



Derecho a la igualdad
y no discriminación
de las personas con
discapacidad

Requisitos mínimos para garantizar el acceso a la salud de las personas con discapacidad

2da. Edición

inclusionydiscapacidad.uy



Este documento tiene como objetivo presentar una serie de aspectos básicos que todo prestador de salud (tanto público como privado) debería ofrecer a sus usuarias y usuarios en situación de discapacidad, para garantizar su acceso efectivo, en igualdad de oportunidades, a los servicios de salud.

El mismo fue elaborado en una primera instancia tomando en consideración diferentes documentos internacionales vinculados a la temática tales como el “Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación” (Organización Panamericana de la Salud, 2014); el “Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad” (Organización Mundial de la Salud, 2014); el “Informe mundial sobre la Discapacidad” (OMS - Banco Mundial, 2011); el Informe alternativo presentado por la Alianza de Organizaciones por los Derechos de las Personas con Discapacidad de Uruguay (2016) y, desde luego la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (Organización de Naciones Unidas, 2006).

Posteriormente, entre julio y agosto de 2019, un primer borrador fue puesto a consideración de diferentes organizaciones de la sociedad civil que nuclean a personas en situación de discapacidad y sus familiares en Uruguay. También fue presentado el documento ante el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), el Área de Discapacidad y Rehabilitación del Ministerio de Salud, y ante la Junta Nacional de Salud (JUNASA).

A continuación, se presentan una serie de aspectos que conforman los requisitos mínimos que contribuirían con el objetivo planteado. Los mismos han sido ordenados en función de la prioridad marcada por los actores consultados, y al mismo tiempo, tomando en consideración la viabilidad política y técnica de su posible implementación. Es por eso que el listado es presentado en etapas junto a una propuesta de calendario de incorporación.

REQUISITOS MÍNIMOS

1- SOPORTE INFORMÁTICO PARA EL REGISTRO DE PERSONAS USUARIAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

El primer punto a considerar es la necesidad de que cada prestador de salud cuente con un registro de sus usuarias y usuarios en situación de discapacidad a fin de poder desarrollar las acciones correspondientes para garantizar el derecho de acceso a la salud. Para ello, se propone como pre-requisito una identificación de este colectivo basada en la auto-percepción, a través del paquete corto de preguntas del Grupo de Washington (WG) aplicadas en la institución de salud. Estas preguntas son:

- ¿Tiene dificultades para ver, aun usando lentes?
- ¿Tiene dificultades para oír, aun usando audífonos?
- ¿Tiene dificultades para caminar o subir escalones?
- ¿Tiene dificultades para recordar o concentrarse?
- ¿Tiene dificultades para lavarse o vestirse?
- ¿Tiene dificultades para comunicarse, por ejemplo, entender a los demás o que lo entiendan a usted, cuando se usa un lenguaje normal (habitual)?

En cada una de estas preguntas se profundiza sobre la severidad de esta dificultad, al solicitar que la persona entrevistada indique si: “No tiene dificultad”, “Sí, un poco de dificultad”, “Sí, alguna dificultad”, o “No puede hacerlo”.

Se considera adecuado que cada prestador pueda aplicar estas preguntas según un proceso escalonado que logre progresivamente involucrar todos los registros de salud. Por ejemplo, se sugiere comenzar aplicando el formulario de preguntas a nivel de las afiliaciones de nuevas personas usuarias, con lógica de “testeo” de la herramienta. Luego, dicha información podría progresivamente comunicarse, de forma automática, a las otras áreas del servicio de salud (reserva de consultas, farmacia, etc.). Las instituciones deberían desplegar las estrategias que sus sistemas de información permitan, para identificar en su padrón a las personas con discapacidad. Esto permitiría que los servicios puedan ofrecer las adecuaciones necesarias y posibles para que la atención sea más inclusiva, derribando progresivamente las barreras – también actitudinales – en la atención a estas personas¹.

2- REALIZACIÓN DE TALLERES DE SENSIBILIZACIÓN PARA FUNCIONARIAS Y FUNCIONARIOS MÉDICOS Y NO MÉDICOS

Los talleres podrían ser de participación voluntaria, pero con reconocimiento ministerial, sobre la temática de discapacidad, según enfoque de derechos humanos y algunos aspectos específicos como, por ejemplo:

- » Concepciones y modelos de la discapacidad
- » Discapacidad y salud sexual y reproductiva
- » Promoción, prevención y rehabilitación en la discapacidad
- » Prestaciones y servicios vinculados a la discapacidad y la dependencia.

Sería necesario que los diseños de esas instancias de sensibilización y/o capacitación puedan contar con distintos soportes, como pueden ser los espacios de aprendizaje colaborativo a distancia para trabajadoras y trabajadores que no puedan sostener instancias presenciales; esta modalidad reduciría también los costos para el organismo sensibilizador y/o capacitador.

