



Diagnóstico de la Situación de las Políticas sobre Salud para Personas con Discapacidad en el Perú



Diagnóstico de la Situación de las Políticas sobre Salud para Personas con Discapacidad en el Perú

Consultoría:

Silvana Queija de la Sotta

Albeto Vásquez Envalada

1ª edición, Mayo 2015

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2015-06794

Editado por Paz y Esperanza

Jr. Hermilio Valdizán 681, Jesús María, Lima

Impresión: Sonimágenes del Perú

Av. 6 de Agosto 968, Jesús María, Lima

I. INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidad representan el 5.2% de la población según la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS 2012), es decir, 1 millón 575 mil 402 personas. De este total, casi la mitad son mujeres (52.1%) y tiene 65 y más años de edad (el 50.4%). Asimismo, 6 de cada 10 personas con discapacidad presentan más de una limitación (61.4%), siendo las físicas (59.2%), las visuales (50.9%) y las auditivas (33.8%) las más comunes.

Es importante notar, sin embargo, que de acuerdo con el Informe Mundial sobre Discapacidad, publicado el 2011 por la Organización Mundial de Salud y el Banco Mundial, la prevalencia de discapacidad en países como el nuestro alcanzaría al 15% de la población. Además, la Encuesta Nacional Continua de Hogares (ENCO 2006), elaborada por el INEI, señaló que el 8.4% de la población peruana contaba con algún tipo de deficiencia; y el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2007 estimó una prevalencia de 10.9% de hogares con al menos una persona con discapacidad.

Existen diversos factores que explicarían estas diferencias, entre ellos, los modelos conceptuales; la formulación de las preguntas; la preparación de los encuestadores; el nivel de comprensión de la población; la aplicación de diferentes técnicas de recolección de datos; y la estructura por edad de la población. A pesar de lo señalado, la información que brinda la ENEDIS 2012 brinda una oportunidad importante para la definición de prioridades y la implementación de políticas públicas en salud dirigidas a las personas con discapacidad.

De hecho, la ENEDIS muestra significativas cifras de exclusión en materia de salud por parte de las personas con discapacidad. Así, solo el 61.2% de ellas está afiliada a algún seguro de salud, en tanto que un 38,2% no tiene cobertura de ningún tipo. Asimismo, el 88% no reciben tratamiento y/o terapia de rehabilitación alguna. Entre quienes sí reciben tratamiento y/o terapias de rehabilitación, apenas un 11.4%, la rehabilitación física es el tipo de tratamiento más frecuente (62.0%). Además, como han señalado diversos autores, es directo y fuerte el vínculo que existe entre la discapacidad y la pobreza, siendo la falta de recursos económicos la principal razón para la falta de acceso a servicios de salud y rehabilitación.

La entrada en vigencia de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas abrió una ventana de oportunidad en el Estado peruano para abordar la temática de la discapacidad de una manera más sistemática en el marco de sus políticas de promoción y protección de derechos. De este modo, en el año 2012 se aprobó una nueva Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley 29973, que establece un nuevo marco normativo para el desarrollo de políticas orientadas al respeto de los derechos humanos y la inclusión social. Ese mismo año se creó el un programa presupuestal sobre salud y discapacidad bajo la metodología de presupuesto por resultados.

En la línea de lo expuesto, el presente informe tiene como objeto determinar la situación de las políticas de promoción y protección del derecho a la salud de las personas con discapacidad, tomando como punto de partida el informe de Diagnóstico de la Situación de las Políticas sobre Accesibilidad, Salud y Educación para Personas con Discapacidad en el Perú, publicado por CBM y el Consorcio por los Derechos de las Personas con Discapacidad en enero del 2015. Al igual que aquel documento, el presente informe espera convertirse en un documento de incidencia para las organizaciones de personas con discapacidad y sociedad civil frente a Sector Salud, y los gobiernos regionales y locales de Cusco y San Martín.

II. MARCO CONSTITUCIONAL



La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. El Estado peruano, de conformidad con la Constitución Política y los tratados de derechos humanos de los que es Parte, está obligado a respetar, proteger y realizar el derecho a la salud de todas las personas, incluyendo las personas con discapacidad.

En nuestro ordenamiento, el derecho a la salud está reconocido en el artículo 7 de la Constitución Política. Este artículo establece que: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”. Asimismo, señala que la persona “incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental” –en referencia a las personas con discapacidad- tiene derecho a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

Por su parte, el artículo 9 de la Constitución Política establece que el Estado determina la política nacional de salud y que el Poder Ejecutivo debe normar y supervisar su aplicación. Así, es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. Complementariamente, el artículo 11 de la Constitución Política señala que el Estado debe garantizar el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, así como supervisar su eficaz funcionamiento.

Cabe destacar que el Tribunal Constitucional ha destacado que la salud es derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida; y la vinculación entre ambos es irresoluble.¹ Asimismo, el máximo intérprete de la Constitución ha señalado que cuando el artículo 7 de la Constitución hace referencia al derecho a la protección de la salud, reconoce el derecho de la persona de alcanzar y preservar un estado de plenitud física y psíquica.² Esta obligación no debe ser entendida desde un ámbito negativo de ausencia de enfermedad, sino que exige también una contraparte, una faceta positiva, que comprende el derecho a medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica.³ En este sentido, el Tribunal Constitucional ha afirmado que los servicios de salud son de vital importancia, “pues de ellos no sólo depende el logro de mejores niveles de vida de las personas, sino que incluso en la eficiencia de su prestación está en juego la vida y la integridad de los pacientes”.⁴

El Tribunal Constitucional también ha precisado que, de conformidad con la Undécima Disposición Final y Transitoria de la Constitución Política, el Estado peruano está obligado a adoptar medidas hasta el máximo de recursos que se disponga para lograr, progresivamente, la plena efectividad del derecho a la salud.⁵ Se trata de una obligación perentoria a ser cumplida, si bien de manera progresiva, siempre en plazos razonables y acompañados de acciones concretas.⁶

El derecho a la salud también ha sido reconocido en diversos instrumentos internacionales y regionales ratificados por el Estado peruano, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979); la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006); y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988). De conformidad con el artículo 55 de la Constitución, estos tratados forman parte del derecho nacional

1 Tribunal Constitucional. Expediente No 2016-2004-AA/TC. Fundamento 27.

2 *Ibíd.* Fundamento 29.

3 *Ibíd.*

4 *Ibíd.*

5 Tribunal Constitucional. Expediente 02945-2003-AA/TC. Fundamento 37.

6 *Ibíd.*

y, por tanto, son directamente aplicables. Además, según la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución Política, los derechos reconocidos por la Constitución se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los instrumentos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú.

En relación con las personas con discapacidad, en particular, el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) reconoce el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Asimismo, obliga a los Estados Partes a 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 su comunidad y en forma gratuita. En este sentido, es deber del Estado peruano el adoptar las medidas necesarias para asegurar que las personas con discapacidad accedan en condiciones de igualdad a servicios de salud de calidad, incluyendo programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles; servicios de salud especializados; servicios en zonas rurales; consentimiento libre e informado; prohibición de la discriminación en la prestación de seguros de salud y de vida; entre otras.

En el mismo sentido, el artículo 26 de la CDPD establece la obligación de los Estados Partes de adoptar medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para tal efecto, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales.

En el 2012, en el marco del informe inicial del Estado peruano sobre el cumplimiento de la CDPD, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas expresó su preocupación por el limitado acceso de las personas con discapacidad a servicios de rehabilitación y programas de seguridad social en el Perú.⁷ Asimismo, por la falta de servicios de salud, especialmente en las zonas rurales, y por las numerosas limitaciones que el Seguro Integral de Salud impone a las personas con discapacidad.⁸ El Comité también lamentó que no existan programas de detección precoz de la sordera en niños con el fin de reducir al mínimo sus consecuencias y prevenir la aparición de otras formas de discapacidad.⁹

En virtud de lo señalado, el Comité instó al Estado peruano a que elabore programas integrales de salud a fin de que las personas con discapacidad estén específicamente recogidas en ellos y que se garantice el acceso de estas a servicios de rehabilitación y de salud en general.¹⁰

Adicionalmente, el Comité recomendó al Estado peruano que:¹¹

- Revise su ordenamiento jurídico para garantizar que las compañías de seguros y otros proveedores privados no discriminen a las personas con discapacidad;
- Asigne recursos presupuestarios e imparta formación al personal sanitario para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud de las personas con discapacidad, velando al mismo tiempo por que los hospitales y los centros de salud resulten accesibles a las personas con discapacidad; y
- Proporcione servicios de detección precoz de las discapacidades, en particular de la sordera y en niños, con el fin de reducir al mínimo sus consecuencias y prevenir la aparición de otras formas de discapacidad.

