaria universale attualmente disponibile per legge in Perù, tra il 10% e il 20% dei peruviani rimane escluso dai servizi sanitari offerti dal sistema sanitario peruviano. Sebbene EsSalud sia riuscito gradualmente ad aumentare la copertura sanitaria per i peruviani, uno studio del 2019 ha rilevato che in un periodo di 3 mesi, solo il 73,1% dei membri del programma che hanno richiesto assistenza medica ha effettivamente ricevuto servizi sanitari. Queste carenze nell'accesso hanno influenzato la percezione che i peruviani hanno della capacità del governo di fornire un'adeguata disponibilità di assistenza sanitaria. Un'indagine del 2022 ha rilevato che circa il 70% degli adulti peruviani considerava insufficiente l'accesso all'assistenza sanitaria:

⁹ Monica Diaz, Morgan Beauchamp, Maisie Bailey, Ximena Aguilar, Danilo Sanchez Coronel (2023): Neurology Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients with Dementia or Parkinson's Disease and their Caregivers in Lima, Peru (P4-8.006) DOI: 10.1212/WNL.0000000000202033 [Accessed on 23/10/2023]

¹⁰ Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. *Frontiers in Public Health*, 11. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

“...The Peruvian government first set out to provide universal healthcare to its citizens in 1993 following the implementation of several governmental and structural reforms that aimed to improve the country’s overall health and financial well-being (27). With efforts led by the Ministry of Health (MINSa), the country continued its effort to provide universal health coverage and decrease health disparities by restructuring its healthcare system over the following two decades (27). For example, the Comprehensive Health Insurance program, locally known as Seguro Integral de Salud (SIS), was established in 2002 which aimed to expand health coverage to citizens of low socioeconomic status (27). Other efforts to improve health access and outcomes included expanding the health workforce by increasing funds to medical schools and nursing programs and requiring newly graduated medical students to work in underserved rural communities through a program called Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUM) (27). Despite efforts to establish universal health coverage, approximately 13% of Peru’s population remains uninsured as of 2018 (28) [...] The execution of such efforts has fallen short of effectively providing a quality standard of healthcare, however, especially for lower-income populations (36). Despite the legal availability of universal healthcare coverage that now exists in Peru, between 10% and 20% of Peruvians remain excluded from health services offered by the Peruvian healthcare system (47). Although EsSalud has gradually succeeded at increasing health coverage for Peruvians (48), a 2019 study found that in a 3-month period, only 73.1% of program members who sought medical attention actually received healthcare services (48). These deficiencies in access have influenced how Peruvians perceive their government’s ability to provide adequate healthcare availability. A 2022 survey found that approximately 70% of Peruvian adults viewed their access to healthcare as deficient (49)...”¹¹

Rispetto al finanziamento dei servizi sanitari, le fonti riportano come del prodotto interno lordo (PIL) totale del Perù, il 5,2% è stato speso per l'assistenza sanitaria nel 2019, il che equivale a circa 370 dollari a persona. Rispetto ad alcuni paesi HIC, nello stesso anno gli Stati Uniti hanno speso 10.866 dollari a persona per l'assistenza sanitaria, mentre Regno Unito, Australia e Germania hanno speso tra i 4.500 e i 6.500 dollari a persona. Nel complesso, la particolare composizione demografica del Perù, unita alle sue limitate condizioni economiche, crea un ambiente sanitario finanziariamente limitato e sistematicamente iniquo, che insieme danno origine a una serie di disparità sanitarie, in particolare per le persone affette da malattie neurologiche. Oggi il Perù ha un sistema sanitario decentralizzato che consiste in cinque diverse entità. La MINSa con il programma SIS fornisce servizi sanitari al 60% della popolazione, EsSalud (l'equivalente peruviano di un programma di sicurezza sociale) al 30% della popolazione e le Forze Armate (FFAA), la Polizia Nazionale (PNP) e il settore privato insieme al restante 5%. Il sistema che ne deriva è composto da molteplici fornitori di assicurazioni e servizi sanitari che spesso operano con un alto grado di sovrapposizione e poco coordinamento tra loro. Ad oggi, le fonti di finanziamento dei sottosistemi sanitari del Perù sono: 1) Ministero della Salute del Perù (MINSa): Entrate fiscali e ticket per gli utenti. 2) EsSalud: imposta sui salari del 9% pagata dai datori di lavoro dei lavoratori del settore formale. 3) Il settore privato: Spese vive delle singole famiglie”:

“...Of Peru’s total gross domestic product (GDP), 5.2% was spent on healthcare in 2019 which equates to about \$370 per person (25). In comparison to some HICs, the United States spent \$10,866 per person on healthcare in that same year, while the United Kingdom, Australia, and Germany spent between \$4,500 and \$6,500 per person (26). Overall, Peru’s unique demographic composition combined with its limited economic circumstances creates a healthcare environment that is financially restricted and systemically inequitable, which together, give rise to a number of

¹¹ Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. *Frontiers in Public Health*, 11. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

health disparities, particularly for people living with neurological illness.” [...] Today, Peru has a decentralized healthcare system that consists of five different entities. MINSa with the SIS program provides health services for 60% of the population, EsSalud (Peru’s equivalent of a social security program) provides for 30% of the population, and the Armed Forces (FFAA), National Police (PNP), and the private sector together provide for the remaining 5% (30). The resulting system is made up of multiple providers of both health insurance and health services who often function with a high degree of overlap and little coordination between each other (31).

Listed below are the financing sources of the healthcare sub-systems of Peru:

- Ministry of Health of Peru (MINSa): Tax revenues and user fee co-payments (32, 33).
- EsSalud: A 9% payroll tax paid by the employers of formal-sector workers (33).
- Private Sector: Out-of-pocket expenditures by individual households (33)....¹²

Nello specifico della salute mentale e dell’ambito neurologico, le fonti infatti riportano come, data l’entità della prevalenza e dell’onere dei disturbi mentali e neurologici, nonché la possibilità di attuare interventi efficaci e duraturi, la percentuale del budget complessivo destinata alla salute mentale dovrebbe essere compresa tra il 5% e il 15%. Fino al 2015, l’1,5% del budget sanitario nazionale del Perù è stato speso per l’assistenza alla salute mentale. Di questo importo, circa l’80% era destinato agli ospedali psichiatrici. Allo stesso modo, in Perù, un paese classificato come economia a medio reddito, l’investimento annuale pro capite per l’assistenza alla salute mentale dovrebbe essere di 9 dollari, pari a 29 soles. Tuttavia, nel 2017 l’investimento medio annuo pro capite in Perù è stato di 12,6 soles, un valore addirittura inferiore alla spesa annua pro capite dei paesi a basso reddito. In otto regioni del paese, l’investimento annuale pro capite per la salute mentale è compreso tra 0,6 centesimi di dollaro USA e 1,0 dollari USA, equivalenti rispettivamente a 2,1 e 3,2 soles. Moquegua e Lima Metropolitana sono le regioni in cui l’investimento si aggira intorno a questo standard:

“...Dada la magnitud de la prevalencia y la carga de los trastornos mentales y neurológicos, así como la posibilidad de aplicar intervenciones eficaces y sostenidas la proporción del presupuesto general destinada a salud mental debería estar comprendida entre el 5% y el 15%. Hasta el año 2015, para la atención de salud mental, en el Perú se invertía el 1,5% del presupuesto nacional en salud. De esta suma alrededor del 80% estaba destinado a los hospitales psiquiátricos. Asimismo, en el Perú, país calificado como economía de ingresos medios, se espera una inversión per cápita anual en atención de salud mental de 9 dólares americanos, equivalente a 29 soles. Sin embargo, la inversión per cápita anual promedio en el Perú, en el 2017, fue de 12,6 soles, monto que se encuentra inclusive por debajo del gasto anual per cápita de países de bajos ingresos. En ocho regiones del país la inversión per cápita anual para salud mental está entre 0.6 centavos de dólar y 1,0 dólar, equivalente a 2,1 y 3,2 soles, respectivamente. Moquegua y Lima Metropolitana son regiones donde esta inversión está alrededor del estándar en mención...”¹³

La mancanza di finanziamenti e l’incompleta copertura dei sistemi assicurativi determina anche un incremento della OOP. Infatti, le fonti riportano come in Perù, circa il 61% delle spese vive per le

¹² Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. *Frontiers in Public Health*, 11. [Accessed on 23/10/2023]

¹³ Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021” (RM N° 356 – 2018/ MINSa) Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental - Lima: ministerio de Salud; 2018. 96 p.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf> [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

cure mediche fornite da un fornitore di servizi sanitari pubblici (MINSA e governi regionali) è destinato a strutture private vicine (farmacie, centri diagnostici e laboratori). Sebbene la spesa out-of-pocket in Perù sia bassa (37%), nel 2012 era ancora la principale fonte di finanziamento dei servizi sanitari. L'insufficiente finanziamento del SIS è una delle cause della spesa out-of-pocket dei suoi beneficiari. Ciò richiede una discussione ai massimi livelli sul ruolo specifico del SIS come fondo di finanziamento e l'avvio di un'importante riforma finanziaria, non solo per aumentare i finanziamenti ma anche per migliorarne l'organizzazione e la trasparenza. Inoltre, l'offerta di servizi pubblici è limitata e richiede un intervento per affrontare le sfide legate all'aumento delle risorse umane, all'introduzione delle tecnologie e delle infrastrutture necessarie e, soprattutto, alla gestione del tutto per offrire alla popolazione i servizi di cui ha bisogno:

“...In Peru, some 61% of out-of-pocket expenditure for medical care from a public health service provider (MINSA and regional governments) goes to nearby private facilities (pharmacies, diagnostic centers, and laboratories) (9). [...] Although out-of-pocket spending in Peru was low (37%), it was still the main source of health services financing in 2012 (9). [...] insufficient SIS financing is one of the causes of its beneficiaries’ out-of-pocket expenditure. This calls for discussions at the highest level on the specific role of SIS as a financing fund and for launching a major financial reform, not only to increase financing but to improve its organization and transparency. Furthermore, the supply of public services is limited, requiring action to meet the challenges involved in increasing the supply of human resources, introducing the necessary technologies and infrastructure and, especially, managing it all to offer the population the services it needs...”¹⁴

Questo fenomeno determina anche la presenza di barriere nell'accesso ai servizi. Infatti le fonti suggeriscono come molti non si recano alle visite ambulatoriali a causa delle risorse insufficienti per soddisfare le esigenze sanitarie legate all'invecchiamento della popolazione e alla transizione epidemiologica, oltre che per l'insoddisfazione che percepiscono nei confronti del sistema sanitario. Inoltre, il sistema sanitario frammentato e decentralizzato del Perù può indurre inefficienze, inefficacia e mercificazione dell'assistenza sanitaria. Di conseguenza, il sistema sanitario potrebbe non rispondere adeguatamente alle esigenze sanitarie delle persone socialmente svantaggiate, aumentando il rischio di impoverimento a causa dell'OOP:

“...many do not attend outpatient consultations due to insufficient resources to meet aging population and epidemiological transition health needs [12] as well as the dissatisfaction they perceive with the health system [13]. In addition, the fragmented and decentralized health system in Peru may induce inefficiencies, ineffectiveness and commoditization of healthcare [14]. Thus, the health system may not adequately respond to the health needs of socially disadvantaged people, increasing the risk of impoverishment due to OOP...”¹⁵

¹⁴ Petrerá Pavone M, Jiménez Sánchez E. (2018) Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e20. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20> [Accessed on 23/10/2023]

¹⁵ Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Vargas-Fernández R, Rosselli D. Measuring Out-of-pocket Payment, Catastrophic Health Expenditure and the Related Socioeconomic Inequality in Peru: A Comparison Between 2008 and 2017. *J Prev Med Public Health.* 2020 Jul;53(4):266-274. doi: 10.3961/jpmph.20.035. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32752596; PMCID: PMC7411247.[Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Questo è valido anche nel caso delle persone con disabilità. Infatti, una fonte riporta come tra i fattori associati in modo indipendente all'accesso ai servizi di riabilitazione, quelli con un'istruzione superiore e una posizione socio economica più elevata hanno avuto più accesso alle cure, come già riportato in precedenza. Questo risultato riflette chiaramente due principali modelli di disuguaglianza tra il carico di disabilità e l'accesso alle cure riabilitative: i gruppi di età più avanzata avevano un carico di disabilità più elevato ma minori possibilità di accesso alle cure riabilitative, così come quelli con un'istruzione più bassa e una posizione socioeconomica inferiore. Al contrario, più alto è il livello di istruzione, minore è l'onere complessivo della disabilità ma anche maggiori sono le probabilità di ricevere cure riabilitative. Similmente, i risultati relativi all'assicurazione sanitaria sono paragonabili ai risultati precedenti che dimostrano che le persone con disabilità incontrano maggiori barriere nell'accesso ai servizi sanitari e che gli individui non assicurati con disabilità hanno maggiori problemi ad accedere ai servizi sanitari rispetto alle persone non assicurate senza disabilità. Pertanto, l'accesso ai servizi di riabilitazione in Perù, come forse in altri paesi a basso e medio reddito, è basso e iniquo:

“...Among factors independently associated with access to rehabilitation care services, those with higher education and higher socioeconomic position had more access to care as previously reported [30,31]. This finding clearly reflects two major inequality patterns of burden of disability versus access to rehabilitation care: older age groups had higher disability burden yet lower chances of access to rehabilitation care, as well as those with lower education and lower socioeconomic position. Conversely, the higher the education level, the lesser the overall disability burden but also the higher chances of reporting receiving rehabilitation care [...] Finally, our results regarding health insurance are comparable with previous findings showing that people with disabilities experience greater barriers when accessing health services [37], and uninsured individuals with disabilities have greater problems accessing healthcare services than do uninsured people without disabilities [38]. Therefore, access to rehabilitation care services in Peru, as perhaps in other low and middle income countries, is low and inequitable...”¹⁶

Questo è particolarmente critico, in quanto diverse fonti riportano come nel 2021 il 40,0% della popolazione con disabilità si trovava in condizioni di povertà multidimensionale, rivelando un divario di povertà di 14,2 punti percentuali rispetto ai coetanei non disabili:

“...El panel A muestra que, en el año 2021, el 40,0% de la población con discapacidad se encontraba en situación de pobreza multidimensional, una cifra que revela una brecha de pobreza del 14,2 puntos porcentuales respecto a sus pares sin discapacidad...”¹⁷