3- REFERENTE INSTITUCIONAL EN DISCAPACIDAD

Creación de al menos un cargo por institución que oficie de enlace/referencia entre las personas en situación de discapacidad y la institución. El o la referente deberá tener información no sólo sobre el estado de la accesibilidad en la institución a la que pertenece, sino también sobre prestaciones, servicios y programas que puedan mejorar la calidad de vida de las personas usuarias. Para esto, el rol de referente comprendería también tareas interinstitucionales.

4- RUTA ACCESIBLE PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

¹ -En el marco del proyecto “El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad”, se han desarrollado avances con la elaboración de un formulario piloto para la inserción de las preguntas del Grupo de Washington en los registros administrativos de ASSE. El formulario comprende también una serie de recomendaciones básicas – sobre todos actitudinales – asociadas a cada respuesta de auto-percepción de limitación, para que el servicio de salud pueda proveer una atención más inclusiva.

Publicación de un listado de aquellos espacios - por nivel de atención y especialidad clínica - que puedan garantizar una atención adecuada y accesible. De esta manera, quien considere necesario consultar, puede conocer previamente y decidir con información adecuada a qué tipo de atención es posible acceder. Tal es el caso de los espacios de atención en salud sexual y reproductiva existentes, en donde, además de que se requiera intimidad a la hora de consultar, existen procedimientos médicos (como el PAP o la mamografía) que sólo se pueden realizar si hay apoyos y ajustes realizados en el entorno del consultorio.

5- DIVERSIDAD EN SOPORTES DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Asegurar la existencia de los soportes de comunicación necesarios para contemplar los diferentes requerimientos comunicacionales de las personas. Por ejemplo, la utilización de señalética en Braille para identificar los diferentes espacios del centro de salud, la presencia de intérpretes de lengua de señas y mediadores para intercambiar con las personas sordas, la puesta a disposición de formularios (consentimiento informado, solicitud de historias clínicas, coordinación de internaciones, procedimientos técnicos tales como resonancias, exámenes de sangre, etc.) que respeten lo más posible los criterios de accesibilidad universal (tal vez habilitando con un código QR para versiones accesibles a lectores de pantalla, interpretación en Lengua de Señas Uruguaya, lenguaje sencillo, entre otros).

6- ADECUACIÓN DE TIEMPO DE ESPERA Y ATENCIÓN

A través de la reserva de horas – y con previa identificación por parte de la persona usuaria de su limitación mediante las preguntas del WG en los registros administrativos, tal como explicado en el requisito 1 –, se podrían modificar los tiempos de espera y atención en policlínica en función de las necesidades de cada persona. Por ejemplo, reservar un tiempo más amplio para la consulta en caso de persona usuaria con discapacidad, o limitar el tiempo de espera cuando a la persona con discapacidad le pueda resultar insostenible esperar por largos ratos o quedarse en una sala con mucha gente.

7- REDUCCIÓN DE COSTOS DE SALUD DIRECTOS E INDIRECTOS

Tender a la eliminación de pagos directos, “de bolsillo”, relativos a medicamentos y estudios, para todas aquellas personas que perciban alguna prestación, programa y/o servicio relacionado a su condición de salud. Así como tender a reducir costos indirectos, fundamentalmente asociados a los traslados hacia los centros de salud. Para ello, podrían buscarse diferentes acuerdos interinstitucionales de cooperación, por ejemplo, con los gobiernos departamentales, las empresas de transporte colectivo, etc.

8- DISEÑO UNIVERSAL

Eliminación de toda barrera edilicia, arquitectónica, comunicacional, de información y de instrumento técnico en base a los criterios de Diseño Universal.

2020 Primera etapa

Desarrollar, dentro de los sistemas informáticos de cada prestador, la posibilidad de identificar usuarios/as que requieran apoyos específicos en su acceso a la atención sanitaria. Garantizar la disponibilidad de instancias de sensibilización en discapacidad (talleres, instancias semipresenciales, etc.) para funcionarios y funcionarias médicos y no médicos de cada institución. Crear, en cada institución, la figura de “Referente institucional en discapacidad”.

2021 Segunda etapa

Poner a disposición de las personas usuarias una “ruta accesible” para cada nivel de atención y especialidad. Asegurar la existencia de distintos soportes de comunicación e información necesarios para contemplar los diferentes requerimientos comunicacionales de cada persona usuaria. Adaptar los tiempos de espera y atención en policlínica, en función de las necesidades de cada persona.

2022 Tercera etapa

Tender a reducir costos indirectos, fundamentalmente asociados a los traslados hacia los centros de salud. Tender a la eliminación de pagos directos, “de bolsillo”, relativos a medicamentos y estudios, para todas aquellas personas que perciban alguna prestación asociada a su condición de salud. Eliminar toda barrera edilicia, arquitectónica, comunicacional, de información y de instrumentos técnicos en base a los criterios de Diseño Universal.