El Estado peruano debe presentar su segundo y tercer informe de manera conjunta en el año 2018.

7 Naciones Unidas. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Op. cit. Párrafo 38.

8 *Ibíd.*

9 *Ibíd.*

10 *Ibíd.* Párrafo 39.

11 *Ibíd.*

III. MARCO NORMATIVO NACIONAL



La Ley 26842, Ley General de Salud, señala que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.¹² Asimismo, establece que la protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.¹³ Además, el Estado debe promover el aseguramiento universal y progresivo en salud de la población a través sistemas privados y públicos.¹⁴

La Ley General de Salud también establece toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia.¹⁵ De igual modo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares; de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.¹⁶ Adicionalmente, la Ley General de Salud reconoce una serie de derechos a los usuarios de los servicios de salud en relación con el acceso, la información, la atención y recuperación, y el consentimiento informado.¹⁷ Complementariamente, la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, Ley 29344, y la Ley de Modernización de la Salud, Ley 26790, regulan el acceso a los regímenes de aseguramiento públicos.

En relación con las personas con discapacidad, la Ley General de Salud establece en su que la persona con discapacidad tiene derecho a recibir prestaciones de salud y rehabilitación de calidad, sin discriminación, en igualdad de condiciones que las demás.¹⁸ El Estado debe prestar servicios de detección e intervención temprana, así como servicios dirigidos a prevenir y reducir a su mínima expresión la aparición de nuevas discapacidades. Los servicios de rehabilitación deben prestarse en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales de manera descentralizada y comunitaria. Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA) debe garantizar la disponibilidad y el acceso de la persona con discapacidad a tecnologías de apoyo, dispositivos, medicamentos y la ayuda compensatoria necesaria para su atención y rehabilitación.¹⁹

La Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad (LGPD), por su parte, establece que la persona con discapacidad tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación.²⁰ El Estado debe garantizar el acceso a prestaciones de salud integrales de calidad e implementados con infraestructura, equipamiento y recursos humanos capacitados, incluidas la rehabilitación y la salud sexual y reproductiva.²¹

En materia de aseguramiento, la LGPD establece que el MINSA y el Seguro Social de Salud (EsSalud) deben garantizar y promover el ingreso de las personas con discapacidad a sus sistemas de aseguramiento, asegurando prestaciones de salud, de rehabilitación y de apoyo de calidad, incluidas la atención domiciliaria, la asistencia personal, los centros de atención intermedia y los centros residenciales, según las necesidades del asegurado.²² Para ello, el MINSA y el EsSalud están obligados a implementar, bajo responsabilidad, planes y programas dirigidos al acceso de la persona con discapacidad a la seguridad social, que incluyan prestaciones de rehabilitación y de apoyo.²³ No

12 Ley General de Salud. Artículo I.

13 *Ibíd.* Artículo II.

14 *Ibíd.* Artículo VII.

15 *Ibíd.* Artículo 1.

16 *Ibíd.* Artículo 2.

17 Ley General de Salud. Artículo 15.

18 Ley General de Salud. Artículo 9.

19 *Ibíd.*

20 LGPD. Artículo 26.

21 *Ibíd.*

22 *Ibíd.* Artículo 27.

23 *Ibíd.* Tercera Disposición Complementaria Final.

obstante, ni el MINSA ni el EsSalud han cumplido con esta obligación pese a que ha transcurrido con creces el plazo de ciento veinte establecido por ley. El Reglamento de la LGPD, aprobado por Decreto Supremo No 002-2014-MIMP, tampoco desarrolla esta obligación omitiendo toda referencia a las prestaciones de apoyo establecidas en la ley.

Adicionalmente, en la línea de lo establecido por la CDPD, la LGPD prohíbe la discriminación en los seguros públicos y privados.²⁴ El Estado debe garantizar y promover el acceso de las personas con discapacidad a los productos y servicios ofertados por las aseguradoras de salud y de vida privadas, sin discriminación. Las aseguradoras, además, están prohibidas de negarse a prestar cobertura de seguros de salud y de vida por motivos de discapacidad. En ese sentido, la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (SBS) debe garantizar el acceso de las personas con discapacidad a los productos y servicios ofertados por las aseguradoras y supervisar que las primas de los seguros se fijen de manera justa y razonable, sobre la base de cálculos actuariales y estadísticos, y valoradas individualmente.²⁵ El Reglamento de la LGPD precisa que la Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA) y la SBS deben emitir las disposiciones aplicables a las empresas de seguros bajo el ámbito de sus respectivas competencias, con la finalidad de dar cumplimiento a esta obligación.²⁶

La LGPD también promueve la atención en la comunidad de la persona con discapacidad.²⁷ Así, se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a que la atención de su salud y su rehabilitación integral se preste dentro de la comunidad en la que vive, bajo un enfoque intercultural, a través de los servicios y programas de salud generales. Esto sin perjuicio de la obligación del Estado de contar con servicios especializados y realizar acciones de prevención de acuerdo a los tipos de discapacidad existentes.

Asimismo, la LGPD ordena la implementación de servicios de intervención temprana, con énfasis en el área rural, estableciendo responsabilidades en distintos sectores del Gobierno Nacional y los gobiernos regionales y locales.²⁸ El Reglamento desarrolla, en particular, la obligación del MINSA de fijar los procedimientos para la intervención en prevención, detección, diagnóstico, atención, habilitación y rehabilitación en materia de salud de los niños y niñas menores de tres años con discapacidad o con riesgo de adquirirla. Asimismo, se establece que el MINSA debe establecer los mecanismos necesarios para que los establecimientos de salud dispongan de un registro nominal de los niños y niñas nacidos con discapacidad o con riesgo de adquirirla.²⁹ El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, en coordinación con los gobiernos regionales y locales, deben implementar estrategias transversales de atención prioritaria a los niños y niñas menores de tres años nacidos con discapacidad o con riesgo de adquirirla, a través de los programas sociales a su cargo.³⁰

24 *Ibíd.* Artículo 28.1.

25 *Ibíd.* Artículo 28.2.

26 Reglamento de la LGPD. Artículo 27.

27 LGPD. Artículo 29.

28 *Ibíd.* Artículo 30.

29 Reglamento de la LGPD. Artículo 29.1.

30 *Ibíd.* Artículo 29.3.

Finalmente, la LGPD reconoce el derecho de las personas con discapacidad a acceder a servicios de habilitación y rehabilitación en materia de salud, empleo y educación, así como a servicios sociales.³¹ Así, el MINSA y los gobiernos regionales, en coordinación con el EsSalud y los ministerios de Defensa y del Interior, deben formular, planificar y ejecutar estrategias de rehabilitación basadas en la comunidad con la participación de la persona con discapacidad, su familia y su comunidad, en coordinación con los servicios educativos, laborales y sociales correspondientes. El Reglamento de la LGPD precisa que el MINSA es el encargado de regular los procedimientos para la habilitación y rehabilitación, incluyendo la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad.³² Los gobiernos regionales deben incorporar en sus planes regionales estas estrategias asegurando su implementación en coordinación con las municipalidades.³³

Cabe agregar que el Estado peruano ha adoptado otras normas específicas referidas a la atención de determinadas condiciones. Entre ellas destacan la Ley 29885, que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal, reglamentada mediante Decreto Supremo No 014-2013-SA; la Ley 29698, que declara de interés nacional la prevención, el diagnóstico, la atención integral de salud y la rehabilitación de las personas que padecen enfermedades raras o huérfanas; la Ley 30020, que ordena la creación del Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, sin reglamentar hasta la fecha; y la Ley 30150 de Protección de las Personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA), reglamentada mediante Decreto Supremo No 001-2015-MIMP.

