



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

INFORME DEFENSORIAL

“ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL MARCO DE LA LEY 475”

“A diferencia de la solidaridad, que es horizontal y se ejerce de igual a igual, la caridad se practica de arriba hacia abajo, humilla a quien la recibe y jamás altera ni un poquito las relaciones de poder”. (E. Galeano)

INDICE

PRIMERA PARTE

MARCO DE LA INVESTIGACIÓN

- I. ANTECEDENTES
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. OBJETIVO – ALCANCE
- IV. MECANISMOS DE INTERVENCIÓN

SEGUNDA PARTE

CONSIDERACIONES GENERALES

- I. MARCO HISTÓRICO
- II. MARCO TEÓRICO
- III. MARCO NORMATIVO

TERCERA PARTE

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

- I. RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN
CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS
- II. ANALISIS Y CONCLUSIONES
- III. RECOMENDACIONES

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

PRESENTACIÓN

La Defensoría del Pueblo se encuentra en una etapa de construcción de los derechos humanos al servicio y para la defensa del pueblo, lo que implica asumir los cambios que la realidad política, social y jurídica demandan; que en muchos casos fueron largamente postergados, o en otros parcialmente implementados.

Esta perspectiva marcó la necesidad de redefinir la forma de relación de la Defensoría con la sociedad y los grupos sociales, de manera que permita una acción más cercana a ellos y sus contextos, un apoyo a sus procesos de incidencia y sobre todo una apuesta por modificar las relaciones de poder y convivencia, que constituyen causas estructurales.

La temática relacionada a la discapacidad generalmente es asociada a la de caridad, impactando por ejemplo, en la prestación de los servicios de salud a las personas con discapacidad; allí radica la importancia de la intervención defensorial a través de la investigación realizada y que se traduce en el presente trabajo.

El alcance de las verificaciones defensoriales que se realizaron en la presente investigación, es de 29 hospitales públicos y 10 de la seguridad social en los 9 departamentos del país y en la ciudad de El Alto; así también se consideró los informes que oficialmente remitieron a nuestra Institución el Ministerio de Salud, las Gobernaciones y los Gobiernos Municipales; también constituyo fuente de información primordial la percepción de las agrupaciones de personas con discapacidad que participaron en talleres de trabajo en todo el país.

Esta investigación ha podido constatar que actualmente existen barreras físicas, de información y comunicación que dificultan el acceso a los servicios de salud; asimismo la exigencia de formalismos como el carnet de discapacidad o las boletas de referencia y contrarreferencias, como condicionantes para ser beneficiados de esos servicios, limitan el goce de los mismos.

Por otro lado, las limitaciones en la provisión de medicamentos a los beneficiarios de la Ley 475 vulneran el acceso de la población a los medicamentos y en específico, al grupo de PcD y con mayor incidencia a personas con trastornos de salud mental, conforme garantiza la Constitución Política del Estado.

Asimismo, la regulación vigente sobre el trato preferente establecido en la Ley 223 y el Reglamento de la Ley 475 en el ámbito de salud, tendría que ser implementado a través de acciones integrales que tengan como fin primario el garantizar la equiparación e igualdad de las PcD con el resto de las personas.

Por todo ello, el presente trabajo tiene como finalidad en coordinación con el Estado central y las entidades subnacionales, superar las barreras existentes en los servicios de

salud que enfrentan las personas con discapacidad, porque *“el grado de desarrollo de un pueblo se mide en la forma que integra a las personas con discapacidad”*.

“ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL MARCO DE LA LEY 475”

P R I M E R A P A R T E

MARCO DE LA INVESTIGACIÓN

I. ANTECEDENTES

Bolivia ratificó varios de los instrumentos internacionales respecto a los derechos de las Personas con Discapacidad (PcD) y se constituye en uno de los países que más avances ha logrado en cuanto a normativa de protección a esta población; sin embargo, estos avances carecen de políticas públicas, instituciones y recursos para su real y concreta aplicación, lo que impide el ejercicio pleno de los derechos reconocidos, específicamente, en el ámbito educativo, de salud y laboral.

La falta de aplicación de la normativa tiene las siguientes causas: la situación de exclusión y pobreza de las PcD; falta de conciencia en la población para evitar su exclusión; insuficientes mecanismos de difusión, socialización y capacitación sobre la normativa nacional e internacional; ausencia de políticas públicas y de instituciones que hagan posible el ejercicio pleno de sus derechos; y las barreras físicas arquitectónicas que, igualmente, limitan el ejercicio de sus derechos.

La discriminación hacia esta población y desconocimiento de sus capacidades; la respuesta inadecuada de los servicios de salud; la existencia de barreras de acceso a la educación formal, al trabajo y a proyectos de emprendimiento y al entorno físico, social, económico, político y cultural; la dependencia económica y baja autoestima; limitación del desarrollo de sus potencialidades, la de sus familias y cuidadores, son aspectos que también impiden el ejercicio y goce pleno de derechos de las PcD.

La Defensoría del Pueblo ha reconocido que esta población se desenvuelve en un mundo marcado por las exclusiones, discriminación y el silencio, en ese marco, a lo largo de la vida institucional se ha promovido e impulsado el respeto de sus derechos.

En 2006 la institución impulsó la construcción, validación y aprobación del Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades (PNIEO), la intervención defensorial fue trascendental para la promulgación del Decreto Supremo 28671 de 7 de abril de 2006, mediante el cual se adoptó como política pública el citado Plan, documento que constituye un hito histórico en el reconocimiento de los derechos de las PcD. El Plan articula diferentes mecanismos para el establecimiento de políticas sociales y públicas destinadas al ejercicio pleno de los derechos de esta población, en los ámbitos nacional, departamental y municipal.

En 2011, se realizó el estudio “Estado de Situación de los Derechos de las Mujeres con Discapacidad”, en el que se concluyó que el acceso a la salud es uno de los temas de prioridad para este grupo poblacional, debido a que su situación les conduce a una demanda frecuente de estos servicios; además, se develó la insatisfacción respecto de la

atención que brindan los establecimientos de salud, fundamentalmente, porque no cuentan con condiciones de accesibilidad, presentan barreras arquitectónicas que inviabilizan o dificultan su desplazamiento y barreras actitudinales que discriminan. Asimismo, no cuentan con equipamiento adecuado (camas, cama ginecológica, baños) para mujeres con discapacidad, lo que dificulta sobre todo el parto; tampoco existe personal capacitado que responda a las necesidades de las diferentes discapacidades y de género como el manejo de lenguaje de señas, señalética para PcD visual, entre otros.

El citado estudio visibiliza, también, maltrato en los servicios de salud hacia estas pacientes; discriminación por la discapacidad; y ausencia de un trato considerado y con respeto, lo que ha llevado a emitir recomendaciones al Viceministerio de Salud para garantizar el acceso a todos los servicios de salud y la atención con calidad y calidez a todas las mujeres con discapacidad, principalmente, a las que tienen discapacidad intelectual severa, estableciendo trato preferente y accesibilidad actitudinal, comunicacional, física y arquitectónica, con enfoque de género y discapacidad.

En 2014, considerando la alta vulnerabilidad de esta población, la Defensoría del Pueblo, trabajó en la elaboración de la propuesta institucional para reglamentar la Ley 223 General para Personas con Discapacidad, de 2 de marzo de 2012, proyecto que fue la base del actual Decreto Reglamentario N° 1893 de 12 de febrero de 2014. Además, en esta gestión se emitió el Informe Defensorial de Seguimiento al Cumplimiento del 4% de Inserción Laboral de PcD en el Órgano Ejecutivo, develando en dicha investigación que sólo 3 de 20 ministerios cumplen con la normativa referida al respecto.

En la gestión 2015, entre una más de las acciones realizadas por la Defensoría del Pueblo, se puede mencionar el trabajo emprendido con las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de PcD, con las que se elaboró el Informe Alternativo sobre los derechos de esta población, mismo que disiente en varios puntos del Informe país, en particular, sobre el acceso libre a los servicios de salud.

En 2016, la institución defensorial intervino en el dialogo y acercamiento en el conflicto suscitado por la demanda de las PcD con relación al pago del Bono Solidario de Bs. 500 mensual, emitiendo el “Informe Defensorial sobre los hechos del 25 de mayo de 2016 y tratamiento de la conflictividad en casos de PcD”.

Por otro lado, la Defensoría del Pueblo a lo largo de su vida institucional ha intervenido en cuanto al cumplimiento del derecho a la salud a través de diferentes mecanismos y en diversas temáticas, desde actividades destinadas a sensibilizar al personal de los diferentes servicios de salud y al personal administrativo, sobre los derechos de los pacientes hasta la incidencia en políticas públicas.

La Defensoría del Pueblo considera que la defensa del derecho a la salud como derecho fundamental es integral, entendiendo que su aplicación conduce a un abordaje sinérgico, tomando en cuenta la equidad de género y generacional entre otras demandas; proclama que la realidad del país, en cuanto al derecho a la salud, sólo cambiará apoyando las demandas de las organizaciones que acogen a distintos sectores de la sociedad, en tanto sus preocupaciones o demandas sectoriales, son perfectamente relacionables y se deben incluir en el Derecho a la Salud.

En este contexto, se ha elaborado la Estrategia Institucional para el abordaje del derecho al acceso a la salud, así como los planes de trabajo para cada gestión, en ese sentido el

Plan de Salud 2017 priorizó la atención a las PcD en los establecimientos de salud, a nivel nacional.

II. JUSTIFICACIÓN

Situación de las Personas con Discapacidad (PcD)

El Censo de Población y Vivienda 2012, que por primera vez incorpora la consideración de datos sobre las Personas con Discapacidad (PcD), registra la existencia de un total de 388.119 personas con alguna dificultad permanente en el país, según reporta el Instituto Nacional de Estadística (INE). La discapacidad visual es la más frecuente ya que reporta 160.208 casos, que representa el 41% del total.

En el Registro Único de PcD se encuentran registradas un total de 44.862 personas, de ellas 2.388 (5%) tienen discapacidad leve, 13.824 (30.8%) moderada y 11.131 (24.8%) muy grave¹.

Las Personas con Discapacidad son una de las poblaciones más vulnerables y aún encuentran muchas dificultades para el ejercicio de sus derechos; en algunos ámbitos – como el de salud - aún persiste la negación o la vulneración de sus derechos y son, principalmente, víctimas de discriminación. No obstante esta realidad, hay que reconocer que los resultados y las acciones realizadas por las autoridades del gobierno central como de los gobiernos subnacionales y de la sociedad, muestran que hay avances importantes, especialmente, en la protección y exigibilidad de éstos.

PcD en el marco de la Ley N° 475

El objeto de la Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, del 30 de diciembre de 2013, es establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población que no se encuentra cubierta por el Seguro Social Obligatorio a Corto Plazo; así como establecer las bases para la universalización de la atención integral de salud (Artículo 1)

Su ámbito de aplicación alcanza el nivel central del Estado, las entidades territoriales autónomas y los sub- sectores de salud pública, de la seguridad social de corto plazo y privado bajo convenio (Artículo 4)

Las beneficiarias y beneficiarios de la atención integral son quienes no cuentan con ningún seguro de salud. La Ley 475 incluye a las Personas con Discapacidad que se encuentren calificadas de acuerdo al Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de PcD-SIPRUNPCD.

De acuerdo al Artículo 6 de la normativa en cuestión, la atención integral comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales.

El acceso a la atención integral deberá ser obligatoriamente a través de los establecimientos de salud de primer nivel. Se accederá al segundo nivel mediante referencia del primer nivel y, al tercer nivel, mediante referencia del segundo o primer nivel. Exceptuando los casos de emergencia y urgencia (Artículo 7)

¹ Fuente: Informe a la Asamblea Legislativa Plurinacional 2013 de la Defensoría del Pueblo de Bolivia.

El Reglamento de la Ley 475 establece que las PcD, para recibir las prestaciones de salud, deberán presentar previamente el carnet de discapacidad de acuerdo al Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de PcD-SIPRUNPCD o boleta de Referencia y Contrareferencia (Artículo 4).

Asimismo, prevé que el personal de salud otorgue un trato preferente a esta población, así como a las personas adultas mayores y aquellas que sean referidas desde el área rural.

Por lo expuesto, existe la necesidad de que la Defensoría del Pueblo realice un seguimiento a la aplicación de la Ley 475, específicamente, en cuanto a la atención a este grupo en situación de vulnerabilidad.

La aplicación de la Ley 475 presenta dificultades, considerando que los establecimientos de salud no cuentan con las condiciones para la atención a todos los grupos que ampara la norma, situación que pone en riesgo el acceso a las prestaciones, en especial, a las personas con discapacidad.

Los cambios efectuados en el sistema de salud mediante esta norma y su reglamentación, ameritan de parte de la Defensoría del Pueblo, un seguimiento para exigir el cumplimiento de la Ley, considerando la cobertura a sectores que no cuentan con un seguro de salud, la capacidad de los centros de salud, la viabilidad económica, el presupuesto asignado entre otros aspectos.

III. OBJETIVO Y ALCANCE

El objetivo de las acciones defensoriales fue detectar problemáticas en la otorgación de las prestaciones de salud a favor de las PcD en el marco de Ley 475 y sus reglamentos, con el propósito de mejorar la atención a esta población beneficiaria.

Las acciones fueron aplicadas a las instancias nacionales y departamentales involucradas en la temática y a hospitales de segundo y tercer nivel con un alcance nacional en capitales de departamento.

IV. MECANISMOS DE INTERVENCIÓN

Para lograr el objetivo planteado, se aplicaron los siguientes mecanismos de intervención:

- Solicitud de información escrita

Se realizó un relevamiento de información mediante requerimientos de informe al Ministerio de Salud, a los gobiernos autónomos municipales y departamentales y a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES).

- Talleres de coordinación entre organizaciones de PcD, SEDES y Defensoría del Pueblo

Cada Delegación Defensorial Departamental coordinó con el SEDES un taller de capacitación sobre los alcances de la Ley 475 dirigido a las organizaciones de Personas con Discapacidad, en el que participaron dirigencias y bases.

En los talleres realizados se consultó sobre las problemáticas que se presentan en el marco de la aplicación de la normativa y en general sobre la atención que reciben en los centros de salud.

Como parte de la capacitación se realizó una dinámica para obtener información respecto a las problemáticas en salud, identificando los centros de salud y las vulneraciones a sus derechos.

La metodología consistió en emitir las siguientes preguntas, generando la participación directa de los actores:

- ¿Qué requisitos les solicitan para acceder a las prestaciones de salud (Ley 475)?
 - ¿Reciben trato preferente en la atención? ¿Cómo?
 - ¿Existen limitaciones en cuanto a la prestación de los servicios de salud?
 - ¿Las condiciones físicas de los centros de salud son adecuadas para la atención, les permite un desplazamiento normal (accesibilidad)?
 - ¿El trato que se les otorga es bueno o cómo lo calificarían?
 - ¿Les proporcionan la información necesaria sobre la situación de salud?
 - ¿La atención que se les da es oportuna o tienen que esperar mucho?
- **Verificación Defensorial**

La verificación se desarrolló en los hospitales de segundo y tercer nivel y tuvo un alcance nacional, de acuerdo al siguiente detalle:

N°	Oficina Defensorial	Hospitales Públicos de 3er nivel	Hospitales de la Seguridad Social	Hospitales Públicos de 2° nivel
1	La Paz	Hospital de la Mujer	Hospital Obrero N° 1 Hospital General LUO	Hospital La Paz Hospital Los Pinos Hospital La Merced
2	Oruro	Hospital General San Juan de Dios	Hospital Obrero N° 4	Hospital Walter Khon Hospital Barrios Mineros
3	Potosí	Hospital Bracamonte	Hospital Obrero N° 5	Hospital Boliviano -Cubano San Cristóbal
4	Cochabamba	Hospital Viedma Hospital Maternológico Germán Urquidí	Hospital Obrero N° 2	Hospital Cochabamba Hospital Valle Hermoso

5	Chuquisaca	Hospital Santa Bárbara	Hospital Jaime Mendoza	Hospital San Pedro Cláver Hospital Materno Infantil de Poconas Hospital Universitario San Francisco Xavier
6	Tarija Bermejo para hospitales de segundo nivel	Hospital San Juan de Dios	Hospital Obrero	Hospital de Bermejo
7	Santa Cruz	Hospital General San Juan de Dios Hospital General Universitario Japonés	Hospital General CNS	Hospital Municipal Plan 3000 Hospital Municipal Bajo del Oriente Hospital Municipal Villa 1° de Mayo
8	Beni	Hospital Germán Busch	Hospital Obrero N° 8	
9	Pando		Hospital Obrero N° 9 de la CNS	Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán
10	El Alto			Hospital Boliviano Holandés Hospital Municipal Boliviano Coreano Hospital Municipal Los Andes

“ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL MARCO DE LA LEY 475”

SEGUNDA PARTE

CONSIDERACIONES GENERALES

I. MARCO HISTÓRICO

La discapacidad ha surgido desde la presencia del hombre en el mundo. La muerte, el abandono, la falta de socorro, asistencia, rehabilitación y ocultamiento, son las diversas situaciones que han atravesado y vivido las Personas con Discapacidad.

En las antiguas culturas primitivas se abandonaba y dejaba morir a los niños deformes o discapacitados. En algunas sociedades de la antigüedad, el destino de las PcD era la muerte. Era normal el infanticidio cuando se observaban anomalías en las niñas o niños. Si eran adultos se los apartaba de la comunidad, se los consideraba incapaces de sobrevivir una existencia acorde con las exigencias sociales establecidas.

En la época de florecimiento de las primeras civilizaciones, los espartanos de la antigua Grecia, arrojaban desde el Monte Taigeto a quienes presentaban discapacidades, pues no querían que "en su bella y floreciente civilización" existieran personas diferentes y en Grecia del Siglo IV A.C., el eminente filósofo Aristóteles trató de interpretar algunas desviaciones. Existen registros de estudios de las diferencias físicas y mentales realizadas por Diógenes, Hipócrates y Galeno, quienes estudiaron la epilepsia y la demencia entre otras formas atípicas.

En algunos lugares el tratamiento era el siguiente:

- **Grecia:** En su culto a la belleza y a la perfección física, expulsaban a los discapacitados de las ciudades o los exterminaban.
- **Esparta:** Por su carácter aguerrido, no permitían miembros no válidos. Los lanzaban desde un monte.
- **Las leyes de Licurgo:** Pretendían una mejora racial a ultranza, así como la pertenencia total del individuo al Estado, obligaban a que todo aquel que al nacer presentase una deformidad física fuese eliminado.
- **Asia:** Los abandonaban en el desierto y los bosques.
- **India:** Los abandonaban en la selva y los echaban en un lugar llamado Sagrado Ganges.
- **Egipto:** Los abandonaban. Si bien también los mataban, es posible que esto sucediera de modo exclusivo con algunas personas. Existen pruebas de que se aceptaba y se trataba de mejorar al individuo discapacitado.
- **Hebreos:** Los antiguos hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado. Dieron un tratamiento diferente a las personas con limitaciones, podían

participar en los asuntos religiosos. El Judaísmo precursor del cristianismo, al elevar la dignidad de la persona humana, hizo que se convirtiera en deber la atención a las PcD.

- **Los Indios Masai:** Asesinaban a sus niños discapacitados.
- **Los Chagga de África Oriental:** Utilizaban a sus discapacitados para ahuyentar al demonio.
- **Los Jukun de Sudan:** Consideraban que eran obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran.
- **Los Semang de Malasia:** Empleaban a sus lisiados como hombres sabios.
- **Mayas:** Sabemos que poseían una gran bondad de costumbres. Respetaban y querían a los ancianos y les eran especialmente gratos los enanos y los seres deformes.
- **Nórdicos:** Los discapacitados eran verdaderos dioses.
- **Romanos:** Especialmente a partir de la Ley de las Doce Tablas (540 A.C.) conceden al padre todos los derechos sobre sus hijos, muerte incluida. En la Roma Imperial, asimismo, la Roca Tarpeia cumplía igual propósito con los niños y los inválidos congénitos y ancianos, ya que por ella se los empujaba al vacío igual que en Esparta.

Es en Roma donde se inicia el ejercicio de la mendicidad como oficio y donde nace la costumbre, tan extendida después, de aumentar las deformidades deliberadamente con el fin de que al ser mayor la compasión fuesen también mayores las limosnas. Esto originó todo un comercio de niños deformes o deformados a voluntad con distintos tipos de mutilaciones, que se va a mantener prácticamente hasta nuestros días.

A través de la historia y de la evolución en las ideas, la discapacidad ha sido la asignatura pendiente de la sociedad, en demanda de mayor inclusión y visibilidad. De este modo, ha sido incluida en torno de la vida pública y social por medio del avance de las ciencias y la tecnología.

II. MARCO TEÓRICO

DISCAPACIDAD

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

La Ley 223 General para las Personas con Discapacidad, en el Artículo 5 inciso a), define discapacidad como el resultado de la interacción de la persona con deficiencias de función

físicas, psíquicas, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo o permanentes, con diversas barreras físicas psicológicas, sociales, culturales y comunicacionales.

Para la Organización Mundial de Salud (OMS), la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

PERSONA CON DISCAPACIDAD

La expresión “persona con discapacidad” proviene del **modelo social** de la discapacidad, que pone en primer lugar a la persona y dice que la persona *tiene* discapacidad (una característica de la persona, entre muchas otras). Desde esta visión, la discapacidad queda definida por la relación de la persona con las barreras que le pone el entorno. Esta terminología está sustentada por la Convención Internacional sobre los Derechos de las PcD y lo importante, es que las mismas Personas con Discapacidad han sido las que participaron en su formulación.

De acuerdo a la Ley 223, se entiende por personas con discapacidad a aquellas personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo o permanentes, que al interactuar con diversas barreras, éstas puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad y en igualdad de condiciones con las demás.

COMORBILIDAD

La **comorbilidad** es un término médico, acuñado por AR Feinstein en 1970, que se refiere a dos conceptos:

- La *presencia* de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.
- El *efecto* de estos trastornos o enfermedades adicionales².

La presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico inicial.

PcD Física-Motora: Son las personas con deficiencias anatómicas y neuromúsculo funcionales, causantes de limitaciones en el movimiento.

PcD Visual: Son las personas con deficiencias anatómicas y/o funcionales, causantes de ceguera y baja visión.

PcD Auditiva: Son las personas con pérdida de audición y/o limitación en menor o mayor grado. A través del sentido de la visión estructuran su experiencia e integración con el medio. Se enfrentan cotidianamente con barreras de comunicación que impiden en cierta

² <https://es.wikipedia.org/wiki/Comorbilidad>

medida su acceso y participación en la sociedad, en igualdad de condiciones que sus pares oyentes.

PcD Intelectual: Son las personas caracterizadas por deficiencias anatómicas y/o funcionales del sistema nervioso central, que ocasionan limitaciones significativas tanto en el funcionamiento de la inteligencia, el desarrollo psicológico evolutivo como en la conducta adaptativa.