¹⁶ Antonio Bernabe-Ortiz, Francisco Diez-Canseco, Alberto Vásquez & J. Jaime Miranda (2016) Disability, caregiver's dependency and patterns of access to rehabilitation care: results from a national representative study in Peru, *Disability and Rehabilitation*, 38:6, 582-588, DOI: 10.3109/09638288.2015.1051246 [Accessed on 23/10/2023]

¹⁷ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad - CONADIS (2023) Situación de la pobreza multidimensional en las personas con discapacidad del país: análisis desde un enfoque interseccional. Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4405165/Investigaci%C3%B3n%20%7C%20Situaci%C3%B3n%20de%20la%20pobreza%20multidimensional%20en%20las%20personas%20con%20discapacidad%20del%20pa%C3%ADs%20An%C3%A1lisis%20desde%20un%20enfoque%20interseccional.pdf?v=1684268446> [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

Un'altra fonte riporta come sebbene le aree rurali nei paesi a basso reddito siano spesso caratterizzate da scarse risorse e da maggiori esigenze di assistenza sanitaria, il possesso di un'assicurazione sanitaria è simile sia per i residenti delle aree rurali che per quelli delle aree urbane in Perù. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che il governo peruviano ha implementato un'assicurazione sanitaria completa ed esclusiva per le persone provenienti da aree con scarse risorse e rappresenta quindi un'opportunità per il governo e per i decisori politici di migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone con disabilità indipendentemente dalla loro area di residenza:

“...While rural areas in LMICs are often low-resourced and have more needs beyond healthcare, our results show that possession of health insurance was similar for both rural and urban residents in Peru. This is possibly because the Peruvian government implemented a comprehensive health insurance exclusive for people from under-resourced areas in 2001, and it thus represents an opportunity for government and decision-makers to improve access to healthcare for PWD regardless their area of residence...”¹⁸

Barriere geografiche e strutturali

Secondo le fonti, nonostante gli sforzi per ampliare l'accesso alla salute, il sistema sanitario peruviano fatica ancora a fornire risorse sanitarie alle regioni rurali, i cui abitanti sono in gran parte indigeni e rappresentano circa il 20% della popolazione nazionale. Queste comunità si trovano spesso a ore di distanza dai centri medici specializzati situati nelle città e molti non hanno le capacità economiche e di trasporto per recarsi in questi luoghi. Inoltre, le barriere strutturali hanno limitato la fornitura di servizi e forniture mediche alle comunità rurali. L'insieme di questi fattori ha portato a lunghi tempi di attesa per consultare i medici, ha contribuito ad aumentare i tassi di mortalità infantile e i livelli di malnutrizione, malattie infettive e problemi gastrointestinali. Nel complesso, le barriere geografiche all'accesso alla salute, sommate alle pratiche socioculturali che favoriscono metodi alternativi di pratica medica, contribuiscono alle disparità sanitarie delle comunità rurali e indigene del Perù. Queste disparità hanno portato a risultati sanitari peggiori in tutti i campi della medicina, compresa la neurologia:

“...Despite efforts to expand health access, the Peruvian healthcare system still struggles to provide health-related resources to its rural regions, whose inhabitants are largely Indigenous people that make up approximately 20% of the nation's population (23, 34). These communities are often located hours from specialty medical centers located in urban cities and many lack the economic and transportation capabilities to travel to these sites. In addition, structural barriers have limited the delivery of medical services and supplies to rural communities (34). Together, these factors have led to long wait times to see providers, contributed to higher rates of infant mortality, and increased levels of malnutrition, infectious diseases, and gastrointestinal problems (35). Overall, geographic barriers to health access, compounded by sociocultural practices that favor alternative methods of medical practice contribute to the health disparities faced by rural and Indigenous communities in

¹⁸ Moscoso-Porras, M., Fuhs, A. K., & Carbone, A. (2019). Access barriers to medical facilities for people with physical disabilities: the case of Peru. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00050417. <https://www.scielo.br/j/csp/a/V6h9qYpMnF7JRHYD6GVzf4s/> [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

Peru. These disparities have led to poorer health outcomes across all fields of medicine, including neurology (36, 37)...”¹⁹

Questo viene confermato da diverse fonti, che riportano come i residenti con disabilità delle zone rurali appaiono significativamente svantaggiati rispetto ai residenti delle città in termini di disponibilità e accessibilità dei centri sanitari e di riabilitazione. Questa relativa assenza di strutture mediche nelle zone rurali del Perù è coerente con molti altri rapporti che analizzano l'accesso ai servizi sanitari per le persone con e senza disabilità. Inoltre, conferma altri risultati relativi alla disuguaglianza nell'accesso all'assistenza sanitaria per le persone con disabilità nei paesi meno sviluppati:

“...Rural residents appear significantly disadvantaged compared to urban residents in terms of availability and accessibility of health and rehabilitation centers. This relative absence of medical facilities in rural Peru is consistent with several other reports analyzing access to health services for people with and without a disability . It also corroborates other findings of inequality in healthcare access for PWD in LMICs...”²⁰

Similmente, un'altra fonte riporta come le persone che vivono nelle aree rurali hanno riportato tassi di accesso ai servizi di riabilitazione più bassi. Quest'ultimo dato potrebbe essere legato a barriere a livello di sistema sanitario, assenza di assicurazione sanitaria, mancanza di servizi sanitari specializzati o di specialisti nelle aree rurali, nonché a barriere geografiche che creano difficoltà nel trasporto verso le cure:

“...In addition, people living in rural areas reported lower rates of access to rehabilitation services. The latter could be related to barriers at the health system level, no health insurance, a lack of specialized health services or specialists in rural areas, as well as geographical barriers that create difficulties for transportation to care...”²¹

In linea con le altre fonti, recenti evidenze riportano come la popolazione con disabilità che vive negli altopiani o nella giungla, si osserva che ha una maggiore incidenza di privazioni in "assistenza sanitaria" (39,83%), "istruzione" (78,83%), "accesso e uso di internet" (65,86%), "occupazione" (16,14%), "materiali per l'alloggio" (72,42%), "servizi igienici" (31,18%) ed "energia" (58,57%), rispetto alla popolazione con disabilità che vive sulla costa:

“...Sobre la población con discapacidad que vive en la sierra o la selva, se observa que tienen mayor incidencia en las privaciones de “atención médica” (39,83%), “educación” (78,83%), “acceso y uso de internet” (65,86%), “empleo” (16,14%), “materiales de la vivienda” (72,42%), “saneamiento”

¹⁹ Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. *Frontiers in Public Health*, 11. [Accessed on 23/10/2023]

²⁰ Moscoso-Porras, M., Fuhs, A. K., & Carbone, A. (2019). Access barriers to medical facilities for people with physical disabilities: the case of Peru. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00050417. <https://www.scielo.br/j/csp/a/V6h9qYpMnF7JRHYD6GVzf4s/> [Accessed on 23/10/2023]

²¹ Antonio Bernabe-Ortiz, Francisco Diez-Canseco, Alberto Vásquez & J. Jaime Miranda (2016) Disability, caregiver's dependency and patterns of access to rehabilitation care: results from a national representative study in Peru, *Disability and Rehabilitation*, 38:6, 582-588, DOI: 10.3109/09638288.2015.1051246 [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