31 LGPD. Artículo 31.

32 Reglamento de la LGPD. Artículo 30.2.

33 *Ibíd.*

IV. MARCO INSTITUCIONAL



El sistema de salud peruano, regulado por la Ley General de Salud, está compuesto por dos sectores, el público y el privado. El sector público está compuesto por distintos sub-sistemas, subsidiados y contributivos, a cargo del MINSA, el EsSalud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional de Perú, y los servicios de salud de las municipalidades, como el Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL).

En el sector privado, por su parte, se puede distinguir entre actores de carácter lucrativo y no lucrativo.³⁴ Entre los primeros se encuentran las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), las aseguradoras privadas, las clínicas privadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico, entre otros.

El MINSA es el órgano rector del sector salud. Como parte de sus funciones rectoras, formula, dirige, coordina, ejecuta y supervisa las políticas nacionales de promoción de la salud, prevención de enfermedades, y recuperación y rehabilitación en salud;³⁵ dicta normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;³⁶ conduce el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud;³⁷ y realiza el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y resultados de las políticas y programas de su competencia.³⁸

Asimismo, como parte de sus funciones específicas, el MINSA regula la organización y prestación de servicios de salud; conduce, regula y controla a los órganos desconcentrados; supervisa a los organismos públicos del sector salud; establece y regula la política de aseguramiento en salud; promueve el desarrollo de las capacidades y competencias de los recursos humanos en salud; planifica y establece las prioridades de financiamiento; y promueve, articula y desarrolla estrategias para el adecuado cumplimiento de las funciones transferidas en el marco de la descentralización.³⁹

La LGPD ordenó la creación de una Dirección de Discapacidad y Rehabilitación dentro de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del MINSA, como dirección encargada de formular, difundir y evaluar las estrategias y normas para el desarrollo de las acciones de materia de salud, habilitación y rehabilitación integral de la persona con discapacidad.⁴⁰ Asimismo, el Decreto Legislativo 1161, que aprobó la nueva Ley de Organización y Funciones del MINSA, ordenó la elaboración y aprobación de un nuevo Reglamento de Organización y Funciones, el mismo que debe ser presentado al Consejo de Ministros.⁴¹ Esta propuesta debiera incluir una Dirección de Discapacidad y Rehabilitación, de acuerdo a lo ordenado por la LGPD.

Sobre el particular, a la fecha el MINSA mantiene un Equipo Técnico Componente de Discapacidad en la Dirección de Atención Integral de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas. De acuerdo con lo informado por el propio ministerio, no se tiene previsto crear la dirección ordenada por la LGPD por considerarse innecesaria.⁴² El incumplimiento de la LGPD en este extremo puede dar lugar, sin embargo, a la presentación de una demanda de cumplimiento.

34 Alcalde-Rabanal, Jacqueline Elizabeth; Lazo-González, Oswaldo; y Gustavo Nigenda. "Sistema de salud de Perú". En: Salud pública de México, Vol. 53, Suppl. 2, Cuernavaca, Enero 2011.

35 Decreto Legislativo 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Artículo 5 literal a).

36 *Ibíd.* Artículo 5 literal b).

37 *Ibíd.* Artículo 5 literal c).

38 *Ibíd.* Artículo 5 literal d).

39 *Ibíd.* Artículo 7.

40 LGPD. Octava Disposición Complementaria Final.

41 Decreto Legislativo 1161. Primera Disposición Complementaria Transitoria. Mediante Resolución Ministerial No 245-2014/MINSA se conformó un Grupo de Trabajo encargado de la evaluación del anteproyecto del ROF del MINSA.

42 Reunión con sociedad civil realizada el 14 de abril de 2015.

La Dirección General de Salud de las Personas del MINSA también cuenta con una Dirección de Salud Mental, la misma que tiene entre sus funciones formular, difundir y evaluar las estrategias y normas para el desarrollo de las acciones en salud mental en el marco de la atención integral de salud; regular el funcionamiento y desarrollo de los servicios de salud mental en el país; y desarrollar acciones orientadas a reducir el estigma que existe en la población sobre los aspectos relativos a la salud mental.

Además, el MINSA tiene a su cargo al Seguro Integral de Salud (SIS), como organismo público ejecutor cuya finalidad es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. Asimismo, se encuentran adscritos al MINSA el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, el Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”, el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y el Instituto Nacional de Oftalmología (INO).

El Seguro Social de Salud (EsSalud) es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. El EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, en particular trabajadores asalariados, pensionistas y sus familiares, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos. El EsSalud, a través de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, promueve un despliegue de estrategias a favor de las personas con discapacidad, entre ellas su inserción laboral.

El MINSA, el EsSalud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, los servicios de salud de las municipalidades, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada confirman el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCD), creado por la Ley 27813. Este tiene por finalidad coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada descentralizada. El Consejo Nacional de Salud (CNS) tiene la misión de concertación y coordinación nacional del SNCD. Para ello, cuenta con un Comité Nacional de Discapacidad con la participación de representantes de distintos sectores, incluyendo sociedad civil.

V. POLÍTICAS NACIONALES EN SALUD



Existen tres planes nacionales que abordan expresamente el derecho a la salud de las personas con discapacidad.

En primer lugar, el Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO) para las Personas con Discapacidad 2009-2018, aprobado mediante Decreto Supremo No 007-2008-MIMDES, contempla como áreas de intervención desde el Estado, entre otras, la mejora del acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud. Los ejes de la temática de salud son cinco: prevención de discapacidades; acceso a los servicios de salud; apoyo a las actividades y programas científicos; fortalecimiento de los servicios de medicina de rehabilitación; y servicios de intervención temprana. Estos ejes, a su vez, fueron transformados en seis objetivos estratégicos:

- Reducir las deficiencias físicas, mentales y sensoriales en la población;
- Reducir las consecuencias negativas, físicas, psicológicas y sociales, de la discapacidad;
- Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud;
- Fortalecer los servicios de medicina física del MINSA;
- Promover y apoyar los programas y actividades científicas orientadas a la prevención y reducción de consecuencias negativas de las discapacidades; y
- Lograr servicios de intervención temprana con énfasis en la orientación familiar.

Es importante notar que el PIO se formuló tomando como marco normativo y teórico la Ley 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad, derogada por la Ley 29973. De ahí su enfoque médico-rehabilitador que prioriza intervenciones de prevención y reducción de deficiencias. Debido a ello, desde el año 2013 el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad se encuentra trabajando en la reformulación del PIO.

En segundo lugar, el Plan Nacional de Derechos Humanos 2014 – 2016, aprobado mediante Decreto Supremo No 005-2014-JUS, establece como uno de sus objetivos promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Para tal fin, el Plan contempla como una de sus acciones la consolidación de la adopción de programas en salud dirigidos hacia personas con discapacidad, a cargo del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y el CONADIS, en coordinación con los gobiernos regionales y locales. Asimismo, contempla el fortalecimiento de las prestaciones sociales dirigidas a las personas con discapacidad, priorizando la población de las regiones de mayor vulnerabilidad social y concentración demográfica, a cargo de EsSalud.

Los Ministerios, las entidades públicas, los gobiernos Regionales y las municipalidades deben adoptar, en el ámbito de sus competencias, las medidas necesarias para la implementación del Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016. Asimismo, corresponde al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos la supervisión y monitoreo del cumplimiento del Plan a través del Viceministerio de Derechos Humanos y Acceso a la Justicia.