PcD Mental o Psíquica: Son personas que debido a causas biológicas, psicodinámicas o ambientales, son afectadas por alteraciones de los procesos cognitivos, lógicos, volitivos, afectivos o psicosociales que se traducen en trastornos del razonamiento, de la personalidad, del comportamiento, del juicio y comprensión de la realidad, lo que les dificulta adaptarse a ella y a sus particulares condiciones de vida, además de impedirles el desarrollo armónico de relaciones familiares, laborales y sociales, sin tener conciencia de la enfermedad psíquica.

Discapacidad Múltiple: Está generada por múltiples deficiencias, sean éstas de carácter físico, visual, auditivo, intelectual o psíquico.

Grado de Discapacidad Leve: Calificación que se refiere a personas con síntomas, signos o secuelas existentes que justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica de las mismas.

Grado de Discapacidad Moderada: Calificación que se refiere a los síntomas, signos o secuelas que causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

Grado de Discapacidad Grave: Calificación que se refiere a persona con síntomas, signos o secuelas que causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria pudiendo estar afectada alguna de las actividades de cuidado, requiriendo asistencia de otra persona para algunas actividades.

III. MARCO NORMATIVO

En cuanto a la normativa nacional que protege a las personas con discapacidad:

- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Establece mecanismos de protección a las PcD en temas relacionados a educación, trabajo, salud, deportes, recreación y otros. A su vez, establece mecanismos de sanción contra hechos discriminatorios dirigidos a esta población.

Artículo 70.- Toda persona con discapacidad goza de los siguientes derechos:

2. A una educación y salud integral gratuita.

Artículo 71. I. Se prohibirá y sancionará cualquier tipo de discriminación, maltrato, violencia y explotación a toda persona con discapacidad.

Artículo 72. El Estado garantizará a las Personas con Discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establezcan en la ley.

- **LEY GENERAL PARA PCD N° 223 DE 2 DE MARZO DE 2012**

Garantiza a las PcD el ejercicio pleno de sus derechos y deberes, bajo un sistema de protección integral, en igualdad de condiciones, equiparación de oportunidades y trato preferente.

Artículo 12 (DERECHO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES Y GRATUITOS). El Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso de las Personas con Discapacidad a los servicios integrales de promoción, prevención, atención, rehabilitación y habilitación, con carácter gratuito, de calidad y con calidez en la red de Servicios Públicos y en los tres niveles de atención.

- **DECRETO SUPREMO N° 1893 DE 12 DE FEBRERO DE 2014**

Reglamenta la aplicación de los derechos de las PcD señalados en la Ley 223, estableciendo mecanismos y procedimientos para su implementación

Artículo 16.- (SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA). El Ministerio de Salud, en el marco de sus actividades regulares, fortalecerá la consejería en salud sexual y salud reproductiva para las PcD.

- **LEY 475 DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013 SOBRE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL**

La Ley 475 establece y regula la atención integral en salud de la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por el seguro social obligatorio de corto plazo.

Artículo 5.- (BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS). Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales:

5. Personas con Discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de PcD-SIPRUNPCD.

Artículo 6. (PRESTACIONES DE SALUD).

- I. La atención integral de salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, y la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales.
- II. El Ministerio de Salud y Deportes, reglamentará a través de norma específica las prestaciones a ser otorgadas, los costos, las exclusiones, la modalidad de pago y

la ampliación de las prestaciones, beneficiarias y beneficiarios en el marco de la atención integral y protección financiera de salud.

Artículo 7. (ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD).

- I. Las beneficiarias y beneficiarios accederán a los servicios de salud de la atención integral y protección financiera de salud, obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del primer nivel de los subsectores públicos, de la seguridad social a corto plazo y privados bajo convenio, y los equipos móviles de salud en el marco de la Política SAFCI.
- II. El acceso al segundo nivel, será exclusivamente mediante referencia del primer nivel.
- III. El acceso al tercer nivel, será exclusivamente mediante referencia del segundo o primer nivel.
- IV. Se exceptúa de lo establecido en el presente Artículo, los casos de emergencia y urgencia que serán regulados por el Ministerio de Salud y Deportes, que deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

- **DECRETO SUPREMO Nº 1984 DE 30 DE ABRIL DE 2014**

El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar la Ley 475.

Artículo 4.- (REQUISITOS PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS). Las beneficiarias y los beneficiarios señalados en el Artículo 5 de la Ley 475, para recibir las prestaciones de salud deberán presentar previamente al menos uno de los siguientes documentos vigentes:

e) Personas con Discapacidad:

1. Carnet de discapacidad de acuerdo al Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de PcD-SIPRUNPCD; o
2. Boleta de Referencia y Contrarreferencia³.

Artículo 7.- (PRESTACIONES DE SALUD).

³ Norma nacional de referencia y contrarreferencia aprobada mediante Resolución Ministerial N° 0039 de de 30 de enero de 2013, señala:

Referencia: Es la remisión del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a uno de mayor capacidad resolutive con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. También comprende la remisión de usuarios entre los diferentes sectores de salud o con la medicina tradicional.

Contrarreferencia: Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se dirige al usuario al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente con el fin de que se lleve a cabo el control, seguimiento y/o continuar la atención integral.

- I. El Ministerio de Salud deberá reglamentar y actualizar, al menos cada dos (2) años, las prestaciones de salud de acuerdo a lo establecido en el Artículo 6 de la Ley 475.
- II. Las prestaciones de salud que sean otorgadas a los beneficiarios deben enmarcarse en las Normas Nacionales de Atención Clínica y de Promoción de la Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud.
- III. Los medicamentos destinados a la atención de los beneficiarios se enmarcarán exclusivamente en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales-LINAME, debiendo ser prescritos y dispensados utilizando la Denominación Común Internacional-DCI o nombre genérico.
- IV. Los insumos-dispositivos médicos destinados a la atención de los beneficiarios, se enmarcarán en la Lista de Dispositivos Médicos Esenciales.
- V. Los productos naturales tradicionales destinados a la atención de los beneficiarios, se enmarcarán exclusivamente en la Lista Plurinacional de Productos Naturales y Tradicionales-LIPAT.
- VI. El personal de salud deberá otorgar trato preferente a las PcD, personas adultas mayores y aquellas que sean referidas desde el área rural.
- VII. Los equipos móviles de salud realizarán la atención integral e intercultural en la comunidad de acuerdo a normativa vigente definida por el Ministerio de Salud; así como, la identificación de PcD y otros grupos de riesgo.

Artículo 8.- (ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS).

En el marco del Parágrafo IV del Artículo 7 de la Ley 475, en los casos de urgencias y emergencias, el paciente, los familiares o apoderados, deberán presentar los documentos señalados en el Artículo 4 del presente Decreto Supremo, durante o después de la resolución de la situación crítica de la beneficiaria o del beneficiario.

- **REGLAMENTO PARA LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA LEY N° 475 LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL**

Artículo 13. (ACTUALIZACIÓN DE LA LISTA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD).- La Unidad de Discapacidad de Rehabilitación y Habilitación Biopsicosocial del Ministerio de Salud, mensualmente enviará la lista actualizada de personas que cuentan con carnet de discapacidad y registro en el SIPRUNPDC, a la Dirección General de Seguros de Salud del Ministerio de Salud para su sistematización y envió a cada Gobierno Autónomo Municipal.

Artículo 26. (INSTANCIAS RESPONSABLES DEL CONTROL DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LAS PRESTACIONES DE LA LEY N° 475).- Se constituyen en instancias responsables del control de la calidad de atención de los beneficiarios de la Ley 475, por parte del personal de salud y administrativo de los establecimientos, las siguientes:

- a) Autoridad Local de Salud: Es la instancia responsable del control local de la atención adecuada de las personas beneficiarias en el establecimiento de salud en su jurisdicción.
- b) Coordinación Técnica de Red: Es la instancia de supervisión permanente encargada de verificar el cumplimiento de normas vigentes de calidad de atención en los establecimientos de salud correspondientes.
- c) Unidad de Gestión de Calidad del SEDES: En coordinación con las Unidades de Planificación y Redes de Salud de los SEDES, son las instancias encargadas del seguimiento de la calidad de la atención de los establecimientos de salud que brindan las atenciones de la Ley 475.
- d) Unidades Especializadas de Atención a las Personas con Discapacidad: Son las instancias municipales encargadas de garantizar el derecho de la atención de las personas con discapacidad con las prestaciones de la Ley 475.
- e) Instituto Nacional de Seguro de Salud-INASES: Es responsable del cumplimiento de la atención adecuada de las personas beneficiarias en los establecimientos de salud dependientes de las Entidades Gestoras del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.
- f) Ministerio de Salud: Tiene la atribución de solicitar a los SEDES y Gobiernos Autónomos Municipales, informes periódicos o cuando lo considere necesario, respecto de la calidad de atención de las personas beneficiarias de su jurisdicción.

Artículo 29. (TRANSGRESIONES AL REGLAMENTO).- Se consideran transgresiones al presente reglamento las siguientes:

Rechazo del personal de salud a la atención de las personas beneficiarias.

- a) Cobros adicionales a las personas beneficiarias.
- b) Prescripción o sugerencia de compra de medicamentos del mercado regular o solicitudes de medicamentos o insumos diferentes a los establecidos en el Manual de Prestaciones.
- c) Incoherencias existentes en la correlación administrativa de los reportes presentados por el Establecimiento de Salud.
- d) Instalaciones y aplicación del SICOES en establecimientos de salud u otras instancias no autorizadas por el presente Reglamento.
- e) Reincidencia de errores en la información del personal de salud o administrativo de los establecimientos de salud.
- f) Incumplimiento de plazos para el cobro y pago de las prestaciones de la Ley 475.

- **LEY N° 4024 DE 15 DE ABRIL DE 2009**

Norma por la cual se ratifica la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- **LEY N° 045 CONTRA EL RACISMO Y TODA FORMA DE DISCRIMINACIÓN DE 8 DE OCTUBRE DE 2010 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO N° 0762 DE 5 DE ENERO DE 2011**

El Reglamento a la Ley 045 plantea las medidas de prevención y educación, y las faltas y sanciones que constituyen racismo y discriminación.

- **LEY N° 1678 DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD DE 15 DE DICIEMBRE DE 1995**

La presente ley regula los derechos, deberes y garantías de las PcD, estantes y habitantes en el territorio boliviano.

De acuerdo a la disposición transitoria de la Ley 223, la citada norma se encuentra vigente hasta que se aprueben los estatutos autonómicos, cartas orgánicas y otras disposiciones legales de otros niveles del Estado.

Artículo 6. Los derechos y beneficios reconocidos en favor de las personas discapacitadas son irrenunciables, siendo los principales:

- c) A gozar de las prestaciones integrales de salud y otros beneficios sociales de la misma calidad, eficiencia y oportunidad que rigen para los demás habitantes del país.
- d) A su rehabilitación en centros especializados públicos y privados, con prestaciones especiales de salud, de acuerdo al tipo y grado de impedimento o discapacidad.
- e) Participar en las decisiones sobre su tratamiento, dentro de sus posibilidades y medios.

NORMATIVA INTERNACIONAL

- **DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**

Artículo 25.

(1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

(2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

- **CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PCD.**

Es un instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas destinado a proteger los derechos y la dignidad de las Personas con Discapacidad.

Artículo 25.

Salud

Los Estados Partes reconocen que las Personas con Discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las Personas con Discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las Personas con Discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles, de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población.
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las Personas con Discapacidad, específicamente, como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños, las niñas y las personas mayores.
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las Personas con Discapacidad, incluso en las zonas rurales.
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las Personas con Discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas, sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas, mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las Personas con Discapacidad, a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.
- e) Prohibirán la discriminación contra las Personas con Discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán porque esos seguros se presten de manera justa y razonable.
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

- **PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS**

Artículo 26. Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

- **PACTO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES**

Artículo 12.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

- **POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD PARA PCD**

En nuestro país uno de los hitos más importantes en cuanto a políticas públicas, corresponde a la construcción del Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades de las PcD (PNIEO), el mismo que fue aprobado el 7 de abril del 2006, mediante Decreto Supremo 28671.

El PNIEO devino de un proceso de información, consulta y validación a partir de entrevistas, talleres, mesas de trabajo y otras acciones con autoridades, instituciones y organizaciones de y para Persona con Discapacidad a nivel nacional, con tendencia a la apropiación y legitimación de este importante documento, iniciativa que se basa en el principio de igualdad de oportunidades y condiciones.

El Plan, que establece lineamientos básicos para los distintos actores estatales y sociales del ámbito nacional, departamental y municipal, e identifica áreas prioritarias estratégicas que se basan en un diagnóstico de la situación actual de la discapacidad, permitió establecer aproximaciones a la incidencia, características, al estado de la oferta pública, los procesos y la interacción de los distintos actores involucrados.

Establece políticas y estrategias para que actores estatales y sociales en general, aporten con responsabilidad para la construcción de una sociedad más inclusiva, justa y humana, que respete y proteja el ejercicio de los derechos de las PcD, su condición étnica y de género. Incluye lineamientos de acción orientados por el conjunto de políticas públicas que forman parte del presente Plan, para la ampliación de las oportunidades de las PcD, en un marco de equidad y bajo los principios de normalización y de autodeterminación en todos los ámbitos de la vida económica, cultural, social y política, que permita desarrollar sus capacidades, mejorar los niveles de protección social, y ampliar y fortalecer la participación e inclusión social.

Abarca dos dimensiones:

- a) El institucional, con el establecimiento de los dispositivos institucionales estatales que garanticen y protejan el ejercicio de los derechos humanos, y establece mecanismos que generen condiciones objetivas para tal efecto.

- b) La construcción de una nueva cultura de la igualdad, del respeto y de la dignidad, que legitime y viabilice acciones colectivas para el logro del bienestar integral de las PcD.

El PNIEO define un conjunto de políticas públicas, para cuya aplicación la condición es el involucramiento del Estado y de la sociedad civil con una activa participación y una acción concertada, que requieren la voluntad y decisión política de las autoridades y la acción inter y multisectorial nacional, departamental y municipal.

El objetivo general del PINEO es “Lograr la igualdad y equiparación de oportunidades de las PcD”, entre los objetivos específicos se pueden mencionar: la disminución de las barreras sociales, físicas y de comunicación; la promoción de un cambio del entorno social para crear condiciones favorables para la inclusión social de las PcD; la obtención del acceso equitativo y con igualdad de oportunidades a los servicios públicos

El Derecho a la Salud se encuentra dentro de las áreas de intervención. Al respecto el PNIEO establece que los servicios de salud son indispensables en la atención de las PcD en cuanto a la prevención, tratamiento, habilitación y rehabilitación.

Asimismo, en el PNIEO se identifican algunos de los problemas recurrentes en salud como el hecho de que el abordaje de la discapacidad tuvo un fuerte sesgo biomédico, sin considerar las multideterminaciones en su emergencia ni la multidimensionalidad para su tratamiento. Se privilegió el enfoque de daño con el que se han dirigido y, aún, organizan los servicios de salud a los cuales acceden las PcD, de tal manera que la atención se reduce a un tratamiento clínico, el que es asumido con severas restricciones por las deficiencias técnicas, tecnológicas y de especialización.

La ausencia de programas de promoción y prevención en salud de deficiencias y discapacidades es usual. La discapacidad ha sido entendida generalmente como un problema de salud, pero no como un problema de responsabilidad social que se produce por factores prevenibles y respecto a los cuales, la intervención oportuna puede tener incidencia en la disminución de las deficiencias y discapacidades. Actualmente, existen vacíos en la información dirigida a la población, a los padres y madres ante situaciones de deficiencias; falta de diagnósticos tempranos; ausencia de la atención integral del neonato; factores de riesgo perinatales y servicios públicos con déficit de calidad que provocan secuelas que derivan en discapacidad.

Otra de las dificultades detectadas corresponde a la falta de sostenibilidad económica de la atención secundaria y terciaria que son las más demandadas en la atención de las PcD. Los servicios de salud han perdido su carácter universal y presentan dificultades para el acceso de la población rural, con persistencia de las asimetrías en los servicios. Existe una mayor concentración en el eje troncal urbano y una oferta casi nula para el área rural, que hace que una minoría de los casos acuda a los servicios urbanos.

Algunos factores identificados que inciden en servicios inadecuados y de baja calidad son la ausencia de un enfoque integral para la atención de las PcD; la oferta institucional se mantiene como insuficiente y deficiente; los recursos humanos no tienen conocimientos actualizados y especializados; actitud estereotipada y discriminatoria del personal de salud; la infraestructura, los equipos y suministros son insuficientes e inaccesibles: limitada capacitación del personal médico y paramédico acerca del manejo y atención.

“ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL MARCO DE LA LEY 475”

T E R C E R A P A R T E

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

I. RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN

A través de los mecanismos de intervención implementados, se obtuvo información que ha permitido conseguir evidencias sobre la situación de los hospitales respecto del acceso a la atención de Personas con Discapacidad.

Las verificaciones defensoriales a 39 hospitales públicos y de la seguridad social abordaron aspectos relacionados a la accesibilidad física, información y comunicación, trato preferente y capacitación en cuanto a normativa en salud, problemas que se detectan en las referencias y contrarreferencias y en la provisión de medicamentos. Por otra parte, se indagó sobre el procedimiento para la atención de PcD, los requisitos, registros y finalmente, se consultó al paciente con discapacidad en el momento de la verificación, sobre el conocimiento de la Ley 475 y el trato con calidad y calidez.

Las oficinas departamentales de la Defensoría del Pueblo, realizaron talleres de coordinación con organizaciones de PcD y SEDES, en los que se abordaron el contenido de la Ley 475, trato preferente, información y atención oportuna.

Se hizo un relevamiento de información mediante requerimientos de informe al Ministerio de Salud, a los gobiernos autónomos municipales, a los gobiernos autónomos departamentales y a los SEDES.

Sobre esta base, se ha elaborado un diagnóstico que refleja la situación de los hospitales a nivel nacional respecto al acceso al derecho a la salud de las Personas con Discapacidad.

HOSPITALES PÚBLICOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL LA PAZ

Los hospitales verificados en la ciudad de La Paz fueron seis: Hospital de la Mujer de tercer nivel, hospitales La Paz, Municipal Los Pinos y La Merced de segundo nivel; y los hospitales Obrero N° 1 y Luis Uría de la Oliva de la Seguridad Social.

Los centros hospitalarios públicos, en general, cuentan con las mínimas condiciones físicas de accesibilidad; se han habilitado rampas y puertas amplias que facilitan el desplazamiento de las PcD en silla de ruedas y baños adaptados; sin embargo, no todos

cuentan con ascensores ni con sanitarios acondicionados. Es el caso del Hospital La Paz que no cuenta con una infraestructura adecuada y accesible para PcD, los baños no se encuentran adaptados y no existen ascensores.

Respecto a la información accesible y visible, los televisores del Hospital de la Mujer no funcionan y no existe señalización auditiva ni letreros informativos visibles. En los hospitales de segundo nivel, el La Paz no cuenta con mecanismos de información, Los Pinos y La Merced tienen televisores, letreros y señalización para todos los usuarios, pero no específicos para PcD.

En los nosocomios donde se realizó la verificación, existe un funcionario encargado de proporcionar información a las PcD o sus familiares, sobre el alcance de la Ley 475. En el Municipal Los Pinos la información la proporciona la Gestora de Calidad o la Trabajadora Social; en La Merced existe un letrado de información al ingreso del hospital referido a los beneficios del Seguro Integral de Salud (SIS). Los medios de información instalados no prevén las diferentes discapacidades de los pacientes.

En cuanto a la comunicación con personas sordo-mudas, el Hospital de la Mujer cuenta con tres personas capacitadas por el Ministerio de Salud; los hospitales de segundo nivel verificados no tienen personal que pueda comunicarse en lenguaje de señas; en Los Pinos solicitan apoyo de la Dirección de Salud y La Merced está capacitando a profesionales médicos.

Los medicamentos para PcD se encuentran disponibles, aquellos previstos dentro de las prestaciones de la Ley 475.

Sobre la socialización de la Ley 475 y sus reglamentos, en el Hospital de la Mujer se realizó un curso un año atrás; en los hospitales de segundo nivel informaron que, por ejemplo, en Los Pinos la capacitación se efectúa a través de la Gerencia de la Red Sur y de la Gestora de Calidad; en el Hospital de La Merced, en diciembre del año pasado se desarrolló un taller sobre esa normativa y se tiene previsto otro para este año.

Respecto de la capacitación en atención a PcD, ésta no se desarrolla en los hospitales de la Mujer y La Paz; y en La Merced se desarrollan cursos generales según la patología.

En cuanto al trato preferente, en el Hospital de la Mujer priorizan la atención de acuerdo a la patología y es en la oficina de Gestor de Calidad y en la Subdirección, donde se atiende a los pacientes con discapacidad, en caso de que éstos no hayan sido atendidos adecuadamente. En el Hospital La Paz les proporcionan tratamientos oportunos, se los refiere a un centro de tercer nivel y se cuenta con fichas de atención para PcD; en Los Pinos la atención es pronta y oportuna a PcD, se emiten fichas diferenciadas para este grupo; en La Merced se cuenta con un sistema de triaje, las PcD son evaluadas y derivadas a los diferentes consultorios, ninguna tiene la necesidad de hacer fila porque previamente se les extiende una ficha.

El procedimiento y los requisitos para la atención a Personas con Discapacidad varían. En el Hospital de la Mujer viabilizan la atención; en el Hospital La Paz el personal fue instruido para brindar atención con calidez; en el Municipal Los Pinos se otorga la ficha preferencial; y en La Merced, dependiendo del caso, se atiende por triaje (por ejemplo, rojo significa paro cardiorespiratorio, sala de emergencia, tiempo de espera inmediato, amarillo significa cuadro clínico agudo, sala de emergencias, tiempo de espera hasta dos horas). Los

requisitos para la atención a PcD, son la presentación de la cédula de identidad, carnet de discapacidad, en el Hospital Los Pinos solicitan la boleta de referencia.

En cuanto a las referencias y contrarreferencias, en el Hospital de la Mujer no existen problemas en su aplicación; en que los hospitales de segundo nivel reportan que los centros de tercer nivel no aceptan atender a pacientes por falta de espacio.

Con relación al registro informático o manual del SIS sobre la atención a PcD; en los hospitales de la Mujer y La Paz no existe registro informático; en Los Pinos el área que realiza dicho registro es la unidad de estadística y en La Merced, la trabajadora social cuenta con todo el registro informático de PcD.

- Problemáticas detectadas en las mesas de trabajo realizadas con las organizaciones de PcD:

Desde la perspectiva de las Personas con Discapacidad, entre las problemáticas detectadas se tiene la mala atención, la falta de medicamentos y la no aplicación del trato preferente, ya que deben hacer filas, comprar fichas y esperar su turno.