(31,18%) y “energía” (58,57%), con respecto a su la población con discapacidad que vive en la costa...”²²

Tuttavia, un'altra fonte riporta come sia in aree rurali o urbane, hanno grandi difficoltà a utilizzare gli autobus o i treni pubblici (fino al 68%), il che impedisce loro di spostarsi da casa a diversi luoghi, compresi i centri sanitari e di riabilitazione. Almeno il 25% delle persone con disabilità in Perù ha riferito l'assenza di rampe, corrimano e bagni adattati presso le strutture mediche, il che è coerente con lo studio di Siqueira et al. in cui è stata riscontrata la mancanza di rampe e corrimano negli ospedali brasiliani; tuttavia, sebbene quello studio sostenesse che queste barriere architettoniche impedissero alle persone con disabilità di utilizzare gli ospedali e di ricevere le cure, includeva solo un'analisi descrittiva a sostegno di tali conclusioni. Inoltre, il nostro studio rivela che poche strutture mediche in Perù dispongono di ascensori e sportelli informativi, il che è considerato una barriera per le persone con disabilità, secondo il CPRD. L'assenza di queste strutture e l'alta percezione di queste barriere può indicare che le istituzioni incaricate di migliorare i diritti delle persone con disabilità non rispettano le linee guida sull'accessibilità della CRPD:

“...Other results highlighted in our study are the barriers to public transportation. Whether PWD live in rural or urban areas, they experience great struggles using public buses or trains (up to 68%), impeding them from moving from their homes to several places, including health and rehabilitation centers. [...] At least 25% of PWD in Peru reported an absence of ramps, handrails, and adapted bathrooms at medical facilities, which is consistent with the Siqueira et al. study, where hospitals in Brazil were found to lack ramps and handrails; however, while that study proposed that these architectural barriers prevented PWD from using hospitals and receiving treatment, it only included descriptive analysis to support such conclusions. In addition, our study reveals that few medical facilities in Peru have elevators and information counters, which is also considered a barrier for PWD, according to the CPRD. [...] The absence of these structures and the high perception of these barriers may indicate that institutions in charge of improving rights of PWD are not fulfilling CRPD accessibility guidelines...”²³

Finalmente, le fonti riportano come l'inadeguato accesso ai servizi sanitari nelle aree rurali del Perù può essere aggravato anche da fattori culturali tra le comunità indigene, dove molti cercano ancora i guaritori tradizionali come fonte primaria di assistenza sanitaria. I guaritori tradizionali spesso eseguono varie cerimonie spirituali e utilizzano medicine ricavate da piante, animali e minerali della terra circostante per curare le malattie invece dei farmaci commerciali e delle tecniche mediche utilizzate dagli operatori sanitari:

²² Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad - CONADIS (2023) Situación de la pobreza multidimensional en las personas con discapacidad del país: análisis desde un enfoque interseccional. Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4405165/Investigaci%C3%B3n%20%7C%20Situaci%C3%B3n%20de%20la%20pobreza%20multidimensional%20en%20las%20personas%20con%20discapacidad%20del%20pa%C3%ADs%20An%C3%A1lisis%20desde%20un%20enfoque%20interseccional.pdf?v=1684268446> [Accessed on 23/10/2023]

²³ Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. *Frontiers in Public Health*, 11. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

“...Inadequate access to healthcare services in rural areas of Peru may also be exacerbated by cultural factors among Indigenous communities where many still seek traditional healers as their primary source of healthcare (35). Traditional healers often perform various spiritual ceremonies and use medicines made from plants, animals, and minerals from the surrounding land to treat disease instead of commercial pharmaceuticals and medical techniques used by healthcare workers (35)...”²⁴

o

Barriere culturali e stigma

Una fonte riporta come a livello generale sia presente un sistema di credenze che scoraggia le persone con disabilità e i loro caregiver dal richiedere qualsiasi servizio sanitario, compresa l'assistenza sanitaria di base. In uno studio, il caregiver di una persona con disabilità del Perù ha spiegato come l'esperienza di ottenere una carta d'identità per disabili possa essere estremamente negativa a causa dell'uso di un linguaggio discriminatorio da parte dei medici, rendendo la persona con disabilità o chi se ne prende cura meno propensa ad affrontare il processo di acquisizione della carta d'identità, con conseguenti ripercussioni sull'utilizzo dei servizi sanitari. Nella fonte è riportato come un informatore chiave abbia riportato l'uso di termini stigmatizzanti da parte del personale medico. Queste interazioni possono far sì che le persone con disabilità e i loro caregiver, pur riconoscendo la necessità di servizi di assistenza sanitaria di base, decidano di non rivolgersi a tali servizi, in quanto ritengono che non valga la pena affrontare lo stigma attitudinale e sociale che comporta l'accesso all'assistenza sanitaria. Mentre le convinzioni culturali e lo stigma sono stati spesso descritti da familiari, amici o personale sanitario in relazione alle persone con disabilità quando cercano i servizi, questo può anche manifestarsi come auto-marginalizzazione, definita anche oppressione interiorizzata. Questo processo si verifica quando la persona stessa crede alla visione oppressiva e stigmatizzante che gli altri hanno di lei, delle sue menomazioni, della sua malattia e della sua disabilità. L'oppressione interiorizzata può limitare la capacità o la volontà di richiedere assistenza sanitaria ed è legata al sentimento di vergogna o di imbarazzo nel parlare di preoccupazioni e reclami:

“...One belief system that appeared to discourage people with disabilities and their caregivers from seeking any healthcare services, including primary healthcare, was the belief that disability is related to or caused by higher powers outside of the person, such as religion or witchcraft [38–42]. This belief was often interpreted as the disability or any other symptoms experienced by an individual with a disability being inflicted by an external power, resulting in feelings that there was no point in seeking healthcare intervention and so treatments were only sought from traditional healers who might free the person of the condition [38–42]. While this belief was mostly expressed by people with disabilities and their caregivers in the studies, it is possible that it may have also been the driving force in many of the negative interactions experienced by people with disabilities and their caregivers from community members and healthcare stakeholders, who may have shared these beliefs. This would then result in decisions to limit community presence, including accessing primary healthcare services. [...] In another study, the caregiver of a person with disability from Peru explained how the experience of acquiring a disability identification (ID) card can be extremely negative due to the use of discriminatory language by the doctors. The experience makes the person with a disability or their caregivers less likely to go through the process of acquiring an ID card and thus effecting use of health services. He stated: “you have to go to a public hospital, which

²⁴ Hashemi, G., Wickenden, M., Bright, T., & Kuper, H. (2022). Barriers to accessing primary healthcare services for people with disabilities in low and middle-income countries, a Meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 44(8), 1207-1220. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

entails showing up and hoping a doctor is there, hoping they treat you well. Even the terminology they use, they might say, 'oh, your son is mentally disabled, right?' or 'your son is Down, right?'... They [doctors] are, excuse the expression, beasts. [44] Such interactions can result in people with disabilities and their caregivers, while recognizing the need for primary health-care services, deciding not to seek the services, as they don't feel it is worth the effort in confronting the attitudinal and social stigma involved in getting the healthcare [41,42,45,46]...²⁵