En tercer lugar, el Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado por Resolución Ministerial No 589-2007/MINSA, establece como uno de sus objetivos sanitarios nacionales al 2020, mejorar la vida de la persona con discapacidad (Objetivo 10). El objetivo es disminuir las discapacidades a través de los servicios de rehabilitación y ampliar el acceso de las personas con discapacidad a la atención integral de salud. Para ello, se propone:

- Implementar un plan nacional para la eliminación de la ceguera por cataratas;
- Incorporar a las personas con discapacidad pobres al plan universal de aseguramiento;
- Incorporar de manera progresiva al plan de aseguramiento las prestaciones de prevención y rehabilitación de las deficiencias más frecuentes;
- Ampliar la oferta de servicios de rehabilitación integral en el primer nivel de atención para la identificación y manejo precoz; y
- Implementar al menos un servicio de rehabilitación integral en las regiones en situación de pobreza.

El Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2012-2016, sin embargo, no ha incluido la temática de la salud de las personas con discapacidad, dejando de lado los objetivos al 2020 del Plan Concertado de Salud.

Cabe mencionar que el Plan Regional Concertado de Salud – Región Cusco 2005-2021 no contempla intervenciones específicas en materia de discapacidad. Tampoco el Plan de Gobierno en Salud – Región San Martín 2007-2011.

VI. PRESUPUESTO



Como han destacado diversos autores, una de las principales preocupaciones del sistema de salud en el Perú ha sido la carencia de financiamiento público.⁴³ El gasto público en salud es significativamente bajo en comparación con la media del resto de países de América Latina.⁴⁴ Además, la inversión pública en salud se orienta principalmente a hogares en situación de pobreza.⁴⁵

A partir del año 2013, el Estado peruano ha incorporado la inversión en salud de las personas con discapacidad en su estrategia de Presupuesto por Resultados (PpR). Esta estrategia de gestión pública vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles a favor de la población, por lo que requiere de la definición de los resultados a alcanzar; el compromiso para alcanzar dichos resultados por sobre otros objetivos secundarios o procedimientos internos; la determinación de responsables; generación de información, productos y herramientas de gestión institucional; así como la rendición de cuentas.

De este modo, en los años 2013 y 2014, el MINSA implementó el Programa Presupuestal 0092 “Inclusión Social Integral de las Personas con Discapacidad”, el cual tuvo como objetivo que los niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad –con limitado acceso a la atención integral de sus necesidades de salud– accedan a servicios de salud para su atención, habilitación y su rehabilitación integral.

En el 2014, el programa contempló los siguientes productos: persona con discapacidad menor de 30 años atendida en servicios de medicina de rehabilitación (S/. 4.8 millones); población informada en promoción, prevención y atención en la salud (S/. 0.95 millones); persona con discapacidad menor de 30 años atendida en servicios de medicina de rehabilitación (S/. 4.3 millones); y personas con discapacidad certificadas (S/. 1.09 millones).⁴⁶ Así, el presupuesto inicial de S/. 21.3 millones fue incrementado a S/. 27.6 millones, con una ejecución final de 93.8%. Es importante notar, sin embargo, que el MINSA concentró el 85% de los recursos; Cusco recibió apenas 0.42 millones mientras que San Martín no fue considerado.

Para el 2015, este programa presupuestal ha sido completamente reformulado, por lo que pasará a denominarse “Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad”. Los productos del programa para el próximo año serán: personas con discapacidad reciben servicios de promoción de la salud; personas con discapacidad reciben atención en rehabilitación basada en establecimientos de salud; personas con discapacidad certificadas en establecimientos de salud; y personas con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad.

El presupuesto inicial para el 2015 ha sido de S/. 48.8 millones pero incrementado a S/. 51.4 millones. Al 11 de mayo de 2015, la ejecución ha alcanzado el 21.7%. Cusco ha recibido apenas S/. 0.52 millones y San Martín S/. 0.29 millones.

Adicionalmente, para el 2015 se ha incluido un nuevo programa de control y prevención de la salud mental, a cargo del MINSA, que incluye acciones de atención y apoyo a personas con discapacidad psicosocial. Su presupuesto inicial fue de S/. 68.1 millones pero ha sido incrementado a S/. 75.9 millones, con S/. 1.14 millones destinados a Cusco y S/. 1.26 millones a San Martín. Al 11 de mayo de 2015, el programa sólo ha ejecutado el 18.9% de su presupuesto.

43 Lavigne, Milena. Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Perú. Santiago de Chile: CEPAL, 2013. p.25.

44 *Ibíd.* p.29.

45 *Ibíd.* p.25.

46 Ver: http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/estr_program/0103_MAR39C1_64.pdf

VII. ÁREAS TEMÁTICAS



7.1. CERTIFICACIÓN

De conformidad con la LGPD, el certificado de discapacidad acredita la condición de persona con discapacidad.⁴⁷ Este documento es otorgado por todos los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud), y, de acuerdo con la nueva ley, la evaluación, calificación y la certificación debieran ser gratuitas.

El MINSA, a través de la resolución Ministerial No 13-2015/MINSA, publicada el 10 de enero de 2015, aprobó la Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad. La norma tiene como objetivo establecer los procedimientos técnico-administrativos para la expedición del certificado de discapacidad por parte de los establecimientos de salud.

De acuerdo con la Norma Técnica, los certificados de discapacidad serán expedidos por un médico rehabilitador, un médico cuya especialidad esté relacionada al diagnóstico de discapacidad, o un médico general capacitado. Cuando no exista ninguno de los anteriores, la persona podrá ser referida a otro centro de salud para su certificación. Los certificados se expedirán en los establecimientos de salud de categorías I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2, II-E, III-E, del Ministerio de Salud, gobiernos regionales, Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, y el EsSalud a nivel nacional. Asimismo, se contempla la conformación de Brigadas Itinerantes Calificadoras de Discapacidad (BICAD) por parte de la Dirección General de Salud de las Personas, las mismas que se desplazarán a las regiones para desarrollar actividades de asistencia técnica, capacitación y certificación de la discapacidad.

La nueva Norma Técnica utiliza como estándar dos clasificaciones internacionales a la vez: la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Así, la valoración de la discapacidad y su gravedad se realizará utilizando la CIDDM mientras que el porcentaje de restricción en la participación utilizando la CIF. Asimismo, el Anexo II de la Norma Técnica consigna un listado de deficiencias que originan discapacidad que deben considerarse severas sin necesidad de aplicar sistemas de evaluación.

Debe notarse que la diferencia entre la CIDDM y la CIF radica, principalmente, en el enfoque bio-psico-social y ecológico de la segunda, que supera la perspectiva biomédica de la primera. De este modo, a diferencia de CIDDM que se compone por tres escalas (deficiencia, discapacidad y minusvalía), la CIF está compuesta por cuatro escalas que se enuncian de manera neutra (funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación, y factores contextuales). En ambos casos, sin embargo, puede discutirse su compatibilidad con los principios de la CDPD.

Aunque se entiende la decisión de utilizar la CIF, a falta de un sistema clasificatorio más cercano a los valores y principios de la CDPD, llama la atención el uso conjunto de la CIDDM y la CIF. Esto tendría su origen en el uso del criterio de "severidad" por parte del artículo 59 de la LDPG para el pago de las pensiones no contributivas. Asimismo, siendo que la CIF se propone desde un enfoque multidisciplinario, parece contradictorio que sea un médico el encargado de todo el proceso de certificación.

Al respecto, habría que notar que la certificación de la discapacidad constituye uno de los principales retos en materia de definición de políticas públicas. La certificación tiene como función principal identificar al usuario final de los servicios que presta el Estado y, por tanto, funciona como un filtro que

47 LGPD. Artículo 76.

permite racionalizar los recursos públicos. Sin embargo, en países con mucha debilidad institucional como el nuestro, el uso de parámetros clasificatorios y procedimientos complejos puede limitar el acceso a la certificación de las personas con discapacidad debido a la falta de recursos humanos y logísticos para asegurar su adecuada implementación. De hecho, a la fecha, varias provincias del país no cuentan con un médico –rehabilitador, especializado o general– que pueda llevar a cabo las acciones planteadas por la nueva Norma Técnica. Así, de acuerdo con la ENEDIS, el 92.4% de las personas con discapacidad en nuestro país no cuentan con un certificado de discapacidad. El 7% que sí posee dicha certificación reside predominante en el área urbana (87.7%).