Existe diferencia entre los hospitales municipales de segundo nivel, que cuentan con un sistema de registro de PcD, que otorgan un trato preferente, y los hospitales de tercer nivel.

Por otra parte, existen limitaciones en cuanto a la otorgación de medicamentos, condiciones de infraestructura y falta de señalética, aspectos que dificultan el acceso a la atención médica.

En los hospitales de la Seguridad Social verificados, en cuanto a las condiciones de accesibilidad física, se evidenció que en el Hospital Obrero N° 1 existen rampas, puertas anchas y ambientes que permiten la movilidad de PcD; no tienen baños adaptados, sin embargo es importante señalar que este hospital sólo atiende a PcD de manera temporal. Los casos con patologías crónicas y personas con síndrome de Down tienen convenio con el Instituto Departamental de Adaptación Infantil (IDAI) y el Centro Integral de Rehabilitación Infantil (CIRI).

En el hospital Luis Uría de la Oliva la mayoría de sus instalaciones son de una planta, se cuenta con las condiciones físicas para la atención de PcD, tiene rampas de ingreso y los baños son comunes para todos los pacientes.

Respecto al acceso a la información, en ambos centros se evidenció que cuentan con televisores; letreros informativos sobre temáticas en salud; señalética general que permite el acceso a diferentes oficinas y servicios, pero no adaptadas a PcD; existe información visible, visual y auditiva.

En el Hospital Obrero N° 1, la información sobre el alcance del SIS es otorgado a los asegurados y a sus familiares que tienen pleno conocimiento del tema; en el Luis Uría de la Oliva, la mayor parte de los pacientes que son referidos a dicho nosocomio son personas adultas mayores en un 60%, las PcD que acuden, en su mayoría, son atendidas en la unidad de Neurología por el diagnóstico que presentan. Es importante señalar que este centro hospitalario no atiende las prestaciones que establece la Ley 475.

Por otro lado, ninguno de los hospitales verificados cuenta con personal con conocimientos del lenguaje de señas para comunicarse con personas sordo-mudas. Al Hospital Obrero no acuden pacientes con esas características.

Ambos hospitales cuentan con medicamentos necesarios en existencia.

El contenido de la Ley 475 fue socializado en el Hospital Obrero; en tanto que en el Luis Uría de la Oliva no se realizaron talleres de capacitación. Igualmente, respecto de la capacitación específica para la atención a PcD, en el Obrero los médicos y profesionales se capacitan por cuenta propia, mientras que Hospital Luis Uría de la Oliva, los galenos no han recibido ninguna formación.

El trato preferente es entendido en ambos hospitales, como la prioridad de atención de acuerdo a la edad, patología y lugar de procedencia de los pacientes; no hacen fila y entran directamente a consulta. Las PcD son atendidas por orden de llegada o de acuerdo a horario de atención previamente concertada con el médico especialista.

El procedimiento de atención depende de la patología y la valoración del paciente; se exige, en general, boletas de transferencia, formulario AVC, última boleta de pago y cédula de identidad; no utilizan las boletas de referencia ni contrarreferencia (lo que significa que no aplican la Ley 475); no cuentan con registro informático o manual del SIS sobre la atención a PcD; sólo cuentan con una base estadística de la institución y no atienden a los beneficiarios del SIS.

La atención de PCD abarca de 15 a 20 pacientes por día en el hospital Obrero N°1.

Al momento de realizarse esta verificación defensorial, pacientes con discapacidad señalaron que no conocen el contenido de la Ley 475; calificaron de buena la calidad y calidez en la atención; indicaron que son atendidos como todos los pacientes, por orden de llegada y sin trato preferente. Se evidenció la necesidad de mayor espacio y equipamiento; la dotación de medicamentos esenciales y la información necesaria.

En los de coordinación desarrollados entre organizaciones de PcD, SEDES y la Defensoría del Pueblo, se ha obtenido información referida al trato que recibe esta población, el mismo que califican como malo; el personal de salud no es capacitado ni sensibilizado; no se les proporciona la información necesaria sobre su situación de salud; no tienen acceso a su historial clínico; tienen que esperar su turno para ser atendidos en los hospitales; no existe trato preferente ni personal que se comunique en lenguaje de señas.

Respecto a la calificación y carnetización de las PcD, los problemas detectados se refieren a la demora en la programación para las evaluaciones médicas y admisión de informes, existe susceptibilidad en la evaluación para renovar su carnet, debido a la posibilidad de reducción del porcentaje de su discapacidad; falta de evaluación, calificación y carnetización en el área rural.

Los informes de las instancias involucradas en la temática, señalan que el SEDES La Paz procedió a la socialización y capacitación con relación a los alcances de la Ley 475 y que se está formando a un primer grupo de profesionales en el manejo del lenguaje de señas.

Los requisitos para la evaluación de PcD son a) presencia física; b) cédula de identidad; c) informe médico actualizado; y d) croquis de domicilio. Las reevaluaciones por vencimiento de carnet de discapacidad son atendidas con dos meses de anticipación en el ámbito urbano y cuatro meses en el área rural.

El Gobierno Autónomo Municipal (GAM) y el Gobierno Autónomo Departamental no respondieron a la solicitud de información realizada por la Defensoría del Pueblo.

HOSPITALES PÚBLICOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL ORURO

Los hospitales objeto de las verificaciones defensoriales en Oruro fueron cuatro: Hospital General San Juan de Dios de tercer nivel; hospitales Barrios Mineros y Walter Khon de segundo nivel y hospital de la Seguridad Social Obrero N° 4.

Se evidenció que las condiciones de accesibilidad para PcD en el hospital San Juan de Dios son nulas, por las características de este nosocomio que tiene una construcción antigua y precaria donde los ambientes no fueron adaptados; no existen rampas ni baños adaptados para PcD. En los hospitales de segundo nivel cuentan con rampas para el ingreso, puertas amplias y los baños no están adaptados.

En cuanto a la información accesible y visible para PcD, en general los hospitales cuentan con letreros informativos para los beneficiarios de la Ley 475; en el Hospital Barrio Mineros de segundo nivel no existen letreros ni señalización, sólo orientación verbal.

La información sobre los alcances y beneficios del SIS a las PcD o sus familiares, es proporcionada de manera verbal y directa. La atención que reciben se la realiza a sólo la presentación del carnet de discapacidad, si no cuentan con este documento, de igual manera se los atiende con la recomendación que lo obtengan. En el hospital Walter Khon, el personal de admisiones como el personal médico y paramédico, informan sobre los procedimientos a seguir, información que se brinda en cada consulta, tanto a familiares como a pacientes con discapacidad.

No existe personal con conocimientos del lenguaje de señas en ninguno de los hospitales verificados.

En cuanto a la provisión de medicamentos, en el Hospital San Juan de Dios no se cuenta con lo suficiente para atender a las PcD, las farmacias institucionales a veces no cuentan con los medicamentos que señalan las recetas médicas, lo cual obliga al paciente a comprar con sus propios recursos; de diez medicamentos recetados, sólo entregan dos o ninguno. No existen en farmacia los medicamentos que cubre el SIS debido a que no se hicieron los requerimientos respectivos para el abastecimiento, no sólo de PcD, sino de todos los beneficiarios. Por el contrario, en los hospitales de segundo nivel se cuenta con todos los medicamentos.

El costo de los estudios médicos especializados en hospitales de tercer nivel es cubierto por el SIS; sin embargo, cuando no acuden con la referencia de primeros y segundos niveles de atención, deben cancelar por los servicios, excepto cuando son de urgencia o emergencia. En los de atención de segundo nivel, los estudios son gratuitos en laboratorio, fisioterapia, ecografía. En el tercer nivel los estudios y medicamentos son cubiertos por los

pacientes cuando no se encuentran en los paquetes de cada prestación, por ejemplo en los diagnósticos de neurología, los pacientes PcD cancelan algunos medicamentos.

En cuanto a la socialización de la Ley 475, en el hospital San Juan de Dios, durante la gestión 2016, se realizaron dos capacitaciones a cargo del SEDES y del Ministerio de Salud; al igual que en los hospitales de segundo nivel de la ciudad de Oruro; en el Hospital Barrios Mineros, un genetista que trabaja con PcD está a cargo de desarrollar talleres. Respecto a la formación específica en la atención a PcD, en el hospital San Juan de Dios no reciben ninguna; en el Walter Khon se desarrolló una en octubre del 2016, con personal nominado, el mismo que no fue replicado.

En estos centros hospitalarios entienden por trato preferente el hecho de otorgar una atención oportuna; en dar prioridad al paciente con discapacidad en la consulta, pese a que se debe priorizar emergencias; en conceder una atención amable a todos los pacientes, en especial a las PcD.

En el hospital San Juan de Dios los pacientes con discapacidad deber hacer fila para recabar ficha y ser derivados a la atención médica respectiva; en los hospitales de segundo nivel no ocurre aquello, como el caso del Walter Khon, donde existe gabinete diferenciado, en caso de interconsulta, la atención es inmediata y oportuna.

En cuanto a las boletas de referencia y contrarreferencia, en el San Juan de Dios algunos médicos no la requieren, otros las exigen; en Barrios Mineros y Walter Khon no se exige de la presentación de las boletas porque está dispuesto en la Ley, salvo casos de urgencias y emergencias.

En el procedimiento de atención, las PcD o sus familiares recaban su ficha de admisión para su atención, luego son derivados al servicio que corresponda, se realiza la valoración médica, se pasa a farmacia o laboratorio si corresponde y a internación en caso de ser necesario. Los requisitos solicitados son fotocopia del carnet de discapacitado, boleta de referencia de primeros y segundos niveles. En casos de emergencia se atiende inmediatamente.

En general, existen problemas en el manejo y llenado de las boletas de referencia y contrarreferencia, excepto en el hospital Walter Khon, ya que cuando un paciente es referido a otro centro de salud, acude acompañado del personal de gabinete que tiene la tarea de asegurarse que sea atendido.

Los hospitales verificados no cuentan con un registro informático sobre la atención específica a PcD, en el hospital San Juan de Dios el trabajo es enteramente manual, no cuentan con sistemas informáticos del SIS; en los hospitales de segundo nivel el registro existente es el que se tiene para todos los beneficiarios del SIS.

La cantidad de PcD que acuden a los hospitales, por día, es de entre 2 a 5 personas.

En la consulta realizada a pacientes con discapacidad durante el desarrollo de la verificación defensorial, éstos señalaron, por ejemplo, que en el hospital San Juan de Dios conocen los beneficios del SIS, que la atención es mala porque no existen medicamentos y tienen que comprarlos; sin embargo, el trato de parte de los médicos y enfermeras es bueno; que en alguna ocasión recibieron ficha sin hacer fila y que obtuvieron información clara y oportuna sobre su tratamiento.

Indicaron que en los hospitales de segundo nivel reciben una buena atención, son tratados con preferencia en cuanto la entrega de fichas, cuentan con equipos suficientes, se les proporcionan los medicamentos y reciben información básica.

En el hospital de la Seguridad Social Obrero N° 4, los paciente cuentan con ascensores para subir a los diferentes pisos, rampas en diferentes lugares para facilitar el desplazamiento, baños adaptados con relación a las puertas que han sido ampliadas para el acceso a las sillas de ruedas y se están implementando agarradores.

Para informar a los usuarios existen televisores ubicados en el servicio de Consulta Externa de los diferentes pisos, letreros informativos y señalización general. No existe información específica relacionada a PcD ni a la Ley 475.

En Vigencia de Derechos se brinda la información sobre el alcance del SIS, regularmente se otorga la información de refuerzo con el médico tratante.

El centro hospitalario no dispone de personal que pueda comunicarse en lenguaje de señas.

Se cuenta con los suficientes medicamentos, de acuerdo al Vademecum implementado por el Ministerio de Salud. Todos los estudios médicos especializados están cubiertos por el SIS.

En cuanto a la capacitación, existe una persona responsable de la aplicación de la Ley 475 de la CNS. No se capacita al personal en atención específica a PcD, sólo se cuentan con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud.

El trato preferente se aplica de acuerdo a la discapacidad del paciente. Se exime de la boleta de referencia, no exigen que pasen a un hospital de primer nivel, se procede con la atención directamente.

No existe un procedimiento específico para la atención a PcD, los médicos atienden a todos por especialidad de forma general, con solo advertir discapacidad en las personas, estas acceden al servicio y no es requisito la presentación de carnet emitido por el Comité Departamental de la Persona con Discapacidad (CODEPEDIS).

No existen problemas en cuanto a las referencias y contrarreferencias.

No cuentan con un registro específico para PcD, sólo el general de los beneficiarios de la Ley 475, por lo que no se puede precisar la cantidad de Personas con Discapacidad que es atendida a diario.

En la consulta a pacientes con discapacidad al momento de realizarse la verificación defensorial, éstos señalaron que conocen lo necesario de la Ley 475; que la atención es buena, pero atraviesan el problema en la tardanza al momento de la misma y que no todos los funcionarios tratan bien a los pacientes, no existe trato preferente; les proporcionan los medicamentos necesarios y reciben información sobre sus tratamientos

Durante los talleres de coordinación entre organizaciones de PcD, SEDES y Defensoría del Pueblo, se ha conocido que en lo referente al acceso a las prestaciones de salud, éstas son otorgadas previa presentación del carnet de PcD y la boleta de referencia; no reciben trato preferente, tampoco existen mecanismos para priorizar el fichaje de atención y deben obtener ficha y esperar su turno como cualquier paciente. En algunos centros de salud, en particular en el área rural, indican que les niegan la atención y denuncian actos discriminatorios.

En cuanto a la dotación de medicamentos, no tienen acceso a la LINAME, desconociendo los medicamentos que cubre el seguro en el marco de la Ley 475; tampoco se priorizan exámenes como encefalogramas y tomografías, que son necesarios para identificar discapacidades intelectuales, estudios que coadyuvarían a la calificación de discapacidad y carnetización.

Con referencia a la accesibilidad física de los ambientes, señalaron que la mayoría de los establecimientos de salud cuentan con rampas y puertas amplias, pero los baños no son acondicionados. El trato que se les otorga a las PcD, es calificado como regular y no se les brinda la información necesaria ni directa del profesional médico.

Respecto a la posición de las instancias involucradas en la temática, el SEDES Oruro informó que efectúa el control de la calidad de atención en los establecimientos de salud del departamento, a través del seguimiento de denuncias de irregularidades en el cumplimiento de los procesos técnicos y administrativos que son conocidos por las áreas de Gestión de Calidad, Seguros Públicos, Discapacidad y Salud Renal. En la gestión 2016 se recibieron dos reclamos relacionados a la dotación de medicamentos y a la inexistencia del servicio de tomografía; en 2017 se presentaron también dos reclamos, por la inadecuada atención en relación al trato preferente.

Informó que se cumple con la atención de referencias de las PcD, beneficiarios de la Ley 475 del área urbana y rural a establecimientos de mayor capacidad resolutive. En relación al trato preferente, entienden al mismo como la eliminación de las desventajas de las PcD ante sus necesidades en el momento de asistir a los servicios de salud, garantizando su incorporación en los tres niveles de atención, logrando la intervención oportuna en el tratamiento y rehabilitación

El Gobierno Autónomo Municipal de Oruro informó que, a través de la Cuenta Municipal de Salud, financia las prestaciones otorgadas en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel existentes en la jurisdicción municipal. Los hospitales municipales de segundo nivel “Barrios Mineros” y “Walter Khon”, brindan las condiciones de accesibilidad en sus infraestructuras y los servicios a las PcD, ya que ambos cuentan con ramblas de acceso.

El Gobierno Autónomo Departamental no respondió puntualmente al requerimiento de informe realizado sobre los avances en la adecuación de las condiciones físicas de accesibilidad para las PcD en los establecimientos de salud públicos de tercer nivel; derivó la solicitud al SEDES Oruro, instancia que tampoco brindó información pertinente.

HOSPITALES PÚBLICOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL POTOSÍ

Los hospitales verificados en Potosí fueron tres: Daniel Bracamonte de tercer nivel, Cubano de segundo nivel y Obrero N°5 de la Seguridad Social.

En cuanto a las condiciones de accesibilidad, en el Hospital Daniel Bracamonte los servicios están habilitados en la planta baja, cuenta con rampas sólo en algunos servicios y con carteles de señalización, no tienen baños adaptados para PcD; el Hospital Cubano tiene una rampa de acceso desde el ingreso hasta el segundo patio, no existen pasamanos, para ingresar al segundo piso se tienen gradas que dificulta el acceso, no tienen baños adaptados, los espacios y ambientes son amplios pero de difícil accesibilidad.

Ambos centros cuentan con señalización visible en los servicios. En el hospital Bracamonte existen letreros que indican las especialidades, en castellano y en idioma quechua; hay una persona responsable de informaciones que perifonea cuando se requiere a algún personal en salud; al ingreso del hospital existe un banner en la sala de espera con información relacionada a la Ley 475.

Respecto a la información sobre el SIS, la reciben de los médicos del Daniel Bracamonte que conocen las prestaciones; en el hospital Cubano, una profesional en Trabajo Social es la encargada de informar. Ninguno de los dos centros cuenta con personal que maneje el lenguaje de señas.

El hospital Daniel Bracamonte cuenta con medicamentos de acuerdo al manual de aplicación para PcD, en casos de pacientes con problemas de salud mental, no siempre pueden cubrir la demanda en su totalidad. En el centro Cubano existen los medicamentos establecidos en el libro de prestaciones.

El personal del hospital Daniel Bracamonte no recibió capacitación sobre la Ley 475 y en el hospital Cubano, en un primer momento de la implementación de norma, se capacitó al personal. La formación específica en atención a PcD no fue impartida, sólo en las áreas de primer nivel.

El trato preferente es entendido como el buen trato, la posibilidad de resolver y atender las necesidades de las PcD, darles información y comprender su situación.

En cuanto al fichaje, en el hospital Daniel Bracamonte, dependiendo de la situación de la PcD, se brinda atención previa presentación de carnet de discapacidad y es la Trabajadora Social la que viabiliza la atención en alguna especialidad; se solicita la boleta de referencia del centro de salud de primer nivel, la misma que en muchas ocasiones no es clara, no registra el diagnóstico con claridad y el paciente tiene que retornar otra vez al centro de salud de primario.

En el Hospital Cubano, normalmente las PcD no hacen filas, se realiza la atención preferente a sola presentación de su carnet de discapacidad.

El registro en ambos hospitales es manual no cuentan con un sistema informático del SIS para PcD.

La cantidad de pacientes con discapacidad en el hospital de tercer nivel es de alrededor de 20 personas, en su mayoría enfermos renales para tratamiento con hemodiálisis y en el hospital Cubano, se atienden de 2 a 3 personas por semana.

Durante la consulta a pacientes con discapacidad al momento de realizarse la verificación defensorial, éstos señalaron que en el hospital Daniel Bracamonte desconocen los alcances de la Ley 475, califican la atención como buena y el trato de los médicos con calidez, quienes les explican e informan, excepto algunos galenos que no dan confianza. Indicaron asimismo, que han sido tratados con preferencia en los diferentes servicios; que no existen rampas de accesibilidad en la parte de afuera y es necesario adecuar algunos espacios de la infraestructura; les proporcionan medicamentos e información clara sobre su tratamiento. En el hospital Cubano también desconocen la Ley 475 y califican la atención la califican de buena porque reciben explicación e información sobre su tratamiento.

El hospital de la Seguridad Social Obrero N° 5, existen rampas accesibles, ascensores en funcionamiento, puertas amplias en los diferentes servicios, los espacios permiten el desplazamiento de PcD, aunque no tienen baños adaptados para esta población.

En cuanto a información, el centro hospitalario tiene letreros de información en general, televisores, señalización para los diferentes servicios. Existe una persona responsable, exclusivamente, para dar información a las PcD y encargada del SIS. No cuenta con personal que pueda comunicarse en lenguaje de señas.

Cubre casi el 90% de la provisión de medicamentos, de acuerdo al Vademecum y al listado nacional de medicamentos de la LINAME.

Hace dos años, el SEDES desarrolló talleres de capacitación sobre la Ley 475 y sus reglamentos, al personal del hospital; no existe formación en la atención específica de PcD. Actualmente se está priorizando temáticas como el buen trato, relaciones humanas y autoestima.

El trato preferente es entendido como el acceso oportuno a los servicios tomando en cuenta el tipo de discapacidad.

Las PcD son atendidas a sola presentación del carnet de discapacidad. En el procedimiento de atención se considera si la persona es asegurada o no, las formas son diferentes. Si el paciente no es asegurado debe presentar una boleta de referencia de primer nivel y su carnet de discapacidad. Se presentan problemas porque las PcD no vienen con su boleta de referencia de primer nivel.

Se cuenta con un registro manual interno y otro para el Gobierno Municipal de Potosí, institución que cubre las prestaciones de la Ley 475, previo registro de las PcD.

La afluencia de PcD es escasa como beneficiarios de la Ley 475 en relación a los asegurados, debido a la falta de información sobre los alcances de la norma.

Los pacientes con discapacidad durante la consulta realizada, al momento de la verificación defensorial, señalaron que desconocen el contenido de la Ley 475, que la atención es buena, no existe trato preferente, que han recibido el mismo trato que el resto de los pacientes y que les han proporcionado los medicamentos y la información necesaria.

En los talleres de coordinación entre organizaciones de PcD, SEDES y Defensoría del Pueblo, los beneficiarios señalaron que se les otorga el acceso a las prestaciones de salud, previa presentación del carnet de discapacidad, factura de luz, agua, cédula de identidad y certificado de nacimiento; asimismo, indicaron que no siempre reciben trato preferente porque el personal de salud no percibe su discapacidad; deben hacer filas para las fichas de atención; para las PcD auditiva la principal barrera es la comunicación porque no existen intérpretes y deben escribir para comunicarse, a lo que se suma el hecho de que los médicos explican los diagnósticos en términos muy técnicos y poco claros.

Las prestaciones son limitadas, no se les otorga servicios en las especialidades de fisioterapia, otorrinolaringología, oftalmología y algunos medicamentos recetados deben ser adquiridos por los pacientes, lo que implica un gasto adicional.

Con relación al trato que se reciben, consideran que la atención no es buena, que es inadecuada, no reciben información necesaria y existe demora para acceder a la misma.

Respecto a la posición de las instancias involucradas en la temática, el Gobierno Autónomo Departamental de Potosí informó que el Hospital Daniel Bracamontes es el único hospital de tercer nivel de ese departamento y cumple con las condiciones físicas (arquitectónicas) mínimas, así como el Hospital Obrero N° 5 de la Caja Nacional de Salud.

En cuanto a los establecimientos de segundo nivel, se está realizando la adecuación física en Villazón, Colcha K, Tupiza, Llallagua y Ocuri. Por otro lado, las nuevas infraestructuras de primer nivel, están en construcción con la adecuación física de accesibilidad.