La stessa fonte riporta come, mentre le convinzioni culturali e lo stigma sono stati spesso descritti da familiari, amici o personale sanitario in relazione alle persone con disabilità quando cercano i servizi, questo può anche manifestarsi come auto-marginalizzazione, definita anche oppressione interiorizzata. Questo processo si verifica quando la persona stessa crede alla visione oppressiva e stigmatizzante che gli altri hanno di lei, delle sue menomazioni, della sua malattia e della sua disabilità. L'oppressione interiorizzata può limitare la capacità o la volontà di richiedere assistenza sanitaria ed è legata al sentimento di vergogna o di imbarazzo nel parlare di preoccupazioni e reclami:

"...While cultural belief and stigma were often described by family members, friends, or healthcare staff in relation to people with disabilities when seeking services, this can also be manifested as self-marginalization, also referred to as internalized oppression. This process occurs when the person him/herself believes the oppressing and stigmatizing view that others have of them, their impairments, illness, and disability. Internalized oppression can limit the capacity or willingness to seek healthcare and is related to the feelings of shame or embarrassment about speaking up regarding concerns and complaints..."²⁶

Inoltre, viene riportato come gli atteggiamenti e lo stigma derivanti dai sistemi di credenze culturali possono anche portare a un'eccessiva protezione e dipendenza, o al contrario a una scarsa protezione e trascuratezza, da parte di amici e familiari di persone con disabilità quando accedono ai servizi sanitari. Il livello di dipendenza reale e percepito può avere un impatto sia positivo che negativo sia sulle persone con disabilità che sui loro caregiver e può influenzare ulteriormente il loro processo decisionale e la loro priorità nella ricerca di servizi sanitari:

"...The attitudes and stigma resulting from cultural belief systems can also result in over-protection and dependency, or conversely under-protection and neglect, by friends and family members of people with disabilities when accessing healthcare services. The real and perceived level of dependence can have both positive and negative impact on both people with disabilities and their caregivers, and may further influence their decision making and prioritization for seeking healthcare services..."²⁷

²⁵ Hashemi, G., Wickenden, M., Bright, T., & Kuper, H. (2022). Barriers to accessing primary healthcare services for people with disabilities in low and middle-income countries, a Meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 44(8), 1207-1220. [Accessed on 23/10/2023]

²⁶ Hashemi, G., Wickenden, M., Bright, T., & Kuper, H. (2022). Barriers to accessing primary healthcare services for people with disabilities in low and middle-income countries, a Meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 44(8), 1207-1220. [Accessed on 23/10/2023]

²⁷ Hashemi, G., Wickenden, M., Bright, T., & Kuper, H. (2022). Barriers to accessing primary healthcare services for people with disabilities in low and middle-income countries, a Meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 44(8), 1207-1220. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Una fonte riporta anche l'esistenza di barriere informative relative alla mancanza di comprensione, consapevolezza e comprensione delle questioni relative alla salute e al benessere, comprese quelle relative alle menomazioni e all'esperienza della disabilità. Le barriere informative possono verificarsi sia dal lato dell'offerta che della domanda di servizi sanitari. Dal lato dell'offerta, ciò può significare la mancanza di conoscenze generali da parte degli operatori sanitari sulle diverse menomazioni, sui tipi di difficoltà incontrate dalle persone con varie menomazioni o sulle questioni legate alla disabilità in senso più ampio. Queste lacune di conoscenza possono portare a una mancanza di comfort o di fiducia nel fornire assistenza o nell'adattare i servizi per includere le persone con disabilità, a causa della mancanza di esperienza reale o percepita, anche se la condizione che porta la persona al servizio non è direttamente collegata alla sua disabilità (ad esempio, la febbre). Questa lacuna è riconosciuta sia dagli stessi operatori sanitari che dalle persone con disabilità. Ad esempio, un medico peruviano ha descritto: "Durante i 7 anni in cui diventi medico, non ricevi alcuna informazione su come trattare una persona con disabilità":

“...Informational barriers focus on and include lack of insight, aware-ness, and understanding of issues related to health and wellness, including those related to impairment and the experience of dis-ability. Informational barriers can occur on both the supply and demand side of healthcare services. From the supply side, this may mean lack of general knowledge by the healthcare providers about different impairments, the types of difficulties experienced by individuals with various impairments, or disability issues more broadly. These knowledge gaps can result in lack of comfort or confidence with providing care or adapting services to include people with disabilities, due to actual or perceived lack of expert-ise, even if the condition that brings the person to the service is not directly linked to their impairment (e.g., fever). This gap is recognized by both healthcare providers themselves and people with disabilities. For example, a doctor from Peru, described: “During those 7 years [becoming a doctor], you don’t receive any information regarding how to treat a person with disabilities...”²⁸

...

2. Informazioni riguardo a fenomeni di stigmatizzazione nei confronti delle persone disabili

In Perù, uno degli organismi incaricati della gestione della disabilità è il Consiglio Nazionale per l'Integrazione delle Persone con Disabilità (CONADIS). Questo organismo specializzato si occupa di garantire i diritti umani delle persone con disabilità. Con la Legge Generale sulle Persone con

²⁸ Hashemi, G., Wickenden, M., Bright, T., & Kuper, H. (2022). Barriers to accessing primary healthcare services for people with disabilities in low and middle-income countries, a Meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 44(8), 1207-1220. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

Disabilità, la Legge n. 29973 (2012:17), l'articolo 63²⁹ afferma: "Il Consiglio Nazionale per l'Integrazione delle Persone con Disabilità (CONADIS) è l'organismo specializzato nelle questioni relative alla disabilità. È costituito come ente pubblico esecutorio annesso al Ministero delle Donne e delle Popolazioni Vulnerabili, con autonomia tecnica, amministrativa, economica e finanziaria. Costituisce un organo di bilancio". La legge è più specifica per quanto riguarda le finalità di questo organo decentrato, chiarendo che per svolgere le sue funzioni gode di una serie di autonomie. Uno di questi è il Piano di Pari Opportunità per le Persone con Disabilità (2009-2018), che è uno strumento che permette di articolare le azioni da svolgere in ciascuno degli organi dello Stato (ministeri) per salvaguardare i diritti umani delle persone con disabilità; ciò implica gli strumenti e le risorse necessarie per raggiungere la loro piena inclusione sociale. [... In questo ordine di idee, i principi che dovrebbero governare l'insieme di strumenti e azioni che consentono di salvaguardare i diritti umani delle persone con disabilità, secondo il Piano di Pari Opportunità per le Persone con Disabilità 2009-2018; Ministero delle Donne e dello Sviluppo Sociale - MIMDES, (2008:3) sono: "Rispetto della dignità intrinseca, dell'autonomia individuale, compresa la libertà di prendere le proprie decisioni, e dell'indipendenza delle persone; non discriminazione; piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società; rispetto della differenza e accettazione della disabilità come parte della diversità e della condizione umana; pari opportunità; accessibilità; uguaglianza tra uomini e donne":

“...En el Perú, uno de los organismos encargados de la gestión de la discapacidad, es el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad de abreviatura “CONADIS”. Este órgano especializado; se focaliza en velar por los derechos humanos de la persona con discapacidad [...]