En ese sentido, más allá del sistema clasificatorio utilizado por la Norma Técnica, es necesario asegurar que se destinen los recursos necesarios para fortalecer las capacidades de los establecimientos de salud para emitir certificados de discapacidad y facilitar el acceso gratuito a los mismos de la población con discapacidad.



7.2. ASEGURAMIENTO

Como se ha señalado, es obligación del Estado promover el acceso de las personas con discapacidad a sistemas de aseguramiento en salud contributivos y no contributivos. Asimismo, en razón de su obligación de proteger, el Estado debe garantizar que los sistemas privados de salud no discriminen a las personas con discapacidad.

De acuerdo con la ENEDIS, el 38.2% de las personas con discapacidad no están afiliadas a ningún seguro, mientras que el 61.2% sí lo está. Entre las personas con discapacidad aseguradas, el 48% está cubierta por el SIS, el 46.5% por EsSalud, el 3% por las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, el 1.4% por un seguro privado y el 1.3% en otro tipo de seguro. La distribución de esta cobertura varía considerablemente dependiendo del área geográfica. Así, mientras que en el área urbana, el 35.6% de las personas con discapacidad está cubierta por SIS y el 57.7% por EsSalud, en el área rural el 91.2% está cubierto por el SIS y solo el 7,3% por EsSalud.

Es importante notar que si bien la falta de datos no permite la medición de la evolución de la cobertura de las personas con discapacidad, ésta parece haber seguido una tendencia positiva, similar a la de la población general. De hecho, el porcentaje de personas con discapacidad aseguradas, aunque inferior, se aproxima a los porcentajes de la población general. Esto supone una mejora significativa en relación con los resultados encontrados por la Encuesta Nacional Continua del 2006, donde la población con discapacidad asegurada rondaba el 40%.

El SIS ha sido el principal impulsor del incremento de la cobertura de salud de las personas con discapacidad. Este sistema, cuya finalidad es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema a través de la red de establecimientos del MINSA y los gobiernos regionales.

El SIS cuenta con diversos tipos de seguros (gratuito, emprendedor, microempresas e independiente) pero opera básicamente sobre dos esquemas: subsidiado (financiación público total) y semi-contributivo (financiamiento público parcial). En el caso del régimen subsidiado, éste ofrece una cobertura total a personas en situación de pobreza o pobreza extrema que son elegibles de acuerdo a los criterios establecidos por el Sistema de Focalización de Hogares - SISFOH). La relevancia del SIS para la atención de la salud de las personas con discapacidad resulta evidente habida cuenta de la estrecha relación existente entre pobreza y discapacidad.

Al respecto, debe recordarse que, de acuerdo con la ENEDIS, aunque más del 51% de las personas con discapacidad presentó problemas de salud no relacionados con sus deficiencias, casi la mitad no acudió a un centro de salud. Una de las principales razones para ello fue la falta de dinero (22.6%). La falta de recursos también es una de los principales motivos para que las personas con discapacidad

no acudan a un establecimiento de salud incluso cuando los problemas están relacionados a sus deficiencias (35.4%). De ahí la necesidad de que el SISFOH incluya la discapacidad como una de las variables a considerar para la focalización de hogares.

Por otro lado, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), establecido por la Ley 29344, las prestaciones de salud cubiertas por el SIS están listadas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).⁴⁸ Esta es una lista priorizada de condiciones e intervenciones que se brinda a los asegurados en el ámbito del aseguramiento universal, e incluye cobertura frente a problemas de salud mental, condiciones crónicas, entre otras. Además, a partir de la Ley 29698 sobre enfermedades raras o huérfanas, se ha ampliado la cobertura del SIS para estas condiciones. No obstante, la cobertura en materia de prestaciones de rehabilitación todavía es limitada.

Para hacer frente a esta situación, el SIS viene promoviendo la realización de convenios para la ampliación de la cobertura del seguro en instituciones especializadas como el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" y los hospitales Víctor Larco Herrera y Hermilio Valdizán. Aunque esto representa un avance importante, debe notarse que este modelo de ampliación de la cobertura solo beneficia a Lima Metropolitana y sus alrededores.

En el caso de EsSalud, si bien las coberturas son mayores, es importante notar que el su acceso está limitado por el bajo nivel de ocupación que tienen las personas con discapacidad, con un 76.8% de población con discapacidad inactiva y un 2.6% desempleada.

Finalmente, debe notarse que se mantienen los problemas en el acceso de las personas con discapacidad a los seguros de vida y de salud privados. La Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, encargada del control y la supervisión de las empresas que conforman el Sistema Financiero y Sistema de Seguros, debe regular el acceso de la persona con discapacidad a los productos y servicios ofertados por las aseguradoras y supervisar que las primas de los seguros se fijen de manera justa y razonable, sobre la base de cálculos actuariales y estadísticos, y valoradas individualmente.



7.3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Además de asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, el Estado peruano está obligado a garantizar que éstos sean de buena calidad, apropiados a sus necesidades y respetuosos de sus derechos. Esto requiere, entre otras cosas, una infraestructura adecuada, personal médico capacitado, medicamentos y equipos adecuados y en buen estado, así como condiciones sanitarias adecuadas.

En materia de infraestructura, de acuerdo con la ENEDIS, el 63.5% de la población con discapacidad señaló que no existen ascensores adecuados en los establecimientos de salud. Asimismo, el 59.3% cuestionó la falta de servicios higiénicos adaptados para personas con discapacidad y el 43.9% la falta de barandas de seguridad. Además, el 37.9% indicó que no existen lugares que brinden información, el 35.7% rampas de acceso y el 28.7% carteles de información. Más aún, entre los principales lugares o establecimientos públicos reportados por las personas con discapacidad como los más problemáticos en materia de accesibilidad destacan los establecimientos de salud (29.3%) y los centros de rehabilitación (18.9%). Debe notarse que el Reglamento Nacional de Edificaciones regula las condiciones de accesibilidad con las que deben contar los centros de salud en su Norma Técnica A.050.

48 En aquellas regiones donde aún no se implementa el AUS, las prestaciones cubiertas son aquellas establecidas por el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias.

En relación con el trato, la Ley 27408, modificada por la Ley 28683, regula la atención preferente de las personas con discapacidad en lugares de atención al público. En ese sentido, los centros de salud públicos y privados deben emitir directivas para el adecuado cumplimiento de esta obligación, así como capacitar al personal de atención al público. Además, estos establecimientos deben implementar un mecanismo de presentación de quejas y llevar un registro de control de las sanciones que impongan. Diversas instituciones, como la Defensoría del Pueblo, han reportado distintas dificultades en el cumplimiento de esta obligación en establecimientos de salud.



7.4. HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN

Pese a que los servicios de habilitación y rehabilitación son un componente indispensable de las políticas de salud, las acciones adoptadas por el Estado en esta materia son bastante limitadas.

En primer lugar, existe una total insuficiencia de servicios de atención temprana. Así, en Lima Metropolitana existen apenas 16 Programas de Intervención Temprana (PRITE) que atienden a niños con discapacidad o en riesgo de adquirirla desde los 0 meses hasta los 3 años. A nivel nacional, hasta el 2012, la cifra de PRITE se elevaba a 59.⁴⁹ De acuerdo con la ENEDIS, a nivel nacional, el 4.9% de la población de 0 a 3 años de edad se beneficia del PRITE, de las cuales el 45.7% fue captada en los establecimientos de salud.

En ese sentido, la progresiva implementación de programas de tamizaje neonatal debiera venir acompañada de una mayor inversión en servicios de intervención temprana que puedan dar respuesta a las necesidades identificadas. A su vez, el anunciado plan nacional “Bienvenidos a la Vida”, que incluye un conjunto de intervenciones orientadas a fortalecer la atención inmediata del recién nacido, incluyendo consejería a padres, entrega de kits de cuidado y estimulación, y control de crecimiento y desarrollo, debiera incorporar la perspectiva de discapacidad en su diseño y ejecución.