El Servicio Departamental de Salud indicó que lleva adelante el Programa de Registro Único Nacional de PcD a nivel departamental, en estrecha coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales, en ese marco los equipos de calificación (capacitados por el Ministerio de Salud) conformados por un profesional en trabajo social hasta, a la fecha llegaron a los 40 municipios del departamento, contando con un total de 4.186 personas que cuentan con carnet de discapacidad del SIPRUMPCD.

El Gobierno Autónomo Municipal de Potosí, a través de la Jefatura de Salud, informó que en coordinación con SEDES Potosí realiza talleres sobre la gratuidad y prioridad de atención en los servicios en el marco de la Ley 475 y la Ley 223. Por otro lado, indicó que las infraestructuras en los hospitales Madre Teresa de Calcuta, San Roque y Hospital Boliviano Cubano San Cristóbal, cuentan con rampas para la accesibilidad y desplazamiento de las PcD.

HOSPITALES PÚBLICOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL COCHABAMBA

Los hospitales objeto de las verificaciones defensoriales fueron cinco: Viedma y Materno Infantil Germán Urquidi de tercer nivel; Integral Valle Hermoso y Cochabamba de segundo nivel y Hospital Obrero N° 2 de la Seguridad Social.

En cuanto a las condiciones de accesibilidad en los hospitales públicos, en el Viedma existe una rampa en el ingreso, puerta amplia que permite sin problema el desplazamiento de PcD, sin embargo, los baños no son adaptados. En el Materno Infantil Germán Urquidi se ha habilitado una sola rampa al ingreso del servicio de emergencia, un baño adaptado y ambientes amplios. En los hospitales de segundo nivel, el Integral Valle

Hermoso no cuenta con rampas ni con baños adaptados, ni con ambientes que permitan la movilidad de las PcD. En el Hospital Cochabamba todas las puertas exteriores tienen rampas y son amplias, existen tres baños en cada planta, uno para PcD.

Respecto al acceso a la información, el Hospital Viedma cuenta con televisores donde pasan información, letreros informativos y señalización; en el Germán Urquidi no existe información accesible, visible, visual, auditiva ni señalización, solo se han habilitados dos banners con el contenido de la Ley 475, ubicados al ingreso de Emergencias. En los hospitales de segundo nivel existe muy poca información accesible. Sobre la información del alcance del SIS a PcD, en el Viedma se habilitado una ventanilla de informaciones y en el Materno Infantil no brindan información debido a que no cuentan con personal suficiente.

Ninguno de los hospitales cuenta con personal que pueda comunicarse en lenguaje de señas.

Los hospitales verificados cuentan con la dotación de medicamentos necesarios, realizan estudios médicos especializados para PcD. En el Hospital Viedma los medicamentos que no son parte del SIS son adquiridos por los pacientes y en el Materno Infantil, en caso de que los medicamentos se hubieran agotado, también deben ser adquiridos por los pacientes.

Las capacitaciones sobre la Ley 475 dirigidos al personal hospitalario, son periódicas y están a cargo del SEDES; en el Hospital Cochabamba sólo reciben instructivos. En los hospitales de tercer nivel reciben formación específica para la atención de PcD; en tanto que en los de segundo nivel, no con la frecuencia necesaria.

El trato preferente a PcD es entendido como la prioridad en la atención gratuita, en la admisión y consulta; no hacer filas en consultorios ni laboratorios; y a la habilitación de una ventanilla para la distribución de fichas a esta población. En el Hospital Viedma, además se asigna seis fichas, exclusivamente, para especialistas en PcD, y existe una ventanilla exclusiva para este grupo.

En los hospitales de tercer nivel se exige la presentación de las boletas de referencia y contrarreferencia como parte del trato preferente; en los hospitales de segundo nivel no lo hacen, excepto cuando es una emergencia.

Respecto al procedimiento de atención a PcD, en general deben presentar su carnet de discapacidad y boleta de referencia para acceder a una ficha, sellar las órdenes de laboratorio, rayos X u otros exámenes; tienen atención prioritaria acorde a la Ley 475. Los requisitos que deben cumplir en el hospital Viedma, es la presentación del carnet de discapacidad, cédula de identidad y boleta de referencia o contrarreferencia; en los hospitales Materno Infantil, Cochabamba y Valle Hermoso, sólo solicitan el carnet de discapacidad.

El Hospital Cochabamba reporta que existen dificultades con las boletas de referencia, cuando los pacientes con discapacidad son referidos de otros centros.

Los registros de atención a PcD son, en su mayoría, manuales; en el Hospital Cochabamba existe registro informático y manual a cargo de la oficina de Estadística.

La cantidad de personas con discapacidad atendidas en los diferentes hospitales varía de acuerdo al nivel de atención. Diariamente asisten entre 10 a 15 pacientes a los centros de tercer nivel, y 2 a 3 en los de segundo nivel.

En la consulta a pacientes con discapacidad al momento de realizarse la verificación defensorial, informaron que por lo general en el Hospital Viedma las PcD conocen sobre Ley 475, son tratados con calidad y calidez, tienen acceso a equipos y medicamentos necesarios. En el Hospital Materno Infantil desconocían el alcance de la norma citada, calificaron la atención entre regular y mala, indicaron que no hay trato preferente, que no se habría realizado pagos por conceptos de medicamentos ni exámenes, pero que recibían información sobre su tratamiento.

En el hospital de segundo nivel Valle Hermoso, según las entrevistas realizadas, conocen de los alcances de la Ley 475, la atención es buena y reciben información sobre su tratamiento; aunque no se les proporciona los medicamentos necesarios y reciben. En el hospital Cochabamba, se advirtió que si bien se brinda trato preferente, algunas enfermeras no tienen paciencia al igual que el personal administrativo. Existe la provisión de medicamentos.

El Hospital Obrero N° 2 de la Seguridad Social tiene habilitadas rampas en el ingreso principal y hacia las salas de internación, sólo existen baños adaptados en el sector de Traumatología, la mayoría de las puertas son amplias y al ser los ambientes espaciosos, permiten la movilidad de las PcD; no obstante, aún existen puertas angostas y espacios reducidos como el de Laboratorio. Al momento de la verificación, las rampas estaban en refacción.

En relación a los medios informativos, existen televisores con información a la población en general; señalización en la puerta de ingreso y Vigencia de Derechos. No cuentan con lenguaje Braille para PcD visual, ni un traductor para las PcD auditiva.

Todas las PcD son atendidas por Emergencias, los pacientes reciben información sobre los servicios que brinda el Hospital; ante la ausencia de algún servicio especializado, se orienta y explica que se procede a la compra de servicios. Los casos más delicados son sometidos a junta médica, justamente para autorizar la compra de servicios.

No cuentan con personal que pueda comunicarse a través del lenguaje de señas.

Los pacientes acceden a medicamentos cubiertos en un 80% y estudios de especialidades. Si no hubiera un medicamento, se les devuelve el costo del mismo previa presentación de la factura. En casos especiales, las PcD cancelan por la Prótesis no vitales o aquellos medicamentos que no se encuentren contemplados en el VADEMECUM.

El personal del Hospital recibió la capacitación sobre la Ley 475 y en el manejo y atención de PcD.

El trato preferente se lo entiende como la prioridad en el ingreso a consultorios y salas de internación individuales; en facilitar el acceso a consultas médicas, exámenes y medicamentos. No se puede eximir de las boletas de referencia y contrarreferencia, al estar establecidas por la norma, salvo emergencias.

La responsable de Trabajo Social colabora para que la PcD, reciba atención en cada servicio, en los tres turnos, mañana, tarde y noche, además de feriados y fines de semana.

El procedimiento de atención a PcD es el mismo que se aplica a toda la población usuaria, sin embargo, la trabajadora social permite que el ingreso de familiares a la consulta. Entre los requisitos exigidos está la presentación de carnet único de asegurado con discapacidad de la CNS.

Cuando las PcD son referidas de otros hospitales o centros de salud, el personal de éstas instancias, solicitan la referencia al Hospital Obrero vía telefónica y posteriormente, se regulariza con la boleta correspondiente.

No se cuenta con registro informático o manual sobre la atención a PcD, al no existir un registro, remiten informes mensuales a la Oficina de Estadística.

Durante la consulta a pacientes con discapacidad al momento de realizarse la verificación defensorial, indicaron que algunas personas conocen la Ley 475; el trato es bueno aunque no existe atención preferente; hacen fila como todos los pacientes, muchas veces no alcanzan a recabar ficha; deben madrugar para obtener un espacio; les proporcionan los medicamentos y la información necesaria; y sólo cancelan por algunos estudios especializados.

En los talleres desarrollados en coordinación con organizaciones de PcD, SEDES y Defensoría del Pueblo, los beneficiarios hicieron conocer que para acceder a las prestaciones de la Ley 475, les exigen el carnet de discapacidad y boletas de referencia. Advirtieron de limitaciones en la atención por falta de personal suficiente, ausencia de medicamentos, problemas de comunicación con las PcD auditiva por la carencia de intérpretes y uso de lenguaje de señas. En cuanto al trato que reciben, no existe preferencia en la ventanilla de atención, deben realizar las filas desde horas de la madrugada para recabar fichas; consideran que reciben maltrato por parte de algunos médicos, enfermeras y administrativos, la información que se les brinda no es adecuada a sus necesidades o tipo de discapacidad y deben esperar horas por la atención en consultorios.

Por otra parte, indican que las condiciones físicas de los establecimientos de salud carecen de adaptaciones para todos los tipos de discapacidad; los espacios y baños son estrechos, no existe señalizaciones y personal de apoyo para las PcD visual y auditiva.

El Gobierno Autónomo Departamental de Cochabamba, a través del SEDES Cochabamba, informó que el Hospital Viedma cuenta con condiciones adecuadas tras la eliminación de las barreras arquitectónicas para un mejor acceso desplazamiento de las PcD.

Por su parte, el SEDES Cochabamba informó que a fin de otorgar trato preferente y atención gratuita a esta población, se viabiliza el trámite de calificación a través de la Unidad de Discapacidad de cada Municipio, para gestionar el carnet de discapacidad. Las principales dificultades para la implementación de la Ley 475, según el informe recibido, es la ausencia de infraestructura adecuada para la atención y la rehabilitación de las PcD; falta de medicamentos, sobre todo para pacientes epilépticos y con discapacidades intelectuales; carencia de profesionales psiquiatras para la atención de PcD psíquica mental y en el área de rehabilitación

El Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba informó que, conforme a la normativa nacional, el personal médico y de admisión debe atender a todas las personas; se prohíbe el rechazo de atención en los centros de salud. Asimismo, reporta que en los centros de segundo nivel, dependientes del Municipio, se realizan las adecuaciones y equipamiento correspondientes para dar cumplimiento a las normas de caracterización de hospitales.

HOSPITALES PÚBLICOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL CHUQUISACA

Los hospitales verificados de la ciudad de Sucre fueron cinco: Santa Bárbara de tercer nivel, Universitario, Materno Infantil Poconas y San Pedro Claver de segundo nivel y Jaime Mendoza de la Seguridad Social Jaime Mendoza.

En cuanto a las condiciones de accesibilidad para PcD en los hospitales públicos, se verificó que el hospital Santa Bárbara funciona en un edificio que se constituye en un monumento nacional y requiere autorización de la Asamblea Legislativa Departamental e incluso, Plurinacional para realizar modificaciones, por lo que existiría imposibilidad de hacer mejoras en la infraestructura y adecuarla; existen rampas en los diferentes accesos; los baños de uso común no son adaptados pero si los de hospitalización que tienen tinas especiales para PcD o adultos mayores. La infraestructura es grande, existen áreas con puertas amplias y ambientes que permiten la movilidad de las PcD, otros espacios limitan el desplazamiento de esta población; no existe un ascensor especial de uso exclusivo para PcD.

El hospital Universitario cuenta con rampas en la planta baja, en el sector donde se encuentran los consultorios, servicios y salas de internación; los camilleros cooperan en el desplazamiento de las personas cuando es necesario; los baños no están adaptados para PcD, por lo general los ambientes tienen pasillos y puertas medianas y anchas que permiten el desplazamiento.

El hospital Municipal Poconas tiene una construcción relativamente nueva, donde funcionan los servicios desde hace aproximadamente un año. Cuenta con rampas, baños para PcD de forma exclusiva, puertas y corredores amplios que permiten fácil movilidad; en consulta externa existen dos baños, uno de ellos está destinado a PcD identificado con un letrero, la puerta presentaba problemas en la chapa.

Sobre el Hospital San Pedro Claver refieren que al haber sido acreditado en la gestión 2016, contaría con todo lo indispensable para la eliminación de barreras arquitectónicas y permitir el desplazamiento no sólo para las PcD, sino para todos los pacientes; sin embargo, no cuenta con soportes de apoyo en los baños. Si bien el centro cuenta con corredores, salas y puertas amplias, aún se advierte algunas barreras arquitectónicas, por

ejemplo, el baño en el área de consulta externa, tiene la puerta muy estrecha y no permite que pueda ingresar una silla de ruedas y peor aún, tener movilidad dentro de ella. Similares problemas se presentan en otros sanitarios donde se advierten pequeños desniveles que limitan el ingreso de una silla de ruedas con facilidad; los baños de salas de internación tienen puertas más amplias y sin desniveles, pero no cuentan con soportes de apoyo.

Respecto a la información accesible, ya sea visual o auditiva, se verificó que en el Hospital Santa Bárbara existen letreros informativos visibles que señalan los pasos para recibir atención; cuentan con televisores en las salas de espera; existe señalización vertical y horizontal.

En los hospitales de segundo nivel, como el caso del Universitario, existen televisores para el entretenimiento de los usuarios, no son informativos y no tienen letreros ni señalización específica para PcD; en el Hospital Materno Infantil Poconas cuentan con televisores que no funcionan debido a un problema en el sistema eléctrico que requiere una nueva instalación en todo el hospital; esta situación impide pasar información visual y auditiva; no existen carteles o material informativo con relación al alcance de la Ley 475 para PcD; sólo cuenta con la señalética necesaria. En el San Pedro Claver existe un televisor que no funciona, tampoco hay afiches, avisos o carteles visibles al público relacionados a los alcances del SIS para PcD.

En el hospital Santa Bárbara, la información sobre las prestaciones del SIS a las PcD y sus familiares la reciben de la Oficina de Seguros Públicos y también por la Oficina de Trabajo Social con relación a lo que cubre el seguro; en el Universitario informan sobre las prestaciones del SIS, cómo y dónde acudir, empero, no tienen material de difusión y en Poconas es el responsable del SIS quien brinda la información necesaria a las PcD o sus familiares con relación a los alcances del seguro; en el San Pedro Claver, en Admisión, brindan la información necesaria y luego derivan todos estos casos a las oficinas de Trabajo Social-Defensor del Paciente.

Ninguno de los hospitales verificados cuenta con personal que pueda comunicarse en el lenguaje de señas, lo que perjudica intervenir en casos de emergencias.

Respecto a la provisión de medicamentos, todos los hospitales cuentan con los que están en los registrados en la LINAME, estos son suficientes y en caso de requerir alguno que se haya agotado, recurren al préstamo de otro servicio hasta la asignación de un nuevo pedido.

El personal del Hospital Santa Bárbara ha sido capacitado sobre la Ley 475, sus reglamentos y otra normativa, los cursos se realizan trimestralmente; en el Hospital Universitario, la última capacitación se había dado un mes anterior al momento de esta verificación defensorial; no obstante se necesita reforzar y actualizar la información llegando a todo el personal; en Poconas se tenía programado un taller sobre el SIS; en San Pedro Claver el último taller se realizó el 4 y 5 de mayo de este año, en el Municipio de Yotala.

En cuanto a la capacitación específica en la atención a las PcD, en el hospital Santa Bárbara se realizan cursos trimestralmente; en los hospitales Universitario y Poconas

necesitan este tipo de capacitación, en tanto que el San Pedro Claver se requiere mayor profundización del tema.

En el Hospital Santa Bárbara de Sucre, el trato preferente es entendido como la atención preferencial a las PcD a través del Servicio de Orientación y Apoyo al Usuario, donde se reservan fichas para la atención de esta población; tienen prioridad y acceso a la información sobre el seguro en el marco de la Ley 475. Las PcD no hacen fila para ser atendidas. En el hospital Universitario significa brindar atención inmediata a los pacientes para evitarles esperas y demoras innecesarias, a través de la otorgación de una ficha, la cual posibilita la identificación del paciente. En el Materno Infantil Poconas se realiza un acompañamiento al paciente, y se le agilizan los trámites.

En San Pedro Claver, cuando la persona acude por primera vez al centro hospitalario se le ayuda desde la admisión para que no haga filas o saque fichas, asimismo se les orienta sobre la ubicación de los consultorios dependiendo la especialidad que requieren, para que en las próximas ocasiones el paciente pueda conducirse solo.

Sobre el procedimiento para la atención de PcD, en todos los hospitales se solicita el carnet de discapacidad vigente. En Santa Bárbara existe un procedimiento determinado: primero, si el paciente necesita atención médica de condición leve, será tratado y atendido en el Centro de Salud de Primer Nivel más cercano a su domicilio; segundo, si el paciente necesita atención de especialidades básicas de pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia o cirugía, mediante boleta de referencia será remitido a un hospital de segundo nivel; tercero, si el paciente requiere atención de otra especialidad, mediante boleta de referencia es transferido a un tercer nivel. En caso de emergencias se atiende inmediatamente.

En el Hospital Universitario, dependiendo de la situación, los pacientes pueden pasar primero a consulta o mediante el servicio de urgencias; en Poconas se solicita la presentación de su carnet de discapacidad.

En cuanto a los problemas que se presentan en las referencias y contrarreferencias, en general, se deben a que los pacientes con discapacidad acuden de manera directa y sin boleta de referencia a hospitales de segundo o tercer nivel.

Los hospitales verificados cuentan con un registro informático de la atención a PcD, sin embargo, durante la verificación en el hospital Universitario se solicitó la información precisa y no la tenían.

La cantidad de PcD atendidas varía de acuerdo al nivel de atención de los hospitales. Por ejemplo, en Santa Bárbara, en el mes de abril, atendieron 99 pacientes con discapacidad, tres por día aproximadamente. En el hospital Universitario sólo cuentan con datos de los enfermos renales, que suman 12 por día.

Al momento de la verificación no se evidenció la presencia de PcD, excepto en los hospitales Santa Bárbara y Universitario, donde las pacientes entrevistadas señalaron que conocen la Ley 475, que la Trabajadora Social y los médicos les informaron. Calificaron la atención como buena pese a que tienen que esperar para ser atendidas, que fueron tratadas con preferencia ya que no hicieron fila y entregaron directamente la ficha y recibieron los medicamentos después de ser atendidas.

El hospital de la Seguridad Social Jaime Mendoza, habilitó rampas de acceso en interiores, puertas y pasillos amplios; sin embargo no sucede lo mismo con las puertas de ingreso a consultorios.

Existen televisores desconectados, no tienen señalización ni letreros con información referida a la Ley 475; no cuentan con personal que pueda comunicarse con lenguaje de señas; el personal del hospital recibe capacitación general sobre la normativa en cuestión, pero no específica para la atención de PcD; cuentan con la suficiente provisión medicamentos para PcD.

El trato preferente se lo entiende como prioridad en la atención a esta población en relación a otros pacientes; por procedimiento, que se aplica a todos, se acude primero al Servicio de Emergencia y luego son transferidos a la especialidad; el requisito exigido es el documento de identidad, no necesariamente el carnet de discapacidad. No cuenta con un registro informático específico para PcD.

En los talleres desarrollados con organizaciones de PcD, SEDES y Defensoría del Pueblo, las Personas con Discapacidad indicaron que para acceder a las prestaciones de salud, de acuerdo a la Ley 475, les exigen obligatoriamente la referencia del primer nivel, lo que genera una gran dificultad para los pacientes del Instituto Psicopedagógico, porque por la patología que presentan se complica que acudan a un primer nivel, situación que se agrava los fines de semana o feriados, cuando los centros de salud de primer nivel no prestan atención y no pueden acceder a la boleta de referencia.

En cuanto al trato preferente, indicaron que deben obtener fichas como cualquier otra persona; asimismo, la información que reciben sobre la situación de su salud es muy limitada y existe necesidad de intérpretes o personas que manejen lenguaje de señas.

Otra limitación que observaron, es la ausencia de medicación para pacientes con trastornos severos de salud mental como esquizofrenia, personalidad bipolar y otros; aseveraron que el Instituto Psicopedagógico cuenta con servicios de gabinetes terapéuticos con profesionales titulados en Kinesiología y Fisioterapia, que realizan las actividades de psicomotricidad, terapia de lenguaje, apoyo pedagógico, musicoterapia, integración sensorial, estimulación temprana, terapia ocupacional, etc., que no son cubiertos por la Ley 475, ya que dichas prestaciones exigen que cuenten con un profesional psicomotricista o un profesional terapeuta ocupacional titulado.

Con relación al trámite de renovación del carnet de discapacidad, enfrentan demasiadas dificultades por el peregrinaje que hacen para obtener todas las certificaciones médicas y los requisitos exigidos; esto genera que muchos desistas de la obtención del documento y, por consiguiente, no accedan a las prestaciones de salud. Ante esta situación, sugirieron que la Ley regule de forma excepcional la atención sin la presentación del carnet respectivo, considerando la condición y situación delicada que atraviesan, más aún, cuando se trata de pacientes con discapacidad mental e intelectual. Así también plantearon que el período de vigencia del carnet sea mayor y a partir de cierta edad, se considere que sea indefinido.

Asimismo, hicieron notar que en el caso de pacientes epilépticos, éstos no alcanzan el grado de 30% de calificación, que es requisito para obtener el carnet de discapacidad, por lo tanto se encuentran desprotegidos.

Respecto a las respuestas de las instancias involucradas en la temática, el Gobierno Autónomo Departamental de Chuquisaca informó que en relación a las adecuaciones arquitectónicas para lograr accesibilidad y ejercicio pleno de los derechos de las PcD, se han implementado rampas de ingreso a hospitales, puertas de garaje amplias, jardines terapéuticos, rampas de transporte dentro de nosocomios, señalizaciones accesibles en pasillos, adecuación de ambientes. En el Hospital Gastroenterológico Boliviano Japonés se puso en marcha el proyecto “Jardines Terapéuticos”.

El SEDES Chuquisaca, según informe remitido, en cumplimiento de sus funciones evalúa y califica a las PcD para determinar el grado y porcentaje de discapacidad y otorgar, a partir del 30% de discapacidad, el carnet correspondiente con el cual las personas beneficiarias pueden acceder a las prestaciones de la Ley 475.

Esta instancia realiza recordatorios, a través de instrucciones y circulares, dirigidos a directores de hospitales, coordinadores de Red, jefaturas médicas y personal de salud en general de los tres niveles de atención del Departamento, para el cumplimiento del trato preferente a las PcD, entendiendo a éste como las acciones que procuran eliminar las desventajas que enfrenta esta población, garantizando su equiparación e igualdad con el resto de las personas con carácter de primacía.