²⁹ Tra le sue funzioni la Legge Generale sulle Persone con Disabilità LEY N° 29973 (2012: 17,18), all'articolo 63, indica quanto segue: "a) Formulare, pianificare, dirigere, coordinare, eseguire, supervisionare e valutare le politiche nazionali e settoriali sulla disabilità; b) Emanare standard tecnici e linee guida per l'adeguata esecuzione e supervisione delle politiche nazionali e settoriali sulla disabilità; c) Promuovere e proporre che, nella formulazione, pianificazione ed esecuzione delle politiche e dei programmi di tutti i settori e livelli di governo, siano espressamente presi in considerazione i bisogni e gli interessi delle persone con disabilità; d) Promuovere che, nella formulazione e nell'approvazione dei bilanci settoriali, siano stanziati le risorse necessarie per l'attuazione di politiche e programmi trasversali e multisettoriali sulle questioni relative alla disabilità; e) Proporre, formulare, pianificare, coordinare e supervisionare l'attuazione del Piano per le Pari Opportunità per le Persone con Disabilità; f) Promuovere e organizzare processi di consultazione con le organizzazioni delle persone con disabilità, in coordinamento con i settori e i livelli di governo corrispondenti; g) Promuovere e realizzare campagne per la promozione delle pari opportunità per le persone con disabilità; h) Promuovere e realizzare campagne per l'attuazione delle pari opportunità per le persone con disabilità; i) Promuovere l'attuazione del Piano per le Pari Opportunità per le Persone con Disabilità, in coordinamento con i settori e i livelli di governo corrispondenti; g) Promuovere e attuare campagne di sensibilizzazione sulle persone con disabilità, sul rispetto dei loro diritti e della loro dignità e sulla responsabilità dello Stato e della società nei loro confronti; h) Promuovere, coordinare e attuare la ricerca sulle questioni relative alla disabilità e sullo sviluppo di beni, servizi, attrezzature e strutture universali; i) Diffondere informazioni sulle questioni relative alla disabilità, comprese informazioni aggiornate sui programmi e sui servizi disponibili per le persone con disabilità e le loro famiglie, e sulle organizzazioni di persone con disabilità; j) Fornire supporto tecnico sulle questioni relative alla disabilità a enti o agenzie in tutti i settori e livelli di governo; k) Richiedere informazioni sulle questioni relative alla disabilità a enti o agenzie in tutti i settori e livelli di governo; l) Presentare azioni esecutive; m) Monitorare, imporre e amministrare le multe; n) Imporre coercitivamente il pagamento delle multe; o) Gestire il Registro Nazionale delle Persone con Disabilità; p) q) approvare il suo piano operativo annuale e il bilancio; r) redigere il suo regolamento di organizzazione e le sue funzioni; r) qualsiasi altra funzione assegnatagli dalla legge e dai suoi regolamenti. Fonte: Diaz Dumont, J. R. (2019). Discapacidad en el Perú: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. Revista venezolana de gerencia, 24(85), 243-263. [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Posteriormente, en la nueva Ley General de la Persona con Discapacidad LEY Nº 29973 (2012: 17), en el Artículo 63 se indica: “El Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), es el órgano especializado en cuestiones relativas a la discapacidad. Está constituido como un organismo público ejecutor adscrito al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, con autonomía técnica, administrativa, de administración, económica y financiera. Constituye pliego presupuestario”. En esta Ley, se es más específico, en el propósito que cumple este órgano descentralizado; aclarando que para el cumplimiento de sus funciones, goza de una serie de autonomías. [...] De las funciones que tiene este organismo del Estado (CONADIS), destaca la formulación de políticas públicas en materia de discapacidad, siendo una de ellas, el Plan de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (2009-2018), que es un instrumento que permite articular las acciones que se realizarán en cada uno de los organismos del Estado (ministerios), en salvaguarda de los derechos humanos de la persona con discapacidad; ello implica instrumentalización y recursos necesarios para lograr su plena inclusión social. [...] En este orden de ideas, los principios que debe regir el conjunto de instrumentos y acciones que permitan salvaguardar los derechos humanos de la persona con discapacidad, conforme a lo establecido Plan de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 2009-2018; Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social - MIMDES, (2008: 3) son: “El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer...”³⁰

Tuttavia, una fonte riporta come sebbene la norma peruviana preveda che le persone con disabilità in Perù debbano vivere senza discriminazioni e godere di pari diritti, mancano ancora le prove di questi risultati:

“...While the Peruvian norm dictates that PWD in Peru should live without discrimination and have equal rights, evidence of these accomplishments is still lacking ...”³¹

In accordo con questo, gli intervistati in uno studio qualitativo, hanno riferito che sebbene le idee presenti nei quadri legislativi, siano buone in teoria, sono impossibili da mettere in pratica se gli insegnanti e le aziende non sono adeguatamente formati per insegnare o assumere persone con disabilità. È stato inoltre riferito che i programmi esistenti non sono adeguatamente pubblicizzati alle famiglie delle persone con disabilità e che le diverse organizzazioni non collaborano tra loro a causa di politiche e programmi interni:

“...However, the interviewees reported that these ideas are good in theory, but impossible to put into practice when teachers and businesses aren’t being properly trained to teach or employ people with disabilities. It was also reported that the programs that exist are not properly advertised to

³⁰ Diaz Dumont, J. R. (2019). Discapacidad en el Perú: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. *Revista venezolana de gerencia*, 24(85), 243-263. [Accessed on 23/10/2023]

³¹ Moscoso-Porras, M., Fuhs, A. K., & Carbone, A. (2019). Access barriers to medical facilities for people with physical disabilities: the case of Peru. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00050417. <https://www.scielo.br/j/csp/a/V6h9qYpMnF7JRHYD6GVzf4s/> [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

families of people with disabilities, and that the different organizations don't work together due to internal politics and agendas..."³²

Similmente, un'indagine condotta durante la pandemia, riporta come non c'è fiducia nelle istituzioni e nelle entità collettive che non sembrano svolgere adeguatamente la loro funzione di protezione degli individui. Senza dubbio, la pandemia sta mettendo in evidenza le carenze, le esigenze e le difficoltà sofferte e "portate avanti" dagli anni precedenti non solo dalle persone con disabilità, ma dalla società peruviana in generale. Infatti, secondo i risultati del sondaggio, la maggior parte di loro ha difficoltà a decidere se la loro situazione attuale, a vari livelli, sia la stessa di prima (quando era già grave) o peggiore. È per questo motivo che le persone con disabilità considerano prioritaria la sensibilizzazione dell'opinione pubblica, insieme a un intervento statale più efficiente e articolato in grado di garantire la loro reale inclusione sociale, politica ed economica:

"... No existe confianza en las instituciones y entidades colectivas que parecen no cumplir adecuadamente su función de amparar a los individuos. Sin duda, lo que la pandemia está haciendo es evidenciar las carencias, necesidades y dificultades que padecen y "arrastran" desde años anteriores no solo las personas con discapacidad, si no la sociedad peruana en general. De hecho, según los resultados de la encuesta, la mayoría tiene problemas para decidir si su situación actual, a varios niveles, está igual que antes (en donde ya era mala) o peor. Por esta razón es que las personas con discapacidad ven prioritaria la concientización ciudadana de la mano de una intervención estatal más eficiente y articulada capaz de asegurar su real inclusión social, política y económica..."³³