En segundo lugar, tampoco existen servicios de rehabilitación en todo el país. La estrategia de intervención en materia de rehabilitación ha priorizado durante años la atención centralizada en centros especializados como el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, el Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”, el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y el Instituto Nacional de Oftalmología (INO). Dicha atención ha sido complementada por unidades de rehabilitación, en particular de medicina física, en hospitales nacionales y regionales. Así, según el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES), en el Perú apenas existirían 276 unidades productoras de servicios en salud de medicina física de rehabilitación. De ellos, 129 son centros de rehabilitación públicos, en su mayoría del MINSA y el EsSalud. Se trata pues de un número bastante reducido para la demanda de servicios en el país.

De esta manera, apenas el 11.4% de las personas con discapacidad reciben tratamiento y/o terapias de rehabilitación, mientras que un 88% declaró no recibir ningún tipo de atención. Cabe precisar que el 31.5% que sí acudió a tratamiento o terapia lo hizo en el hospitales de EsSalud; el 28.4% en los hospitales del MINSA; y el 11.3% en centros de rehabilitación particulares.

En este contexto, resulta alentador que el nuevo programa presupuestal en materia de salud, “Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad”, haya incluido como dos de los productos esperados: i) el acceso de las personas con discapacidad a servicios de rehabilitación basada establecimientos de salud; y ii) el acceso de las personas con discapacidad a servicios de rehabilitación basada en la comunidad. Sin embargo, mientras el presupuesto del primero es de S/. 37.6 millones, el del segundo es de apenas S/. 0.8 millones.

49 Tovar, Teresa. La Década de la Educación Inclusiva 2003 - 2012 Para niños con discapacidad. Lima: CNE, 2013. p.57.



7.5. AYUDAS TÉCNICAS BIOMECÁNICAS Y OTROS DISPOSITIVOS

Es responsabilidad del Estado peruano garantizar a las personas con discapacidad el acceso a distintas formas de asistencia humana o animal, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad.⁵⁰ Para ello, los Ministerios de Salud, de Defensa y del Interior, así como el EsSalud, debieran contar con centros de producción y bancos de ayudas compensatorias.

Lamentablemente, a este respecto, la situación es bastante precaria. En la mayoría de casos las personas con discapacidad, aún aquellas cubiertas por un seguro de salud, no cuentan con acceso a ayudas biomecánicas u otras disposiciones técnicas y ayudas, tales como sillas de ruedas, bastones, prótesis, etc. Debido a ello, tanto el CONADIS como los gobiernos locales, así como instituciones privadas sin fines de lucro, vienen asumiendo esta tarea, aunque de manera desarticulada y sin un seguimiento adecuado. Peor aún, los beneficiarios deben participar en una serie de actos públicos, la mayoría de mero proselitismo político, para poder acceder a las ayudas que les corresponden como derecho. En este contexto, el MINSA ha anunciado que el SIS y el Instituto Nacional de Rehabilitación suscribirán un convenio para la elaboración y entrega de ayudas técnicas biomecánicas y órtesis (soporte ortopédico), beneficiando aproximadamente a 38 mil personas con discapacidad aseguradas.

Finalmente, es importante notar que el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, debía establecer las medidas reglamentarias necesarias para la implementación de la inafectación al pago de los derechos arancelarios por la importación de vehículos especiales y tecnologías de apoyo, dispositivos y ayuda compensatoria para el uso exclusivo de la persona con discapacidad, así como el régimen de cancelación del impuesto general a las ventas (IGV) e impuesto selectivo al consumo (ISC).⁵¹ Posteriormente, el Reglamento de la LGPD estableció un plazo para que el Ministerio de Economía y Finanzas emita estas disposiciones, sin que ello se haya cumplido. Si bien ante la falta de esta reglamentación se aplica el Decreto Supremo 129-95-EF que regula la materia, es importante notar que es necesario actualizar el listado de dispositivos y ayudas técnicas sujetas a estos beneficios.



7.6. SALUD MENTAL

La Defensoría del Pueblo ha denunciado en dos informes defensoriales los distintos problemas existentes en la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios de salud, lo cual afecta directamente a las personas con discapacidad psicosocial. Así, entre otras cosas, dicha institución ha denunciado que el 82% de los especialistas se encuentra en Lima y Callao, la atención en salud mental sigue estando concentrada en centros especializados, el costo de la atención es alto, la cobertura de los seguros casi nula, el acceso a la medicación está limitado y la calidad de la atención sigue siendo deficiente.⁵²

Frente a esta situación, en el 2012, se aprobó la Ley 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.⁵³ Entre otras cosas, esta norma propone una reforma de los servicios de salud mental, priorizando un enfoque comunitario de la atención, así como el respeto pleno de los derechos de los usuarios de dichos servicios. La ley, sin embargo, no ha sido reglamentada hasta la fecha.

Complementariamente, desde la Dirección de Salud Mental del MINSA, se ha propuesto para este año un nuevo programa presupuestal en salud mental, "Control y prevención en salud mental", que busca asegurar atención oportuna y de calidad, así como apoyo y acompañamiento.

50 CDPD. Artículo 20.

51 LGPD. Artículo 62.2.

52 Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 140. Lima, 2009.

53 Publicada el 24 de junio de 2012.

VIII. SITUACIÓN DE LA SALUD EN CUSCO Y SAN MARTÍN



8.1. SAN MARTÍN

De manera general, se debe señalar que todas las personas entrevistadas, tanto de instituciones estatales como civiles, coincidieron en señalar la gran falta de recursos que enfrentan las personas con discapacidad en dicha región, así como la precaria situación del acceso a la salud de las mismas, ya sea por falta de documentos de identidad que les permitan ejercer sus derechos (existen problemas con partidas de nacimiento y documentos de identidad, lo que complica la tramitación de un carnet de discapacidad por ejemplo), como el desconocimiento de sus derechos y la consecuente imposibilidad de exigirlos. Esto sumado a la falta de calidad e insuficiencia de los servicios.

Al respecto, se ha señalado que los principales problemas relacionados a los servicios de salud para las personas con discapacidad son la falta de presupuesto de las entidades, así como la gran rotación de personal que existe en las direcciones encargadas, lo que genera que en muchos casos el personal encargado no conozca el tema ni la realidad de las personas con discapacidad y que la coordinación entre los distintos niveles de gobierno sea ineficiente o inexistente.

Certificación

Las instituciones entrevistadas coincidieron en que la certificación es el principal eje de trabajo ya que abre la puerta al ejercicio de otros derechos, por lo que todas señalaron estar realizando acciones para la promoción e implementación de dicho procedimiento.

La Oficina Regional para la Atención de la Persona con Discapacidad - OREDIS, señaló que la norma técnica aún no está siendo aplicada en la región. Al respecto, se han reunido con funcionarios de Dirección Regional de Salud (DIRESA) para su implementación. Sin embargo el principal problema es el presupuesto ya que cada dirección o gerencia debe encargarse de la capacitación de los médicos y no cuentan con los recursos necesarios para esto.

Por otro lado, como paso previo a la certificación, está el tema de la identidad, pues existen muchas personas con discapacidad que no tienen DNI. Ante lo mencionado, la Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED) y OREDIS vienen coordinando con RENIEC y conjuntamente realizan campañas de documentación.

Otro problema para la certificación es la falta de especialistas en la región. Solo hay un neurólogo que trabaja en Tarapoto y es muy costoso llevarlo a las demás provincias. Sumado a ello, en San Martín no hay especialistas para certificar todos los tipos de discapacidad (por ejemplo en el tema de salud mental no hay psiquiatras y en toda la región únicamente un neurólogo que labora en Tarapoto y cuesta tres mil soles llevarlo a Moyobamba) y conseguir citas es muy difícil, por lo que dicha entidad está coordinando con MINSA para mejorar esta situación.

En general, las personas con discapacidad que requieren apoyo para la certificación reciben apoyo tanto en la OREDIS como en la OMAPED, tanto de asesoría como de acompañamiento. En algunos casos las personas con discapacidad llegan con todos los requisitos (la documentación completa) y dichas entidades se encargan de enviar la documentación a CONADIS en Lima para la obtención del

carnet (no se han señalado problemas con este trámite), en otros no tienen siquiera el DNI y se les asesora y apoya a lo largo de todo el trámite.