Por su parte, el Gobierno Autónomo Municipal de Sucre informó que para garantizar la atención de salud de las PcD, se socializa información sobre las prestaciones de la Ley 475. En cuanto a las condiciones físicas de los establecimientos de salud de segundo nivel como el Hospital San Pedro Claver y el municipal Materno Infantil Poconas, cuentan con rampas para el acceso de este grupo.

Entre las dificultades con las que tropezaron en el proceso de implementación de la Ley 475, informaron que se evidenció que la falta de carnet de discapacidad y las boletas de referencia de primer nivel, limitaban el acceso a las prestaciones de salud.

HOSPITALES PÚBLICO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL TARIJA

Los hospitales verificados de Tarija fueron tres: San Juan de Dios de tercer nivel, Virgen de Chaguaya de Bermejo de segundo nivel y Obrero de la Seguridad Social.

Sobre la accesibilidad física, se ha identificado que en el hospital San Juan de Dios existen puertas anchas y un ascensor que es utilizado por las PcD; en el hospital Virgen de Chaguaya existen rampas y puertas anchas, pero los baños no se encuentran adaptados para ese grupo.

Mientras que en el hospital San Juan de Dios no existe buena señalización; en Virgen de Chaguaya cuentan con televisores, letreros informativos y señalización.

En ambos centros hospitalarios, las PcD reciben información sobre el alcance del SIS a través de la unidad de Trabajo Social, la Oficina del Defensor del Paciente y la ventanilla de Informaciones.

Ninguno de los dos nosocomios cuenta con personal que pueda comunicarse a través del lenguaje de señas. En el Virgen de Chaguaya, por lo general, las personas sordomudas siempre van acompañadas. Cuentan con suficientes medicamentos, las compras se las realizan trimestralmente, no obstante ello, existen retrasos.

Los estudios especializados son cubiertos por el Seguro Universal de Salud de Tarija (SUSAT) en el hospital Virgen de Chaguaya, aunque no cuentan con los equipos necesarios. Los medicamentos no tienen que ser cancelados por las PcD, salvo aquellos que no se encuentran en el paquete de prestaciones.

En cuanto a los cursos de formación, en el hospital San Juan de Dios hace dos años que no se realizan capacitaciones y en Virgen de Chaguaya, sólo el funcionario responsable de Farmacia recibió capacitación sobre el SUSAT y la Ley 475. No cuentan con capacitación específica para la atención de PcD.

El trato preferente es entendido como la atención rápida, oportuna, no hacer esperar a las PcD; sin embargo, igualmente tienen que adquirir ficha y de acuerdo al orden de llegada se les da prioridad; tampoco se les exige de la obtención de las boletas de referencia.

El procedimiento para la atención de PcD se inicia con el fichaje recibir atención en consultorio, realizar, si corresponde, algún examen de laboratorio u otros estudios. Los requisitos exigidos son la presentación del carnet de discapacidad y la boleta de referencia; no tienen problemas con las referencias y contrarreferencias.

Ambos hospitales cuentan con un registro informático y con un listado de PcD; en el caso del hospital San Juan de Dios la lista del Sistema Informático de Control Financiero de Salud (SICOF) no se encuentra actualizada.

En la consulta realizada a pacientes con discapacidad, durante la verificación defensorial, señalaron que en el hospital San Juan de Dios sí conocen la Ley 475 y en Virgen de Chaguaya desconocen los alcances de la mencionada normativa. Calificaron la atención como buena e indicaron que reciben trato preferente en la otorgación de fichas, que existe equipo suficiente, los medicamentos necesarios y que reciben información sobre sus tratamientos.

El Hospital Obrero de la Seguridad Social tiene habilitadas rampas y puertas anchas, en cambio los baños no se encuentran adaptados para PcD.

En cuanto a información accesible, se cuenta con televisores y letreros informativos. En los centros de salud informan sobre los alcances de la Ley 475 y existe una persona responsable de socializar la normativa.

No cuenta con personal que se comunique en lenguaje de señas; en general las PcD siempre van con un familiar.

No existen todos los medicamentos necesarios, debido a que los procesos de contratación para su adquisición son largos; los estudios médicos especializados, en muchos casos, son cubiertos por las PcD debido a que no están contemplados en el paquete de prestaciones; los exámenes de laboratorio sí son cubiertos en su totalidad.

Los médicos y enfermeras del hospital reciben capacitación sobre la Ley 475 y sus reglamentos en coordinación con el SEDES; sin embargo, no existe formación específica para la atención de PcD.

El trato preferente se entiende como la atención prioritaria para las PcD; evitar que hagan filas y su atención oportuna; sin embargo, tienen que sacar fichas para ser atendidas y no se exige la presentación de las boletas de referencia si son derivados de otro centro de salud.

El procedimiento de atención se inicia con la entrega de fichas, los estudios médicos y el tratamiento; los documentos solicitados son la cédula de identidad y el carnet de discapacidad. No se presentan problemas con las referencias. La cantidad de pacientes con discapacidad no es significativa debido a que la mayoría acude al hospital público San Juan de Dios.

El Hospital cuenta con registro informático del Sistema Integral de Salud (SIS).

Durante los talleres realizados en coordinación con organizaciones de PcD, SEDES y Defensoría del Pueblo, las Personas con Discapacidad informaron que para acceder a las prestaciones de salud, se les exige el carnet de discapacidad y la cédula de identidad; en otros centros les solicitan otros documentos adicionales, por lo que no existe uniformidad en la exigencia de requisitos. Entre las limitaciones que advierten, manifestaron que las fichas en determinadas especialidades no son suficientes y el paquete de prestaciones no cubre algunos medicamentos que requieren.

En cuanto a las condiciones físicas de los establecimientos de salud, observaron que no están adecuados para las PcD física.

Sobre el trato que reciben, consideran que se les brinda trato preferente, pero existe demora para la atención en especialidades, principalmente en nefrología y neurología del Hospital San Juan de Dios; asimismo, indicaron que la información que se les otorga no es clara y, en ocasiones, reciben maltrato por lo que califican la atención como regular.

Respecto de las instancias involucradas en la temática, el Gobierno Autónomo Departamental de Tarija informó que se garantiza en toda la Red de Servicios Públicos, el acceso de las PcD a todos los servicios integrales de promoción, prevención, atención y rehabilitación, todo con carácter gratuito, con calidad y con calidez.

En cuanto a la accesibilidad física, el Hospital Regional San Juan de Dios cuenta con una nueva infraestructura para la entrega de fichas a través de cuatro computadoras, que tienen la base de datos de todos los afiliados; también se habilitado un baño y ascensores para el uso de las PcD.

El SEDES Tarija informó que para mejorar la calidad de atención a las PcD se realizaron las adaptaciones técnicas en los baños de los establecimientos de salud, así como en las nuevas construcciones.

Dentro las medidas que se adoptaron para ofrecer trato preferente, entendido como la atención de manera oportuna a las PcD en relación a la capacidad del establecimiento y otros pacientes, está la emisión de instructivos recomendando su cumplimiento; la habilitación de las Oficinas de Defensa de Salud (ODESA) en el Hospital San Juan de Dios y el Centro de Salud Ambulatorio Palmarcito, como parte del Programa de Implementación de la Cultura de Calidad en Salud y Plan Vida.

Sobre las dificultades en el proceso de implementación de la Ley 475 en relación a las PcD se identificaron las siguientes: problemas en la adecuación de la infraestructura en establecimientos ya construidos o en funcionamiento y escasa difusión en medios de comunicación sobre la atención a PcD.

El Gobierno Autónomo Municipal de Tarija, por su parte, informó que se realizaron talleres de socialización sobre la Ley 475, dirigidos a PcD y servidores públicos y se efectuaron capacitaciones al personal de salud para la detección y cuidados primarios de discapacidades auditivas. Asimismo, se dotaron de juegos educativos y sillas de rueda para los establecimientos de salud.

En cuanto a la accesibilidad física, indicaron que en las nuevas infraestructuras se están incorporando las adecuaciones necesarias y en las antiguas, paulatinamente, se realizan las readecuaciones.

HOSPITALES PÚBLICOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL SANTA CRUZ

Los hospitales verificados de Santa Cruz fueron seis; dos de tercer nivel, San Juan de Dios y Japonés; tres de segundo nivel, Hospital Plan 3000, Municipal Bajío del Oriente y Villa 1° de Mayo; y el Hospital General de la Seguridad Social.

Se evidenció que en cuanto a las condiciones de accesibilidad, los hospitales públicos, los hospitales de tercer nivel y de segundo nivel cuentan con rampas, baños adaptados, puertas anchas y ambientes amplios.

Sobre la información visual, auditiva y otros, en San Juan de Dios, Japonés, Plan 3000 y Bajío del Oriente, existen letreros pero no señalización; en las pantallas de televisión los mensajes no son aptos para las personas sordomudas; en el Hospital Villa 1° de Mayo se cuenta sólo con información básica, no tienen información audiovisual. Todos los centros de salud verificados brindan información a las PcD o sus familiares mediante Vigencia de Derechos.

Ninguno de los hospitales en los que se realizó la verificación defensorial, cuenta con personal que maneje el lenguaje de señas.

Tienen en existencia los medicamentos necesarios; sin embargo en el Hospital Japonés a veces escasean porque las empresas farmacéuticas, al ser bajos los precios, no se presentan y se declaran desiertas las convocatorias.

Se conoció, asimismo, que personal de los hospitales verificados reciben capacitación sobre la Ley 475 y sus reglamentos por parte del responsable de Seguros de Salud, sin embargo ninguno recibe capacitación específica para la atención de las PcD, sólo en buen trato.

Respecto al trato preferente, los hospitales Japonés y Bajío del Oriente lo conceptualizan como la atención prioritaria, medida bajo la mirada médica; es decir, quién médicamente necesita ser atendido con preferencia de acuerdo a los grupos priorizados, adultos mayores, mujeres embarazadas y PcD. En el hospital Plan 3000 no hay trato preferente; en San Juan de Dios no se puede dar trato preferente por la afluencia, principalmente, de adultos mayores que también necesitan ser atendidos con prioridad; en el hospital Villa 1º de Mayo la atención preferente se mide por la emergencia del paciente sean PcD, adultos mayores o mujeres embarazadas.

En cuanto al fichaje, en todos los hospitales verificados las PcD no hacen fila, sacan ficha para ser atendidas, el personal de cada hospital ayuda a las PcD a obtener la misma.

El procedimiento de atención a las PcD es de acuerdo a lo que establece la Ley 475, ingresan referidos del primer nivel a triaje (clasificación), reciben ficha y pasan a consultorio. Entre los requisitos, se les solicita carnet de discapacidad y boleta de referencia.

En el manejo de las referencias, en general existen problemas, remiten pacientes a un segundo nivel cuando corresponden a un tercer nivel, o los primeros niveles envían pacientes sin las boletas de referencias, ni sellos, ni demás formalidades.

Ninguno de los hospitales verificados cuenta con sistema informático de registro del SIS sobre la atención a PcD. El responsable del Hospital Plan 3000 tiene su propio registro porque el sistema del Ministerio de Salud no le da este dato y no permite clasificar al paciente en los registros de la Ley 475.

En la consulta a pacientes con discapacidad al momento de realizarse la verificación defensorial, éstos indicaron que en los hospitales desconocen de la Ley 475; calificaron la calidad de la atención como buena; sin embargo, sobre la calidez en el hospital Villa 1º de Mayo se quejaron del trato prepotente de los médicos y enfermeras. En general, indican que no hay trato preferente. Sobre la provisión de medicamentos, señalaron que éstos les son proporcionados, aunque, en el Hospital Japonés algunos estudios se los realizan de forma externa y se han realizado pagos por concepto de algunos medicamentos y estudios.

Asimismo, dijeron que recibieron la información necesaria sobre su tratamiento.

El hospital de la Seguridad Social cuenta con rampas, baños adaptados, puertas anchas y ambientes adecuados para el desplazamiento de Personas con Discapacidad.

En cuanto a medios de información, en los centros hospitalarios existen televisores, letreros y señalización; sin embargo los mensajes no son dirigidos a PcD visual, auditiva y motora. No se cuenta con personal especializado en el lenguaje de señas. El conjunto de los asegurados cuenta con la provisión de medicamentos.

Las PcD no reciben capacitación sobre el alcance del SIS, debido a que no se está aplicando la Ley 475 en ese centro hospitalario.

El personal recibió capacitación sobre la Ley 475 a cargo del SEDES; sin embargo no se realizan talleres formativos para la atención a PcD.

El trato preferente significa dar prioridad de atención a las PcD y que no hagan filas para ser atendidas. El procedimiento para la atención de esta población es el mismo que para el resto de los asegurados; la documentación que se les solicita es el carnet de identidad, boleta de pago y afiliación.

No cuentan con un registro informático del SIS sobre la atención a PcD, ya que no atienden a beneficiarios de la Ley 475.

En la entrevista a pacientes con discapacidad, durante la verificación defensorial, se conoció que no conocen la Ley 475 porque dependen de la Seguridad Social; indicaron que la calidez y la calidad en la atención es buena, que existe atención prioritaria al paciente en silla de ruedas; y que les proporcionan los medicamentos y la información necesaria.

En los talleres efectuados en coordinación entre organizaciones de PcD, SEDES y la Defensoría del Pueblo, se obtuvo información sobre el acceso a las prestaciones de salud, las que son otorgadas previa presentación del carnet de discapacidad vigente y la boleta de referencia del primer o segundo nivel. Esta situación, según refirieron las PcD, dificulta el acceso a la atención, pues, por las características de la ciudad de Santa Cruz, se deben recorrer largas distancias hasta llegar a un centro de salud de primer nivel; además, observaron que el transporte no cuenta con las condiciones de accesibilidad necesarias para el traslado, por ejemplo, de personas en sillas de rueda.

Entre otras de las limitaciones en relación a las prestaciones, indicaron que existe carencia de medicamentos, sobre todo, anticonvulsivos.

En cuanto al trato preferente, consideran que no existe tal porque deben esperar bastante tiempo para ser atendidos. Califican el trato de los médicos y enfermeras como bueno.

Con relación a la infraestructura de los establecimientos de salud, consideran que son adecuadas y accesibles para su uso.

Respecto informes requeridos a las instancias involucradas en la temática, el Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, a través del Servicio Departamental de Salud, refirió, con relación a las medidas asumidas en beneficio de las PcD, la implementación de la estrategia de “Rehabilitación Basada en la Comunidad” (RBC) y el fortalecimiento en el acceso a la calificación de PcD.

Asimismo, señalaron el desarrollo de talleres de capacitación sobre la atención en condiciones de equidad y sin discriminación; capacitación a médicos odontólogos de las redes de salud urbanas para que se mejore la atención a pacientes con discapacidad y capacitación a ecografistas en la detección de signos ecográficos de defectos congénitos en municipios priorizados.

En cuanto al trato preferente, el Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz mediante la Resolución Departamental N° 491, de enero de 2017, aprobó el “Reglamento Interno de Trato Preferente” a personas adultas mayores, mujeres embarazadas y PcD, normativa que dispone la accesibilidad, difusión de derechos y atención de denuncias. Con estas acciones procuran eliminar las desventajas que enfrentan los pacientes con discapacidad, garantizando su equiparación e igualdad con el resto de las personas con carácter de primacía.

Entre los reclamos que conoció el SEDES, según su informe, la demora en la atención y la falta de medicamentos para PcD mental, son los más recurrentes. Para otros reclamos relacionados con cobros adicionales y rechazo de atención, elaborarán una ruta crítica de atención.

El Gobierno Autónomo Municipal de Santa Cruz no respondió al requerimiento de informe que hizo la Defensoría del Pueblo.

HOSPITAL PÚBLICO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL BENI

En Trinidad se realizó la verificación en dos hospitales: el hospital público de tercer nivel Germán Busch y en el de la Seguridad Social Obrero N° 8.

En el primer centro de salud, se evidenció que se habilitaron rampas y puertas anchas, pero no existen sostenedores de pasillo ni en los baños.

Para la difusión de información, existen letreros sobre la Ley 475, señalización de las unidades del hospital, una ventanilla especial en las áreas de internación; no hay televisores.

Las PcD reciben información sobre el alcance del Seguro Integral de Salud (SIS), el momento en que se les extienden las fichas y a través de un letrero visible que se encuentra en el área de consulta. No cuenta con personal que pueda comunicarse con las personas sordomudas a través del lenguaje de señas.

De acuerdo al encargado del SIS, existen los suficientes medicamentos, los estudios médicos especializados para las PcD son cubiertos por este Seguro. Ninguna prestación o medicamento es cubierto por los pacientes con discapacidad.

Refieren que el personal del hospital fue capacitado sobre la Ley 475, por el SEDES-BENI y, en gestiones pasadas, a través de la Defensoría del Pueblo; asimismo, el personal fue capacitado en la atención específica a PcD.

El trato preferente lo aplican en dar prioridad a los PcD en las filas, atención en consultas y laboratorios; de acuerdo a las normas establecidas, para lo cual que se han colocado letreros visibles, existe una ventanilla que prioriza la atención de esta población.

Para la atención a las PcD, en el marco de la Ley 475, se solicita la presentación del carnet de discapacidad y las boletas de referencia y contrarreferencia, en casos que no son de emergencia.

El hospital no cuenta con un registro informático o manual del SIS sobre la atención a PcD, sólo utiliza el registro general del nosocomio.

Los pacientes con discapacidad que se encontraban en el hospital al momento de realizarse la verificación y que fueron consultados por la Defensoría del Pueblo, indicaron conocer los alcances de la Ley 475; calificaron la calidad de regular y la calidez como buena; afirmaron ser tratados con preferencia y que cuentan con una ventanilla para PcD; observaron que no existen los equipos suficientes porque no cuentan con algunas especialidades, como una unidad de fisioterapia. Sobre los medicamentos, dijeron que acceden a ellos de acuerdo a la lista, que, sin embargo, en farmacia no hay algunos que ellos requieren. Indicaron, además, que reciben información oportuna para su tratamiento.

En el Hospital Obrero N° 8 de la Seguridad Social se observó que cuenta con rampas, puertas anchas, ambientes que permiten el desplazamiento de pacientes con discapacidad; empero los baños no han sido adaptados. Se ha habilitado señalética para informar de los distintos servicios; no cuentan con televisores. No cuentan con personal que pueda comunicarse en lenguaje de señas.

En Filiación de la administración de la CNS, se otorga información sobre los alcances del SIS y en la Jefatura Médica del nosocomio, sobre la cobertura del seguro en cuanto a estudios, análisis u otros.

El responsable del SIS informó que existen los suficientes medicamentos de acuerdo con la patología y que existe cobertura para exámenes especializados para las PcD, como tomografías, estudios que son derivados al Hospital Materno Infantil Boliviano Japonés. Los medicamentos que no existen en farmacia deben ser cubiertos por los pacientes.

El personal del hospital recibió capacitación sobre el contenido de la Ley 475 y sus reglamentos, y en la atención a pacientes con discapacidad.

Consideran como trato preferente, el dar prioridad de atención a las PcD en los servicios, que se les atiende con ficha y con preferencia en las filas.

El procedimiento de atención para PcD requiere de la ficha para ingresar a consulta, el tratamiento de acuerdo con la patología, con referencia del primer nivel de atención. Los documentos solicitados son el carnet de discapacidad, boleta de referencia y contrarreferencia, en los casos que corresponda.

En cuanto a los problemas en las referencias y contrarreferencias, el hospital Presidente Germán Busch, siendo que es de tercer nivel, deriva a algunos usuarios a terapia intensiva, al Obrero, ocasionando saturación por la cantidad de asegurados que tiene la CNS.

El Hospital Obrero N°8 cuenta con un Registro General Manual, no específico, de la atención a pacientes con discapacidad.

En la consulta realizada durante la verificación defensorial, uno de los pacientes indicó que tiene conocimiento sobre los alcances de la Ley 475; calificó la atención como buena, aunque a veces se le dificulta cuando acude directamente al hospital; afirmó que fue tratado con preferencia; que algunos exámenes no son cubiertos por el seguro; que los medicamentos no responden a todos los requerimientos y que recibió la información sobre su tratamiento.

En los talleres coordinados entre organizaciones de PcD, SEDES y Defensoría del Pueblo, las Personas con Discapacidad indicaron que para acceder a las prestaciones de salud, se les pide carnet de discapacidad, cedula de identidad y fotocopia y la transferencia de los centros de salud. En caso de no estar vigente el carnet, no les otorgan medicamentos y cuando requieren atención en especialidades, deben obtener la transferencia respectiva para cada atención.

Entre las limitaciones identificadas, advirtieron que cuando los médicos se encuentran con vacaciones, no existen especialistas que los reemplacen; observaron la carencia de neurólogos en relación a la población; y que el Hospital no tiene la capacidad en las salas de internación. Además, hicieron conocer que existe el proyecto para un Centro Integral de Rehabilitación, el mismo que sugieren sea administrado por el CODEPEDIS.

En cuanto al trato que reciben, señalaron que no les otorgan preferencia, en particular en ventanillas de fichaje del Hospital Presidente Germán Busch, donde no se prioriza su atención, no se consideran casos de emergencias y para la entrega de resultados de exámenes, se les exige la boleta de referencia respectiva. Asimismo, se quejaron de que el personal de salud no muestra sensibilidad y consideración con esta población, se les niega información y colaboración por su condición y son víctimas de discriminación.

Con relación a las dificultades que atraviesan en la calificación y carnetización, indicaron que los equipos dependientes de los Gobiernos Municipales no cuentan con la parte médica, lo que dificulta la calificación de la discapacidad.

Respecto a la posición de las instancias involucradas en la temática, el SEDES Beni informó que para acceder a la atención en salud conforme la Ley 475 exigen la presentación de la Libreta de Servicio Militar, cédula de identidad, pasaporte, certificado de nacimiento, carnet de salud infantil para niños (para recién nacidos certificado de nacido vivo), para PcD el carnet de discapacidad y la boleta de referencia y contrarreferencia.

A fin de mejorar la calidad de atención a PcD, según su informe, realizaron talleres de capacitación y coordinación para el cumplimiento de la Ley 475 y para el llenado correcto de recetas y procedimientos administrativos. En cuanto al trato preferente, entienden como tal a las acciones que procuran eliminar las desventajas de grupos vulnerables, garantizando su equiparación e igualdad con el resto de las personas con carácter de primacía, condicionando este trato a la obtención del carnet de discapacidad. Con relación a la atención de reclamos de esta población, existe un “Flujograma de Presentación de Quejas”, con el que se busca mejor eficiencia y eficacia en la atención en salud.

Por su parte, el Gobierno Autónomo Municipal de Trinidad informó que la Unidad Municipal Especializada en Atención a PcD “UMADIS”, en coordinación con las organizaciones sociales han desarrollado reuniones donde se abordan las dificultades que se presentan en la atención de salud a las PcD, entre ellas identificaron: la presentación de carnet de discapacidad, falta de provisión de medicamentos y que algunos servidores del sector salud no conocen la ley 475. Con el objetivo de subsanar problemas colocaron banners informativos y mecanismos para mejorar la atención de esta población como el acompañamiento en casos graves y las supervisiones a los centros de salud para promover mejorar en la socialización de la Ley 475.