In questa prospettiva, una fonte riposta come il CONADIS è riconosciuto come un ente statale che fornisce supporto alle persone con disabilità attraverso il quale possono ottenere una tessera che consente loro di accedere a una serie di servizi gratuitamente o a costi ridotti, anche se non è del tutto chiaro quali siano questi servizi. Oltre a questo, non c'è chiarezza sulle funzioni dell'ente e c'è anche un gruppo che non ne ha mai sentito parlare prima, oltre a non avere la tessera. Molti hanno dichiarato di essere venuti a conoscenza della sua esistenza non appena si sono trovati in una situazione di disabilità e un medico, un assistente sociale o un amico ne hanno parlato. La popolazione LGBTI e afro-discendente è quella che ha relativamente meno informazioni rispetto agli altri gruppi:

"...Se reconoce al CONADIS como una entidad del Estado que brinda apoyo a las personas con discapacidad a través de la cual se puede tramitar un carné que les permite acceder gratis o a menor costo a una serie de servicios que no se tiene del todo claro cuáles son. Más allá de esto, no existe claridad con respecto a las funciones de la entidad e incluso hay un grupo que no había oído

³² Aguerre IM, Riley-Powell AR, Weldon CT, Pajuelo MJ, Celis Nacimiento RA, Puente-Arno A, Cabrera L, Oberhelman RA, Paz-Soldan VA. "Knocking on Doors that Don't Open": experiences of caregivers of children living with disabilities in Iquitos and Lima, Peru. *Disabil Rehabil.* 2019 Oct;41(21):2538-2547. doi: 10.1080/09638288.2018.1471741. Epub 2018 Jun 17. PMID: 29909702; PMCID: PMC6345615. [Accessed on 23/10/2023]

³³ Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad - CONADIS (2021). Situación de las personas con discapacidad de alta vulnerabilidad (migrantes, afrodescendientes, indígenas, LGBTI, adultos mayores) frente a la emergencia nacional sanitaria por COVID-19. Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2822197/Estudio.pdf?v=1644529385> [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

hablar antes de ésta, además de no contar con el carné. Varios declararon que tomaron conocimiento de su existencia en cuanto se vieron en situación de discapacidad y algún médico, asistente social o amigo se las mencionó. La población LGTBI y la afrodescendiente es la que, comparativamente, menos información cuenta en relación con los demás grupos...³⁴

L'efficacia parziale di questi piani viene anche riportata nei dati di un'indagine condotta dal Ministero della Giustizia e dei Diritti Umani nel 2019, che ha rivelato che un peruviano su tre ha subito discriminazioni e i luoghi in cui queste si sono verificate sono principalmente la strada (28%), l'ospedale pubblico o il posto di lavoro (16%) e il posto di lavoro (pubblico, 15% e privato, 14%, rispettivamente). Le persone con disabilità sono il quarto gruppo più discriminato:

“...La encuesta realizada por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en el año 2019, reveló que uno de cada tres peruanos con discapacidad ha sufrido discriminación, y los lugares donde se han producido son, principalmente, en la calle (28%), en un hospital público o posta médica (16%) y en sus centros laborales (público, 15% y privado, 14%, respectivamente). Las personas con discapacidad son el cuarto grupo más discriminado...³⁵

Condizioni socio-economiche

Recenti evidenze riportano come le persone con disabilità subiscono un'incidenza di privazione superiore al 30% nei seguenti indicatori: "istruzione" (72,9%) e "accesso e uso di internet" (55,4%), "energia" (41,9%) e "materiali per l'abitazione" (56,9%), mostrando divari tra la popolazione con e senza disabilità rispettivamente di 36,3pp (punti percentuali), 29,3 pp, 5,8 pp, 4,7pp. Inoltre queste differenze sono ancora più gravi nel caso di persone che abitano in contesti rurali. Infatti, nel 2021, il 79,3% della popolazione con disabilità che viveva nelle aree rurali si trovava in condizioni di povertà multidimensionale, con un aumento di oltre 50 punti percentuali rispetto alla media urbana. Questi risultati sono coerenti con la letteratura nazionale esaminata in cui si evidenzia un persistente divario tra la popolazione con disabilità che vive nelle aree urbane a scapito delle popolazioni rurali (Barrantes, 2017; Clausen e Barrantes, 2020; CONADIS, 2021):

“...Se observa que las personas con discapacidad padecen más del 30% de incidencia de privación en los siguientes indicadores: “educación” (72,9%) y “acceso y uso de internet” (55,4%), “energía” (41,9%) y “materiales de la vivienda” (56,9%), evidenciando brechas entre la población con y sin discapacidad de 36,3pp (puntos porcentuales), 29,3 pp, 5,8 pp, 4,7pp, respectivamente [...] la población con discapacidad que vive en zonas rurales muestra mayores niveles de incidencia de privación que la población sin discapacidad en los doce (12) indicadores [...] el año 2021 el 79,3% de la población con discapacidad que vive en áreas rurales se encontraba en situación de pobreza

³⁴ Defensoria del Pueblo - Perú. (2021). Defensoría del Pueblo: Estado Peruano Debe Luchar contra la discriminación estructural existente Contra las personas con Discapacidad. Available at: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-estado-peruano-debe-luchar-contr-la-discriminacion-estructural-existente-contr-las-personas-con-discapacidad/#:~:text=Gran%20parte%20de%20la%20poblaci%C3%B3n,as%C3%AD%20como%20precariedad%20y%20pobreza> [Accessed on 23/10/2023]

³⁵ Defensoria del Pueblo - Perú. (2021). Defensoría del Pueblo: Estado Peruano Debe Luchar contra la discriminación estructural existente Contra las personas con Discapacidad. Available at: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-estado-peruano-debe-luchar-contr-la-discriminacion-estructural-existente-contr-las-personas-con-discapacidad/#:~:text=Gran%20parte%20de%20la%20poblaci%C3%B3n,as%C3%AD%20como%20precariedad%20y%20pobreza> [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

multidimensional, lo cual está por encima del promedio urbano en más de 50,0 puntos porcentuales. Estos resultados son consistentes con la literatura nacional reseñada en la que se demuestra que existe una brecha persistente entre la población con discapacidad que vive en zonas urbanas en desmedro de las poblaciones rurales (Barrantes, 2017; Clausen y Barrantes, 2020; CONADIS, 2021)...³⁶

Similmente, la fonte sottolinea come le donne con disabilità soffrono di un'incidenza significativamente più alta di privazioni rispetto agli uomini con disabilità in sei (06) dei dodici (12) indicatori: "assistenza sanitaria" (38,09%), "istruzione" (78,31%), "accesso e uso di internet" (57,49%), "occupazione" (14,31%) e "sicurezza sociale" (64,21%):

“...las personas con discapacidad mujeres padecen mayor incidencia significativa de privaciones, en relación a las personas con discapacidad hombres, en seis (06) de los doce (12) indicadores: “atención médica” (38,09%), “educación” (78,31%), “acceso y uso de internet” (57,49%), “empleo” (14,31%) y “seguridad social” (64,21%)...”³⁷

In generale, le fonti riportano che adottando un approccio intersezionale, i gruppi più svantaggiati sono: la popolazione con disabilità indigena o afro-discendente, la popolazione con disabilità nelle aree rurali, la popolazione con disabilità di sesso femminile e la popolazione con disabilità degli altopiani o della giungla, in quanto soffrono di una maggiore incidenza di povertà multidimensionale, sia nel tasso di conteggio (H) che nel tasso di conteggio aggiustato (M0). Questi risultati sono coerenti con la letteratura esaminata sulla povertà multidimensionale e la disabilità in Perù e nel mondo, secondo cui questi sottogruppi sono svantaggiati e più vulnerabili all'interno della popolazione disabile. Queste analisi hanno evidenziato modelli di divari e disuguaglianze che sono stati caratterizzati come duraturi e basati su gruppi (Muñoz et al., 2007):

“...Desde un enfoque interseccional, se identificó que los grupos más desfavorecidos fueron: la población con discapacidad indígena o afrodiscendiente, la población con discapacidad de zonas rurales, la población con discapacidad mujer y la población con discapacidad de la sierra o la selva, pues padecen una mayor incidencia de pobreza multidimensional, tanto en la tasa de recuento (H) como en la tasa de recuento ajustado (M0). Estos hallazgos son consistentes con la literatura revisada sobre pobreza multidimensional y discapacidad en el Perú y el mundo, que encuentran que estos subgrupos poseen una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad al interior de la

³⁶ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad - CONADIS (2023) Situación de la pobreza multidimensional en las personas con discapacidad del país: análisis desde un enfoque interseccional. Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4405165/Investigaci%C3%B3n%207C%20Situaci%C3%B3n%20de%20la%20pobreza%20multidimensional%20en%20las%20personas%20con%20discapacidad%20del%20pa%C3%ADs%20An%C3%A1lisis%20desde%20un%20enfoque%20interseccional.pdf?v=1684268446> [Accessed on 23/10/2023]

³⁷ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad - CONADIS (2023) Situación de la pobreza multidimensional en las personas con discapacidad del país: análisis desde un enfoque interseccional. Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4405165/Investigaci%C3%B3n%207C%20Situaci%C3%B3n%20de%20la%20pobreza%20multidimensional%20en%20las%20personas%20con%20discapacidad%20del%20pa%C3%ADs%20An%C3%A1lisis%20desde%20un%20enfoque%20interseccional.pdf?v=1684268446> [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – *Country of Origin Information*

población con discapacidad. Estos análisis mostraron patrones de brecha y desigualdades que se caracterizaron por ser duraderos y de índole grupal (Muñoz et al., 2007)...”³⁸

³⁸ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad - CONADIS (2023) Situación de la pobreza multidimensional en las personas con discapacidad del país: análisis desde un enfoque interseccional. Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4405165/Investigaci%C3%B3n%207C%20Situaci%C3%B3n%20de%20la%20pobreza%20multidimensional%20en%20las%20personas%20con%20discapacidad%20del%20pa%C3%ADs%20An%C3%A1lisis%20desde%20un%20enfoque%20interseccional.pdf?v=1684268446> [Accessed on 23/10/2023]

Bibliografia

- Aguerre IM, Riley-Powell AR, Weldon CT, Pajuelo MJ, Celis Nacimiento RA, Puente-Arno A, Cabrera L, Oberhelman RA, Paz-Soldan VA. "Knocking on Doors that Don't Open": experiences of caregivers of children living with disabilities in Iquitos and Lima, Peru. *Disabil Rehabil.* 2019 Oct;41(21):2538-2547. doi: 10.1080/09638288.2018.1471741. Epub 2018 Jun 17. PMID: 29909702; PMCID: PMC6345615. [Accessed on 23/10/2023]
- Almubaslat, F., Sanchez-Boluarte, S. S., & Diaz, M. M. (2023). A review of neurological health disparities in Peru. *Frontiers in Public Health*, 11. [Accessed on 23/10/2023]
- Bernabe-Ortiz, A., Diez-Canseco, F., Vasquez, A., Kuper, H., Walsham, M., & Blanchet, K. (2016). Inclusion of persons with disabilities in systems of social protection: a population-based survey and case-control study in Peru. *BMJ open*, 6(8), e011300. [Accessed on 23/10/2023]
- Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad - CONADIS (2021). Situación de las personas con discapacidad de alta vulnerabilidad (migrantes, afrodescendientes, indígenas, LGTBI, adultos mayores) frente a la emergencia nacional sanitaria por COVID-19. Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2822197/Estudio.pdf?v=1644529385> [Accessed on 23/10/2023]
- Defensoria del Pueblo - Perú. (2021). Defensoría del Pueblo: Estado Peruano Debe Luchar contra la discriminación estructural existente Contra las personas con Discapacidad. Available at: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-estado-peruano-debe-luchar-contra-la-discriminacion-estructural-existente-contra-las-personas-con-discapacidad/#:~:text=Gran%20parte%20de%20la%20poblaci%C3%B3n,as%C3%AD%20como%20precariedad%20y%20pobreza> [Accessed on 23/10/2023]
- Diaz Dumont, J. R. (2019). Discapacidad en el Perú: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. *Revista venezolana de gerencia*, 24(85), 243-263. [Accessed on 23/10/2023]
- Monica Diaz, Morgan Beauchamp, Maisie Bailey, Ximena Aguilar, Danilo Sanchez Coronel (2023): Neurology Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients with Dementia or Parkinson's Disease and their Caregivers in Lima, Peru (P4-8.006) DOI: 10.1212/WNL.0000000000202033 [Accessed on 23/10/2023]
- Hashemi, G., Wickenden, M., Bright, T., & Kuper, H. (2022). Barriers to accessing primary healthcare services for people with disabilities in low and middle-income countries, a Meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 44(8), 1207-1220. [Accessed on 23/10/2023]
- Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Vargas-Fernández R, Rosselli D. Measuring Out-of-pocket Payment, Catastrophic Health Expenditure and the Related Socioeconomic Inequality in Peru: A Comparison Between 2008 and 2017. *J Prev Med Public Health.* 2020 Jul;53(4):266-274. doi: 10.3961/jpmph.20.035. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32752596; PMCID: PMC7411247.[Accessed on 23/10/2023]
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad - CONADIS (2023) Situación de la pobreza multidimensional en las personas con discapacidad del país: análisis desde un enfoque interseccional. Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4405165/Investigaci%C3%B3n%20%7C%20Situaci%C3%B3n%20de%20la%20pobreza%20multidimensional%20en%20las%20personas%20con%20discapacidad%20del%20pa%C3%ADs%20An%C3%A1lisis%20desde%20un%20enfoque%20interseccional.pdf?v=1684268446> [Accessed on 23/10/2023]
- Moscoso-Porras, M., Fuhs, A. K., & Carbone, A. (2019). Access barriers to medical facilities for people with physical disabilities: the case of Peru. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00050417. <https://www.scielo.br/j/csp/a/V6h9qYpMnF7JRHYD6GVzf4s/> [Accessed on 23/10/2023]

Servizi di ricerca e formazione COI – Country of Origin Information

Petrera Pavone M, Jiménez Sánchez E. (2018) Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e20. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20> [Accessed on 23/10/2023]

Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021” (RM N° 356 – 2018/ MINSA) Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental - Lima: ministerio de Salud; 2018. 96 p.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf> [Accessed on 23/10/2023]