Finalmente la representante de la Dirección de Servicios de Salud señaló que más allá de tener médicos especialistas, es necesario capacitar a los médicos generales con los que ya se cuenta para que puedan certificar y no depender únicamente de los pocos especialistas que hay en la región (esto ya como parte de la implementación de la norma técnica vigente), sin embargo hasta el momento no se ha hecho nada sobre el tema porque están en espera de las capacitaciones por parte del MINSA, por lo que los certificados se están emitiendo únicamente en los hospitales donde hay especialistas. Adicionalmente señaló que la brecha de especialistas es a nivel nacional no solo a nivel regional.

Aseguramiento

El mayor problema en materia de aseguramiento en la región es que la mayoría de personas con discapacidad no conocen la forma y los requisitos para acceder al SIS o a una pensión; asimismo, una vez que logran aplicar para ser admitidos al SIS, el sistema de focalización de hogares (SISFOH) descalifica a muchas personas por el simple hecho de vivir en una casa de material noble o tener una radio o un electro doméstico, sin tener en cuenta que en la mayoría de los casos las personas con discapacidad viven en casa de alguien más sin percibir ningún ingreso y que la propia discapacidad genera que el costo de vida sea mayor.

Por su parte, a OMAPED no le ha sido posible coordinar con EsSalud para gestionar facilidades en la atención de las personas con discapacidad, ya que si bien la consulta o incluso hasta una ecografía pueden ser gratis, normalmente se necesitan también medicinas o exámenes adicionales que el seguro ya no cubre y dejan a la persona con un tratamiento incompleto.

Calidad de la atención

Sobre la calidad de la atención se han identificado los siguientes problemas:

- Es bastante tedioso conseguir una cita con un especialista para la certificación, se deben hacer colas desde el mediodía hasta las siete de la noche para obtener únicamente el ticket de la cita.
- La entrega de medicinas no se realiza adecuadamente, ya sea porque no se cuenta con las mismas o porque no se atiende preferencialmente a las personas con discapacidad.
- La propia atención se ha identificado como el principal problema en relación a la salud de las personas con discapacidad, por ejemplo si llega una persona que no habla a un centro de salud no lo atienden nunca, no se está cumpliendo con la atención preferente.

Las instituciones entrevistadas reciben a personas que se quejan de los problemas descritos, ante lo que realizan el acompañamiento de las personas con discapacidad para que puedan exigir una atención adecuada, especialmente cuando el problema es la entrega de medicinas.

Rehabilitación

Sobre el tema de rehabilitación, las entidades entrevistadas han coincidido en señalar que la región carece de especialistas, por lo que muchas personas con discapacidad deben trasladarse a otras regiones. No hay médicos rehabilitadores (ni siquiera en Tarapoto), tampoco hay centros de rehabilitación.

Los pocos servicios de rehabilitación con los que se cuenta se ejecutan únicamente en Tarapoto y se encuentran reducidos y tugurizados porque el hospital principal de dicha ciudad está en contingencia (funciona temporalmente en un local provisional porque el nuevo está en construcción) y se han tenido que reducir las prestaciones en rehabilitación para dar espacio a otros servicios

En relación a la rehabilitación basada en la comunidad, el gobierno no ha tenido un plan ni acciones al respecto; no obstante, Paz y Esperanza estuvo trabajando el tema durante el 2014 y años anteriores, desde la sociedad civil consideran que dicho trabajo fue importante pues conocían la ley y sus acciones ayudaron mucho a la comunidad de personas con discapacidad.

Ayudas biomecánicas

En cuanto a las ayudas biomecánicas, OREDIS recibe solicitudes semanalmente y coordina las mismas con CONADIS; sin embargo, es complicado llegar a cumplir con los requisitos que se exigen (partiendo por ejemplo del carnet que lamentablemente gran parte de la población con discapacidad no posee), a pesar de ello se está coordinando con la dirección de promoción del desarrollo de CONADIS⁵⁴ para que las personas obtengan la ayuda biomecánica que requieren.

Si bien en el año 2014 se entregaron 10 sillas de ruedas, fue por primera vez el gobierno regional (a través de la gerencia de desarrollo social e inclusión) quien financió y apoyó dicha entrega en coordinación con OREDIS; CONADIS no tuvo ninguna participación, aunque anteriormente sí (en todo el tiempo de existencia de OREDIS se calcula que se han entregado alrededor de 60 ayudas).

Por su parte, la Dirección de Servicios de Salud ha señalado que se encuentra gestionando las ayudas a través de las redes, van a realizar la toma de medidas a las personas con discapacidad que han presentado sus solicitudes y el pedido respectivo al INR.

El conseguir la ayuda biomecánica no es el fin único ya que muchas veces éstas se entregan sin tomar en cuenta las necesidades de cada persona que las requiere (cada persona tiene una necesidad distinta, una medida distinta), lo que constituye un grave problema ya que podría incluso resultar inservible a la persona.

Finalmente los cambios de gestión hacen que se tenga que volver a empezar todo el trámite de solicitud desde cero. OMAPED está coordinando hacer expedientes para dar continuidad a las solicitudes.

Salud Mental

La Dirección de servicios de salud tiene presupuesto para salud mental desde este año, el cual contempla el tratamiento de personas con trastornos psicosociales detectados, la atención oportuna y de calidad; sin embargo no hay acciones concretas ni resultados. No hay una buena implementación del presupuesto sobre salud mental, en este punto faltan muchos recursos en las direcciones regionales que son las encargadas.

54 Actualmente debe coordinar con CONADIS Lima ya que el coordinador regional de dicha institución no existe. No se ve el trabajo de CONADIS en la región, solo funciona en Tarapoto, no trabaja en las 10 provincias.



8.2. CUSCO

En la región de Cusco se encontró instituciones con falta de presupuestos, de planes y consecuentemente de acciones concretas en relación a la salud de las personas con discapacidad. Los niveles de coordinación entre las distintas entidades del gobierno son casi inexistentes, no se observó ningún resultado concreto de acciones conjuntas. Por último, no se cuenta con una data de personas con discapacidad a nivel de la región Cusco, lo que complica la posibilidad de identificar los principales problemas y planear acciones que planteen soluciones eficaces.

Certificación

Los principales problemas identificados sobre la certificación son la falta de capacitación a los médicos para que puedan ser certificadores, la carencia de médicos a nivel regional y los malos tratos hacia las personas con discapacidad por parte de los propios médicos que certifican.

Actualmente los doctores que trabajan en los hospitales a cargo de DIRESA están cobrando por la certificación, siendo que según la ley esto debería ser gratuito. Adicionalmente es muy complicado lograr que los médicos certificadores vayan a otras provincias a realizar dicho procedimiento. Todo esto complica y encarece la posibilidad de entidades como OREDIS u OMAPED de realizar campañas de certificación.

OMAPED apoya y acompaña a las personas con discapacidad que requieren una cita para la certificación (asesora sobre los documentos que requieren, dónde se realiza el trámite).

Por su parte la Sub Gerencia de Atención a las personas con discapacidad (Gobierno Regional), ha venido realizando campañas para las certificaciones gratuitas (se convocó a las personas que requerían certificados y se realizaron los exámenes en el municipio, se asumieron gastos de fotografías para que puedan ser gratuitos los carnets, el gobierno regional llevó a un médico certificador a tres distritos).

Aseguramiento

El Proceso de aseguramiento en el SIS funciona como un plan único, para acceder se debe tener un DNI y lo segundo es el SISFOH. No existe ningún plan para discapacidad en el SIS porque no es un componente para el aseguramiento. Una vez que el usuario está afiliado, se procede a la atención y se cubre únicamente el plan esencial de salud. Cualquier asegurado en el SIS tiene derecho a cualquier atención, sin embargo en temas de vital importancia para las personas con discapacidad, como la rehabilitación sólo se cuenta con una unidad en la región que no tiene equipo ni infraestructura adecuados.