Sobre las barreras arquitectónicas, realizaron adaptaciones a las obras en construcción dependientes del Gobierno Autónomo Municipal de Trinidad, en especial en las nuevas construcciones de centros de salud y espacios recreativos (plazas, parques). El 2015 elaboraron un Perfil de Proyecto y la Propuesta de “Ley Municipal sobre eliminación de

barreras arquitectónicas”, proyecto que actualmente se encuentra en una etapa de revisión para ser presentada al Ejecutivo Municipal.

Los reclamos más recurrentes conocidos por la Unidad Municipal Especializada en Atención a PcD están referidos a la negativa de atención, mala atención, carencia de fichas, ausencia de medicamentos en farmacia, cobros adicionales, como el pago de la consulta por no presentar la boleta de transferencia. A raíz de estas denuncias, se asumieron acciones para la difusión de información y generaron un fondo de recaudaciones solidarias destinadas a la compra de medicamentos y exámenes de laboratorios no cubiertos por algunos centros, en beneficio de las PcD.

Respecto del requerimiento de informe remitido por la Defensoría del Pueblo al Gobierno Autónomo Departamental, sobre la adecuación arquitectónica de los ambientes físicos del Hospital Germán Busch de tercer nivel, esta instancia no respondió a la solicitud.

HOSPITAL PÚBLICO Y DE SEGURIDAD SOCIAL PANDO

El único hospital público de referencia verificado en Pando fue Roberto Galindo Terán de segundo nivel y el de la Seguridad Social, Hospital Obrero N° 9.

En cuanto a las condiciones de accesibilidad física del hospital público, se evidenció que existen rampas y puertas anchas y los baños no han sido adaptados. Es importante hacer notar que el nuevo Hospital Roberto Galindo Terán se encuentra en fase avanzada de su construcción, donde se tiene previsto según el diseño arquitectónico, contar con todas las adaptaciones necesarias de acuerdo a la ley para PcD.

Cuenta con todas las señalizaciones que informan de manera visible a los pacientes, tienen televisores, letreros informativos, además del equipo de sonido para perifoneo.

El personal de salud y administrativo brinda la información a las PcD y sus familiares sobre el alcance del SIS. Se reporta limitaciones en cuanto al personal administrativo y médico, que a veces no cubren el área de información necesaria. Tampoco se cuenta con personal especializado para la atención de PcD auditiva y ni en lenguaje de señas.

Los medicamentos otorgados por parte del seguro para pacientes con discapacidad, según se conoció, son por lo general suficientes; existe cobertura para los estudios según los servicios que brinda el hospital: exámenes de laboratorios, radiografías, internaciones, cirugías, terapia intensiva; sin embargo, no cuenta con servicio de tomografía y de otros estudios especializados debido a que es un centro de segundo nivel. En Pando no existen hospitales de tercer nivel, por lo que se carece de la prestación de estos servicios.

Con referencia a la capacitación del personal de salud sobre los alcances de la Ley 475, éste no sido capacitado; no obstante, refieren que cumplen con la atención y trato preferente a poblaciones en situación de vulnerabilidad como las PcD. Tampoco reciben formación en la atención específica de éste y otros grupos.

El trato preferente se brinda a todas las personas comprendidas en los grupos de adultos mayores, con discapacidad y mujeres embarazadas. En cuanto a la entrega de fichas existe un trato preferencial, pues sólo para la primera consulta se debe obtener una, para las re consultas no tienen necesidad de realizar filas ni el fichaje. Las PcD son atendidas

únicamente con la presentación de su carnet de discapacidad, se exige la presentación de las boletas de referencia y contrarreferencia.

En cuanto al procedimiento de atención, se aplica lo que establece la Ley 475, sin embargo se prioriza a quienes tienen una discapacidad severa, con la sola presentación de su carnet de discapacidad y en consecuencia, no tienen problemas con las boletas de referencias y contrarreferencias.

En cuanto al Hospital Obrero N° 9, éste cuenta con una infraestructura nueva y moderna, que respeta las adecuaciones en cuanto a las condiciones de accesibilidad física referente a rampas y puertas anchas; sin embargo no tiene los baños adecuados y adaptados.

Este nosocomio está catalogado como un hospital de segundo nivel, no obstante de ello ofrece algunos servicios que corresponden a un centro de tercer nivel, además de contar con infraestructura nueva, adecuada y con personal capacitado regularmente.

Cuenta con todas las señalizaciones, televisores, letreros informativos y señalética diferenciada. Existe una oficina de Control Social, el cual previene que existan quejas o, en todo caso, realizan el seguimiento de las mismas para su pronta solución. El personal de salud brinda información básica a los pacientes con discapacidad, sobre los alcances del SIS; no cuenta con personal especializado para la atención de PcD auditiva y en el manejo de lenguaje de señas.

Durante la verificación, se evidenció, asimismo, que no existen problemas en la dotación de medicamentos; que el costo de los estudios especializados es cubierto según lo establecido por la CNS; no existe servicio de tomografía y otros estudios especializados debido a que es un hospital de segundo nivel.

El Seguro Integral de Salud (SIS) cubre medicamentos genéricos, exámenes de laboratorios y otros como radiografías, internaciones, cirugías y terapia intensiva.

El personal de salud del hospital recibe capacitación de forma regular, sin embargo aún no han recibido una capacitación a profundidad sobre la Ley 475. El personal es capacitado básicamente sobre las normativas que deben ser cumplidas, pese a ello hace falta incidir más en la formación.

El trato preferente es brindado a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, las que requieren de atención preferente debido a su condición física. Las PcD son atendidas según sus necesidades de salud y sin fechas programadas, pero deben solicitar ficha para su pronta atención, se les exige de la presentación de la boleta de referencia porque no se los atiende en el marco de la Ley 475, solamente se solicita el carnet de seguro.

En las entrevistas realizadas a pacientes durante la verificación defensorial, se evidenció que en su mayoría las PcD no conocen de los alcances de la Ley 475 y desconocen que deben recibir un trato preferente en las consultas.

Se consultó a 15 pacientes con discapacidad como muestra para el recojo de información. La mayoría calificó como buena la atención que reciben, pese a que refirieron que deben sacar fichas a tempranas horas de la mañana. 12 de las 15 PcD entrevistadas indicaron

que por lo general, la calidez de atención que reciben es buena; tomando en cuenta que son pacientes regulares y que ya conocen a los funcionarios, reciben un trato amistoso y amable; dos PcD refirieron que recibieron un mal trato por parte de algunos funcionarios de salud.

En los talleres desarrollados entre organizaciones de PcD, SEDES y Defensoría del Pueblo se obtuvo información referente al acceso a las prestaciones de salud, las mismas que se otorgan previa presentación del carnet de discapacidad. En cuanto a las limitaciones detectadas, las PcD observaron la calidad de los medicamentos; indicaron que los espacios físicos del Hospital Roberto Galindo Terán se encuentran deteriorados y que sus equipos son antiguos, sobre todo en el área de fisioterapia, que carece de equipamiento y condiciones adecuadas para su atención; además que las fichas de atención son limitadas frente a la gran demanda de la población que acude a este nosocomio.

En cuanto al trato preferente, indicaron que reciben preferencia en la atención y califican el trato del personal como bueno, cálido y amable, a diferencia del personal administrativo que distribuye fichas, que muestra impaciencia en el trato. Sugirieron capacitaciones constantes en relaciones humanas y atención con calidad y calidez.

Sobre las respuestas de las instancias involucradas en la temática a solicitudes de información por parte de la Defensoría del Pueblo, el Gobierno Departamental de Pando informó de la adecuación física del Hospital Roberto Galindo Terán donde, según su reporte, se readaptaron baños, pasillos y otras dependencias del citado nosocomio.

El SEDES de Pando y el Gobierno Autónomo Municipal de Cobija no respondieron a los requerimientos de informes escritos, solicitados por la institución defensorial.

HOSPITALES PÚBLICOS DE EL ALTO

Los hospitales de la ciudad de El Alto objeto de la verificación defensorial fueron tres: Municipal Boliviano Holandés, Municipal Modelo Corea y Los Andes, todos de segundo nivel.

En cuanto a las condiciones físicas de accesibilidad, el Hospital Municipal Modelo Corea y el Hospital Los Andes cuentan con rampas y en su generalidad, tienen puertas amplias que permiten el desplazamiento de las PcD en silla de ruedas; sin embargo, no cuentan con ascensores amplios y ninguno de los baños ha sido adaptado para las PcD.

Respecto a la información accesible y visible, existen televisores en el Boliviano Holandés y Los Andes; en el primero difunden spots referidos a los grupos vulnerables y en el segundo, el televisor se usa después de la hora de visita; el Modelo Corea no cuenta con material televisivo, pero tienen banners y afiches sobre poblaciones vulnerables. En el Hospital Los Andes existen letreros informativos y señalización para PcD, pero no existe información para PcD visual o auditiva.

Con relación a la información que reciben las Personas con Discapacidad o sus familiares sobre el alcance de la Ley 475, en el Hospital Boliviano Holandés la población es atendida, primero, en informaciones y posteriormente transferida a la oficina de seguros, donde el responsable informa personalmente sobre lo que cubre el SIS. En el Hospital Modelo Corea se brinda orientación en “Caja” y la trabajadora social otorga información detallada en caso de internaciones. En el Hospital Los Andes señalaron que se proporciona información a la PcD y a su familia de forma gratuita.

En cuanto a la comunicación con personas con discapacidad auditiva, ninguno de los hospitales verificados cuenta con personal especializado en lenguaje de señas.

El Hospital Boliviano Holandés tiene un convenio firmado con el Ministerio de Salud para la dotación de medicamentos para PcD, en los demás centros hospitalarios, los medicamentos se compran a través de los fondos del SIS.

Sobre la capacitación de la Ley 475 y sus reglamentos, en el Boliviano Holandés se realizaron talleres en los ocho servicios, a través del Comité de Médicos; asimismo, cada tres meses, se organizan espacios de reflexión por especialidades. En los otros hospitales no se desarrollaron capacitación sobre la Ley 475.

En cuanto al trato preferente, en los hospitales Boliviano Holandés y Corea, dan prioridad en la atención a esta población, en el Hospital Los Andes, en el marco del trato preferencial, no realizan el cobro por el servicio.

Para la distribución de fichas de atención para los diferentes servicios, en el Hospital Boliviano Holandés existen dos ventanillas, una para PcD y personas adultas mayores y otra, para mujeres embarazadas, niñas, niños y adolescentes, donde no se entregan fichas y se atiende según orden de llegada. Para la atención en casos de emergencias y urgencias, se exige la boleta de referencia, en los demás casos es imprescindible presentar este requisito.

En el Hospital Modelo Corea existe una ventanilla exclusiva para las poblaciones con prioridad, excepcionalmente, algunos pacientes ingresan por emergencias, aunque para no tener problemas o denuncias, prefieren exigir la referencia de primer nivel. En el Hospital Los Andes la atención a las PcD es directa y en casos de emergencias y urgencia, no es necesaria la boleta de referencia, sólo presentar el carnet de discapacidad.

La presentación de requisitos son similares en el Boliviano Holandés y en el Modelo Corea, donde se exigen la boleta de referencia del primer nivel y el carnet de discapacidad; en el Los Andes sólo exigen el carnet de discapacidad.

El procedimiento para la atención varía en los diferentes hospitales. En el Boliviano Holandés se hace fila para la atención en función al diagnóstico del primer nivel; en el Modelo Corea se entregan ficha para pasar por atención médica y luego farmacia; cuando no hay el medicamento requerido, gestionan su compra con el apoyo de “damas voluntarias”. En el Hospital Los Andes no cuentan con protocolo de atención.

En cuanto a las referencias y contrarreferencias, en el Hospital Boliviano Holandés las referencias y los diagnósticos no son claros y el paciente busca ser atendido por otra especialidad; en el Hospital Municipal Modelo Corea no existen problemas con la boleta de

referencia y la contrarreferencia generalmente no utilizan, porque atienden hasta la alta médica. El Hospital Los Andes no tiene problemas con este documento.

Con relación al registro informático o manual del SIS sobre la atención a PcD, el Hospital Municipal Boliviano Holandés cuenta con los sistemas SICOFS (Sistema Informático de Control Financiero de Salud) y SIAF (Sistema Integrado de Administración Financiera). En el Hospital Modelo Corea usan el Manual de Aplicación de Prestaciones de Seguros Públicos de Salud emitido por el Ministerio de Salud y en el Hospital Los Andes, no cuentan con registros de pacientes.

La cantidad de pacientes con discapacidad que atienden en el Hospital Municipal Boliviano Holandés, es nula algunas semanas y otras llegan a 15 PcD. En el Hospital Corea los pacientes de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, alcanzaron entre 10 a 15 por día.

De la consulta realizada a los pacientes con discapacidad en los hospitales Corea y Los Andes, indicaron desconocer la Ley 475 y calificaron el trato como regular; uno de los pacientes del Hospital Corea indicó haber observado maltrato por parte de una enfermera. Sobre el trato preferente, en el Hospital Corea indicaron que existe buen trato, en cambio en Los Andes, aseguraron que no se les trató con preferencia.

Sobre la dotación de medicamentos, en el Hospital Corea se tiene acceso a ellos, en el caso de aquellos que no son cubiertos por el Seguro, brindan apoyo para la compra en farmacias externas. En el Hospital Los Andes se les dota de medicamento básicos como el ibuprofeno, amoxicilina y calmantes, otros medicamentos son comprados por el paciente con discapacidad.

Con respecto a la información que reciben en el Hospital Municipal Modelo Corea, indicaron que ésta es clara; en cambio, en el Hospital Los Andes, refirieron que no se les brinda información.

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

Oficina regional	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
LA PAZ	<p>De los seis hospitales verificados, sólo dos hospitales municipales cumplen con la aplicación de la Ley 475, en cuanto a las prestaciones, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, provisión de medicamentos esenciales e insumos médicos.</p> <p>Un hospital refiere que no atiende a PcD, por lo tanto no aplica la norma citada.</p>	<p>Generar los mecanismos o protocolos necesarios para la atención a PcD e implementación de brigadas móviles en el área rural para la realización de la evaluación respectiva.</p> <p>Generar un registro único de PcD que asisten a centros de salud, hospitales de primer, segundo y tercer nivel.</p> <p>Establecer a través de instructivos espacios de difusión de la Ley 475, dirigidos a</p>

		profesionales en salud, personal de servicio en salud, organizaciones y PcD.
ORURO	<p>La atención en los nosocomios verificados es medianamente buena en cuanto a calidad y calidez se refiere; sin embargo existe la necesidad de mejorar la accesibilidad a los hospitales, así como la implementación del registro informativo de los PcD particularmente.</p>	<p>Se sugiere implementar personal especializado en la comunicación con PcD auditiva, es decir personal capacitado en lenguaje de señas.</p> <p>Implementar la señalética necesaria para mejorar la orientación de las PcD en los diferentes hospitales de Oruro.</p> <p>Contar con especialistas para la atención de las PcD, así como un sistema y registro informático para PcD en particular y para todos los beneficiarios del SIS en general.</p> <p>Recomendar al personal capacitado en atención a PcD que tienen la obligación de replicar dicha capacitación a todo el personal del Hospital Walter Khon.</p>
POTOSI	<p>En general los hospitales cuentan con rampas para facilitar el acceso para PcD, exceptuando algunos espacios como los consultorios de primer nivel de los hospitales Cubano y de la Caja Nacional de Salud, donde existen gradas que dificultan el acceso de PcD.</p> <p>La mayoría de los centros y hospitales de salud no cuentan con baños diferenciados accesibles para PcD, en el Hospital Obrero N° 5 existe un ascensor que facilita el traslado de las PcD a los diferentes servicios.</p> <p>Se ha evidenciado que existen personas encargadas en los hospitales de segundo y tercer nivel, para realizar el registro de las prestaciones en relación a PcD y otras poblaciones en el marco de la Ley N°475.</p> <p>La comunicación todavía es una barrera en los centros de salud y hospitales, principalmente para las PcD sensorial y visual, puesto que el personal de salud, médicos, enfermeras y administrativos desconocen el lenguaje de señas.</p>	<p>Se recomienda que el personal de salud reciba información sobre el trato preferente que debe proporcionar a las PcD, principalmente en relación a los tipos y grados de discapacidad.</p> <p>Implementar una estrategia desde el Ministerio de Salud para iniciar procesos de capacitación en el lenguaje de señas.</p> <p>Difundir de forma masiva los beneficios que otorga la Ley 475 a PcD en el idioma quechua y utilizando el lenguaje de señas.</p> <p>Difundir con más intensidad los requisitos para la atención de PcD en los centros de salud y hospitales de acuerdo a lo establecido en la Ley 475.</p> <p>Recomendar al área de discapacidad del SEDES y al Comité Departamental de la PcD (CODEPEDIS), a agilizar la dotación de los carnets de discapacidad para que los beneficiarios puedan acceder a los servicios de salud en los diferentes municipios.</p> <p>Implementar a través de los centros de salud de primer nivel la Rehabilitación Basada en la Comunidad RBC, principalmente para detectar e intervenir tempranamente aquellos casos de niñas y niños con discapacidad grave y muy grave, aspecto que no está contemplado en la Ley 475.</p>
CBBA	De los cinco establecimientos de salud	Realizar las gestiones necesarias para

	<p>verificados, el hospital Valle Hermoso de segundo nivel, no cuenta con las condiciones de accesibilidad física para las PcD.</p> <p>Respecto a la información accesible, visual y auditiva, sólo el Hospital Viedma, tiene implementados mecanismos para estos grupos, sin embargo en los otros cuatro establecimientos de salud, no cuentan con este servicio.</p> <p>Con relación a la información sobre el alcance del Sistema Integral de Salud (SIS), si bien se les proporciona información necesaria, la misma no es sencilla y no se cuenta con intérpretes de idioma o lenguaje de señas.</p> <p>En el hospital Obrero N° 2 no se brinda atención preferencial, puesto que las PcD hacen fila junto a los usuarios de los servicios desde tempranas horas de la madrugada para acceder a una ficha.</p>	<p>adecuar la infraestructura en el hospital Valle Hermoso, a fin de facilitar el acceso de la población con discapacidad.</p> <p>Respecto a la capacitación sobre la Ley 475, sus reglamentos y atención a la PcD, se sugiere que en todos los hospitales verificados se elabore un programa de capacitación permanente para todo el personal: médicos, enfermeras y administrativos.</p> <p>Es necesario que el Director del Hospital Obrero N° 2 emita un instructivo para todo el personal, en especial para los responsables de Vigencia de Derechos y enfermeras de consultas externas, referido a la obligación de cumplir con el trato preferencial que deben brindar a las PcD.</p> <p>A excepción de los hospitales Viedma y Cochabamba, se sugiere que se implemente un sistema informático sobre la atención a PcD en los otros tres hospitales verificados.</p> <p>Ninguno de los cinco hospitales sujetos de verificación, cuenta con personal capacitado en lenguaje de señas para atención de PcD auditiva ni personal de apoyo que las guíen, por lo que se sugiere se asuman medidas o la contratación o designación de personal de apoyo para que cumpla esa tarea.</p> <p>Capacitar al personal de los hospitales referidos, sobre buen trato para garantizar a las PcD una atención con calidez.</p> <p>Mejorar la información visual, auditiva y señalización, tomando en cuenta los diferentes tipos de discapacidad, a objeto de prestar un servicio de calidad.</p>
<p>CHUQUI SACA</p>	<p>El Hospital Jaime Mendoza no brinda atención bajo cobertura de la Ley 475, debido a que se encuentra saturado con la atención de la población asegurada y la Administración Nacional de la CNS no habría instruido que se brinde dicha atención. Esto hace que de manera general no tenga las condiciones adecuadas en cuanto a personal especializado en atención de PcD, señalética, infraestructura (baños acondicionados), salvo la habilitación de rampas.</p> <p>El Hospital Santa Bárbara no cuenta con rampas adecuadas en todas sus instalaciones, existen sectores donde se</p>	<p>Es necesario en todos los hospitales:</p> <p>Incorporar personal especializado en lenguaje de señas o capacitar, al que existe, sobre el tema.</p> <p>Contar con una lista o nómina de intérpretes especializados en lenguaje de señas a quienes puedan acudir para casos de emergencia.</p> <p>Implementar material informativo para los diferentes tipos de discapacidad (auditiva, visual, etc.)</p> <p>En el caso del Hospital Jaime Mendoza, se</p>

<p>requiere corregir el ángulo de las mismas.</p> <p>Se cuenta con sectores acondicionados adecuadamente con puertas anchas y rampas de acceso para PcD, pero existen otros en los que es urgente realizar mejoras.</p> <p>Cuenta con letreros visibles de información y procedimiento de atención en el marco de la Ley 475.</p> <p>Existe un registro informático y detalle actualizado sobre la cantidad de casos que se atienden en el marco de la Ley 475.</p> <p>El Servicio de Orientación y apoyo al Usuario y Trabajo Social, orienta a las PcD y sus familias.</p> <p>La principal dificultad para la atención es el continuo movimiento del personal médico y la falta de personal en algunos centros de salud de primer nivel que deben emitir las boletas de referencia.</p> <p>En el Hospital Universitario, los baños no están adaptados para PcD.</p> <p>Tienen televisores para distracción y entretenimiento de las y los usuarios, que no son utilizados para difusión e información.</p> <p>No existen letreros ni señalética específica para PcD.</p> <p>No se ha evidenciado que cuenten con un registro informático y/o estadístico sobre la atención de PcD.</p> <p>En el hospital Poconas, la infraestructura no presenta barreras arquitectónicas.</p> <p>No reciben capacitación para la atención de PcD.</p> <p>Los baños de las salas no cuentan con soportes de apoyo.</p> <p>Los televisores no funcionan debido a un problema en el sistema eléctrico, motivo por el que requieren una nueva instalación en todo el hospital, este hecho impide pasar información visual y auditiva.</p> <p>El Hospital no cuenta con un ambiente propio de estimulación temprana y utiliza el Centro de Estimulación dependiente del Ministerio</p>	<p>recomienda considerar la necesidad de realizar ajustes que adecuen sus condiciones físicas, infraestructura y recursos humanos para brindar atención bajo la cobertura de la Ley 475 y su reglamento.</p> <p>En el Hospital Santa Bárbara se debe promover reuniones con el Plan de Rehabilitación de las Áreas Históricas de Sucre (PRAHS), a objeto de exhortar sobre la necesidad de viabilizar la factibilidad de realizar mejoras en ciertos sectores de ese nosocomio.</p> <p>En el Hospital Universitario se recomienda readecuar los baños para uso de PcD; implementar mecanismos de difusión e información en los televisores, dotar de material de difusión impreso (afiches, dípticos y trípticos); fortalecer la capacitación específica para todo el personal respecto a la atención de PcD y consolidar un registro informático y/o estadístico sobre la atención de PcD.</p> <p>Instalar en el Hospital Poconas soportes en los baños de las salas, para utilidad no sólo de los pacientes con discapacidad.</p> <p>El Hospital debería contar con información referida a la calificación de PcD.</p> <p>Mejorar la instalación eléctrica que posibilite el funcionamiento de los equipos con los que cuenta el nosocomio, así como los televisores e implementar módulos de información visual y auditiva.</p> <p>En el Hospital San Pedro Claver, implementar los soportes en baños de las salas de internación, mismos que servirían no sólo para las PcD, sino para quienes sean sometidas a otras cirugías.</p> <p>Fortalecer la capacitación respecto a la atención de PcD.</p>
--	--

	<p>de Educación que funciona en el mismo inmueble.</p> <p>En el Hospital San Pedro Claver, a pesar de haber aprobado la acreditación para hospital de segundo nivel en la gestión 2016, aún adolece de algunas barreras arquitectónicas, en particular relacionadas a acceso y adecuación de baños.</p> <p>Requieren profundizar capacitación respecto a la atención de PcD.</p> <p>En general todos los hospitales verificados carecen de personal especializado en lenguaje de señas y no cuentan con material informativo para los diferentes tipos de discapacidad.</p>	
TARIJA	<p>En accesibilidad física no cuentan con baños adaptados para PcD y falta mejorar la señalización.</p> <p>Se precisa realizar capacitación del personal de los hospitales para una plena aplicación de la Ley 475 y su respectiva reglamentación.</p>	<p>Es importante asumir diferentes acciones.</p> <p>A directores de hospitales: adaptar los baños para PcD.</p> <p>Mejorar la señalización en los hospitales.</p> <p>Mejorar los letreros informativos sobre la Ley 475 en lugares visibles y de amplia concurrencia, mencionando el alcance y los requisitos.</p> <p>Al SEDES: realizar cursos de capacitación para todo el personal de los hospitales sobre el alcance de la Ley 475 y su reglamentación.</p>
SANTA CRUZ	<p>Los hospitales objetos de la verificación cumplen de manera general con la aplicación de la Ley 475.</p> <p>Se evidenció el hacinamiento de pacientes y falta de personal médico; existe burocracia en el ámbito administrativo; no cuentan con una base de datos específica de atención a PcD.</p> <p>Se constató que no se tiene afluencia de PcD en los hospitales en atención externa y emergencia; la fluidez está en los adultos mayores y mujeres embarazadas.</p>	<p>Se recomienda promover la ampliación de la información en audiovisuales en las salas de espera o fichaje de los hospitales y que la misma sea visible; que existan videos con lenguaje de señas a través del cual se puedan explicar las prestaciones de la Ley 475.</p> <p>Aumentar la cantidad de fichas para neurología.</p> <p>Implementar la atención a domicilio en casos graves de PcD, cuyo nivel de discapacidad sea elevado.</p> <p>Desplegar a los médicos de Mi Salud por los diferentes distritos para visitas domiciliarias, extendiendo las boletas de referencia a PcD, para evitar que asistan al primer nivel solo para cumplir una formalidad de contar con la boleta de referencia.</p>

		<p>Capacitar al personal de salud para que puedan comunicarse en lenguaje de señas.</p> <p>Realizar talleres para el personal de salud sobre la atención de este sector de la población, que contemple tanto la calidad como la calidez en cuanto a atención.</p> <p>Difundir las prestaciones que establece la Ley 475 para las PcD, tanto por parte de los médicos Mi Salud, cuando realicen sus visitas a domicilio, como por parte del SEDES.</p>
PANDO	<p>El mayor problema que afecta a la población de PcD es la falta de hospitales de tercer nivel en el departamento, siendo evidente que esta situación imposibilita la atención especializada a muchos pacientes que presentan discapacidades de mayor grado. La carencia de un hospital de tercer nivel vendría a ser el mayor problema, ya que la falta del mismo imposibilita la atención y tratamiento adecuado y limita la dotación de ítem para incrementar el personal en el sector salud.</p> <p>Se evidencia la falta de capacitación al personal médico y administrativo que trabaja en el sector salud.</p> <p>La carencia del conocimiento de la Ley 475 imposibilita una mejor atención, sobre todo en el trato preferente y diferenciado que deben recibir las PcD en el momento de ser atendidas, sin necesidad de realizar filas y esperar demasiado, en algunos casos.</p> <p>Desconocimiento de la población PcD acerca de sus derechos y existencia de leyes que los ampara.</p>	<p>El Gobierno Departamental de Pando debe realizar de forma oportuna todas las gestiones necesarias para la construcción del hospital de tercer nivel.</p> <p>Es importante que se desarrollen procesos de capacitación al personal del sistema de salud y de difusión de derechos y servicios a los que puede acceder la población en general y, en especial, las PcD.</p>

II. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

A) EXISTEN BARRERAS QUE DIFICULTAN LA ACCESIBILIDAD FÍSICA, A LA INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA PcD

Del relevamiento de información realizado por la Defensoría del Pueblo a nivel nacional en 39 hospitales públicos y de la Seguridad Social, se ha evidenciado que existen diferentes barreras que dificultan el ejercicio pleno del derecho a la salud de las Personas con Discapacidad (PcD).

La normativa nacional e internacional reconoce la existencia de barreras arquitectónicas, físicas, sociales, económicas, culturales y comunicacionales, y prevé lo siguiente:

La "Convención sobre los Derechos de las PcD", reconoce la importancia **de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural**, a la salud y la educación, a la información y las comunicaciones, para que las PcD puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

El Artículo 9 de la norma internacional, define la accesibilidad como una **condición necesaria para que las PcD puedan vivir de una manera independiente**, y disfrutar de los mismos bienes y servicios en igualdad de condiciones que el resto de las personas. Asimismo, establece que los Estados deben diseñar medidas para garantizar la aplicación estricta del diseño universal a todos los bienes, productos, instalaciones, tecnologías y servicios. De la misma forma señala la obligación de generar procesos e iniciativas que permitan identificar y eliminar los obstáculos y barreras a la accesibilidad.

Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las PcD, aprobadas por la Asamblea General el 20 de diciembre de 1993, reflejan el compromiso moral de los gobiernos para adoptar medidas que permitan lograr la igualdad de oportunidades para esta población. En conjunto, las normas incluyen consideraciones en torno a todos los aspectos de la vida de las PcD. Sobre el tema de la accesibilidad, plantea que los Estados deben reconocer la importancia de las posibilidades de acceso para alcanzar la igualdad de oportunidades en todas las esferas de la sociedad.

De acuerdo a la ONU (1994), los Estados deben establecer programas de acción para que el entorno físico sea accesible y, al mismo tiempo, adoptar medidas para garantizar el acceso a la información y la comunicación.

Por su parte, el Comité de Derechos Económicos Sociales (1994), en su Observación General N° 5, reitera la importancia para los Estados de generar políticas e iniciativas que ayuden a mejorar la accesibilidad para las PcD, lo cual es fundamental para garantizar sus derechos y la igualdad de condiciones.

En el marco normativo nacional, la Ley 223 General para las Personas con Discapacidad, en el inciso d) del Artículo 4, reconoce como un principio general **la accesibilidad**, por el cual, los servicios que goza la sociedad deben también acomodarse para ser accedidos por las PcD, sin restricción alguna, sean arquitectónicas, físicas, sociales, económicas, culturales y comunicacionales. Asimismo, garantiza el derecho de las PcD a gozar de condiciones de accesibilidad que les permitan utilizar la infraestructura y los servicios de las instituciones públicas, privadas, espacios públicos, medios y sistemas de comunicación, tecnología y transporte, para su utilización y disfrute de manera autónoma con independencia de su condición de discapacidad y a exigir a las instituciones del Estado la adopción de medidas de acción positiva para el ejercicio de éste derecho.

Por otra parte, en el ámbito de salud, la Ley 475 de manera general prescribe en el numeral 4 del Artículo 2, que los servicios de salud deben centrarse en la persona y la comunidad, responsabilizando y comprometiendo a las organizaciones e instituciones de

salud para aplicar los conocimientos y tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutoria adecuada a las necesidades y expectativas de las y los usuarios.

La accesibilidad es un concepto multidimensional que debe ser considerada desde el ámbito arquitectónico físico, social económico, cultural y comunicacional. Es un derecho que implica la real posibilidad de una persona de ingresar, transitar y permanecer en un lugar, de manera segura, confortable y autónoma, lo que implica que las barreras del entorno deben ser suprimidas.

La intervención defensorial en los servicios de salud, se ha dirigido a tres aspectos en cuanto a la accesibilidad de las PcD: 1. Físico; 2. Información y comunicación; y 3. acceso a la atención en salud.

- **INACCESIBILIDAD FÍSICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA PcD**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe las barreras como algo más que simples obstáculos físicos, definiéndolas como:

“Factores en el entorno de una persona que, cuando están ausentes o presentes, limitan el funcionamiento y crean discapacidad. Estos incluyen aspectos como los siguientes: un entorno físico que no es accesible; falta de tecnología de asistencia relevante [dispositivos de asistencia, adaptables y de rehabilitación]; actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad; servicios, sistemas y políticas que no existen o perjudican la participación de todas las personas con una afección en todos los aspectos de la vida”⁴

Como ejemplo de estas barreras se pueden mencionar: los escalones y curvas que le bloqueen o impidan a una persona con deficiencias motoras la entrada a una edificación.

En marzo de 2014, el Ministerio de Obras Públicas, Servicios y Vivienda, en coordinación con el Instituto Boliviano de Normalización y Calidad (IBNORCA) e instituciones públicas, privadas y los representantes de las organizaciones de las PcD, actualizaron y consensuaron mediante Resolución Ministerial N° 077, las 17 Normas Bolivianas denominadas “*Accesibilidad de las PcD al Medio Físico*”, mismas que fueron presentadas como Guías Nacionales y pretenden identificar las barreras físicas, arquitectónicas, urbanas y de construcción para las PcD, en edificios de uso público y propiedad privada, áreas urbanas, viviendas y vías de circulación existentes.

En el área de salud, la Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de Primer y Segundo Nivel, no establece de manera específica las condiciones de accesibilidad física para las PcD, solamente las plantea de manera general para el uso de camillas, sillas de ruedas y otros; asimismo, define el diseño esencial de infraestructura, equipamiento, provisión de medicamentos, suministros y recursos humanos con los que debe contar el establecimiento.

⁴ World Health Organization, International classification of functioning, disability and health. Geneva: 2001, WHO. p. 214

De las verificaciones defensoriales realizadas, se concluye que en los 29 hospitales públicos de segundo y tercer nivel verificados en todo el país, se ha advertido que existen condiciones físicas mínimas de accesibilidad. En la mayoría de los establecimientos cuentan con rampas en los desniveles de pisos, puertas y ascensores amplios; sin embargo, se ha constatado que los servicios higiénicos de los hospitales en su generalidad no se encuentran adecuados para el acceso de las PcD.

Al respecto, los Gobiernos Autónomos Municipales de Oruro, Potosí, Chuquisaca y Tarija, informaron que se brindan las condiciones de accesibilidad que permite el uso de los servicios a las PcD, aduciendo la incorporación de rampas para facilitar el ingreso; en los hospitales de segundo nivel de Cochabamba, de acuerdo a la información proporcionada, se cumplen con todas las normas de caracterización de infraestructura, se cuenta con ascensores, rampas y baños para PcD; en Trinidad, la mayoría de las construcciones carecen de elementos de acceso, rampas, barandas, pintado de rampas que identifique el espacio exclusivo para PcD, y señalizaciones, por lo que no cumplen con las especificaciones técnicas de accesibilidad.

Cabe hacer notar, que el Gobierno Autónomo Municipal de Trinidad elaboró un “Proyecto de Ley Municipal sobre Eliminación de Barreras Arquitectónicas” que regula de manera general la eliminación de esas barreras en espacios públicos, no obstante, la misma quedó postergada.

Por su parte los Gobiernos Autónomos Departamentales de Potosí, Cochabamba, Chuquisaca, Tarija, Santa Cruz y Pando, informaron en cuanto a las adecuaciones arquitectónicas de los hospitales de tercer nivel, que se realizaron las adaptaciones físicas para garantizar la accesibilidad de las PcD, habiéndose implementado rampas, puertas, ambientes amplios y señalizaciones.

Similar situación se advirtió en los 10 Hospitales de la Seguridad Social verificados, donde las condiciones físicas reúnen aspectos técnicos mínimos de accesibilidad para las PcD; los servicios higiénicos en su mayoría no fueron adaptados y son de uso común para todos los pacientes, excepto en los hospitales Obrero N° 3 de Oruro y de la CNS de Santa Cruz.

De lo expuesto, se concluye que a diario las PcD enfrentan diferentes barreras arquitectónicas que les impide acceder a determinados servicios en los establecimientos de salud como medicina general, laboratorio, atención por especialidades y otros.

Tanto las instancias del Estado central, departamental y municipal, así como los hospitales públicos y de la Seguridad Social, consideran que las adaptaciones físicas se limitan a aspectos mínimos, dejando de lado la totalidad de la infraestructura y las barreras arquitectónicas de todos los servicios que brinda un determinado hospital; por lo que se concluye que los establecimientos de salud verificados no reúnen todas las condiciones de accesibilidad física para las PcD, lo que genera que dicha población no pueda gozar, usar y disfrutar plenamente del servicio de salud respectivo.

- **LIMITACIONES AL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LAS PcD**

Uno de los factores que hacen a la accesibilidad de los servicios de salud es el acceso a la información y la comunicación efectiva, esto se refiere a los medios, mecanismos y alternativas comunicativas y técnicas que posibilitan el acceso a la comunicación e información de toda la población y de un modo especial, a las personas con limitaciones sensoriales, cognitivas y/o físicas.

Se considera como medios de comunicación e información no sólo a aquellos que tienen como finalidad la comunicación personal e interpersonal, sino también a los que tienen por finalidad la comunicación con el medio y el entorno, estos deben permitir a todos los usuarios emitir y recibir información, independientemente del grado de discapacidad, edad u otra limitación.

La "Convención sobre los Derechos de las PcD" ratificada y aprobada mediante la Ley 4024 de 15 de abril de 2009, reconoce la importancia de la accesibilidad a la información y las comunicaciones, para que las Personas con Discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

El inciso d) del Artículo 4 de la Ley 223 General para las Personas con Discapacidad, garantiza que las condiciones de accesibilidad comunicacional deben acomodarse para ser accedidas por las PcD y su utilización y disfrute sea de manera autónoma con independencia de su condición de discapacidad.

La Defensoría del Pueblo con el objetivo de constatar las condiciones de accesibilidad de la información que reciben las PcD, a través de los medios de comunicación que se utilizan en el entorno, así como conocer la percepción de la población en cuanto a la información personal e interpersonal que se les brinda por parte del personal de salud, ha evidenciado los siguientes aspectos:

En cuanto a los instrumentos que se utilizan para otorgar información, en los 29 hospitales públicos de segundo y tercer nivel verificados, en su mayoría cuentan con un televisor informativo; en algunos hospitales como el caso del Hospital Universitario San Francisco Xavier de Chuquisaca, la función del equipo es solamente de distracción y entretenimiento por el contenido que transmite.

Otros mecanismos de información identificados son las señalizaciones, banners y letreros informativos; en algunos hospitales, como el Cubano San Cristóbal de Potosí y el San Juan de Dios de Tarija, la trabajadora social cumple la función de informar; sin embargo, de manera general se ha observado que los contenidos informativos no son diferenciados y adaptados para las PcD, tampoco se hace uso del lenguaje de señas y no se difunde contenidos informativos sobre la Ley 475 y las prestaciones de salud de niñas que es beneficiaria esta población.

En los 10 hospitales de la Seguridad Social verificados a nivel nacional, se ha evidenciado que la información se transmite a través de televisores informativos, señalizaciones y letreros, a excepción del Hospital Obrero N° 8 del Beni, donde no hay televisores.

Los contenidos informativos se encuentran dirigidos al público en general, no existen adecuaciones ni adaptaciones para el acceso informativo de las PcD, tampoco se hace uso del lenguaje de señas, ni se brinda información específica a este grupo, sobre las prestaciones de la Ley 475.

En ninguno de los hospitales públicos y de la Seguridad Social se observó la presencia de traductores de lenguaje de señas, ni personal de apoyo exclusivo destinado a las PcD.

Respecto a la información que se transmite a través de la comunicación interpersonal que sostiene el personal de salud en los diferentes servicios con los pacientes con discapacidad, en particular sobre el diagnóstico, tratamiento y demás particularidades de la atención médica, la Defensoría del Pueblo rescató la percepción de esta población que de manera general consideran que la información no es adecuada, clara ni comprensible porque se utilizan términos médicos muy técnicos, no se explica con claridad el diagnóstico y en caso de PcD auditiva, no se hace uso del lenguaje de señas. Ante esta situación, consideran que se requieren acciones inmediatas de sensibilización y capacitación del personal médico, enfermeras y personal administrativo. El SEDES La Paz empezó a capacitar a un grupo profesional médico en el uso del lenguaje de señas.

De todo lo expuesto, se establece que en los servicios de salud verificados por la Defensoría del Pueblo, no cuentan con información útil y tampoco tienen medios de información ni comunicación ajustada y accesible para las PcD.

- FORMALISMOS QUE RESTRINGEN EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD DE LAS PcD

La Convención sobre los Derechos de las PcD, ratificada por Bolivia el 13 de diciembre de 2006 en Nueva York, dispone que los Estados Partes **adopten las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las PcD a los servicios de salud**, tomando en cuenta cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

La norma internacional citada prevé que los Estados deben proporcionar programas y **atención de salud gratuitos**, incluso en el ámbito de la salud reproductiva y programas de salud pública; asimismo, se deben proporcionar los servicios de salud que necesitan las PcD, incluyendo la pronta detección e intervención, cuando proceda, para prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, estos servicios deben proporcionarse lo más cerca posible de las comunidades de las PcD e, incluso, en las zonas rurales.

En Bolivia, de acuerdo a la información proporcionada por el Ministerio de Salud⁵, la Unidad de Discapacidad, Rehabilitación y Habilidad Biosicosocial, dependiente de la Dirección General de Promoción de la Salud del Viceministerio de Salud y Promoción, es la encargada de efectuar acciones concretas para efectivizar el acceso a la salud de las

⁵ MS/VMYSP/DGPS/UDRHB/IT/52/2017 suscrita por el Dr. Nelson Virgilio García Uyuli Responsable de Planificación de la Unidad de Discapacidad Rehabilitación y Habilidad Biopsicosocial.

PcD, esta unidad se encuentra organizada en diferentes áreas: Calificación, Sistemas, Genética y Rehabilitación.

El área de Calificación y de Sistemas, promueve la calificación de discapacidades y cuenta con datos estadísticos que son reportados en el SIPRUNPCD; el área Genética, realiza atenciones gratuitas de asesoramiento genético y estudios cromosómicos a nivel nacional; a través del área de Rehabilitación se han implementado centros y/o servicios de rehabilitación (en establecimientos de salud) a nivel nacional, en los cuales se realizan acciones de promoción, prevención, atención y tratamiento rehabilitador.

En cuanto al acceso propiamente de la prestación del servicio de un determinado establecimiento de salud, el Reglamento a la “Ley N° 475, de prestaciones de servicios de salud integral”, DS N° 1984 del 30 de abril de 2014, en su Artículo 4 establece los requisitos para ser beneficiario de la prestación en salud, exigiendo a las PcD la presentación del carnet de discapacidad de acuerdo al Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de PcD-SIPRUNPCD y Boleta de Referencia y Contrarreferencia.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo en verificaciones realizadas a 11 Hospitales Públicos de tercer nivel y 18 de segundo nivel, ha constatado que para el acceso a la prestación de salud a las PcD (que no constituye emergencia o urgencia), en su generalidad se exige dos requisitos: el carnet de discapacidad y la boleta de referencia.

En cuanto al *carnet de discapacidad*, conforme datos del Ministerio de Salud, la calificación para la obtención de este documento se realiza en el marco de la Resolución Ministerial N° 0191 y la Resolución Ministerial N° 0595, donde se establece y aprueba el porcentaje de discapacidad del 30%.

Este aspecto limitaría el acceso a la atención de salud, ya que el carnet de discapacidad se constituye en el documento **único** que acredita una condición de discapacidad en una persona (Artículo 13 Reglamento de Operaciones del Sistema de Información del Programa de Registro Único Nacional de PcD).

En los talleres organizados por la Defensoría del Pueblo con las organizaciones de PcD a nivel nacional, se han detectado que esta población atraviesa diferentes obstáculos, tanto para conseguir todos los requisitos exigidos para ser atendidos, como para la programación de evaluaciones médicas y entrega de informes, los mismos que demoran tiempo. Sumado a este problema, existen equipos calificadores que no cuentan con el personal completo, por ejemplo en el equipo del Gobierno Autónomo Municipal de Trinidad no existen médicos, situación que genera el desistimiento y abandono del trámite.

De 2007 a 2016 se tiene el registro de un total de 67.912 PcD, de las cuales 57.932 son carnetizadas⁶, dato que refleja que un 14,69% de Personas con Discapacidad no cuenta con este documento, por consiguiente, no se constituyen en beneficiarias de las

⁶ Fuente: SIPRUNPCD Unidad de Discapacidad del Ministerio de Salud.

prestaciones de la Ley 475, negando a este grupo poblacional en situación de vulnerabilidad, el acceso gratuito a los servicios de salud.

Sobre la exigencia de la boleta de referencia a las PcD, en los diferentes espacios que promovió la Defensoría del Pueblo en regiones del país, hicieron conocer que la exigencia de este documento constituye un obstáculo que restringe el acceso a la salud de esta población, pues, por ejemplo, en situaciones en que el personal administrativo de primer o segundo nivel comete un error en el llenado de la boleta, se les niega la atención médica; asimismo, para cada atención de las diferentes especialidades les exigen una nueva referencia, como es el caso de los pacientes con discapacidad del Instituto Psicopedagógico de la ciudad de Sucre, quienes por su patología no pueden acudir a un primer nivel y obtener la referencia respectiva, agravándose su situación los fines de semana o feriados, cuando los centros de salud no prestan atención, lo que genera que no puedan acceder al servicio de salud requerido.

En la ciudad de Santa Cruz, las PcD para obtener la boleta de referencia de un primer o segundo nivel, deben recorrer grandes distancias, a lo que suma el hecho de que el transporte no ofrece las condiciones de accesibilidad necesarias para esta población.

Sin embargo y por otro lado, de forma excepcional se han advertido también buenas prácticas dentro de algunos hospitales públicos, donde priorizan la atención del paciente con discapacidad antes que los requisitos formales, como es en el caso del Hospital San Juan de Dios de la ciudad Oruro, donde algunos médicos eximen la presentación de la boleta de referencia y brindan la atención requerida; asimismo, en el Hospital Roberto Galindo de la ciudad de Pando, se da prioridad a la PcD y con la sola presentación del carnet, se le brinda atención directa.

De lo expuesto, se colige que el acceso a la prestación de salud gratuita, en el marco del Sistema Nacional de Salud Boliviano, prioriza la exigencia de formalismos y requisitos antes de la prestación efectiva del servicio, dejando de lado al ser humano como acreedor del derecho a la salud, lo que genera una evidente y legítima insatisfacción del usuario de salud (PcD) a nivel nacional.

B) DESCONOCIMIENTO DEL ALCANCE DE LA LEY 475 Y SUS REGLAMENTOS

En los meses de septiembre y octubre de la gestión 2015, la Defensoría del Pueblo, en el marco de sus competencias constitucionales, emitió el Informe Defensorial sobre la “Aplicación de las Prestaciones de Servicios de Salud Integral en el marco de la Ley 475”, investigación que develó, en particular, que la socialización y difusión de la Ley en cuestión habría sido escasa e insuficiente, consecuentemente la población beneficiaria desconocía en ese entonces las prestaciones, procedimientos de referencia y contrarreferencia; asimismo, se detectó el desconocimiento del alcance del trato preferente a las PcD, adultas y adultos mayores y aquellas referidas desde el área rural.

Ante estos hallazgos, se recomendó socializar y difundir la Ley 475 y sus reglamentos. A la fecha del seguimiento a la adopción de medidas tendientes al cumplimiento de las recomendaciones defensoriales, algunos SEDES, como el caso de Beni, han socializado y

capacitado, además de supervisar y prestar asistencia técnica, para el cumplimiento adecuado de la citada norma.

Asimismo, en agosto de 2016 se emitió otro Informe Defensorial denominado “Intervención Defensorial a Unidades de Emergencias a Nivel Nacional” en que se pudo detectar la necesidad de reforzar la capacitación técnica sobre la Ley 475 al personal de salud de 24 hospitales públicos y de la Seguridad Social a nivel nacional y se hizo énfasis en la capacitación al personal de los hospitales de la Seguridad Social que no atienden a las y los beneficiarios de esa norma.

La Defensoría del Pueblo ve con preocupación que subsisten las problemáticas detectadas sobre la falta de difusión, socialización y capacitación de los alcances de la Ley 475; en ese sentido, que en las verificaciones realizadas a 39 hospitales a nivel nacional se puede advertir que todavía existe desconocimiento de la norma, tanto de parte del personal de salud y, con mayor incidencia, de la población beneficiaria.

Las capacitaciones al personal de los hospitales generalmente se dan anualmente, sin embargo en el hospital Luis Urúa de la Oliva de la ciudad de La Paz no se los ha realizado ni se atiende a las y los beneficiarios de esta norma; en los hospitales Daniel Bracamonte de Potosí, hospital Cochabamba y Roberto Galindo de Pando, tampoco se han desarrollado capacitaciones; el personal de los hospitales de la Seguridad Social Obrero N° 5 de Potosí y San Juan de Dios de Tarija, fue capacitado hace dos años aproximadamente, y en el hospital Obrero San Juan de Pando, aún no han desarrollado una capacitación a profundidad sobre la Ley 475.

En algunos hospitales hay un funcionario encargado de proporcionar información a las PcD o sus familiares sobre el alcance de la norma, otros son los Gestores de Calidad o las trabajadoras sociales los que informan al respecto.

El Gobierno Autónomo Municipal de Potosí informó que en coordinación con el SEDES de ese departamento, se realizan talleres sobre la gratuidad y prioridad de atención en los servicios en el marco de las leyes 475 y 223.

De la información obtenida se establece que en los hospitales de La Paz y Potosí que fueron verificados, no conocen la norma; en el hospital Obrero N° 2 de Cochabamba, no todos los pacientes con discapacidad conocen la Ley 475; en los hospitales de Santa Cruz, de la consulta a pacientes con discapacidad al momento de realizarse la verificación defensorial, se evidenció que no conocen la citada Ley; en Tarija es escasa la difusión en medios de comunicación sobre la atención a PcD en el marco de la Ley 475.

En los talleres de coordinación promovidos por la Defensoría del Pueblo junto a organizaciones de PcD, en niveles regionales, se advirtió que todavía carecen del manejo exacto del alcance de la Ley 475, por lo que es necesario trabajar para garantizar que cuenten con información útil, accesible y entendible que les permita ejercer su derecho a la salud.

La Ley 475 en su Artículo 5 establece que son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos dentro de

los grupos de población en situación de vulnerabilidad, por lo que es imprescindible trabajar desde tres perspectivas el tema de la difusión, socialización y capacitación de la Ley 475:

- La difusión al interior de los hospitales públicos y de la Seguridad Social.
- La socialización a las organizaciones de PcD.
- La capacitación al personal de salud de los hospitales públicos y de la Seguridad Social.

C) INSUFICIENTE DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

El Estado conforme al marco constitucional señalado en su Artículo 41 y en la Ley 223, tiene la obligación de otorgar medicamentos e insumos de necesidad permanente relacionados con la discapacidad de manera gratuita para PcD.

De acuerdo al párrafo III del Artículo 7 del Decreto Supremo 1984, que reglamenta la Ley 475 establece, que “Los medicamentos destinados a la atención de los beneficiarios se enmarcan exclusivamente en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales-LINAME, debiendo ser prescritos y dispensados utilizando la Denominación Común Internacional-DCI o nombre genérico”, y en su párrafo IV hace referencia a los insumos–dispositivos médicos destinados a la atención de los beneficiarios que se enmarcan en la Lista de Dispositivos Médicos Esenciales.

En la verificación defensorial se ha evidenciado que en varios de los hospitales los medicamentos para PcD (previstos en la Ley 475) se encuentran disponibles.

El hospital Daniel Bracamonte de Potosí cuenta con medicamentos de acuerdo al manual de aplicación para PcD, solo en casos de pacientes con problemas de salud mental a veces no se pueden cubrir en su totalidad.

En los hospitales públicos de La Paz y el hospital San Juan de Dios de Oruro existen limitaciones en cuanto a su otorgación, las farmacias institucionales a veces no tienen los medicamentos que señalan las recetas médicas, lo cual obliga al paciente a comprarlos con sus propios recursos.

De acuerdo a la información de los SEDES, en Oruro en la gestión 2016, se recibieron dos reclamos relacionados a la dotación de medicamentos y por la inexistencia del servicio de tomografía. En Cochabamba identificaron como una dificultad importante la falta de medicamentos sobre todo para pacientes epilépticos, intelectuales, así como la falta de profesionales psiquiatras para la atención de PcD mental y falta de profesional en el área de rehabilitación.

En Cochabamba, los hospitales verificados cuentan con los medicamentos necesarios así como con los estudios médicos especializados para las PcD. En el hospital Viedma los medicamentos que no son parte del SIS son adquiridos por los pacientes y en el Materno Infantil, en caso de que se hubieran agotado, también son comprados por los pacientes.

En los hospitales de la Seguridad Social se ha verificado que de forma generalizada se cuenta con los medicamentos señalados en la lista del LINAME así como los registrados en el VADEMECUM.

En Cochabamba, los hospitales de la Seguridad Social cuentan con medicamentos cubiertos en un 80%, así como los estudios de especialidades; cuando no hay medicamentos se les devuelve el costo previa presentación de la factura. En casos especiales, las PcD cancelan por la prótesis o aquellos que no se encuentren contemplados en el VADEMECUM.

En el Hospital Obrero de Tarija no cuentan con todos los medicamentos debido a que los procesos de contratación son largos.

En los hospitales de la Seguridad Social de Santa Cruz cuentan con los medicamentos suficientes, sin embargo, señalan que existen carencias en los medicamentos anticonvulsivos.

En el Hospital Obrero N° 8 del Beni los medicamentos que no se cuentan en farmacia son cubiertos por los pacientes.

En hospitales de Pando, el SIS cubre medicamentos genéricos, exámenes de laboratorios y otros como radiografías, internaciones, cirugías, terapia intensiva, sin embargo, existen observaciones a la calidad de los medicamentos por parte de las PcD.

En los hospitales de Sucre, una de las limitaciones de las prestaciones es la ausencia de medicación para pacientes con trastornos de salud mental severos como esquizofrenia, personalidad bipolar y otros. Por otro lado, aseveran que el Instituto Psicopedagógico cuenta con servicios de gabinetes terapéuticos con profesionales con títulos de kinesiología y fisioterapia que realizan las actividades de psicomotricidad, terapia de lenguaje, apoyo pedagógico, musicoterapia, integración sensorial, estimulación temprana, terapia ocupacional, etc., que no son cubiertos por la Ley 475 ya que dichas prestaciones exigen que cuenten con un profesional psicomotricista o un profesional terapeuta ocupacional con título.

De lo expuesto se advierte que los problemas detectados en la provisión de medicamentos están relacionados con:

- La falta de provisión en el abastecimiento de los mismos, es decir en el proceso de adquisición en el marco del Decreto Supremo 1008.
- Medicamentos que no se encuentran en la LINAME y que consecuentemente obliga a las y los pacientes a adquirirlos por cuenta de ellos.
- Los medicamentos para pacientes con trastornos de salud mental severos no se encuentran en las prestaciones de la Ley 475.

El numeral II del Artículo 32 de la Ley 223 dispone que “El Estado Plurinacional de Bolivia, otorgará medicamentos e insumos de necesidad permanente relacionados con la discapacidad de manera gratuita para personas con discapacidad cuando no cuenten con otros mecanismos de provisión...”.

Considerando que se ha definido una sola Lista Nacional de Medicamentos Esenciales para la atención en todos los establecimientos de salud del sector público y de la seguridad social a corto plazo, es necesario que la regulación técnica del suministro de medicamentos, insumos médicos y reactivos en el Sistema Nacional de Salud, se realice bajo un sistema único que permita asegurar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad en todo el territorio, evitando la multiplicidad de procesos de contratación poco eficientes, es así que en el marco del procedimiento para la adquisición de medicamentos establecido en el DS 1008, es importante tomar las previsiones contempladas en esta norma con el objeto de no retrasar la compra de medicamentos e insumos y evitar el desabastecimiento en los hospitales.

Otro aspecto importante de resaltar es la falta de profesionales psiquiatras para la atención de PcD psíquica mental y de profesionales en el área de rehabilitación.

En conclusión, las limitaciones en la provisión de medicamentos a los beneficiarios de la Ley 475 vulneran el acceso de la población a los medicamentos y en específico, al grupo de PcD y con mayor incidencia a personas con trastornos de salud mental, conforme garantiza la Constitución Política del Estado.

D) DESCONOCIMIENTO DEL ALCANCE DEL TRATO PREFERENTE PARA PcD

Los diferentes tipos de discapacidad física-motora, visual, auditiva, intelectual, mental psíquica y múltiple, permiten de manera evidente observar el grado de desventaja social en que se encuentra este grupo, generando la imperante necesidad de ofrecer preferencia en el “trato”, entendida esta preferencia como la **ventaja** o **primacía** que algo o alguien tiene sobre otra cosa o persona⁷.

Por otro lado, constituyéndose la salud en una de las preocupaciones fundamentales para las PcD y sus familias, no solo por sus patologías y deficiencias de origen, sino también por las complicaciones que se presentan en su rehabilitación y tratamiento de otras enfermedades secundarias (comorbilidad), es notoria la desventaja al momento de exigir el servicio sanitario.

Algunas instituciones públicas en el marco de sus competencias y funciones, han reglamentado el trato preferente en la atención a las PcD; es así que el Ministerio de Justicia mediante Resolución Ministerial N° 112/2014 ha aprobado el Reglamento Interno de Trato Preferente para adultas mayores, mujeres embarazadas y PcD; así también, la Aduana Nacional mediante la Circular N° 213/2015 Resolución de Directorio N° RD 02-09-15 de 06.10.2015, aprueba el “Reglamento Interno Específico de Trato Preferente a las Personas Adultas Mayores, Mujeres Embarazadas y PcD” garantizando los derechos y la protección de estas poblaciones.

Los reglamentos mencionados que se aprobaron en ambas instituciones, se rigen por los siguientes criterios: uso eficiente de los tiempos de atención, capacidad de respuesta institucional, capacitación y sensibilización del personal, atención personalizada y especializada, trato con calidad y calidez y uso del idioma materno.

⁷ <https://definicion.de/preferencia/> visita el 21.08.2017

Si bien los criterios señalados, regulan pautas para mejorar el trato a las PcD en la prestación de un servicio determinado; se considera que el trato preferente en la atención en los servicios de salud, merece **un abordaje con acciones que procuren eliminar las desventajas de esta población.**

La Ley 223 General para PcD ha definido “Trato Preferente” como “las acciones integradoras que procuran **eliminar las desventajas** de las PcD, garantizando su equiparación con el resto de las personas con carácter de primacía”. Por su parte, la Ley 475 establece y regula la atención integral en salud de la población que no se encuentra cubierta por un seguro, reconociendo como beneficiarias y beneficiarios a las PcD calificadas según el Registro Único Nacional de PcD-SUPRUNPCD; asimismo, el Reglamento de la citada norma dispone que el personal deberá otorgar un trato preferente a las PcD (Artículo 7 parágrafo VI.)

Es así que, en la intervención realizada por la Defensoría del Pueblo a 39 establecimientos públicos de salud y de la Seguridad Social de segundo y tercer nivel de los nueve departamentos de Bolivia y El Alto, se ha evidenciado que el trato preferente que se brinda a las PcD, en la mayoría de los servicios verificados, es aplicado en dar prioridad en la asignación de fichas para un determinado servicio de salud.

Asimismo, sobre trato preferente el SEDES Oruro informó que se entiende al mismo como la eliminación de las desventajas de las PcD ante sus necesidades en el momento de la atención en los servicios de salud; por otro lado, el Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, mediante Resolución Departamental N° 491 del 04 de enero del año en curso, ha aprobado el Reglamento Interno de Trato Preferente, norma que se aplica al interior de dicho municipio y regula criterios generales sobre el tema, definiéndolo, como “*el conjunto de caracteres que buscan garantizar un trato prioritario y digno en la atención prestada a las personas (...) con discapacidad en la institución*”, no obstante, la citada norma no regula de manera específica las acciones que se asumirán en cuanto a la prestación de los servicios de salud.

Por otro lado, la Defensoría del Pueblo a través de entrevistas a pacientes con discapacidad y en talleres con organizaciones de PcD, ha rescatado la percepción de esta población sobre el trato preferente, el mismo que coincide con la concepción de prioridad en la asignación de fichas de atención.

De lo mencionado, se tiene que la interpretación del alcance sobre el trato preferente establecido en la Ley 223 y el Reglamento de la Ley 475 en el ámbito de salud, tendría que ser implementado a través de acciones integrales que tengan como fin primario el garantizar la equiparación e igualdad de las PcD con el resto de las personas.

III. RECORDATORIO DE DEBERES Y RECOMENDACIONES

RECORDATORIO DE DEBERES LEGALES

ÚNICO.- Recordar a las autoridades del Ministerio de Salud, a los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales, a los hospitales públicos de segundo y tercer nivel de atención y hospitales de la Seguridad Social, el deber legal de respetar y cumplir la normativa nacional e internacional referente a los derechos de las personas con discapacidad (PcD), en especial los establecidos en la Constitución Política del Estado, Ley 4024 de 15 de abril de 2009 que ratifica la “Convención sobre los Derechos de las PcD y su Protocolo Facultativo”, suscrito por Bolivia el 13 de agosto de 2007; Ley 223 General para PcD de 02 de marzo de 2012; Ley 475 sobre Prestaciones de Servicios de Salud Integral de 30 de diciembre de 2013.

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD

En cumplimiento a lo estipulado en los incisos a), c), d), j), k), q) del Artículo 90 del Decreto Supremo 29894 del 25 de enero de 2009 Estructura del Órgano Ejecutivo, así como los numerales 1 y 9 del Parágrafo I del Artículo 81 de la Ley 031 Marco de Autonomías “Andrés Bólvarez” y los párrafos I, II, III, IV del Artículo 32 de la Ley 223 General para PcD, se recomienda al Ministerio de Salud, como ente rector del Sistema Nacional de Salud, que:

PRIMERA.- Ampliar la regulación del trato preferente para precautelar la equiparación e igualdad de las PcD con el resto de las personas en el marco de la Convención sobre los Derechos de las PcD y la normativa nacional, estableciendo su alcance e implementación progresiva.

SEGUNDA.- Ajustar las Normas de Caracterización de Primer y Segundo Nivel en lo referente a los componentes físicos y funcionales de los establecimientos de salud en relación a infraestructura, equipamiento, medicamentos, insumos médicos y recursos humanos adecuados a las PcD.

TERCERA.- Regular excepciones a los requisitos para acceder a las prestaciones de salud priorizando el acceso a la salud de las PcD en el marco de la Ley 475, a fin de dejar sin efecto la presentación de las boletas de referencia y contrarreferencia para su atención.

CUARTA.- Incorporar en la LINAME medicamentos e insumos necesarios para las poblaciones beneficiarias; en específico al grupo de PcD y con mayor incidencia para pacientes con discapacidad intelectual psíquica y sensorial.

QUINTA.- Implementar el uso del lenguaje de señas en entidades formadoras y capacitadoras de recursos humanos del sector salud, en coordinación con el Ministerio de Educación.

PARA LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS DEPARTAMENTALES

En virtud a lo previsto en los Incisos b), c), j) y ñ) del Numeral 1 del Parágrafo III Artículo 81 de la Ley 031 Marco de Autonomías “Andrés Bóñez”, se recomienda a los Gobiernos Autónomos Departamentales:

SEXTA.- Reforzar la capacitación técnica sobre la Ley 475 y sus reglamentos, al personal de salud en todos los servicios de salud públicos y de Seguridad Social a nivel nacional.

SÉPTIMA.- Socializar y difundir a través de medios de comunicación masivos, en sus departamentos, información sobre los requisitos, procedimientos, beneficios y los alcances de la Ley 475 y sus reglamentos.

OCTAVA.- Implementar talleres de socialización sobre el alcance de la Ley 475 y sus reglamentos con las organizaciones de PcD a nivel nacional.

NOVENA.- Realizar las adecuaciones arquitectónicas necesarias de la infraestructura de los hospitales públicos de tercer nivel, para garantizar la accesibilidad física de las PcD.

DÉCIMA.- Fortalecer los equipos de calificación, registro y carnetización a nivel nacional, con el fin de que los procesos y procedimientos para el acceso al carnet de discapacidad que los habilita a los beneficios de la Ley 475, sea ágil y oportuno.

A LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES

En virtud a lo previsto en los Incisos c), e) y f) del Numeral 2 del Parágrafo III del Artículo 81 de la Ley 031 Marco de Autonomías “Andrés Bóñez”, se recomienda a los Gobiernos Autónomos Municipales:

DÉCIMA PRIMERA.- Mejorar los medios de información y comunicación al interior de los hospitales públicos y de la Seguridad Social, implementando instrumentos de información específicos para PcD, así como la utilización del lenguaje de señas para pacientes con discapacidad auditiva.

DÉCIMA SEGUNDA.- Realizar las adecuaciones arquitectónicas necesarias de la infraestructura de los servicios de salud de primer y segundo nivel, para garantizar la accesibilidad física de las PcD.

ANEXOS

- Informe de las Delegaciones Departamentales de la Defensoría del Pueblo.
- Cuadros de sistematización.
- Respuestas de los GAM y GAD.

BIBLIOGRAFÍA

- CLAROS PINILLA, Marcelo, ZAMBRANA SEA Fernando, BAYÁ CAMARGO Mónica, *Derechos Humanos "Normativa y Jurisprudencia"*, La Paz Bolivia, 2012. Páginas 417 – 464.
- HUERTA PERALTA, Jaime, *Discapacidad y accesibilidad. La dimensión desconocida*, edición y coordinación: Liliana Peñaherrera; presentación Javier Diez Canseco Cisneros. – Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú, 2006.

Investigaciones y estudios.

- Asociación de Usuarios de Prótesis y Ayudas técnicas, trabajo de investigación, "AYUDAS TÉCNICAS Y DISCAPACIDAD", encargado por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), Edición: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad – CERMI, Abril, 2005.
- ARROYO LIMA, Juan, Informe final "El derecho a la salud de las personas con discapacidad", Lima Perú Septiembre del 2014.
- Grupo de Indagación, Análisis y Trabajo Sobre Discapacidad 2004, "*Lo Ocultado, Lo Invisibilizado: Violencia Hacia Las Personas Con Discapacidad*". Fundación Isonomía para la Igualdad de Oportunidades de la Universitat Jaume I, La Fundación Mapfre Medicina, Castelló de la Plana - España 2004 (isonomia@isonomia.uji.es)
- Luciano Andrés Valencia, "Breve Historia de las Personas con Discapacidad, de la Oposición a la Lucha por sus Derechos" (valencialuciano@gmail.com) – 2014.
- Informe a la Asamblea Legislativa Plurinacional 2013 de la Defensoría del Pueblo de Bolivia.

Legislación Nacional

- Constitución Política del Estado Boliviano.
- Ley 4024 de 15 de abril de 2009 que ratifica la "Convención sobre los Derechos de las PcD y su Protocolo Facultativo", suscrito por Bolivia el 13 de agosto de 2007
- Ley 223 General para las Personas con Discapacidad de 02 de marzo de 2012 y el Decreto Supremo N° 1893, Reglamento de la Ley N° 223.
- Ley N° 475 sobre Prestaciones de Servicios de Salud Integral de 30 de diciembre de 2013 y el Decreto Supremo N° 1984 Reglamento de La Ley N° 475.
- Decreto Supremo 29894 del 25 de enero de 2009 Estructura del Órgano Ejecutivo
- Ley 031 Marco de Autonomías "Andrés Ibáñez" del 24 de mayo del 2010.

Normativa Internacional

- Convención sobre los Derechos de las PcD y su Protocolo Facultativo aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 16 de diciembre de 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado, de 16 de diciembre de 1966.
- Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las PcD, aprobadas por la Asamblea General el 20 de diciembre de 1993.

Otros documentos

- Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para Las Personas con Discapacidad (PNIEO). La Paz Bolivia: OPS/OMS, 2006.
- Guía Nacional 17 Normas Bolivianas “Accesibilidad de las Personas con Discapacidad al Medio Físico”, Comité Técnico de Normalización CTN 12.20 “Construcción de Edificios – Accesibilidad, Dirección General de Vivienda y Urbanismo, Bolivia 2005.
- Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, Ministerio de Salud, La Paz - Bolivia 2013.
- Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Segundo Nivel, Ministerio de Salud, La Paz - Bolivia 2014.

Páginas web consultadas

<https://es.wikipedia.org/wiki/Comorbilidad>

<https://definicion.de/preferencia/>