Las personas con discapacidad tienen complicaciones para el acceso al SIS en dos momentos: el requisito del DNI en primer lugar y luego la calificación por el SISFOH, ya que no existe un criterio en este sistema sobre discapacidad. Adicionalmente, el seguro no es retroactivo, por lo que si se consigue el seguro después de haberse atendido por una emergencia, es el paciente quien tiene que asumir el gasto incurrido.

El SIS pone trabas a la atención de las personas con discapacidad usando como excusa el hecho de no haber sido calificados como pobres. En este contexto muchos usuarios con alguna discapacidad no tienen ningún acceso a la salud que no sea oneroso aún siendo personas en extrema pobreza.

Calidad de la atención

A nivel regional la calidad de la atención plantea la falta de cobertura de los servicios, hay muy pocos médicos y psicólogos para la cantidad de personas que hay en la región. En este sentido, no se cuenta con todos los servicios en todas las provincias, por lo que se debe viajar a Cusco para acceder a gran parte de ellos (o incluso a Lima) lo que deja sin atención a las personas con discapacidad que no tienen recursos para poder solventar traslados.

Rehabilitación

No se han encontrado servicios de rehabilitación integrales ni estrategias sobre rehabilitación basada en la comunidad. El SIS no cuenta con rehabilitadores, por lo que se debe recurrir a otros prestadores. En relación a esto, no existe ningún tipo de rehabilitación para niños, se debe viajar a Lima y tener los medios para poder costear algún tratamiento.

EsSalud cuenta con un módulo básico de rehabilitación ubicado en Cusco⁵⁵, el cual tiene 2 médicos rehabilitadores y 1 en proceso de capacitación, lo que implica que toda persona con discapacidad en la región que requiera estos servicios debe viajar a Cusco porque en el resto de la región no hay servicios (se hacen cargo las ONG o las OPD).

El procedimiento para acceder al servicio de rehabilitación de EsSalud incluye la evaluación del certificado de discapacidad, luego de lo cual se determina su paso a talleres ocupacionales (se cuenta con 5 de los cuales 3 son ocupacionales, uno que es de rehabilitación social y otro que es de deportes), en todos los casos, el usuario puede participar en uno o en los 5 talleres. El objetivo de dichos talleres es contribuir a que la persona sea lo más independiente posible.

Ayudas biomecánicas

El SIS no entrega ayudas biomecánicas, las instituciones que coordinan dicha entrega son CONADIS y OMAPED. La OMAPED envía el expediente a Lima ya que todo se aprueba ahí (solo se entregan sillas de ruedas); hasta el momento habían 78 expedientes pendientes para su entrega. El año 2014 se entregaron 50 de emergencia que se dieron a través del MIDIS y Consejo de Ministros (coordinados por CONADIS) y 6 sillas de ruedas neurológicas para niños.

Por su parte EsSalud brinda ayudas biomecánicas de todo tipo pero todo debe coordinarse y evaluarse en bienestar social.

Salud Mental

El tema de salud mental está incluido en el PEAS (plan esencial de atención de salud) del SIS. Se trabaja esquizofrenia, depresión, alcoholismo y adicciones; se realizan intervenciones sanitarias preventivas promocionales y se hacen tamizajes de salud mental. No obstante, el sistema sólo registra como atención si se ha entregado medicación (aún si hay casos en los que no es necesario) y por otro lado, hay tratamientos que no están debidamente reconocidos, como por ejemplo los que demandan únicamente psicoterapia (recién a partir del 2015 se reconocerá como tratamiento).

55 Trabajan 4 personas pero deberían ser 6, les está faltando 1 médico rehabilitador y 1 tecnólogo médico. Se están atendiendo a la semana 10 personas y con talleres y todo se llega a 80 personas por semana.

Las atenciones especiales en materia de salud mental en el SIS son más complicadas, hay problemas con la distribución de los medicamentos ya que no se cuenta con los profesionales adecuados para prescribir los mismos en todos los establecimientos. No hay recursos económicos ni humanos para tener establecimientos con todos los profesionales y servicios en todos lados.

En Cusco se encuentra el “Centro Especializado en Salud Mental Juan Pablo II” en donde se tratan pacientes que han sido abandonados o no tienen familiares. El centro ha tratado de reinsertarlos con su familia sin éxito; sin embargo algunos de ellos han ido mejorando gracias a un equipo que trabajó cognitivamente con ellos.

Los pacientes han presentado mejoras, la violencia ha disminuido e incluso muchos de ellos han logrado salir a trabajar (lustrando zapatos por ejemplo), lo que les otorga cierto nivel de independencia (por ejemplo juntan dinero y pueden comer fuera). Actualmente el centro ha reducido la posibilidad de salidas y sólo 2 personas pueden salir. Por ejemplo una paciente que convulsionaba y ahora está muy recuperada logró salir a vender su gelatina, sin embargo hace un par de años cortaron sus salidas. Actualmente se está luchando por la re inserción social de dichos pacientes a través de un programa para que se socialicen internamente. Se tiene como fin que no existan residentes.

Finalmente, se ha encontrado que no existe apoyo por parte de las instituciones públicas para que se pueda diagnosticar una discapacidad mental como el autismo, se debe recurrir a diagnósticos privados ya que no hay terapias de ningún tipo en EsSalud.

Frente a la situación descrita, la única salida es recurrir a servicios pagados que tampoco son suficientes. Para los niños con discapacidad mental solo hay una institución que se llama “Abrazos” (tiene registradas 250 familias con niños diagnosticados con autismo, sin embargo solo trabajan con 50 familias). No existen lugares que trabajen en incentivar el desarrollo de los niños con discapacidad mental, además hay una ignorancia total sobre el tema por parte de los padres y las autoridades. Por ejemplo OMAPED no tiene planes ni campañas de sensibilización sobre el tema.

IX. ACCIONES PROPUESTAS

A partir de lo expuesto en el presente reporte, a continuación presentamos las siguientes propuestas de acciones de incidencia:



- Creación de la Dirección de Discapacidad y Rehabilitación en el MINSA. Ante la negativa de la institución, podría iniciarse una demanda de cumplimiento.
- Implementación planes y programas dirigidos al acceso de la persona con discapacidad a la seguridad social en salud, que incluyan prestaciones de rehabilitación y de apoyo, por parte del MINSA y EsSalud. Ambas entidades deben emitir directivas ampliando la cobertura.
- Incorporación de la variable discapacidad en el algoritmo utilizado por el SISFOH para la focalización de hogares.
- Incorporación de mayores prestaciones de rehabilitación en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- Fortalecimiento del programa presupuestal en salud para las personas con discapacidad, ampliando su ámbito y cobertura.
- Reglamentación por el Ministerio de Economía y Finanzas del beneficio de inafectación arancelaria y pago del IGV y ISC por la importación de vehículos accesibles y ayudas técnicas. Asimismo, actualizar el listado de ayudas y dispositivos considerados.
- Evaluación de la Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad en conjunto con la sociedad civil.
- Implementación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal a nivel nacional.
- Aprobación del Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- Inclusión de una perspectiva de discapacidad en el programa “Bienvenido a la Vida”.
- Exigir a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, así como a la Superintendencia Nacional de Salud – SUNASA, regular y supervisar el acceso a las personas con discapacidad a los seguros privados.
- Solicitar a INDECOPI la investigación del mercado de seguros de salud y vida para determinar que no existe discriminación por motivos de discapacidad.
- Supervisar las condiciones en los que se prestan la atención en materia de salud mental.



En cuanto a lo encontrado a nivel regional, recomendamos además las siguientes acciones:

- Debido a la alta rotación de personal en instituciones como OREDIS y OMAPED, es necesario que existan programas de capacitación continua sobre temas de discapacidad a los profesionales que ahí laboran.
- Exigir la implementación de la norma técnica sobre certificación y que el MINSA cumpla con capacitar a los médicos generales para que puedan realizar dicho procedimiento.
- Descentralizar los servicios de rehabilitación integral y garantizar la presencia de profesionales en el tema en cada región. Asimismo, trabajar conjuntamente sociedad civil con las instituciones estatales la rehabilitación basada en comunidad.



Impreso con el apoyo de:

