



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS PARA LA CALIFICACIÓN, REGISTRO Y CARNETIZACIÓN DE DISCAPACIDAD

PUBLICACIÓN
527

Serie: Documentos Técnico Normativo

La Paz - Bolivia
2022



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS PARA LA CALIFICACIÓN, REGISTRO Y CARNETIZACIÓN DE DISCAPACIDAD



Serie: Documentos Técnico Normativo

La Paz - Bolivia
2022

R-BO
WB320
M665m
No. 527
2023

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Redes de Servicios de Salud. Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad.
Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad./Ministerio de Salud y Deportes; Corsino Néstor Huanca Choque; Lucy Alejandra García Segales; Juan Víctor Chara Cárdenas; Beatriz Mercado Torrico; Blanca Condori Cuellar; Angela Floren Aguilar Álvarez; Miriam Torrez Quispe; Edwin Churata Apaza; Victoria Poma Flores; Angela Vanesa Molina Duran. Coaut. La Paz: s. e, 2023.

84p. (Serie: Documentos Técnico Normativos No. 527)

Depósito legal: 4-1-3-2023 P.O.

- I. EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
- II. PERSONAS CON DISCAPACIDAD
- III. SISTEMA DE REGISTROS^snormas
- IV. RECOLECCIÓN DE DATOS^snormas
- V. PRUEBAS DE ESTADO MENTAL Y DEMENCIA^snormas
- VI. PERSONAL ADMINISTRATIVO^snormas
- VII. CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD
- VIII. MANUALES
- IX. BOLIVIA
- 1. t.
- 2. Serie
- 3. Huanca Choque, Corsino Néstor; García Segales, Lucy Alejandra; Chara Cárdenas, Juan Víctor; Mercado Torrico, Beatriz; Condori Cuellar, Blanca; Aguilar Álvarez, Angela Floren; Torrez Quispe, Miriam; Churata Apaza, Edwin; Poma Flores, Victoria; Molina Duran, Angela Vanesa. Coaut.

MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS PARA LA CALIFICACIÓN, REGISTRO Y CARNETIZACIÓN DE DISCAPACIDAD

Dirección General de Redes de Servicios de Salud - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad, UGPD, Calle México entre Calle Otero de la Vega y Nicolás Acosta Edificio "Chuquiago" N° 1554 Piso 1, Teléfono /Fax 591 – 2 - 118411, 2 -330303 <http://www.minsalud.gob.bo>

RM: N° 0756 de 22 de diciembre de 2022

Depósito Legal: 4 - 1 - 3 - 2023

Elaboración:

Dirección General de Redes de Servicios de Salud - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad - Área de Calificación

Diseño y diagramación:

Unidad de Comunicación Ministerio de Salud y Deportes

Revisión:

Dr. Willian Colque Apata JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE DISCAPACIDAD/DGRSS/MSyD
Dr. Nicolás Calle Lozano PROFESIONAL TÉCNICO PLANIFICADOR

Revisión Final:

Ministerio de Salud y Deportes (Anexo Editorial)

Comité de Identidad Institucional y Publicaciones – CIIP/VGSS

Dr. Alvaro Terrazas Peláez	Dra. Tania Huanca Uluri
Dra. Sdenka Maury Fernández	Lic. Mariel Churrurrain Orozco
Dra. Miriam Nogales Rodríguez	Sr. Marcelo Martínez Quisbert
Dr. Victor Reynaldo Aguilar Alvarez	Lic. Rodrigo O. Chipana Cortéz
Dr. Juan Marcos Rodríguez Morales	

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones CTRP/DGPPS

La Paz: Área de Calificación -Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad – Dirección General de Redes de Servicios de Salud
Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Viceministerio de Gestión del Sistema Sanitario - Ministerio de Salud y Deportes – 2022

© Ministerio de Salud y Deportes – 2022

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
AUTORIDADES NACIONALES**

Dr. Jeyson Marcos Auza Pinto
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Alvaro Terrazas Peláez
**VICEMINISTRO DE GESTIÓN
DEL SISTEMA SANITARIO**

Dra. Alejandra Lucia Hidalgo Ugarte
**VICEMINISTRA DE SEGUROS DE SALUD Y
GESTIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD**

Dra. María Reneé Castro Cusicanqui
**VICEMINISTRA DE PROMOCIÓN, VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA Y MEDICINA TRADICIONAL**

Srta. Cielo Jazmín Veizaga Arteaga
VICEMINISTRA DE DEPORTES

Dr. Ronald Igor Pardo Zapata
**DIRECTOR GENERAL DE REDES
DE SERVICIOS DE SALUD**

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes como ente Rector, responsable de normar el Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización, elaboró el presente Documento para el trabajo efectivo de los Servicios Departamentales de Salud, Unidades Especializadas Departamentales y Equipos de Calificación de Discapacidad en el Estado Plurinacional de Bolivia, el mismo se encuentra enmarcado en la Constitución Política del Estado y la Ley N°223 (Ley General para Personas con Discapacidad).

El objetivo del presente documento, aplicable en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, es de actualizar las normas del Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad.

El documento describe de forma detallada los criterios de Calificación de Discapacidad y las pautas complementarias y contextualizadas anexas al BAREMO en las Áreas de Medicina, Psicología y Trabajo Social y establece las atribuciones y funciones del personal involucrado en el Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad a nivel Nacional, Departamental y Municipal.

Está dirigido a los Servicios Departamentales de Salud, Unidades Especializadas Departamentales y Equipos de Calificación de Discapacidad, se basa en el Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES), Eje 6. Salud y Deportes para proteger la vida con cuidado integral en tiempos de pandemia, Meta 6.3 Fortalecer el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito, a través de Servicios de Salud Públicos, respetando su cosmovisión y prácticas tradicionales sin exclusión ni discriminación en el marco de la política nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural vigente SAFCI, resultado 6.3.1 se ha incrementado el acceso de la población a servicios de salud SUS, así como la Ley General para Personas con Discapacidad N° 223, donde otorga responsabilidades al Ministerio de Salud y Deportes referente a la Calificación de Discapacidad.

El Gobierno del Presidente Constitucional del Estado Plurinacional de Bolivia, Luis Alberto Arce Catacora y el Ministerio de Salud y Deportes, con el presente documento contribuirá a mejorar el Procedimiento de Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad a nivel Nacional, porque ¡Estamos saliendo adelante!



Dr. Jeyson Marcos Auza Pinto

MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES



Resolución Ministerial

Nº 0756

22 DIC 2022

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, los Numerales 1 y 2 del Artículo 70 de la Constitución Política del Estado, establecen que toda persona con discapacidad goza de los derechos a ser protegido por su familia y por el Estado; y a una educación y salud integral gratuita.

Que, los Parágrafos I, II y II del Artículo 71 del Texto Constitucional, determinan que se prohibirá y sancionará cualquier tipo de discriminación, maltrato, violencia y explotación a toda persona con discapacidad; el Estado adoptará medidas de acción positiva para promover la efectiva integración de las personas con discapacidad en el ámbito productivo, económico, político, social y cultural, sin discriminación alguna; y el Estado generará las condiciones que permitan el desarrollo de las potencialidades individuales de las personas con discapacidad.

Que, el Artículo 72 de la Constitución Política del Estado, dispone que 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.

Que, los Parágrafos III y IV del Artículo 32 de la Ley N° 223 de 02 de marzo de 2012, Ley General para Personas con Discapacidad, señalan que el Estado Plurinacional de Bolivia, mediante el Ministerio de Salud y Deportes actual Ministerio de Salud en coordinación con las entidades territoriales autónomas, mantendrán y distribuirán racionalmente incluyendo mancomunidades de municipios, los equipos multidisciplinarios para la calificación continua de todas las personas con discapacidad; y el Ministerio de Salud y Deportes actual Ministerio de Salud deberá capacitar al personal de las Unidades Municipales de Atención a la persona con discapacidad de los municipios para que puedan coadyuvar las actividades de los equipos de calificación.

Que, mediante la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, se modifica la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

Que, el Artículo 3 del Código de Salud aprobado por Decreto Ley N° 15629, de 18 de julio de 1978, dispone que corresponde al Poder Ejecutivo, actual Órgano Ejecutivo, a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública actual Ministerio de Salud y Deportes, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

Que, el Numeral 22 del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero del 2009, Organización del Órgano Ejecutivo, establece como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, en el marco de las competencias asignadas al nivel central en la Constitución Política del Estado, emitir las resoluciones ministeriales.

Que, los Incisos a), b), d) y r) del Artículo 90 de la norma jurídica precitada, modificado por los Decretos Supremos N° 1868 de 22 de enero de 2014, N° 4257 de 4 de junio de 2020 y N° 4393 de 13 de noviembre de 2020, determinan como atribuciones de la Ministra(o) de Salud y Deportes, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, formular, regular y fiscalizar políticas públicas en salud; ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud; regular, planificar, controlar y conducir el Sistema de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público, privados y sin fines de lucro, así como la medicina tradicional; y promover políticas y programas de prevención, rehabilitación y capacitación de las personas con discapacidad.

Que, los Incisos c) y d) de la Disposición Final Primera del Decreto Supremo N° 4393 de 13 de noviembre de 2020, disponen que se adecua en toda la normativa vigente, la denominación "Ministerio de Salud" por "Ministerio de Salud y Deportes"; y "Ministra(o) de Salud" por "Ministra(o) de Salud y Deportes".

Que, el Informe Técnico MSyD/VGSS/IT/80/2022 de 22 de julio de 2022, emitido por el Dr. Juan Marcos Rodríguez Morales, Profesional Técnico del Viceministerio de Gestión del Sistema Sanitario, en Conclusiones, manifiesta que el documento Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad, al no encontrarse observaciones de fondo es validado por la instancia del COCOTEC.

Que, el Informe Técnico MSyD/VGSS/IT/159/2022 de 21 de diciembre de 2022, emitido por el Dr. Juan Marcos Rodríguez Morales, Profesional Técnico del Viceministerio de Gestión del Sistema Sanitario, en Conclusiones, refiere que el Comité de Identidad Institucional y Publicaciones resuelve aprobar el documento con título de Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad, asignándolo dentro de la serie Documento Técnico Normativo, número de publicación 527 para que continúe con el trámite de emisión de su Resolución Ministerial.

Que, el Informe Técnico MSyD/VGSS/DGRSS/UGPD/IT/269/2022 de 21 de diciembre de 2022, emitido por la Dra. Lucy Alejandra García Segales, Médico Nacional del Equipo de Calificación CIDDM de la Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad del Ministerio de Salud y Deportes, en Conclusiones, manifiesta que existe la necesidad y viabilidad técnica para la emisión de la Resolución Ministerial que apruebe el Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad, con la finalidad de Normar el Proceso y Procedimientos para Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad para estandarizar criterios a través de un documento actualizado en el Estado Plurinacional de Bolivia.

Que, el Informe Legal MSyD/DGAJ/UAJ/IL/2103/2022 de 22 de diciembre de 2022, refiere que es procedente la emisión de la Resolución Ministerial que apruebe el Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad, según lo dispuesto por el Numeral 22 del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero del 2009, Organización del Órgano Ejecutivo.

POR TANTO:

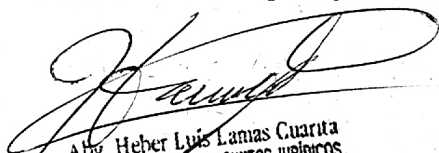
EL MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, Organización del Órgano Ejecutivo.

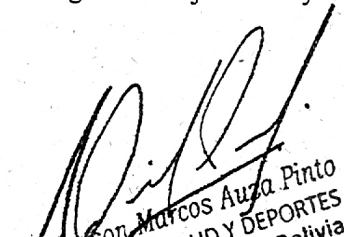
RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad, más los Anexos, conforme al texto adjunto que forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La Dirección General de Redes de Servicios de Salud, a través de la Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad, queda a cargo de la ejecución y cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Abg. Heber Luis Lamas Cuarita
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Juan Marcos Rodríguez Morales
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
Estado Plurinacional de Bolivia

INTRODUCCIÓN

En el Estado Plurinacional de Bolivia, se realiza la Calificación de Discapacidad desde la gestión 2007, habiéndose registrado a la fecha 98.263 personas que tienen algún tipo de discapacidad, según datos del Sistema de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (SIPRUN.PCD), quienes se encuentran amparados en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia y específicamente en la Ley Nro. 223 Ley General para Personas con Discapacidad.

El Procedimiento de Calificación de Discapacidad, permite otorgar la condición legal de Persona con Discapacidad, por lo que el presente MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE CALIFICACIÓN, REGISTRO Y CARNETIZACIÓN DE DISCAPACIDAD, contiene los antecedentes, marco legal, objetivos, conceptualizaciones, instancias involucradas tanto a Nivel Nacional como Departamental, los requerimientos indispensables de los profesionales para formar parte de los Equipos de Calificación, Instrumentos, Procedimiento de la Calificación de Discapacidad y plazos establecidos, estos referidos al procedimiento administrativo específicamente.

Así mismo, contiene las pautas complementarias y contextualizadas anexas al BAREMO en el Estado Plurinacional de Bolivia tanto en el Área de Medicina, Psicología como Trabajo Social que permitirán a los Profesionales de estas tres áreas contar con los lineamientos para efectivizar la Calificación.

Finalmente, se describe las instancias involucradas en el Procedimiento de Registro y Carnetización de Discapacidad.

ACRÓNIMOS

ASIA	American Spinal Injury Association
AVD	Actividades De La Vida Diaria
CEA	Centro de Educación Alternativa
CEMA	Centros de Educación Media Acelerada
CI	Cédula de Identidad
CIDDM	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
CIE	Cédula de Identidad de Extranjero
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma Edición
COBB	Ángulo o Índice de Cobb, mide deformidades de la columna vertebral
DSM5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición
FRUNPCD	Formulario para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad
IBC	Instituto Boliviano de la Ceguera
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social
PRUNPCD	Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SEGIP	Servicio General de Identificación Personal
SIPRUNPCD	Sistema de Información para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad
TVC	Tabla de Valores Combinados
UGPD	Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad
UMADIS	Unidad Municipal de Atención en Discapacidad
PRUNPCD	Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES	19
2. MARCO LEGAL	20
3. OBJETIVOS	29
4. ÁMBITO DE APLICACIÓN	30
5. ALCANCE	30
6. PRINCIPIOS	30
7. CONCEPTUALIZACIÓN Y DEFINICIONES	31
8. INSTANCIAS INVOLUCRADAS EN LA CALIFICACIÓN, REGISTRO Y CARNETIZACIÓN	33
8.1. Nivel Nacional	33
8.1.1. Responsable Nacional del Área de Calificación de Discapacidad Funciones	33
8.1.2. Equipo Nacional del Área de Calificación de Discapacidad	34
8.2. Nivel Departamental	35
8.2.1. Responsable Departamental de la Unidad/Área/Programa de Discapacidad	35
8.2.2. Equipo de Calificación de Discapacidad	36
8.2.3 Comité Técnico de Revisión de Expedientes de Calificación de Discapacidad	38
9. REQUERIMIENTO INDISPENSABLE DE LOS/AS PROFESIONALES PARA EL PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD	38
9.1. Capacitación	38
9.1.1. Capacitación a profesionales	38
9.1.2. Capacitación para la certificación de instructores	39
9.2. Evaluación a Profesionales capacitados para conformar Equipos de Calificación e Instructores	39
9.3. Certificación	39
9.4. Habilitación a profesionales de los Equipos de Calificación	39
9.5. Inhabilitación	40
10. INSTRUMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN, REGISTRO Y CARNETIZACIÓN DE DISCAPACIDAD	40
11. REQUISITOS PARA LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD	40
11.1. Requisitos Generales	40
11.2. Requisitos adicionales para Personas Institucionalizadas	41
11.3. Certificado o Informe Médico para la Calificación de Discapacidad	41
11.4. Acompañamiento a la Persona a Calificar	41
12. PROGRAMACIÓN	42
13. PROCEDIMIENTO DE LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD	42
13.1. Verificación de requisitos	42
13.2. Llenado del Cuaderno de Registro Diario de Atención	43
13.3. Entrevista y Llenado de Formularios de Áreas	43
13.4. Porcentaje Global de Discapacidad	43
13.5. Orientación e información final al usuario/a	43
13.6. Control de calidad	43

14. PLAZOS PARA LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD	44
14.1. Plazos en área urbana	44
14.2. Plazos en el área rural	44
15. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN A LA UNIDAD ESPECIALIZADA DEPARTAMENTAL	45
16. RECALIFICACIÓN	45
17. EXPEDIENTE Y CARPETA DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD	47
17.1. Expediente de Calificación de Discapacidad	47
17.2. Carpeta de Calificación de Discapacidad	48
18. PAUTAS COMPLEMENTARIAS Y CONTEXTUALIZADAS ANEXAS AL BAREMO EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA	48
18.1. Consideraciones Generales	48
18.2. Sistema Músculo – Esquelético	50
18.3. Sistema Nervioso	53
18.4. Aparato Respiratorio	57
18.5. Sistema Cardiovascular	57
18.6. Sistema Hematopoyético	58
18.7. Aparato Digestivo	58
18.8. Aparato Genitourinario	58
18.9. Sistema Endocrino	58
18.10. Piel y Anejos	58
18.11. Neoplasias	59
18.12. Aparato Visual	59
18.13. Oído, Garganta y Estructuras Relacionadas	59
18.14. Lenguaje	59
18.15. Retraso Mental	64
18.16. Enfermedad Mental	66
18.17. Factores Sociales Complementarios	69
19. INSTANCIAS INVOLUCRADAS EN EL PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y CARNETIZACIÓN DE DISCAPACIDAD	75
19.1. Nivel Nacional	75
19.1.1. Responsable del Sistema de Información para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad - SIPRUNPCD	75
19.2. Nivel Departamental	76
20. INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO	77
21. REGISTRO DEL FRUNPCD AL SIPRUNPCD	77
21.1. Rechazo de Registro	77
21.2. Carnetización	77
21.3. Datos que contiene el Carnet de Discapacidad	77
21.4. Vigencia del Carnet de Discapacidad	78
21.5. Restricciones de la Carnetización	78
21.6. Duplicado de Carnet de Discapacidad	78
21.7. Anulación del Registro	78
22. SANCIONES	78
REFERENCIAS	80
Anexo Editorial	84

CONTENIDO CUADROS

Cuadro 1. Plazos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad	45
Cuadro 2. Deficiencias donde el Médico General puede emitir Certificado o Informe Médico	49
Cuadro 3. Cuadro Orientativo Retraso Mental	65
Cuadro 4. Flujograma para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad	79

CONTENIDO TABLAS

Tabla 1 Escala de la Lesión Medular Asia	52
Tabla 2 Escala de Clasificación de la Función Motora Gruesa (GMFCS)	54
Tabla 3. Sistema Nervioso del Baremo (Anexo Detallado de la Tabla 3 del Capítulo 3), Criterios de Valoración de Discapacidad por Alteración de la Bipedestación y la Marcha.....	56
Tabla 4. Sistema Nervioso del Baremo (Anexo Detallado de la Tabla 4 del Capítulo 3) Criterios para la Evaluación de la Discapacidad por Alteración de una Extremidad Superior.....	56
Tabla 5. Sistema Nervioso del Baremo (Anexo Detallado de la Tabla 5 del Capítulo 3), Criterios para la Evaluación de la Discapacidad por Alteración de las dos Extremidades Superiores).....	57
Tabla 6. Grados de Discapacidad para la Comunicación Verbal en los Trastornos del Desarrollo del Lenguaje secundarios a Hipoacusia Prelocutiva y Perilocutiva	60
Tabla 7. Grados de Discapacidad para la Comunicación Verbal en los Trastornos del Desarrollo del Lenguaje secundarios a Hipoacusia Post-Locutiva.....	61
Tabla 8. Asignación de porcentaje para Hipoacusia Pre y Per ilocutiva	62
Tabla 9. Asignación de porcentaje para Hipoacusia Postlocutiva.....	62
Tabla 10. Grados De Discapacidad para la Comunicación Verbal Secundario a Afasia	63
Tabla 11. Asignación de porcentaje para Retraso Mental.....	66
Tabla 12. Asignación de porcentaje para Retraso Mental - Síndrome de Down.....	66
Tabla 13. Asignación del porcentaje en Autismo.....	67

Tabla 14. Asignación de Porcentaje de Enfermedad Mental	67
Tabla 15. Redacción de diagnósticos del área de psicología	68
Tabla 16. Pruebas e Instrumentos del Área De Psicología.....	69
Tabla 17. Asignación de puntaje a Factores Familiares.....	70
Tabla 18. Formula para la obtención del ingreso percapita	71
Tabla 19: Aspectos a considerar en el Factor Económico	71
Tabla 20. Asignación de puntaje para Puntuación Factor Económico	71
Tabla 21. Puntuación del Factor Laboral	72
Tabla 22. Valoración del Factor Cultural	72
Tabla 23. Factor del Entorno.....	74
Tabla 24. Asiganción de puntaje a Barreras en el Factor Económico.....	78

1. ANTECEDENTES

En Bolivia, la temática de discapacidad surge con mayor prevalencia en el año 1995, con la Ley de la Persona con Discapacidad. En la gestión 2006, se aprueba el “Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad” (PNIEO), mediante el Decreto Supremo N° 28671 de 7 de abril de 2006, que da paso al Plan Nacional de Desarrollo que establece una política de solidaridad, revaloración y respeto a la condición de Discapacidad.

Por la necesidad de contar con la información destinada a la elaboración de políticas en beneficio de las Personas con Discapacidad, en la gestión 2006, se realiza la fase piloto del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (PRUNPCD) en las ciudades de El Alto, La Paz y Tarija, además se elabora y aprueban los instrumentos y documentos técnico normativos y se reconoce al BAREMO “Manual de Valoración de las Situaciones de Minusvalía”, como instrumento oficial que establece los parámetros para la Calificación.

En la gestión 2009 se concreta la segunda fase del PRUNPCD, con cobertura nacional, participación activa y aprobación de los ministerios, gobernaciones y municipios, razón por la que mediante Resoluciones Ministeriales se aprueba el uso del Manual de Procedimientos para la Calificación a las Personas con Discapacidades y la Guía para el Uso del Certificado de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad. Posterior a ello, en el año 2010, se aprueba el reglamento de operaciones del Sistema de Información para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (SIPRUNPCD).

Así mismo, en la gestión 2020 tras la demanda de las Asociaciones, Organizaciones y Federaciones de Personas con Discapacidad, se realizaron las gestiones correspondientes para la emisión de la Resolución Ministerial N° 458, misma que aprueba los Documentos Técnico Normativos e Instrumentos oficiales actualizados para el Procedimiento de la Calificación de Discapacidad, implementado desde enero de la gestión 2021 hasta la fecha a través de los Equipos de Calificación, permitiendo asignar a las personas que así lo solicitan, la condición legal de Persona con Discapacidad como parte fundamental para el ejercicio de sus derechos.

2. MARCO LEGAL

Constitución Política del Estado ⁽¹⁾

Artículo 14.

II. El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo, u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.

Artículo 35.

I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

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

1. A ser protegido por su familia y por el Estado.
2. A una educación y salud integral gratuita.
3. A la comunicación en lenguaje alternativo.
4. A trabajar en condiciones adecuadas, de acuerdo a sus posibilidades y capacidades, con una remuneración justa que el asegure una vida digna.
5. Al desarrollo de sus potencialidades individuales.

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.

Artículo 300.

I. Son competencias exclusivas de los Gobiernos Departamentales Autónomos, en su jurisdicción:

30. Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.

Artículo 302.

I. Son competencias exclusivas de los gobiernos municipales autónomos, en su jurisdicción:

39. Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.

Ley N° 1178 de 20 de julio de 1990 ⁽²⁾

Artículo 3. Los sistemas de Administración y de Control se aplicarán en todas las entidades del Sector Público, sin excepción, entendiéndose por tales la Presidencia y Vicepresidencia de la República, los ministerios, las unidades administrativas de la Contraloría General de la República y de las Cortes Electorales; el Banco Central de Bolivia, las Superintendencias de Bancos y de Seguros, las corporaciones de Desarrollo y las entidades estatales de intermediación financiera; las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional; los gobiernos departamentales, las universidades y las municipalidades; las instituciones, organismos y empresas de los gobiernos nacional, departamental y local, y toda otra persona jurídica donde el Estado tenga la mayoría del patrimonio.

Artículo 28. Todo servidor público responderá de los resultados emergentes del desempeño de las funciones, deberes y atribuciones asignados a su cargo. A este efecto:

a) La responsabilidad administrativa, ejecutiva, civil y penal se determinará tomando en cuenta los resultados de la acción u omisión.

Ley N° 2344 de 26 de abril de 2002 ⁽³⁾

Artículo Único. De conformidad con la atribución conferida por el Artículo 59°, numeral 12), de la Constitución Política del Estado, se aprueba la “CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”, suscrita por Bolivia el 7 de junio de 1999.

El Procedimiento de Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad, permite identificar a las Personas con Discapacidad.

Ley N° 4024 de 15 de abril de 2009 ⁽⁴⁾

Artículo Único. De conformidad con el artículo 158, atribución 14° de la Constitución Política del Estado, se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo”, abierto a la firma en la Sede de Naciones Unidas a partir del 30 de marzo de 2007 y suscrito por Bolivia el 13 de agosto de 2007.

Ley N° 031 de 19 de julio de 2010 ⁽⁵⁾**Artículo 81. (SALUD).**

III. De acuerdo a la competencia compartida del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera:

1. Gobiernos departamentales autónomos:

b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.

h) Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado.

- ñ) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.

Ley N° 045 de 8 de octubre de 2010 ⁽⁶⁾

Artículo 1. (OBJETO Y OBJETIVOS).

- I. La presente Ley tiene por objeto establecer mecanismos y procedimientos para la prevención y sanción de actos de racismo y toda forma de discriminación en el marco de la Constitución Política del Estado y Tratados Internacionales de Derechos Humanos.
- II. La presente Ley tiene por objetivos eliminar conductas de racismo y toda forma de discriminación y consolidar políticas públicas de protección y prevención de delitos de racismo y toda forma de discriminación.

Ley N° 223 de 2 de marzo de 2012 ⁽⁷⁾

Artículo 1. (OBJETO). El objeto de la presente Ley es garantizar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral.

Artículo 2. (FINES).

- a) Promover, proteger y asegurar el goce pleno, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad.

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.

Artículo 32. (ÁMBITO DE SALUD).

- I. El Estado Plurinacional de Bolivia, diseñará, ejecutará y evaluará planes y proyectos para capacitar al personal de la red de servicios de salud pública, para prestar servicios de promoción, prevención y rehabilitación de calidad y con calidez y que respondan a las necesidades de las personas con discapacidad.
- III. El Estado Plurinacional de Bolivia, mediante el Ministerio de Salud y Deportes en coordinación con las entidades territoriales autónomas, mantendrán y distribuirán racionalmente incluyendo mancomunidades de municipios, los equipos multidisciplinarios para la calificación continua de todas las personas con discapacidad.
- IV. El Ministerio de Salud y Deportes deberá capacitar al personal de las Unidades Municipales de Atención a la persona con discapacidad de los municipios para que puedan coadyuvar las actividades de los equipos de calificación.

Ley N° 342 de 5 de febrero de 2013, LEY DE LA JUVENTUD ⁽⁸⁾

Artículo 37. (SALUD). El nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, deberán promover políticas en el ámbito de la salud, estableciendo:

6. La protección integral a las jóvenes y los jóvenes en situación de vulnerabilidad, discapacidad, enfermedades e infecciones, así como a las víctimas de trata y tráfico de personas.

Artículo 51. (JUVENTUD EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD). El nivel central del Estado, las entidades territoriales autónomas y las instituciones privadas involucradas, desarrollarán y garantizarán la elaboración e implementación de políticas de prevención y protección, programas de atención integral gratuito para las jóvenes y los jóvenes en situación de vulnerabilidad, en el marco de la política de inclusión social.

Artículo 5 de la LEY N° 475 de 30 de diciembre de 2013, modificado por la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018 y Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, señala:

“ARTÍCULO 5. (BENEFICIARIOS).

I. Son beneficiarios de la atención integral en salud de carácter gratuito en el Subsector Público de Salud:

- a) Las bolivianas y los bolivianos que no están protegidos por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- b) Las personas extranjeras que no están protegidas por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que las y los bolivianos, de acuerdo a la presente Ley.
- c) Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia no comprendidas en el inciso b) del presente artículo y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales:
 1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto;
 2. Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva;
 3. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad;
 4. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años de edad;
 5. Personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente.”

Ley N° 548 de 17 de julio de 2014, CÓDIGO NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE ⁽⁹⁾

Artículo 32. (EVALUACIONES). Las entidades estatales de salud e instituciones especializadas evaluarán el grado de discapacidad de las niñas, niños y adolescentes, a fin de que puedan ingresar preferentemente al sistema educativo regular o en su caso, a centros de educación especial. La niña, niño o adolescente internado en un establecimiento para fines de atención, protección y tratamiento de salud física o mental, tiene derecho a evaluaciones periódicas, como mínimo una vez cada seis meses. Igual derecho tienen las niñas, niños o adolescentes en situación de discapacidad que estén sometidos a tratamiento externo.

Ley N° 650 de 15 de enero de 2015 ⁽¹⁰⁾

Artículo 1. Se eleva a rango de Ley, la “Agenda Patriótica del Bicentenario 2025”, que contiene los trece (13) pilares de la Bolivia Digna y Soberana:

1. Erradicación de la extrema pobreza.
2. Socialización y universalización de los servicios básicos con soberanía para Vivir Bien.
3. Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral.
4. Soberanía científica y tecnológica con identidad propia.
5. Soberanía comunitaria financiera, sin servilismo al capitalismo financiero.
6. Soberanía productiva con diversificación y desarrollo integral, sin la dictadura del mercado capitalista.
7. Soberanía sobre nuestros recursos naturales con nacionalización, industrialización y comercialización, en armonía y equilibrio con la Madre Tierra.
8. Soberanía alimentaria a través de la construcción del saber alimentarse para Vivir Bien.
9. Soberanía ambiental con desarrollo integral, respetando los derechos de la Madre Tierra.
10. Integración complementaria de los pueblos con soberanía.
11. Soberanía y transparencia en la gestión pública bajo los principios del no robar, no mentir y no ser flojo.
12. Disfrute y felicidad plena de nuestras fiestas, de nuestra música, nuestros ríos, nuestra amazonía, nuestras montañas, nuestros nevados, nuestro aire limpio y de nuestros sueños.
13. Reencuentro soberano con nuestra alegría, felicidad, prosperidad y nuestro mar.

Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019 ⁽¹¹⁾

Artículo 1°. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto modificar la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

Ley N° 1407 de 9 de noviembre de 2021 ⁽¹²⁾

Artículo 1. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto aprobar el **Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025** “Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones”, establecer la obligatoriedad de su aplicación y los mecanismos de coordinación, seguimiento y evaluación.

El presente documento, se encuentra alineado y contribuye al Pilar 3: Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral de la Agenda Patriótica 2025 y al Eje 6: Salud y deportes para proteger la vida con cuidado integral en tiempos de pandemia; Meta 6.3: Fortalecer el sistema único de salud universal y gratuito a través de servicios de salud públicos, respetando su cosmovisión y prácticas tradicionales sin exclusión ni discriminación en el marco de la política nacional de salud familiar comunitaria intercultural vigente SAFCI; Resultado 6.3.1: Se ha incrementado el acceso de la población a servicios de salud SUS; Acción 6.3.1.1: Incrementar el porcentaje de población beneficiaria que accede a la atención del SUS del Plan de Desarrollo Económico Social 2021-2025.

DECRETO SUPREMO N° 28562 de 22 de diciembre de 2005 ⁽¹³⁾

Artículo 2.- (ALCANCE). Todo el Sistema Nacional de Salud se registrará por la normativa vigente elaborada y validada por el Ministerio del área de Salud.

La autorización legal para el funcionamiento de los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud, es una atribución del Ministerio del área de Salud, bajo responsabilidad de la máxima autoridad departamental de salud en su jurisdicción. Los Directores y propietarios de establecimientos de salud tienen un plazo de 180 días para regularizar su situación a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.

Los requisitos para el funcionamiento de los establecimientos de salud son reglamentados por la máxima autoridad departamental de salud, en el marco de la norma nacional vigente.

Artículo 4. (NORMAS Y PROTOCOLOS). Se establecen las siguientes definiciones:

- Norma. Documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del área de Salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de Salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y comparabilidad en un contexto dado.
- Protocolo. Disposición técnica reconocida que refleja el “estado del arte” o el estado de la técnica en el momento y ajustado a una norma vigente.

- Guía técnica. Conjunto de procedimientos consensuados entre prestadores y usuarios -en el marco de la Interculturalidad- en relación a un servicio determinado de salud.

Las normas y protocolos elaborados serán aprobados mediante Resolución Ministerial. La Autoridad Departamental de Salud es responsable de complementar los protocolos en el marco de la calidad, la interculturalidad, la equidad de género y el respeto al derecho de las personas a la vida y a la salud. Los Gerentes de Red, los Directores de Hospitales y los responsables de establecimientos de salud de primer nivel, son los responsables de supervisar la aplicación de las normas y protocolos nacionales vigentes en el Departamento y denunciar el incumplimiento ante la Autoridad Departamental de Salud. Es atribución de la Autoridad Departamental de Salud, en casos de conflictos surgidos de la práctica profesional, respaldar las intervenciones profesionales realizadas en acatamiento a las normas y protocolos vigentes o sancionar su incumplimiento conforme lo mandan las leyes. El cumplimiento de los protocolos en la actividad asistencial de los profesionales médicos es un elemento primordial en la evaluación del desempeño del personal en todos los niveles de atención. La existencia, conocimiento y aplicación de los protocolos de atención vigentes es un requisito indispensable para la certificación de los establecimientos de salud y su acreditación.

Artículo 5. (GESTIÓN DE CALIDAD). La gestión de calidad de los servicios de salud es inexcusable para los médicos en los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud.

La capacitación y actualización a cargo de las Instituciones se enmarca en la gestión de calidad y evaluación del desempeño y se incorpora en la programación anual operativa.

Decreto Supremo Nº 29601 de 11 de junio de 2008 ⁽¹⁴⁾

Artículo 2. (Objetivo del modelo). El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud; y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

Artículo 3. (Principios).

- a. Participación Comunitaria: Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.
- b. Intersectorialidad: Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

- c. Interculturalidad: Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.
- d. Integralidad: Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

Artículo 4. (Promoción de la salud). Es la estrategia de implementación del Modelo SAFCI como un proceso político de movilización social, continúa por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales.

Artículo 6. (Características del modelo de atención en salud).

- a. Enfoca la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad).
- b. Desarrolla sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios
- c. Organiza sus prestaciones en redes de servicios y redes sociales.
- d. Recupera la participación de los usuarios en la organización de los servicios.
- e. Desarrolla sus acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.

Artículo 14. (Ámbito, competencias y participación social).

- I. El modelo de gestión en salud vincula la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación sobre los temas de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional.
- II. Las decisiones abarcan a la gestión de la salud (planificación, ejecución, administración, seguimiento y control) de los actores sociales en constante interacción con el sector salud.

Artículo 15. (Estructura estatal).

- a. Nivel local: Es la unidad básica, administrativa y operativa del Sistema de Salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión compartida de la salud.

- b. Nivel municipal: El Directorio Local de Salud es la máxima autoridad en la gestión de salud en el ámbito municipal y encargada de la implementación del Modelo Sanitario SAFCI, seguros públicos, políticas y programas de salud en el marco de las políticas nacionales. Así mismo, es responsable de la administración de las cuentas municipales de salud. El Directorio Local de Salud – DILOS, elaborará su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud y Deportes.
- c. Nivel departamental: Constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales; además de coordinar y supervisar la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación social y del sector privado. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política nacional de salud y normas de orden público en su 8 jurisdicción territorial, alcanzando a las instituciones y/o entidades que conforman tanto el sector público como privado. El Director Técnico que dirige el SEDES e nombrado por el Prefecto del Departamento y depende técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes.
- d. Nivel nacional: Está conformado por el Ministerio de Salud y Deportes que es el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la política, estrategia, planes y programas nacionales; así como de establecer las normas que rigen el Sistema de Salud en el ámbito nacional.

Decreto Supremo N° 1893 de 12 de febrero de 2014 ⁽¹⁵⁾

Artículo 3. (ALCANCES). Las Disposiciones del presente Decreto Supremo son aplicables a las personas con discapacidad que cuenten con el Carnet de Discapacidad otorgado por las Unidades Especializadas Departamentales o el Instituto Boliviano de la Ceguera - IBC.

Decreto Supremo N° 4393 de 13 de noviembre de 2020 ⁽¹⁶⁾

Artículo 3. (Modificaciones). Se modifica el Parágrafo I del Artículo 13 del Decreto Supremo N° 29894, de 7 de febrero de 2009, Organización del Órgano Ejecutivo, modificado por el Parágrafo I del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 4257, de 4 de junio de 2020.

Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008 ⁽¹⁷⁾

Artículo Primero. Aprobar y poner en vigencia los siguientes documentos, que forman parte integrante de la presente Resolución:

- **Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica**

V. RED NACIONAL DE GESTIÓN DE CALIDAD

Considerando que la calidad es el principio doctrinal a estar inmerso en toda actividad del Sistema de Salud, es pertinente señalar que para conseguirla se requiere la estructuración de una red sistémica que, a partir del propio Ministerio de Salud y Deportes, llegue a todos

los establecimientos asistenciales de los distintos niveles de complejidad con una relación e interdependencia de calidad entre ellos. Para esto es necesario que tanto el nivel nacional, departamental y municipal, cuenten con reparticiones o niveles organizativos para los fines de monitoreo, seguimiento y control de calidad, tanto al interior de su propia organización y programas, como de los centros asistenciales propiamente dichos, desagregados en el 1er., 2do. y 3er. nivel de atención.

Para el caso del Ministerio de Salud y Deportes, es la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, el vértice de donde parte el Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), que para su cumplimiento y aplicación desciende en línea funcional hacia los niveles departamentales de los correspondientes SEDES, los que a su vez cuentan con Unidades de Calidad relacionadas con la Unidad Ministerial, y que en coordinación con las Unidades de Planificación y de Redes del SEDES respectivo ejercen el monitoreo de la calidad en los establecimientos donde se brindan directamente los servicios de salud a la población.

- **Norma Técnica del Expediente Clínico (EC)**

Artículo 25. RECAUDOS A CUMPLIR

Un buen manejo del EC, requiere cumplir recaudos que permitan la emisión de información o certificación, de manera oportuna, ética, transparente y veraz. Estos recaudos son:

- 25.2. La certificación o informe extendido por quien hubiese estado a cargo de la atención del paciente, nunca certificará sobre lo no observado o no registrado en el EC, y cuando deba hacerse alusión a percepciones o apreciaciones del paciente, así como opiniones propias de quien extiende la certificación, es necesario mencionar expresamente tales circunstancias.
- 25.3. Las descripciones de la certificación o informes deben ser precisas, prudentes y libres de comentarios personales subjetivos, salvo el caso de deducciones clínicas cuando se establecen diagnósticos o tratamientos.

Resolución Ministerial N° 0251 de 30 de junio de 2021

Artículo Primero. Aprobar el REGLAMENTO PARA LA APLICACIÓN TÉCNICA Y LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA LEY N° 1152 DE FEBRERO DE 2019, “HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD UNIVERSAL Y GRATUITO”, en sus ocho (8) Capítulos, Sesenta y Ocho (68) Artículos, Tres (3) Disposiciones Finales, Seis (6) Disposiciones Transitorias y su Anexo 1 de Diagnósticos Principales para Cobros Interniveles a GAM’s y GAIOC’s Deudores, conforme al texto adjunto que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

3. OBJETIVOS

Normar el Proceso y Procedimientos para Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad para estandarizar criterios a través de un documento actualizado en el Estado Plurinacional de Bolivia.

4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Manual es aplicable en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia y de cumplimiento obligatorio en todas las instancias involucradas (Nacional, Departamental y Municipal) en el Procedimiento para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad.

5. ALCANCE

El presente manual es de uso de los profesionales de los Equipos de Calificación a nivel nacional y es aplicable a todos/as los/as bolivianos/as y extranjeros/as legalmente establecidos/as, sin límite de edad, en el Estado Plurinacional de Bolivia.

6. PRINCIPIOS

Confidencialidad

Los profesionales que participan del Proceso y Procedimientos de Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad deben regirse en el respeto y resguardo riguroso sobre la administración y control de la información proporcionada por el/la usuario/a, en el marco de lo establecido en la Ley del Ejercicio Profesional Médico donde el secreto médico es inviolable.

Transparencia

Los profesionales que participan de la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad deben actuar dentro del ámbito de los valores éticos, con la capacidad para que los otros entiendan claramente sus motivaciones, intenciones morales y objetivos. Igualmente, enfocarse en llevar a cabo los procedimientos sin que hubiere ningún error, dolo o mala fe en su actuar.

Responsabilidad

Todo servidor público responderá de los resultados emergentes del desempeño de las funciones, deberes y atribuciones asignados a su cargo y divide esa responsabilidad en administrativa, ejecutiva, civil y penal.

Buena Fe

El principio de buena fe, es un principio general de Derecho, que implica una presunción de confianza a favor del administrado. En la relación de los particulares con la Administración Pública se presume el principio de buena fe. La confianza, la cooperación y la lealtad en la actuación de los servidores públicos y de los ciudadanos.

Legalidad y Presunción de Legitimidad

Las actuaciones de la Administración Pública por estar sometidas plenamente a la Ley, se presumen legítimas, salvo expresa declaración judicial en contrario.

7. CONCEPTUALIZACIÓN Y DEFINICIONES ⁽⁷⁾

Deficiencia

Son problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Pueden consistir en la pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto a la norma estadísticamente establecida.

Discapacidad

Es el resultado de la interacción de la persona, con deficiencia de función física, psíquica, intelectual y/o sensorial a largo plazo o permanente, con diversas barreras físicas, psicológicas, sociales, culturales y/o comunicacionales.

Persona con Discapacidad

Son aquellas personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo o permanentes, que al interactuar con diversas barreras pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Calificación de Discapacidad

Es un procedimiento técnico que permite determinar el tipo y grado de discapacidad originado por deficiencias a largo plazo y permanentes, en función de la limitación de actividades de la vida diaria.

Calificación nueva

Calificación que se realiza cuando un/a usuario/a se presenta por primera vez al Procedimiento para la Calificación de Discapacidad, no existiendo datos de anteriores Calificaciones en Archivo o en el Sistema (SIPRUNPCD).

Recalificación

Calificación que se realiza cuando un/a usuario/a se presenta por segunda o más veces al Procedimiento para la Calificación de Discapacidad, existiendo antecedentes documentados en Archivo y/o Sistema (SIPRUNPCD).

Personas con Discapacidad Física – Motora

Son las personas con deficiencias anatómicas y neuromúsculo funcionales causantes de limitaciones en el movimiento.

Personas con Discapacidad Auditiva

Son las Personas con pérdida y/o limitación auditiva en menor o mayor grado. A través del sentido de la visión, estructura su experiencia e integración con el medio. Se enfrenta cotidiana-

namente con barreras de comunicación que impiden en cierta medida su acceso y participación en la sociedad en igualdad de condiciones que sus pares oyentes.

Personas con Discapacidad 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.

Personas con Discapacidad Mental o Psíquica

Son personas que debido a causas biológicas, psico dinámicas o ambientales son afectadas por alteraciones de los Procedimientos 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, que les dificultan 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.

Personas con Discapacidad Múltiple

Está generada por múltiples deficiencias sean estas de carácter físico, visual, auditivo, intelectual o psíquica.

Grado de Discapacidad Nulo

Calificación que se refiere a personas que no presentan limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria.

Grado de Discapacidad Leve

Calificación que se refiere a personas con síntomas, signos o secuelas existentes que justifiquen 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 personas con 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 personas 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.

Grado de Discapacidad Muy Grave

Calificación que se refiere a personas con síntomas, signos o secuelas que imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria y requiere asistencia permanente de otra persona.

8. INSTANCIAS INVOLUCRADAS EN LA CALIFICACIÓN, REGISTRO Y CARNETIZACIÓN

8.1. Nivel Nacional

El Ministerio de Salud y Deportes se constituye como ente Rector y Normativo de la Calificación de Discapacidad, quien regulará los Procesos y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad, además de la administración del SIPRUNPCD.

8.1.1. Responsable Nacional del Área de Calificación de Discapacidad

El Ministerio de Salud y Deportes, designará al/la Responsable del Área de Calificación de Discapacidad, fundamentado mediante criterios de perfil profesional, idoneidad y experiencia laboral desempeñados en el Área de Calificación de Discapacidad.

Funciones

- a. Proponer políticas, estrategias y disposiciones reglamentarias en la atención en salud para la Calificación de Discapacidad.
- b. Supervisar, coordinar y monitorear las acciones inherentes a la Calificación de Discapacidad a nivel nacional.
- c. Delegar actividades y tareas inherentes a la Calificación de Discapacidad al personal que conforma el Área de Calificación.
- d. Coordinar acciones con las diferentes Áreas de la Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad.
- e. Coordinar diferentes acciones y políticas con instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales.
- f. Seguimiento del cumplimiento de tareas, metas y objetivos planteados por el Área de Calificación con las instancias competentes.
- g. Promover e incentivar la actualización tecnológica que permita optimizar la Calificación de Discapacidad.
- h. Elaborar y actualizar documentos técnico normativos con el Equipo Nacional.
- i. Coordinar y/o socializar las acciones inherentes a la Calificación de Discapacidad con las Organizaciones Sociales.

- j. Coordinar con el Equipo Nacional la evaluación, certificación y habilitación de los/as profesionales capacitados para la Calificación de Discapacidad a nivel nacional.
- k. Coordinar con el Equipo Nacional la evaluación, certificación y habilitación de los/as instructores/as para la capacitación de los equipos de calificación a nivel nacional.

8.1.2. Equipo Nacional del Área de Calificación de Discapacidad

El Ministerio de Salud y Deportes, designará al Equipo Nacional de Calificación, fundamentado en el perfil profesional, idoneidad y experiencia profesional en el Área de Calificación de Discapacidad.

El Equipo estará conformado por Licenciados/as en Medicina, Psicología y Trabajo Social, que cumplan con lo siguiente:

- Capacitados/as en el Procedimiento para la Calificación de Discapacidad.
- Experiencia en el Área de Calificación de Discapacidad.

Funciones

- a. Constituirse en la última instancia para la emisión de criterio sobre el Procedimiento de Calificación de Discapacidad a nivel nacional.
- b. Elaborar y actualizar normas para el procedimiento de Calificación de Discapacidad en los diferentes niveles de atención.
- c. Coordinar y/o socializar las acciones inherentes a la Calificación de Discapacidad con los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales.
- d. Coordinar, supervisar, monitorear las acciones inherentes al Procedimiento de Calificación de Discapacidad a nivel nacional.
- e. Realizar la evaluación de desempeño a profesionales de los Equipos de Calificación de Discapacidad a nivel nacional.
- f. Coadyuvar, monitorear y evaluar las estrategias para aumentar la cobertura de Calificación de Discapacidad a nivel nacional en coordinación con las autoridades Departamentales y Municipales.
- g. Coordinar la capacitación a profesionales en el Procedimiento de la Calificación de Discapacidad a nivel Nacional.
- h. Realizar la evaluación, certificación y habilitación de profesionales capacitados para constituirse en instructores del Procedimiento de Calificación de Discapacidad a nivel nacional.

- i. Realizar la evaluación, certificación y habilitación de profesionales capacitados/as para la Calificación de Discapacidad a nivel nacional.

8.2. Nivel Departamental

Cada Servicio Departamental de Salud deberá contar con una Unidad/Área/Programa de Discapacidad, para operativizar la Calificación de Discapacidad.

8.2.1. Responsable Departamental de la Unidad/Área/Programa de Discapacidad

Cada Servicio Departamental de Salud, en el marco de sus competencias, designará un/a Responsable Departamental de la Unidad/Área/Programa de Discapacidad.

Funciones

- a. Constituirse en la máxima autoridad operativa departamental respecto a la atención en salud para la Calificación de Discapacidad.
- b. Gestionar y coordinar la Calificación de Discapacidad, conformación de Equipos de Calificación con el Gobierno Autónomo Departamental y los Gobiernos Autónomos Municipales.
- c. Gestionar con los Establecimientos de Salud de la Red Funcional de los tres niveles de atención, la emisión gratuita de los Certificados o Informes Médicos para la Calificación de Discapacidad.
- d. Supervisar, coordinar y optimizar las funciones de los Equipos de Calificación a nivel departamental, y posterior remisión de informes de desempeño a las autoridades competentes.
- e. Sistematizar la información de las personas atendidas y evitar duplicidad de Calificaciones.
- f. Realizar seguimiento al Reporte Diario de los Equipos de Calificación.
- g. Emitir informes a instancias jerárquicas de acuerdo a conducto regular.
- h. Designar el Comité de Revisión Técnica de Expedientes de Calificación.
- i. Dar cumplimiento al resultado emitido por el Comité de Revisión Técnica de Expedientes de Calificación.
- j. Constituirse en el ente de validación institucional a nivel departamental en el Procedimiento Calificación de Discapacidad.
- k. Remitir la documentación pertinente a las Unidades Especializadas Departamentales, en los tiempos establecidos.

- l. Coordinar con el Ministerio de Salud y Deportes las solicitudes de capacitación, evaluación y habilitación de profesionales en el Procedimiento de Calificación de Discapacidad.
- m. Dar respuesta a denuncias, requerimientos fiscales u otras situaciones extraordinarias suscitadas en los Procesos y Procedimientos para Calificación, Registro y Carnetización con instancias correspondientes del Gobierno Autónomo Departamental y los Gobiernos Autónomos Municipales.
- n. Socializar la normativa inherente al Proceso y Procedimiento de Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad.
- o. Gestionar, garantizar y supervisar el Área de Archivo y Kardex para resguardar los Expedientes y/o Carpetas de Calificación de Discapacidad del Departamento.
- p. Coordinar y garantizar el resguardo de los FRUNPCD y los Formularios de Área antes de su distribución a los Equipos de Calificación.
- q. Elaborar y monitorear el Plan Estratégico Departamental para lograr alcanzar las metas coberturas correspondientes a su población y optimizar el Procedimiento de Calificación de Discapacidad.
- r. Realizar mínimamente dos supervisiones anuales al Procedimiento de Calificación de Discapacidad, para garantizar la calidad de la atención.
- s. Promover e incentivar la actualización tecnológica que permita optimizar la Calificación de Discapacidad.

8.2.2. Equipo de Calificación de Discapacidad

El Ministerio de Salud y Deportes, los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales a nivel nacional, podrán contar con profesionales, con Ítems o contratos, para la conformación de Equipos de Calificación (Licenciados/as en Medicina, Psicología y Trabajo Social) bajo la coordinación del SEDES, que serán capacitados/as y habilitados/as para el Procedimiento de Calificación de Discapacidad, quienes se desplazarán a diferentes municipios a instrucción superior de su dependencia.

El/la Responsable de la Unidad Municipal de Atención en Discapacidad UMADIS y de las Unidades Especializadas Departamentales, no podrán ser parte del Equipo de Calificación.

Funciones del Equipo de Calificación

- a. Respetar el conducto regular para toda acción inherente a sus funciones, atribuciones y obligaciones en función al Procedimiento de Calificación.
- b. Cumplir las disposiciones enmarcadas en la normativa vigente.
- c. Garantizar la calidad de la Calificación de Discapacidad.

- d. Realizar la Calificación de Discapacidad, contemplando un tiempo de 45 a 60 minutos por usuario como parámetro, adecuándose a las horas laborales.
- e. Realizar el llenado correcto de todos los instrumentos de la Calificación, siendo responsabilidad de los/as profesionales del Equipo.
- f. Establecer el tipo, grado y porcentaje de discapacidad de acuerdo a los documentos Técnico Normativos.
- g. Orientar sobre derechos, beneficios, deberes y obligaciones de las Personas con Discapacidad.
- h. Entregar en plazos establecidos los Expedientes de Calificación al/la Responsable Departamental, mediante planilla de control.
- i. Realizar la Calificación de Discapacidad en municipios, domicilios e instituciones a instrucción superior de su dependencia o del/la Responsable Departamental de la Unidad/Área/Programa de Discapacidad.
- j. Realizar Recalificaciones por:
 - Disconformidad, autorizada de forma escrita por el Comité de Revisión Técnica de Expedientes de Calificación.
 - Vencimiento del Carnet de Discapacidad.
 - Agravamiento de la deficiencia, luego de análisis técnico justificado del Equipo de Calificación.
- k. Elaborar informes a requerimiento de instancias superiores.
- l. Organizar y participar de actividades extraordinarias, campañas/ferias de salud y otras por instrucción de instancias superiores.
- m. Realizar las recomendaciones necesarias desde el ámbito de su profesión, además brindar información sobre promoción de la salud, prevención y rehabilitación.
- n. Resguardar los FRUNPCD, Formularios de Área, Expedientes y/o Carpetas de Calificación, el tiempo que estén bajo su custodia.
- o. Realizar los Reportes Diarios de Calificaciones y el llenado de la Ficha Técnica de Calificación de Discapacidad en los casos que cambien de grado descendente.
- p. Remitir informes mensuales y otros de acuerdo a instrucción o requerimiento de instancias superiores.
- q. Mantener el trabajo asignado al día.

- r. Mantener en reserva sobre asuntos e informaciones previamente establecidas como confidenciales en razón de su labor funcionaria.
- s. Coadyuvar en la implementación de estrategias para la captación de usuarios/as.
- t. Atención de casos a Personas con Discapacidad, y/o familias de Personas con Discapacidad, que se encuentran en riesgo de presentar problemas familiares (violencia, maltrato, explotación, etc.) mediante la orientación y Referencia Social a instancias competentes.

Nota: Se debe priorizar la Calificación de Discapacidad en todas las actividades de los Equipos de Calificación.

8.2.3 Comité Técnico de Revisión de Expedientes de Calificación de Discapacidad

El Comité Técnico de Revisión de Expedientes de Calificación estará conformado por profesionales del área de Medicina, Psicología y Trabajo Social dependientes del SEDES, designados por el/la Responsable Departamental de la Unidad/Área/Programa de Discapacidad, por constituirse en la máxima instancia en salud a nivel departamental.

La función del Comité será emitir criterio técnico escrito respecto a solicitudes de Recalificación por Disconformidad, denuncias, requerimientos fiscales u otras situaciones extraordinarias suscitadas durante el Proceso y Procedimiento para Calificación, Registro y Carnetización.

9. REQUERIMIENTO INDISPENSABLE DE LOS/AS PROFESIONALES PARA EL PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

El Ministerio de Salud y Deportes a través de la Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad realizará la capacitación, evaluación, certificación, habilitación e inhabilitación de profesionales de los Equipos de Calificación de Discapacidad.

9.1. Capacitación

9.1.1. Capacitación a profesionales

Los/as profesionales que conformarán los Equipos de Calificación deben ser capacitados en el Procedimiento de Calificación de Discapacidad por el Área de Calificación de la Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad y/o instructores certificados, previa coordinación y cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a. Solicitud escrita por el/la Responsable Departamental de la Unidad/Área/Programa de Discapacidad, o bajo criterios de convocatoria del Ministerio de Salud y Deportes.
- b. Fotocopia simple del Título en Provisión Nacional.
- c. Fotocopia simple de la Cédula de Identidad vigente.

La modalidad de capacitación será: virtual y/o presencial con convocatoria abierta o cerrada según Plan de Capacitación.

Los/as profesionales que estuvieron inactivos en el Procedimiento de Calificación durante un año, deberán capacitarse nuevamente.

9.1.2. Capacitación para la certificación de instructores

Los/as profesionales que serán instructores de los Equipos de Calificación, deberán estar capacitados en el Procedimiento de Calificación de Discapacidad por el Área de Calificación de la Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad del Ministerio de Salud y Deportes además de contar con experiencia específica de 6 meses como mínimo en calificación de discapacidad de forma continua.

La modalidad de capacitación será presencial y bajo convocatoria cerrada según Plan de Capacitación.

9.2. Evaluación a Profesionales capacitados para conformar Equipos de Calificación e Instructores

El Equipo Nacional realizará la evaluación a profesionales que conforman los Equipos de Calificación, cuyo puntaje de aprobación será:

- Igual o mayor a 71 para profesionales que conformaran los Equipos de Calificación
- Igual o mayor a 81 para Instructores.

En caso de haber reprobado podrán presentarse a una segunda evaluación en un plazo de 3 días hábiles.

Podrán ser veedores de la evaluación el personal designado por el Ministerio de Salud y Deportes, Gobiernos Autónomos Departamentales, Municipales y Gobiernos Autónomo Indígena Originario Campesino.

9.3. Certificación

El Ministerio de Salud y Deportes a través de la instancia correspondiente realizará la Certificación a profesionales que aprueben la evaluación.

9.4. Habilitación a profesionales de los Equipos de Calificación

El Ministerio de Salud y Deportes a través del SIPRUNPCD realizará la habilitación de profesionales aprobados de las áreas de Medicina, Psicología y Trabajo Social, posterior a la presentación de la fotocopia de Matrícula Profesional (emitida por el Ministerio de Salud y Deportes), fotocopia del Memorándum de Designación o Contrato vigente o Carta de adjudicación o documento que acredite vínculo laboral con la institución.

9.5. Inhabilitación

El Ministerio de Salud y Deportes realizará la inhabilitación de profesionales que realizan la Calificación de Discapacidad por la conclusión de las relaciones laborales y/o contravenciones a la Ley N° 1178, mediante remisión de un informe o nota del/la Responsable de la Unidad/Área/Programa de Discapacidad del SEDES.

10. INSTRUMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN, REGISTRO Y CARNETIZACIÓN DE DISCAPACIDAD

- a. BAREMO “Manual de Valoración de las Situaciones de Minusvalía”.
- b. Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad.
- c. Guía de llenado del Formulario para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad y formularios para la Calificación de Discapacidad:
 - Formulario para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (FRUNPCD).
 - Formularios de las Áreas de Medicina, Psicología y Trabajo Social.
 - Ficha Social
 - Formulario de Consentimiento Informado para la Calificación de Discapacidad.
 - Reporte diario de Calificación.
 - Ficha Técnica de Calificación de Discapacidad.
- d. Cuaderno de Registro Diario de Atención de Discapacidad.
- e. Carnet de Discapacidad.

11. REQUISITOS PARA LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

11.1. Requisitos Generales

- a. Cédula de Identidad vigente original y dos fotocopias simples.

En caso de personas menores de edad o que no puedan tomar decisiones deberá adjuntar fotocopia simple de la Cédula de Identidad vigente del: padre/madre o hijo/a (si corresponde) o hermano/a o tutor/a legal o guardador/a o esposo/a, u otros según corresponda el caso.

- b. Certificado y/o Informe Médico original actualizado, de acuerdo al tipo de deficiencia, emitido hasta (6) meses antes de su presentación.

En casos que se requiera, se podrá solicitar informes adicionales y/o estudios complementarios de acuerdo a la complejidad del caso.

- c. Croquis de domicilio actualizado.

Se requiere la presencia física de la persona en el lugar de la Calificación, para dar inicio a la misma.

Para personas privadas de libertad con sentencia ejecutoriada o detención preventiva o domiciliaria, los requisitos son los mismos.

Para personas Extranjeras debe considerarse la presentación de Cédula de Identidad de Extranjero (CIE) original vigente, otorgado por el SEGIP y dos fotocopias simples.

11.2. Requisitos adicionales para Personas Institucionalizadas

- a. Informe Social actualizado emitido por la institución.
- b. Fotocopia de la Personería Jurídica o Resolución Administrativa de Registro, de apertura y/o de funcionamiento o Certificado de acreditación otorgado por la autoridad departamental competente o convenio canónico.
- c. Memorándum o Nota de Designación, firmada por la máxima autoridad de la Institución para la persona que acompañará el Procedimiento de Calificación.
- d. Fotocopia de la Cédula de Identidad de la persona que acompañará durante el Procedimiento para la Calificación de Discapacidad.

11.3. Certificado o Informe Médico para la Calificación de Discapacidad

El Certificado o Informe Médico para la Calificación de Discapacidad debe estar realizado en función a norma vigente en nuestro país, con firma y sello visible del profesional además del sello institucional.

El Certificado o Informe Médico emitido por Medicina General o Especialidad, según corresponda, deberá ser extendido por Establecimientos de Salud de los subsectores de Salud Público de la Seguridad Social de corto plazo o privados autorizados por el ente competente del Servicio Departamental de Salud. (Amparado en la Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez”, donde prevé competencias concurrentes de los Gobiernos Departamentales Autónomos en Salud, como el de normar los requisitos básicos y procedimientos de la habilitación, apertura y funcionamiento de establecimientos de salud privados, de convenio, seguridad social y otros establecimientos de salud).

11.4. Acompañamiento a la Persona a Calificar

El Acompañamiento durante el Procedimiento de Calificación de Discapacidad se dará en casos específicos para resguardo de los derechos de los/las usuarios/as y en cumplimiento a normas específicas y vigentes. (9)

Según el tipo de deficiencia, tomar en cuenta lo siguiente:

- a. Personas menores de 18 años, deberán estar acompañados por el padre o la madre o hermano/a o tutor/a legal o guardador/a legal o instancias de protección.
- b. Personas institucionalizadas, exceptuando Centros Penitenciarios según el tipo de deficiencia, deberán estar acompañadas por el personal designado de la autoridad competente en la Institución.
- c. Personas con deficiencia Intelectual o Mental/Psíquica mayor de 18 años, acudirán con el/la padre/madre o hermano/a o tutor/a legal o guardador/a legal u otra tercera persona, con el fin de proteger los derechos.

No requieren acompañamiento las personas con deficiencia Física – Motora y/o Auditiva, igual o mayor de 18 años.

NOTA: Los acompañantes deberán ser necesariamente hábiles por derecho.

12. PROGRAMACIÓN

Con el fin de realizar una atención óptima, en el marco del Buen Trato a los/as usuarios/as (evitando filas y tiempos de espera prolongados) se realizará la Programación para la Calificación por personal designado por el/la Responsable Departamental de la Unidad/Área/ Programa de Discapacidad u otro autorizado, de acuerdo a lo siguiente:

- a. Cumplir con todos los requisitos.
- b. Se debe especificar lugar, fecha y horario de Calificación.
- c. El número de personas a programar por jornada debe estar de acuerdo a un cálculo de 45 a 60 minutos de atención por usuario/a.
- d. La programación será diferenciada en función a la demanda de usuarios/as, disponibilidad y número de Equipos de Calificación.
- e. La programación podrá ser realizada por una tercera persona.

Cuando exista disponibilidad de tiempo y se presenten usuarios/as que cumplan con todos los requisitos, la Calificación se realizará en la misma fecha.

13. PROCEDIMIENTO DE LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

13.1. Verificación de requisitos

El Equipo de Calificación verificará todos los requisitos e iniciará el Procedimiento al cumplimiento de los mismos, con el llenado del consentimiento informado. Caso contrario orientará al usuario/a y/o acompañante detalladamente para su reprogramación.

13.2. Llenado del Cuaderno de Registro Diario de Atención

El profesional del Área de Medicina del Equipo de Calificación realizará el llenado del Cuaderno de Registro Diario de Atención de Discapacidad, con todos/as los/as usuarios/as atendidos en el día.

13.3. Entrevista y Llenado de Formularios de Áreas

Se inicia la entrevista de forma conjunta y secuencial, de la siguiente manera:

- a. Entrevista por el/la Médico/a, examen físico y llenado de instrumentos.
- b. Entrevista por el/la Psicólogo/a, aplicación de pruebas y llenado de instrumentos.
- c. Entrevista por el/la Trabajador/a Social

13.4. Porcentaje Global de Discapacidad

Es el resultado final del Procedimiento de Calificación, que es obtenido de la siguiente forma:

- a. Como resultado de la Calificación porcentual, menor a 25 del Área de Medicina o Psicología.
- b. Como resultado de la Calificación porcentual del Área de Medicina o Psicología igual o mayor a 25, al cual se suma el puntaje de Trabajo Social.
- c. Como resultado de la combinación de los porcentajes (mediante el uso de la Tabla de Valores Combinados TVC) del Área de Medicina y Psicología solo si una de las áreas obtuvo un porcentaje igual o mayor al 25, al cual se suma el puntaje de Trabajo Social.

13.5. Orientación e información final al usuario/a

Concluido el Procedimiento para la Calificación de Discapacidad, cada profesional de acuerdo al ámbito de sus competencias realizará las orientaciones pertinentes, desde sus áreas, en el ámbito de promoción de la salud, prevención y rehabilitación.

Finalizada la Calificación de Discapacidad, el Equipo proporcionará la boleta para el recojo del Carnet de Discapacidad en los casos que corresponda.

13.6. Control de calidad

Con la finalidad de optimizar los tiempos del Procedimiento de Calificación de Discapacidad, se eliminó el filtro técnico administrativo realizado por el Equipo de Referencia Departamental, debiendo seguir el siguiente procedimiento:

a) Entrega del Expediente de Calificación a la Unidad/Área/Programa de Discapacidad

Los/as profesionales del Equipo de Calificación tienen la obligación de revisar toda la documentación generada a fin de evitar errores, omisiones, borrones o enmiendas, entre otros; verificando que el Expediente de Calificación cumpla con los parámetros y criterios específicos de la normativa vigente, previo a su entrega al/la Responsable Departamental.

b) Validación institucional

El/La Responsable Departamental, se constituye en el ente de validación institucional del Procedimiento de la Calificación de Discapacidad, cuyo deber es revisar y garantizar que el Procedimiento administrativo para la Calificación sea realizado de acuerdo a normativa vigente. En caso de observar alguna irregularidad no subsanable podrá anular la Calificación.

Concluida la validación institucional (función indelegable), deberá firmar y sellar el Formulario para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad, además colocar el sello institucional.

14. PLAZOS PARA LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Son los tiempos máximos establecidos para cada procedimiento, que deben transcurrir a partir de la Calificación de Discapacidad, remisión a la Unidad Especializada de cada departamento hasta el Registro en el SIPRUNPCD. El SEDES deberá implementar diferentes estrategias para cumplir con los tiempos máximos establecidos.

14.1. Plazos en área urbana

Inicia el día de la Calificación de Discapacidad, a partir de ello un día hábil para la entrega del Expediente a el/la Responsable Departamental; el/la Responsable Departamental en dos días hábiles realizará la validación institucional correspondiente y remitirá la documentación a la Unidad Especializada Departamental que tiene dos días hábiles para el registro en el SIPRUNPCD.

14.2. Plazos en el área rural

Inicia el día de la Calificación de Discapacidad, a partir de ello tres días hábiles para la entrega del Expediente a la Unidad/Área/Programa de Discapacidad; el/la Responsable Departamental tiene dos días hábiles para realizar la validación institucional correspondiente y remitir la documentación a la Unidad Especializada Departamental que tiene dos días hábiles para el registro en el SIPRUNPCD.

Cuadro 1. Plazos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad

Procedimiento	Plazo máximo en días hábiles	
	Área Urbana	Área Rural
Calificación de Discapacidad y entrega de Expedientes de Calificación	2	4
Validación institucional y remisión de documentación a la Unidad Especializada Departamental	2	2
Registro y Carnetización	2	2
Total días hábiles	6	8

Fuente: Área de Calificación – Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

15. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN A LA UNIDAD ESPECIALIZADA DEPARTAMENTAL

La Unidad/Área/Programa de Discapacidad del SEDES, mediante nota y planilla, hará entrega de la copia del FRUNPCD adjuntando fotocopia simple de la Cédula de Identidad del usuario/a, a las Unidades Especializadas Departamentales, por conducto regular, para el Registro en el SIPRUNPCD.

16. RECALIFICACIÓN

a) Por Vencimiento del Carnet de Discapacidad (V)

Este tipo de recalificación se aplica a usuarios/as que ya obtuvieron el Carnet de Discapacidad y que su fecha de vigencia ya caducó o está próxima a caducar. Se podrá realizar 2 meses antes del cumplimiento de la fecha de vencimiento del Carnet de Discapacidad.

b) En caso de Calificaciones previas habiendo obtenido un porcentaje inferior a 25 (L)

Este tipo de recalificación aplica a usuarios/as que, habiendo pasado por una Calificación previa, obtuvieron un porcentaje inferior a 25 (se incluye el grado nulo) y debe haber trascurrido un año calendario desde su última Calificación.

c) Por agravamiento de la deficiencia (A)

Este tipo de recalificación aplica a usuarios/as que habiendo pasado por una Calificación previa y contar con el Carnet de Discapacidad vigente, se presentan a solicitar una nueva Calificación debido a que existe agravación de su deficiencia.

El/La usuario/a, podrá solicitar su recalificación por agravamiento o en caso de usuarios/as menores de edad o que no puedan tomar decisiones podrá ser solicitada por un familiar hasta segundo grado de consanguinidad, guardador/a o tutor/a legal, a través de nota dirigida a la Dirección Técnica o al/la Responsable Departamental de la Unidad/Área/Programa de Discapacidad del SEDES, debiendo adjuntar la fotocopia simple de la Cédula de Identidad y

el Certificado o Informe Médico actualizado y/o Exámenes complementarios. No existiendo un tiempo determinado para su solicitud.

Realizada la recepción de la nota escrita el/la Responsable Departamental derivará la Carpeta de Calificación a profesionales del Equipo de Calificación, quienes, en un plazo no mayor a tres días hábiles, emitirán una respuesta escrita o programación al/la usuario/a.

Se incluye en este tipo de recalificación a usuarios/as a quienes se les asignó un porcentaje provisional.

d) Por Disconformidad (D)

Este tipo de recalificación aplica a usuarios/as que habiendo pasado por una Calificación previa y contar con el Carnet de Discapacidad vigente, se presentan a solicitar una nueva Calificación debido a que existe disconformidad manifiesta de la actual Calificación. Para ello deberá presentar nota dirigida a la Dirección Técnica o Responsable Departamental de la Unidad/Área/Programa de Discapacidad del SEDES, debiendo adjuntar la fotocopia simple de la Cédula de Identidad como único requisito para su recalificación.

En caso de usuarios/as menores de edad o que no puedan tomar decisiones podrá ser solicitada por un familiar hasta segundo grado de consanguinidad, tutor/a legal o guardador/a. Realizada la recepción de la nota o Formulario de Solicitud, el/la Responsable Departamental remitirá al Comité de Revisión de Expedientes de Calificación el Expediente de Calificación del/la usuario/a.

El Comité Técnico de Revisión de Expedientes de Calificación de Discapacidad, realizará la revisión documental y emitirá criterio técnico escrito sobre la pertinencia de la solicitud, en un plazo máximo de tres días hábiles.

En caso de ser viable la recalificación se realizará en un plazo no mayor a 10 días hábiles, de no ser viable se emitirá respuesta escrita en un plazo no mayor a tres días hábiles.

En los casos que exista modificación del resultado el/la Responsable Departamental emitirá nota, adjunta al FRUNPCD dirigida a la Unidad Especializada Departamental, quienes realizarán los procedimientos que correspondan, para la otorgación de nuevo Carnet de Discapacidad.

Cuando los/las usuarios/as cambien de lugar de residencia a otro departamento y soliciten Recalificación por Agravamiento o disconformidad, deberán seguir los siguientes pasos:

1. Solicitud escrita de Recalificación por Agravamiento a la Unidad/Área/Programa de Discapacidad del SEDES de su residencia actual.
2. La Unidad/Área/Programa de Discapacidad del SEDES de la residencia actual, solicitará copia del Expediente o Carpeta de Calificación al SEDES correspondiente.

17. EXPEDIENTE Y CARPETA DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

17.1. Expediente de Calificación de Discapacidad

Es el conjunto de documentos institucionales generados en la Calificación de Discapacidad y los presentados por el/la usuario/a. Se constituye en la documentación legal que acredita el Procedimiento de Calificación.

a) Documentos y Orden del Expediente de Calificación

- Formulario de Consentimiento Informado para la Calificación de Discapacidad
- Formulario para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (FRUNPCD) original.
- Fotocopia simple de la Cédula de Identidad.
- En caso de personas menores de edad o que no puedan tomar decisiones deberá adjuntar copia simple de Cédula de Identidad del acompañante de acuerdo a requisitos establecidos.
- Fotocopia Carnet de Discapacidad cuando corresponda (no indispensable)
- Formulario de Medicina, adjuntar el Certificado o Informe Médico (original), exámenes complementarios y hojas anexas.
- Formulario de Psicología, adjuntar las pruebas y/o instrumentos de Evaluación.
- Formulario de Trabajo Social, adjuntar croquis de domicilio y otros documentos de acuerdo a cada caso.

Todos los documentos del Expediente de Calificación de Discapacidad deberán estar debidamente foliados de atrás hacia adelante incluyendo el FRUNPCD en el extremo inferior derecho, no sobreponer en firmas o datos que alteren el llenado del Formulario.

b) Manejo del Expediente de Calificación

El Expediente de Calificación necesariamente debe estar resguardado en un área de Archivo y Kardex, y el acceso está permitido a:

- Equipo de Calificación.
- Responsable Departamental de Discapacidad
- Comité Técnico de Revisión de Expedientes de Calificación de Discapacidad
- Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad

17.2. Carpeta de Calificación de Discapacidad

Es el conjunto de Expedientes de Calificación, notas u otros documentos en orden cronológico de cada usuario/a.

La Unidad/Área/Programa de Discapacidad del SEDES, realizará el Archivo de las Carpetas de Calificación de acuerdo a códigos de archivo propios de cada departamento.

El acceso a la información (18) del FRUNPCD estará enmarcada de acuerdo a la protección de datos personales (19) y será proporcionada a:

- a. Las personas legalmente establecidas (en caso de Personas con Discapacidad Física-Motora y Personas con Discapacidad Auditiva).
- b. Personas hasta el segundo grado de consanguinidad y primer grado de afinidad (en caso de menores de edad, y Personas con Discapacidad Intelectual y/o Personas con Discapacidad Mental o Psíquica).
- c. Tutor/a legítimamente establecido/a.

18. PAUTAS COMPLEMENTARIAS Y CONTEXTUALIZADAS ANEXAS AL BAREMO EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

El BAREMO “Manual de Valoración de las Situaciones de Minusvalía” está reconocido como instrumento para la Calificación de Discapacidad, por lo tanto, es el documento **técnico** base para realizar el Procedimiento de Calificación de Discapacidad, debiendo recurrir a las pautas complementarias sólo en situaciones de aclaración de los capítulos que se mencionan en este documento.

18.1. Consideraciones Generales

El BAREMO “Manual de Valoración de las Situaciones de Minusvalía” (20) en la página 23 establece normas de carácter general para proceder a la determinación de la Discapacidad que se origina por deficiencias permanentes.

A continuación, se describen normas adicionales y/o aclaraciones del capítulo 1 del BAREMO, que son de cumplimiento de las tres áreas.

- El tiempo mínimo para la Calificación de la deficiencia no debe ser menor a 6 meses, una vez emitido el diagnóstico y haberse realizado todas las medidas terapéuticas indicadas (farmacológicas, quirúrgicas, rehabilitación u otras), salvo excepciones descritas en los capítulos correspondientes.
- Con fines técnicos se mantiene el grado nulo, mismo que no figura en la Ley N°223 Ley General para las Personas con Discapacidad, esto bajo el principio de que todas las personas pueden acudir a Calificación de Discapacidad sin restricciones.

- En los casos donde los datos contenidos en el Certificado y/o Informe Médico no correspondan con los hallazgos, el Equipo de Calificación podrá suspender el procedimiento y solicitar informes y/o estudios complementarios de acuerdo a la complejidad del caso. Debiendo informar de forma adecuada a la parte solicitante y realizar un acta de descargo.
- El Certificado o Informe Médico por Medicina General es válido en los casos en que la deficiencia sea visible y evidenciable clínicamente, caso contrario debe ser realizado por la especialidad que corresponda.

Cuadro 2. Deficiencias donde el Médico General puede emitir Certificado o Informe Médico

N°	Deficiencias Clínicamente Evidenciables
1	Amputaciones
2	Parálisis Cerebral de tipo espásticas
3	Secuelas de poliomielitis
4	Hemiplejias
5	Paraplejias
6	Cuadriplejias
7	Artritis Reumatoide deformante
8	Retraso Mental
9	Deterioro Cognitivo

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de La Política de Discapacidad/MSyD

- En casos excepcionales cuando no exista lógica ni coherencia en los datos proporcionados por el/la usuario/a con el contenido del Informe o Certificado Médico presentado, se deberá evaluar en 2 o 3 oportunidades, con la finalidad de observar al/la usuario/a en etapas diferentes y tener certeza objetiva del tipo y grado de discapacidad.
- Se aceptarán los diagnósticos específicos establecidos en el DSM-5 y la CIE.
- El criterio técnico del profesional calificador es esencial al momento de asignar el porcentaje de discapacidad, el mismo debe ser justificado y debidamente respaldado.
- Los/as profesionales que conforman los Equipos de Calificación deben ser meticulosos al momento de realizar la Calificación.
- Las limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria deben ser coherentes con las definiciones de la Ley N° 223.
- El porcentaje global de discapacidad es el resultado final del Procedimiento de Calificación y es obtenido como resultado de la Calificación porcentual de:
 - Resultado menor a 25 del Área de Medicina o Psicología, al cual no se suma el puntaje de Trabajo Social;

- Resultado del Área de Medicina o Psicología igual o mayor a 25, al cual se suma el puntaje de Trabajo Social;
 - Combinación de los porcentajes (mediante el uso de la Tabla de Valores Combinados TVC) del Área de Medicina y Psicología solo si una de las áreas obtuvo un porcentaje igual o mayor al 25, al cual se suma el puntaje de Trabajo Social;
 - Asignación de porcentajes provisionales del Área de Medicina y/o Psicología no se sumará el puntaje del área de Trabajo Social.
- Cuando se obtienen dos o más porcentajes que estén dentro el grado leve, no se realizará la combinación, tomando en cuenta que: “las pautas de valoración no se fundamentan en el alcance de la deficiencia, sino en su efecto sobre la capacidad para llevar a cabo las Actividades de la Vida Diaria y la respectiva correlación con las definiciones de los grados de discapacidad establecidas en la Ley N° 223.
 - El porcentaje máximo que se puede asignar es noventa y cuatro (94), esto como producto de la combinación de los porcentajes obtenidos en las áreas de Medicina y Psicología. Si la combinación del porcentaje obtenido por las áreas de Medicina y Psicología sobrepasa el 94, sólo se colocará el porcentaje máximo.
 - Se procederá con la combinación de porcentajes provisionales del Área de Psicología con el Área de Medicina.

18.2. Sistema Músculo – Esquelético

Cada capítulo del BAREMO establece en su parte inicial normas específicas del capítulo, a continuación, se establecen complementaciones y aclaraciones al Capítulo 2 (página 29):

- Las patologías de origen congénito/genético como la Amelia, Focomelia y otros se calificarán utilizando este capítulo con tablas de limitación de movimiento o amputación, según corresponda.
- Si no se cuenta con datos de goniometría es obligación del Médico del Equipo de Calificación realizarla.
- En amputaciones se realizará la Calificación de Discapacidad una vez cuente con el diagnóstico establecido.
- En extremidad superior e inferior a nivel de manos y pies, respectivamente; por fusión de dedos se debe calificar utilizando las tablas correspondientes a anquilosis en relación a las limitaciones articulares de los segmentos comprometidos. El informe médico debe ser realizado por la especialidad de Traumatología, detallando los estudios de imagen que correspondan (solo se realiza cuando exista imposibilidad de separación quirúrgica).
- En extremidades superiores, la evaluación del pulgar no empleará la Tabla 7. Deficiencias del pulgar debidas a falta de aducción del pulgar y anquilosis (página 37 del BA-

REMO) por ser similares en la función con la oposición del pulgar, empleándose sólo la Tabla 9. Deficiencias del pulgar debidas a falta de oposición y anquilosis (página 38 del BAREMO), para evitar sobrevaloraciones.

- En lesiones de nervios periféricos, plexos, nervios raquídeos y secuelas de poliomielitis se evalúan con tablas 22 y 23 para miembros superiores (página 53 del BAREMO); con las tablas 32 y 47 para miembros inferiores (página 62 y 75 del BAREMO). Cuando se cuente con un reporte objetivo de la especialidad correspondiente podrá utilizar la tabla 21.
- La tabla 30 (Deficiencias de la extremidad inferior por alteración de la marcha) de la página 61 del BAREMO proporciona porcentajes de discapacidad de un modo subjetivo. Por tanto, sólo es posible utilizarla en casos de patología degenerativa articular de grados avanzados y de clínica compleja, relacionar con grados de afectación de las Actividades de la Vida Diaria y coincidir con lo reportado en el informe de Reumatología, Medicina Interna y/o Medicina General (por ejemplo, casos de osteoporosis avanzada, osteogénesis imperfecta y otros similares). Debiéndose justificar su uso de forma clara. En el caso de utilizarla NO se debe combinar con ninguna otra tabla de extremidades inferiores; sin embargo, se podrá combinar con otra tabla de extremidades superiores.
- Para el uso de la tabla 33 de la página 64 del BAREMO, se debe tener cuidado ya que en la “Contractura en flexión”, el movimiento de extensión de la cadera se encuentra ausente.
- Se podrán utilizar las tablas 3, 4 y/o 5 de deficiencias de las extremidades inferiores y superiores respectivamente, del punto 18.3 correspondiente a Sistema Nervioso de este documento, en patologías articulares de grados avanzados y de semiología compleja, por ejemplo, artrogriposis, artritis reumatoide deformante con cuadro álgido continuo a pesar de la medicación, siempre y cuando se encuentre en período intercrítico.
- En situaciones en las que se indique endoprótesis de cadera y rodilla; así también en escoliosis, anquilosis articular, se realizará la calificación sin necesidad de esperar la intervención quirúrgica, independientemente de la edad del/la usuario/a.
- En las deficiencias de origen neurológico asociadas a deficiencias articulares se tomará en cuenta la deficiencia que mayor discapacidad genera, utilizando el Capítulo 2 o 3, según corresponda.
- En las deficiencias por deformidad de columna vertebral, el informe deberá ser emitido por las especialidades de Traumatología y/o Medicina Física y Rehabilitación, con diagnóstico específico de acuerdo a la CIE, reportando los hallazgos específicos de los estudios complementarios. En columna vertebral, con especificación del ángulo de COBB mayor a 45 grados, la asignación de porcentaje de discapacidad será de 30. En grados inferiores del ángulo de COBB, no se asignará porcentaje parcial ya que, en estos casos, la limitación de AVD se fundamentará en los sistemas cardiorrespiratorio, según el capítulo correspondiente.

- En deficiencias que involucren compromiso de la médula espinal se realizará la calificación de acuerdo a informe de especialidad (Neurocirugía, Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología) que especifique el nivel de la lesión y catalogación según criterios ASIA. (American Spinal Injury Association). (21)
- Cuando el informe de especialidad indique datos de lesión medular completa que estén en relación a escala de ASIA grado A, la calificación se realizará en un tiempo menor a 6 meses.
- Cuando existe afectación motora en región lumbosacra y dorso lumbar se asignará 65% de discapacidad, si existe compromiso motor y vesical e intestinal grado VIII se asignará 75% de discapacidad y si el compromiso es a nivel cérico dorsal se asignará 80% de discapacidad.

Tabla 1. Escala de la Lesión Medular ASIA

Grado de Lesión	Descripción
Grado A	Ausencia de función motora y sensitiva que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5.
Grado B	Preservación de la función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5 y con ausencia de función motora.
Grado C	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular menor de 3.
Grado D	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular de 3 o más.
Grado E	Las funciones sensitiva y motora son normales.

Fuente: American Spinal Injury Association (A.S.I.A.)

Las personas con talla baja cuya causa no sea de origen endócrino-metabólico con una edad de 18 años o mayor y tengan una talla menor de 134 cm serán valoradas con un porcentaje de discapacidad de 30 por el área Médica, de coexistir otras deficiencias que cumplan criterios de Calificación, se realizará la combinación según corresponda.

- En menores de 18 años que cumplan con los siguientes criterios: diagnóstico establecido de talla baja secundaria a acondroplasia por la especialidad de Pediatría o diagnóstico establecido de talla baja secundaria a Enfermedades Raras o poco frecuentes que cursen con displasias óseas, emitido por la especialidad de Genética Clínica. Se les asignará un porcentaje provisional de discapacidad de 30. De coexistir otras deficiencias que cumplan criterios de Calificación, se realizará la combinación según corresponda.

- En casos de anquilosis témporo-mandibular (tipo 4, completa) se otorgará un porcentaje máximo de 30 de discapacidad.

18.3. Sistema Nervioso

- En casos de deficiencias por alteraciones crónicas episódicas a nivel de conciencia, vigilia, alerta, sueño o epilepsia el Certificado o Informe Médico debe ser de la especialidad de Neurología o Neuropediatría, con Diagnóstico específico y otras secuelas si las existiera de acuerdo a fecha de diagnóstico, inicio de tratamiento, secuencial farmacológico, tipo de crisis, frecuencia y duración de las mismas.
- En departamentos donde no exista la especialidad de Neurología o Neuropediatría se aceptará informes de Medicina Interna y/o Pediatría y/o Medicina Física y Rehabilitación, según corresponda a las secuelas en patologías neurológicas, excepto para epilepsia.
- Solo en casos con diagnóstico emitido por Neurología, según formato anexo aprobado por la Sociedad Boliviana de Neurología, de epilepsia de difícil control (crisis generalizadas, tónico-clónicas, tónicas, atónicas y parciales complejas) con un tiempo mayor a 5 años continuos de tratamiento y con seguimiento por Neurólogo de forma continua de por lo menos cuatro veces al año, (criterios emitidos por la Sociedad Boliviana de Neurología) pese a lo cual, sea de difícil control, se consignará un porcentaje de 30. Relacionando siempre con los hallazgos clínico semiológicos al momento de la Calificación.
- En niños/as menores de 6 años diagnosticados con Parálisis Cerebral, se consignará un porcentaje provisional de 33. Se combinará en los siguientes casos:
 - Cuando coexista otra deficiencia a la cual también corresponda un porcentaje provisional, sin sumar el puntaje de Trabajo Social.
 - Cuando coexista otra deficiencia evidenciable, sin sumar el puntaje de Trabajo Social.
- En niños mayores de 2 años con diagnóstico de Parálisis Cerebral que cuenten con informe de especialidad de Neurología o Neuropediatría o Medicina Física y Rehabilitación que indique escalas de valoración funcional GROSS MOTOR (GMFCS) se procederá a la Calificación de Discapacidad según la tabla que se detalla a continuación:

Tabla 2. Escala de clasificación de la Función Motora Gruesa (GMFCS)

Nivel Funcional	Características	% Discapacidad
	Entre 2 y 4 Años	
NIVEL I	El niño se mantiene sentado en el suelo y es capaz de manipular objetos con las dos manos. No requieren asistencia de un adulto para pararse y sentarse. El niño camina, como método preferido de movilidad sin necesidad de un dispositivo manual auxiliar de la marcha.	CLASE I 0
NIVEL II	El niño se mantiene sentado en el suelo pero puede tener dificultad para mantener el equilibrio si utiliza las dos manos para manipular objetos, no requiere la asistencia de un adulto para sentarse y levantarse. Se empuja con las manos para colocarse de pie sobre una superficie estable. El niño gatea con movimiento recíproco de sus manos y rodillas, camina sujetándose de los muebles o con un dispositivo manual auxiliar de la marcha como método preferido de movilidad.	CLASE II 15
NIVEL III	El niño se mantiene sentado frecuentemente en posición de "W" (flexión y rotación interna de caderas y rodillas), y puede que requiera de la asistencia de un adulto para sentarse. Se arrastra sobre su estómago o gatea sobre sus manos y rodillas (a menudo sin movimiento recíproco de las piernas como método primario de auto-movilidad). El niño empuja sobre una superficie estable para colocarse de pie, puede caminar distancias cortas con un dispositivo manual auxiliar de la marcha en espacios interiores, requieren asistencia de un adulto para cambiar de dirección y girar.	CLASE III 33
NIVEL IV	Al niño se le tiene que sentar, es incapaz de mantener la alineación y el equilibrio sin utilizar las manos para apoyarse. Frecuentemente requiere equipo para adaptar y mantener la posición de sentado y de bipedestación. La automovilidad en distancias cortas (en el interior de una habitación) lo realiza rodando, arrastrándose sobre el estómago o gateando sobre sus manos y rodillas sin movimiento recíproco de las piernas.	CLASE IV 60
NIVEL V	Existe una limitación severa del movimiento voluntario y el niño es incapaz de sostener la cabeza y el tronco en posiciones anti-gravitatorias, toda función motora es limitada. Las limitaciones para sentarse y ponerse de pie no son compensadas con el uso de dispositivos tecnológicos y el niño no tiene una forma de movimiento independiente y tiene que ser transportado. Algunos niños pueden utilizar una silla de ruedas eléctrica con grandes adaptaciones.	CLASE V 80
Entre 4 y 6 años		
NIVEL I	El niño es capaz de sentarse o levantarse de una silla o del suelo sin necesidad de utilizar las manos para apoyarse. El niño es capaz de caminar en interiores y exteriores, sube escaleras. Puede intentar saltar y correr.	CLASE I 0
NIVEL II	El niño se mantiene sentado en una silla con las manos libres para manipular objetos. Puede levantarse desde el suelo y de una silla para ponerse de pie pero frecuentemente necesita de una superficie estable para apoyarse con los brazos. El niño camina sin necesitar un dispositivo manual auxiliar de la marcha en interiores y en distancias cortas o espacios abiertos con superficie regular, utiliza escaleras apoyándose en los pasamanos. No corre, no salta.	CLASE II 15

NIVEL III	El niño se mantiene sentado en una silla pero requiere soporte pélvico o del tronco para maximizar la función manual. Puede sentarse o levantarse de una silla usando una superficie estable para empujar o jalar con sus brazos con apoyo de los brazos. Camina con un dispositivo manual auxiliar de la marcha en superficies regulares y sube escaleras con asistencia de un adulto; con frecuencia tienen que ser transportados en espacios abiertos o terreno irregular o en distancias largas.	CLASE III 33
NIVEL IV	El niño se mantiene sentado en una silla pero necesita adaptaciones para mejorar el control de tronco y maximizar el uso de las manos. El niño puede sentarse y levantarse de una silla con asistencia de un adulto o de una superficie estable para empujar o jalar con sus brazos. Es posible que camine distancias cortas con una andadera o la supervisión de un adulto pero se les dificulta girar y mantener el equilibrio en superficies irregulares. El niño tiene que ser transportado en la comunidad, pueden lograr auto-movilidad con dispositivos motorizados.	CLASE IV 60
NIVEL V	Las limitaciones físicas no permiten la actividad voluntaria y el control del movimiento para mantener la cabeza y el tronco en posiciones anti-gravitatorias. Todas las áreas de la función motora son limitadas y las limitaciones para mantenerse sentado o en bipedestación no se compensan completamente con equipo o ayudas tecnológicas. En el nivel V, el niño no tiene forma de moverse de manera independiente y tiene que ser transportado no realiza actividades propositivas y tiene que ser transportado. Algunos niños pueden utilizar auto-movilidad motorizada con grandes adaptaciones	CLASE V 80

Fuente: Adaptación GROSS MOTOR (GMFCS) - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

- Para facilitar la asignación de porcentajes en función a las tablas 3, 4 y 5 del BAREMO de las páginas 108 y 109 se detalla una descripción con mayor especificidad.

Tabla 3. Sistema Nervioso del BAREMO (Anexo detallado de la tabla 3 del capítulo 3), Criterios de valoración de discapacidad por alteración de la bipedestación y la marcha.

Características encontradas	% Discapacidad
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar, pero tiene dificultad con:	
Elevaciones y desniveles.	1 – 5
Escaleras y sillas profundas.	6 – 10
Caminar largas distancias.	11 – 15
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar cierta distancia con dificultad y sin ayuda, pero sólo en las superficies a nivel, una distancia de 3 metros en un tiempo de:	
20 segundos.	16 – 20
30 segundos.	21 – 25
El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y mantenerla con dificultad, pero no puede caminar sin ayuda de:	
Bastón de cuatro puntos o Bastones ante braquiales	26 – 30
Dos muletas o apoyo de tercera persona.	31 – 40
Andadera anterior	41 – 45
El paciente no se puede levantar sin la ayuda de otras personas, un soporte mecánico o una prótesis.	50 – 65

Fuente: Área de Calificación Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

Tabla 4. Sistema Nervioso del Baremo (Anexo detallado de la Tabla 4, del Capítulo 3), Criterios para la evaluación de la Discapacidad por alteración de una Extremidad Superior.

Características encontradas	% Discapacidad
El paciente puede utilizar el miembro afectado para el autocuidado para las actividades diarias y para sujetar, pero tiene dificultad en la destreza en los dedos.	1 – 9
El paciente puede utilizar el miembro afectado para el autocuidado para la presión y para sujetar objetos con dificultad, pero no tiene destreza con los dedos	10 – 20
El paciente no puede utilizar el miembro afectado para las AVD (comunicación, actividad física funcional, función sensorial, funciones manuales, transporte y otros) y tiene dificultad con algunas de las de autocuidado (vestirse, aseo personal, evitar riesgos, comer y otras)	
Una actividad de autocuidado afectada	21 – 25
Dos actividades de autocuidado afectadas	26 – 30
Tres actividades de autocuidado afectadas	31 – 35
Cuatro actividades de autocuidado afectadas	36 – 39
El paciente no puede utilizar el miembro para las actividades de autocuidado y diarias	40 – 49

Fuente: Área de Calificación Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

Tabla 5. Sistema Nervioso del Baremo (Anexo detallado de la tabla 5 del Capítulo 3), Criterios para la evaluación de la discapacidad por alteración de las dos Extremidades Superiores.

Características encontradas	% Discapacidad
El paciente puede utilizar las dos extremidades superiores para el autocuidado para la prensión y para sujetar objetos, pero tiene dificultad en la destreza en los dedos.	1 – 24
El paciente puede utilizar las dos extremidades superiores para el autocuidado, para la presión y para sujetar objetos con dificultad, pero no tiene destreza con los dedos	25 – 49
El paciente no puede utilizar las extremidades superiores para las AVD (comunicación, actividad física funcional, función sensorial, funciones manuales, transporte y otros) y tiene dificultad con algunas de las de autocuidado (vestirse, aseo personal, evitar riesgos, comer	
Una actividad de autocuidado afectada	50 – 55
Dos actividades de autocuidado afectadas	56 – 60
Tres actividades de autocuidado afectadas	61 – 65
Cuatro actividades de autocuidado afectadas	66 – 70
El paciente no puede utilizar las extremidades superiores para las actividades diarias y de autocuidado.	75

Fuente: Área de Calificación Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

18.4. Aparato Respiratorio

El Certificado o Informe Médico debe ser emitido por la especialidad de Neumología y/o Cirugía.

Se debe adjuntar Espirometría de Esfuerzo actualizada u otro estudio de acuerdo al caso. (BAREMO, página 115).

En caso de usuarios con deficiencia de la función respiratoria, oxígeno dependiente previa realización de rehabilitación respiratoria por 6 meses y que cuenten con el informe de Neumología que indique que no es posible realizar la prueba de Espirometría, se procederá a la Calificación de Discapacidad, asignando el grado de afectación muy grave o severa.

18.5. Sistema Cardiovascular

El Certificado o Informe Médico debe ser emitido por la especialidad de Cardiología, detallando información de los estudios correspondientes.

El diagnóstico debe ser preciso y contener datos de acuerdo a clases funcionales de la escala de N.Y.H.A. (22) (BAREMO, página 136).

18.6. Sistema Hematopoyético

El Certificado o Informe Médico debe ser emitido por la especialidad de Hematología u Oncohematología. El diagnóstico debe ser preciso y se deben adjuntar los estudios complementarios que se requieran.

18.7. Aparato Digestivo

El Certificado o Informe Médico debe ser emitido por la especialidad de Gastroenterología o Cirugía de acuerdo a los criterios del capítulo.

El diagnóstico debe ser preciso y se deben adjuntar los estudios complementarios que se requieran.

18.8. Aparato Genitourinario

El Certificado o Informe Médico debe ser realizado por la especialidad de Nefrología, (Medicina Interna en departamentos donde no exista la especialidad), Urología, Ginecología, en casos que corresponda se adjuntará examen de laboratorio actual y específico (Aclaramiento de Creatinina).

En evaluaciones de patología renal terminal se debe tomar en cuenta:

- Cuando exista Aclaramiento de Creatinina menor a 20ml/min (corroborado con reporte de laboratorio actual) consignar un valor de acuerdo a clase III de 30% de discapacidad.
- Cuando el usuario realiza tratamiento dialítico consignar un valor de acuerdo a clase IV de 50% de discapacidad, evidenciado por informe de especialidad que indique el estadio y la cronicidad, siendo el Trasplante Renal la única alternativa. (No se calificará en casos de diálisis temporales).

18.9. Sistema Endocrino

El Certificado o Informe Médico debe ser de la especialidad de Endocrinología cumpliendo todos los criterios establecidos en el capítulo.

En menores de 18 años con diagnóstico establecido de talla baja, habiendo realizado todas las medidas terapéuticas establecidas por la especialidad de Endocrinología y/o Pediatría durante al menos 18 meses y a pesar de ello no existen modificaciones o una evolución positiva se asignará un porcentaje provisional de discapacidad de 30.

18.10. Piel y Anejos

El Certificado o Informe Médico debe ser de la especialidad de Dermatología. Calificar de acuerdo a criterios establecidos en el Capítulo.

18.11. Neoplasias

El Certificado o Informe Médico debe ser de la especialidad de Oncología o Cirugía según corresponda.

Cuando el tratamiento prescrito por especialidad sea únicamente paliativo o sintomático, la valoración se realizará en el momento de la solicitud sin esperar los seis meses.

En los casos donde el Certificado o Informe Médico indique la existencia de metástasis con un mal pronóstico se consignará un porcentaje directo de 50.

18.12. Aparato Visual

No se realiza la calificación de deficiencias visuales, ya que se excluye el Capítulo 12 del BAREMO, de acuerdo a normativa vigente.

18.13. Oído, Garganta y Estructuras Relacionadas

Para la calificación se requiere estudio de Audiometría tonal que debe consignar diagnóstico.

En casos de menores de 5 años que cuenten con informe de especialidad de Otorrinolaringología basado en estudios objetivos que correspondan y reporten pérdida auditiva moderada o grave bilateral, cumpliendo criterios del BAREMO, se consignará un porcentaje de 30. La recalificación se realizará con Audiometría tonal.

Ante la detección de probables personas simuladoras, se podrá suspender la Calificación y solicitar informe de la especialidad de Otorrinolaringología que detalle la prueba objetiva que corrobore la deficiencia que certifica.

18.14. Lenguaje

a) Trastornos del Lenguaje secundarios a Hipoacusia

La Valoración de los Trastornos del Lenguaje secundarios a Hipoacusia dependerá de:

1. La relación entre el grado de la deficiencia auditiva y la capacidad comprensiva y expresiva.
2. Edad de aparición de la deficiencia.
3. Diagnóstico precoz y tratamiento protésico, rehabilitador y educativo que permite acceder a un código lingüístico oral y/o gestual.
4. Limitación social, respaldada por la entrevista y pruebas de comunicación haciendo énfasis en la comprensión y expresión.
5. Dificultad que presente la persona en su comunicación, expresión y comprensión.

Con la finalidad que exista coherencia y pertinencia entre las Actividades de la Vida Diaria y las definiciones de los grados de discapacidad establecidos en la Ley N° 223, para la asignación del porcentaje se deberá aplicar las siguientes tablas de acuerdo a cada caso:

Tabla 6. Grados de discapacidad para la Comunicación Verbal en los Trastornos del Desarrollo del Lenguaje secundarios a Hipoacusia Prelocutiva y Perilocutiva

La valoración se hará según la definición de los siguientes grados de discapacidad, adjudicando el porcentaje que se especifica para cada uno de ellos.	
<p>GRADO I: Mínima limitación para comprender o expresarse:</p> <p>El usuario puede resolver la demanda de la vida diaria para comprender o expresar.</p> <p>Ocasionalmente, puede presentar errores en la articulación, leve limitación en la precisión del vocablo o la sintaxis, o leve dificultad de comprensión de expresiones más complejas. No hay limitación en la inteligibilidad</p>	Discapacidad para la comunicación verbal 0% a 2%
<p>GRADO II: Moderada limitación para comprender o expresarse:</p> <p>El usuario puede resolver la demanda de la vida diaria para comprender y expresar. Algunas veces puede presentar errores en la articulación, leve limitación en la precisión del vocablo o la sintaxis, o leve dificultad de comprensión de expresiones complejas, evidenciándose discontinuidad, duda, lentitud o dificultad. El habla (si asienta aquí la dificultad) puede ser ininteligible para extraños en temas descontextualizados</p>	Discapacidad para la comunicación verbal 3% a 4%
<p>GRADOS III: Severa limitación para comprender expresarse</p> <p>Puede resolver con poca ayuda o sin ella la práctica totalidad de las situaciones de la vida, pero los errores fonológicos y/o fonéticos o la reducción sintáctica y/o semántica determinan una dificultad obvia para referirse a temas específicos. El habla (si asienta aquí su dificultad) es ininteligible para extraños e incluso para personas cercanas en temas fuera de contexto.</p> <p>Si el lenguaje es gestual, puede comunicarse en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades relevantes para la comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral</p>	Discapacidad para la comunicación verbal 5% a 8%
<p>GRADO IV: Grave limitación para comprender o expresarse</p> <p>El usuario puede con ayuda y cierta limitación, resolver las situaciones de la vida normal, pero los errores fonológicos, fonéticos y sintácticos o semánticos determinan una dificultad marcada para referirse a temas específicos. Hay fracasos frecuentes al intentar expresar una idea y para ello depende en gran medida del oyente. El habla (si asienta aquí su dificultad) es ininteligible para extraños o incluso difícil de entender para personas cercanas en temas coloquiales. Si este fuera el problema, puede no ajustarse a la situación comunicativa, usar estereotipos o repeticiones ecológicas y expresar ideas sin relación con el contexto, solo para mantener la comunicación</p> <p>Si utiliza el gesto, solo sirve para referirse a aspectos concretos estrechamente ligados al contexto en el entorno lingüístico que le es afín.</p>	Discapacidad para la comunicación verbal 9% a 10%
<p>GRADO V Total limitación para comprender o expresarse.</p> <p>Existe una completa limitación para comprender o expresarse en la vida normal, tanto a nivel oral como gestual. La comunicación, si se efectúa, es solo a partir de expresiones incompletas o ininteligibles, que obligan a oyentes a inferir o extraer el contenido comunicativo a partir de preguntas continuas, debiendo a veces adivinarlo. puede no ajustarse en lo absoluto a la situación comunicativa, incluso aunque pueda reproducir a la perfección frases o secuencias de habla aparentemente compleja.</p>	Discapacidad para la comunicación verbal 11% a 12%

Fuente: Adaptación del Área De Calificación - Unidad De Gestión de la Política De Discapacidad

Tabla 7. Grados de discapacidad para la Comunicación Verbal en los Trastornos del Desarrollo del Lenguaje secundarios a Hipoacusia Post-locutiva

La valoración se hará según la definición de los siguientes grados de discapacidad, adjudicando el porcentaje que se especifica para cada uno de ellos.	
<p>GRADO I: Mínima limitación para la recepción – articulación:</p> <p>El usuario es capaz de expresar con claridad y de comprender los mensajes en LA MAYORÍA de las situaciones normales de comunicación de cada día con lenguaje oral. El habla puede presentar alteraciones en la articulación o en la prosodia, pero no llega a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. Aprovecha la ayuda protésica convencional y puede mantener una conversación con propios y extraños si se tiene en cuenta su problema</p>	Discapacidad para la comunicación verbal 0% a 2%
<p>GRADO II: A o Moderada limitación para la recepción – articulación:</p> <p>El usuario es capaz de expresar con claridad y de comprender los mensajes en MUCHAS de las situaciones normales de comunicación de cada día con el lenguaje oral. El habla puede presentar alteraciones en la articulación y en la prosodia, pero no llega a determinar limitaciones relevantes en la inteligibilidad. Complementa con la lectura labial y otras estrategias de tal manera que es capaz de mantener con esfuerzo una conversación con propios y extraños sobre temas conocidos, siempre que el hablante tenga en cuenta su problema</p>	Discapacidad para la comunicación verbal 3% a 4%
<p>GRADOS II B o Severa limitación para la recepción – articulación:</p> <p>El usuario puede expresar con claridad y comprender los mensajes en ALGUNAS de las situaciones normales de cada día con lenguaje oral o gestual. El habla presenta alteraciones en la articulación y en la prosodia que dificultan levemente la inteligibilidad.</p> <p>Si utiliza un implante coclear, le permite mantener una conversación con personas conocidas en ambientes adecuados que tengan en cuenta su limitación. Si su lenguaje es gestual, puede comunicarse plenamente en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades relevantes para comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.</p>	Discapacidad para la comunicación verbal 5% a 8%
<p>GRADO III A o Grave limitación para la recepción – articulación:</p> <p>Puede expresar y comprender los mensajes en POCAS situaciones normales de comunicación de cada día con lenguaje oral o gestual. El habla presenta alteraciones en la articulación y la prosodia que dificultan de forma relevante la inteligibilidad en circunstancias desfavorables.</p> <p>Si utiliza un implante coclear, le permite con dificultad y de forma limitada mantener una conversación con personas conocidas en ambiente adecuado, apoyándose en lectura labial, sobre temas conocidos y siempre que se tenga en cuenta su limitación.</p> <p>Si su lenguaje es gestual, puede comunicarse con limitaciones en el entorno lingüístico que le es afín, pero encuentra dificultades graves para la comunicarse en medios exclusivos de lenguaje oral.</p>	Discapacidad para la comunicación verbal 9% a 10%

Fuente: Adaptación del Área De Calificación - Unidad De Gestión de la Política De Discapacidad

Por las características propias del desarrollo y el establecimiento del lenguaje para la asignación de porcentaje se deberá tomar en cuenta los siguientes rangos en función a las siguientes tablas de acuerdo a cada caso:

Tabla 8. Asignación de porcentaje para Hipoacusia Pre y Perilocutiva

Edad	Porcentaje (%)
0 – 5	0
Mayores de 6 años*	0 – 12

Fuente: Adaptación del Área de Calificación - Unidad de Gestión de La Política de Discapacidad/MSyD

*En caso de usuarios/as que presenten ausencia de lenguaje verbal y tengan un porcentaje máximo en el Área de Medicina, se le otorgará un porcentaje de 16.

Tabla 9. Asignación de porcentaje para Hipoacusia Postlocutiva

Edad	Porcentaje (%)
6 – 10 años	0 – 6
Mayores de 6 años	0 – 10

Fuente: Adaptación del Área de Calificación - Unidad de Gestión de La Política de Discapacidad/MSyD

b) Trastornos Afásicos y Disartria

Los Trastornos Afásicos y Disartria secundarios a Síndrome de Deterioro Neurocognitivo, Traumatismo Craneoencefálico, Accidente Cerebro Vascular, Tumores Cerebrales, etc., se realizará la Calificación con informe de la especialidad de Neurología o Neurocirugía o Medicina Física y Rehabilitación o Medicina Interna que contenga información sobre el proceso de rehabilitación y seguimiento por el lapso mínimo de un año.

Se procederá con la combinación de porcentajes de Psicología con Medicina cuando el resultado obtenido esté técnicamente justificado (Escala de Katz y Lawton) dentro la definición de los grados de discapacidad establecidos en la Ley N° 223.

Para la asignación del porcentaje se deberá aplicar la siguiente tabla:

Tabla 10. Grados de Discapacidad para la Comunicación Verbal secundario a Afasia

La valoración se hará según la definición de los siguientes grados de discapacidad, adjudicando el porcentaje que se especifica para cada uno de ellos.	
<p>GRADO I o Mínima limitación para comprender o expresarse</p> <p>Mínimos deterioros observables en el habla</p> <p>Ocasionalmente manifiesta leves alteraciones en la articulación vocablos poco precisos, ligeras alteraciones de la sintaxis o leve dificultad de expresiones complejas.</p> <p>El paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.</p> <p>La escritura puede estar deformada, pero es legible. La organización del relato escrito se limita a varias ideas descriptivas conexas con frases identificables, aun con errores gramaticales y paragráficos.</p> <p>Muestra dificultades para la comprensión de oraciones o textos de relativa complejidad integrados por lo menos dos frases compuestas menos complejas (yuxtapuestas y copulativas).</p>	<p>Discapacidad para la comunicación verbal 1% a 10%</p>
<p>GRADO II o moderada limitación para para comprender o expresarse:</p> <p>Hay alguna pérdida evidente en la fluidez del habla o facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o su forma de expresión.</p> <p>Tiene dificultades para encontrar la palabra adecuada, haciendo un discurso impreciso, presentado a veces una articulación lenta, torpe o distorsionada. A veces, las dificultades de comprensión se hacen patentes.</p> <p>Todos los problemas que se presentan pueden ser compensados con la ayuda del interlocutor y las diferentes estrategias utilizadas por el paciente.</p> <p>La escritura se limita a una o más frases en las que se observa una combinación de palabras formando un núcleo sintáctico, o consigue una lista extensa (cinco o más) de palabras de significado (sustantivo y verbos).</p> <p>Muestra dificultad para la comprensión en lectura de oraciones simples.</p>	<p>Discapacidad para la comunicación verbal 11% a 20%</p>
<p>GRADOS III o severa limitación para comprender o expresarse:</p> <p>El usuario puede referirse a todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella, sin embargo, la reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas.</p> <p>Toda conversación que se aleje de temas familiares o muy contextualizados será imposible de mantener.</p> <p>La comunicación está severamente alterada con interlocutores no familiarizados con su problemática.</p> <p>La grafía apenas es legible y la escritura se limita a palabras mal deletreadas, aisladas y sin estructuración en la frase, pero se identifican uno o más sustantivos o verbos.</p> <p>Muestra dificultades para la comprensión de lectura de palabras aisladas (asociación palabras -imagen)</p>	<p>Discapacidad para la comunicación verbal 21% a 30%</p>

<p>GRADO IV o grave limitación para comprender o expresarse</p> <p>El usuario puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares</p> <p>Hay frecuente fracaso al intentar expresar una idea, pero comparte el peso de la comunicación con el examinado.</p> <p>Su lenguaje puede estar reducido a palabras aisladas mal emitidas, bien por problemas articulatorios o por la existencia de parafraxias que pueden dar lugar a una jerga.</p> <p>La comprensión de estos casos está muy limitada, reduciéndose a tareas de designación y comprensión de órdenes de un elemento.</p> <p>Total, limitación para comprender o expresar mensajes escritos.</p>	<p>Discapacidad para la comunicación verbal 31% a 40%</p>
<p>GRADO V o total limitación para comprender o expresarse</p> <p>La comunicación se efectúa totalmente a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es mínimo y el peso recae sobre el oyente. En ocasiones ausencia total de habla o producción de estereotipos verbales. En otros casos se da una jerga logorreica con nula comprensión auditiva. El usuario es incapaz de realizar órdenes sencillas o designar partes del cuerpo, objetos o imágenes.</p>	<p>Discapacidad para la comunicación verbal 41% a 50%</p>

Fuente: Adaptación Del Área De Calificación - Unidad De Gestión De La Política De Discapacidad/Msyd

La deficiencia más importante que provoca la discapacidad será el lenguaje y de manera excepcional se identificará como tipo de Discapacidad Física-Motora.

18.15. Retraso Mental

En caso de Retraso Mental es válido el Certificado y/o Informe de Medicina General u otra especialidad.

En este acápite se tomará en cuenta las secuelas de Parálisis Cerebral con afectación intelectual (en todos los casos).

Para la calificación se deberá tomar en cuenta la disminución de la Capacidad Intelectual, la misma deberá ser significativamente inferior al promedio, asociado a las limitaciones para las AVD's.

Para la asignación de porcentaje se deberá tomar en cuenta:

- Criterios y parámetros establecidos en el BAREMO de Valoración de Situaciones de Minusvalía.
- Dentro de los Criterios del BAREMO de Valoración de Situación de Minusvalía se encuentra la relación existente entre el Coeficiente Intelectual y Unidades de Discapacidad, para lo cual se debe tomar en cuenta el siguiente cuadro orientativo:

Cuadro 3. Cuadro Orientativo, Retraso Mental

CAPACIDAD INTELECTUAL LIMITE (página 261) C.I. 70 - 80																		
U 15 - 29																		
70 ^ 29 28	71 27	73 26	73 25	74 ^ 24 23	75 22	76 ^ 21 20	77 19	78 18	79 17	80 ^ 16 15								
RETRASO MENTAL LEVE (página 261) C.I. 51 - 69																		
U 30 - 59																		
51 ^ 59 58	52 ^ 57 56	53 ^ 55 54	54 53	54 52	56 ^ 51 50	57 ^ 49 48	58 ^ 47 46	59 45	60 44	61 ^ 43 42	62 ^ 41 40	63 ^ 39 38	64 37	65 36	66 ^ 35 34	67 ^ 33 32	68 31	69 30
RETRASO MENTAL MODERADO (página 261) C.I. 35 - 50																		
U 60 - 75																		
35 75	36 74	37 73	38 72	39 71	40 70	41 69	42 68	43 67	44 66	45 65	46 64	47 63	48 62	49 61	50 60			
RETRASO MENTAL GRAVE Y/O PROFUNDO (página 261) C.I. 34 - 20																		
U 76																		

Fuente: Área De Calificación - Unidad De Gestión De La Política De Discapacidad/Msyd

Es importante aclarar que la asignación del porcentaje no depende exclusivamente del Coeficiente Intelectual, por lo que el mismo deberá estar en función al análisis clínico y técnico.

a) Capacidad Intelectual Límite

Para usuarios/as comprendidos entre las edades 6 a 18 años, con Capacidad Intelectual Límite su porcentaje será entre 15 a 22 y para mayores de 18 años, su porcentaje será el que corresponde.

b) Retraso Global del Desarrollo

Para la calificación de Retraso Global del Desarrollo en niños comprendidos entre las edades de 2 a 5 años se calificará con el Capítulo 15 (Retraso Mental) y se asignará un porcentaje de 33 de forma provisional, solo en casos que cumplan con los siguientes criterios:

- Certificado y/o Informe o Médico emitido por una de las siguientes especialidades: Neuropediatría, Psiquiatría Infantil, Medicina Física de Rehabilitación Infantil, Neurología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación, con diagnóstico de Retraso Global del Desarrollo Grave/Severo o Retardo del Desarrollo Grave/Severo.
- El/la Psicólogo/a calificador/a que logró identificar la existencia de Retraso en el Desarrollo en las siguientes áreas: Motriz (Fino y Grueso), Audición y Lenguaje, Personal y Social dentro del rango de alerta o riesgo elevado en las diferentes Escalas de Desarrollo.
- Es también aplicable en casos de Parálisis Cerebral donde se evidencie alteraciones a nivel cognitivo.

c) Retraso Mental

En caso de haber confirmado durante la calificación la existencia de Retraso Mental se tomará en cuenta el siguiente cuadro:

Tabla 11. Asignación de porcentaje para Retraso Mental

Edad	Porcentaje (%)
6 – 17 años	33 – 50 – 60
Mayores de 18 años	33 – 50 – 60 – 76

Fuente: Área De Calificación - Unidad De Gestión De La Política De Discapacidad/Msyd

d) Síndrome de Down

En caso de Retraso Mental por Síndrome de Down es válido el Certificado y/o Informe de Medicina General o de especialidad, no se contemplará el inciso b), para la cual se tomará en cuenta el siguiente cuadro:

Tabla 12. Asignación de porcentaje para Retraso Mental - Síndrome De Down

Edad	Porcentaje (%)
0 – 3 años	33
4 – 17 años	33 – 50 – 60
Mayores de 18 años	33 – 50 – 60 – 76

Fuente: Área De Calificación - Unidad De Gestión De La Política De Discapacidad/Msyd

18.16. Enfermedad Mental

En caso de Deterioro Cognitivo es válido el Certificado y/o Informe de Medicina General o de especialidad.

Para los Trastornos Neurodegenerativos se deberá solicitar informes de especialidad de Neurología o Psiquiatría.

Para la calificación del Trastorno Generalizado del Desarrollo (Autismo) se deberá solicitar informe de Neurología o Neuropediatria o Psiquiatría o Psiquiatría Infantil o Pediatría.

En caso de compromiso de las Funciones Cognitivas con predominio de alteraciones de comportamiento, curso y contenido del pensamiento por consumo de sustancias psicoactivas se solicitará un informe de Psiquiatría con datos específicos del tratamiento terapéutico no menor a un año, que indique ausencia de consumo perjudicial de sustancias.

a) Secuelas de Epilepsia

Cuando el/la usuario/a presentó la epilepsia antes de los 6 años y en el caso de existir compromiso a nivel intelectual, se calificará como Retraso Mental.

En casos de epilepsia iniciada a los 6 años con alteración en las funciones cognitivas, se calificará como, Trastorno Neurocognitivo (Deterioro Cognitivo) de acuerdo a criterios y parámetros establecidos en el capítulo 16, inciso 1 Trastorno Mental Orgánico (página 275 del BAREMO).

b) Trastorno Generalizado del Desarrollo (Autismo)

Se debe tomar en cuenta que el diagnóstico no es un criterio que por sí solo determinará el grado de discapacidad, debiendo enfatizar en los criterios y parámetros establecidos en el BAREMO de Valoración de Situaciones de Minusvalía y el presente documento. Para la asignación del porcentaje se tomará en cuenta la siguiente tabla:

Tabla 13. Asignación del Porcentaje en Autismo

Edad	Porcentaje (%)
3 – 5 años	0 – 16 - 33
6 – 17 años	0 – 16 - 33 – 50
Mayores de 18 años	0 – 16 - 33 – 50 – 60 - 75

Fuente: Área De Calificación - Unidad De Gestión De La Política De Discapacidad/Msyd

c) Secuelas de Traumatismos Craneoencefálicos

En casos de Traumatismos Craneoencefálicos, Accidente Cerebro Vascular, Tumores Cerebrales, Deterioros Neurodegenerativos, Secuelas de Adicciones (alcohol y otras sustancias psicoactivas), se calificarán las secuelas permanentes de acuerdo a criterios y parámetros específicos del Capítulo 16, inciso 1 Trastorno Mental Orgánico (página 275 o 276 del BAREMO).

d) Esquizofrenia y otros Trastornos Mentales

Para la Calificación de deficiencias de tipo mental o psíquica se deberá tomar en cuenta que el diagnóstico no es un criterio que por sí solo determine el grado de discapacidad, debiendo enfatizar en los criterios y parámetros establecidos en el BAREMO de Valoración de Situaciones de Minusvalía y el presente documento, se solicitará informe de Psiquiatría, el cual debe contener detalles clínicos del caso y medidas terapéuticas no menor a 6 meses debidamente documentado.

Los porcentajes para la asignación en los incisos a), c) y d) serán de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 14. Asignación de porcentaje de Enfermedad Mental

Edad	Porcentaje (%)
6 - 17 años	0 – 16 - 33 – 50
Mayores de 18 años	0 – 16 - 33 – 50 – 60 – 75

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

Otros aspectos complementarios a Lenguaje, Retraso Mental y Enfermedad Mental

a) Redacción de Diagnóstico de Discapacidad

Se presentan algunos ejemplos de los diagnósticos de mayor frecuencia que se utilizan en el área de Psicología con el fin de homogeneizarlos, identificados en la siguiente tabla.

Tabla 15. Redacción de Diagnóstico de Discapacidad

Lenguaje (Capítulo 14)	
Secundarios a Hipoacusia	TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE SECUNDARÍA A (SORDERA O HIPOACUSIA) PRE O PERI LOCUTIVA, CAPÍTULO 14, TABLA 1, GRADO (I - V), SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.
	TRASTORNO DEL LENGUAJE ESTABLECIDO SECUNDARIO A (SORDERA O HIPOACUSIA) POSTLOCUTIVA, CAPÍTULO 14, TABLA 3, GRADO (I -IV), SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.
Afasia como única Deficiencia	TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL - AFASIA R.47.0, CAPÍTULO 14, TABLA 3, GRADO (I-V), SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.
Disartria	TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL - DISARTRIA R.47.1, CAPÍTULO 14, TABLA 3, GRADO (I-V), SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.
Otros Diagnósticos	CAPACIDAD PARA LA COMUNICACIÓN EXPRESIVA Y COMPENSIVA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES.
Retraso Mental (Capítulo 15)	
RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO R62.0, CAPÍTULO 15, SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.	
CAPACIDAD INTELECTUAL LIMITE R41.8, CAPÍTULO 15, PÁGINA 261, SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.	
RETRASO MENTAL LEVE F70, CAPÍTULO 15, PÁGINA, 262, SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.	
RETRASO MENTAL MODERADO F71, CAPÍTULO 15, PÁGINA 263, SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.	
RETRASO MENTAL GRAVE O PROFUNDO F72, CAPÍTULO 15, PÁGINA 265, SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.	
ENFERMEDAD MENTAL (CAPÍTULO 16)	
Trastorno Neurocognitivo (Deterioro Cognitivo)	DETERIORO COGNITIVO (LEVE, MODERADO O GRAVE) (F07), CAPÍTULO 16, PÁGINA (275-276), CLASE I-V, SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.
Autismo	TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO (F84), CAPÍTULO 16, PÁGINA 275-276, CLASE (I-V), SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE AUTISMO (F84.), CAPÍTULO 16, PÁGINA 275-276, CLASE (I-V), SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.
Esquizofrenia y Trastornos Paranoides	ESQUIZOFRENIA_ (F20), CAPÍTULO 16, PÁGINA 276-277, CLASE (I-V), SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

b) Pruebas e Instrumentos

En la siguiente tabla se presentan algunas pruebas e instrumentos psicológicos, para su aplicación en la calificación en los casos que corresponda (Lenguaje, Retraso Mental y Enfermedad Mental):

Tabla 16. PRUEBAS E INSTRUMENTOS DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA

• Escala de Katz (Actividades Básicas de la vida diaria)	• Escala de Lawton Actividades Instrumentales de la vida diaria)
• Test de Goodenough	• Test Gestáltico Visomotor de Bender
• Cuestionario Pfeiffer	• Test de Mayo
• Test Mini Mental (MEC)	• Escala de Desarrollo Nelson Ortiz
• Escala de la Valoración de la Comunicación (SOAC)	• Escala de Denver Cuantificada
• Valoración Cortical (PTO)	• Test del Dibujo del Reloj
• IDEA (Inventario de Espectro Autista)	• CARS (Escala de Valoración de Autismo)
• Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS)	• Tabla de Signos Psicopatológicos
• Escala de síndrome positivo negativo (PANSS)	• M-CHAT

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

18.17. Factores Sociales Complementarios

El presente acápite, complementa la parte de factores sociales complementarios del BA-REMO, para la Calificación en el área de Trabajo Social, tomando en cuenta conceptos, aspectos y criterios contextualizados a la realidad boliviana y otros considerados de suma importancia.

Los factores personales y sociales son únicos para cada usuario/a, desde su experiencia personal, familiar, laboral, educativa y de interrelación con el entorno, por lo que la puntuación a otorgar será dada en función a los aspectos que influyen en el comportamiento e información que proporciona el/la usuario/a y el análisis de la misma, de acuerdo a los parámetros establecidos en los factores sociales, que se describirán a continuación.

a. Factor Familiar

El análisis de este factor nos servirá para identificar aspectos de la vida familiar del/la usuario/a que influyen en su comportamiento y en su vida social, considerando los siguientes criterios:

Tabla 17. Asignación de Puntaje a Factores Familiares

Situación a Puntuar	Consideraciones		Puntuación
Situaciones de algún miembro del núcleo familiar, que conviva de manera permanente con el/la usuario/a.	Enfermedades catastróficas en algún miembro del núcleo familiar	Son aquellas patologías de alto riesgo de carácter prolongado o permanente, cuyo tratamiento es de costo económico elevado.	1
	Una o más Personas con Discapacidad en el núcleo familiar	Siempre y cuando refiera que existe otra persona que cuente con el Carnet de Discapacidad. (No indispensable la presentación del Carnet de Discapacidad)	
	Padres, tutores o familiar de 60 años o más.	Siempre y cuando los padres, tutores o familiar a cargo, vivan solos con el/la usuario/a y expresen de forma explícita la dificultad de su cuidado y atención.	
Ausencia de un familiar que convivía con la PcD	Por abandono	Tomar en cuenta el tiempo de abandono hasta 1 año al momento de la calificación.	1
	Por muerte	Muerte hasta 2 años al momento de la calificación. Considerar solo hasta los 18 años en usuarios/as con deficiencia física y/o auditiva y en usuarios/as con deficiencia intelectual, mental/psíquica de 18 o más años.	
Relaciones intrafamiliares	Sobreprotección	Cuando exista, de manera frecuente, exceso de protección que afecte la independencia y/o relaciones interpersonales del/a usuario/a.	1
	Violencia	Cuando exista violencia física, psicológica y/o sexual hacia el/la usuario/a, expresado de manera explícita durante la entrevista.	
		Cuando exista, de manera frecuente, actitudes de rechazo de uno o más miembros del grupo familiar.	
	Negligencia o abandono encubierto	Cuando exista, descuido del cuidador hacia el/la usuario/a para proporcionarle los alimentos o servicios, que son necesarios, siempre y cuando exista las condiciones y posibilidades.	
Inhabilidad Social	Se considera este aspecto cuando exista actitudes agresivas físicas y/o psicológicas de la PcD hacia la familia		

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

b. Factor Económico

Este factor se valorará teniendo como referencia el salario mínimo nacional, siguiendo la siguiente fórmula:

Tabla 18. Fórmula para la obtención del ingreso per capita

INGRESO PER CÁPITA =	$\frac{\{[(\text{Ingresos} - \text{Egresos})/\text{Número de miembros de la Familia}] * 100\}}{\text{Salario Mínimo Nacional}} = \% \text{ de Ingreso Per Cápita}$
-----------------------------	--

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

Tabla 19. Aspectos a considerar en el Factor Económico

Ingresos	Egresos	Miembros de la Familia	Salario Mínimo Nacional
<ul style="list-style-type: none"> La totalidad de los ingresos que se realiza de manera mensual y habitual al interior del sistema familiar. (sueldos, salarios, o ingreso por trabajo independiente actividades informales) Bonos mensuales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bono Municipal para Personas con Discapacidad ✓ Renta Dignidad ✓ Becas universitarias ✓ Pensiones de jubilación u otros No se tomarán en cuenta los bonos anuales, por ejemplo: el Bono Juancito Pinto, el Bono Juana Azurduy, etc. 	Traducidos en: Alimentación Servicios básicos Alquiler Transporte Gastos en salud de la familia Educación Deudas bancarias Otros gastos	De acuerdo al grupo familiar descrito en el formulario social	De acuerdo a lo dispuesto por la autoridad competente

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

Tabla 20. Asignación de puntaje para Puntuación del Factor Económico

Renta Per Cápita	PUNTUACIÓN	
	Hasta 5 miembros	Más de 5 miembros
<ul style="list-style-type: none"> Superior al 100% Personas que se encuentran en Albergues, Centros de Acogida Rehabilitación o Centros Penitenciarios 	0	0
• Entre el 50 y 99%	1	2
• Entre el 3 y 49%	2	3
• Entre el 0 % y 2%	3	4
• Persona que vive de la caridad, vive solo/a; recibe el apoyo de su familia y/o comunidad, con todo lo relacionado a su mantención. pero no monetariamente	1	
• Persona en situación de indigencia	2	
PUNTUACIÓN MÁXIMA	4 Puntos	

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

NOTA: En personas que se encuentran en instituciones con vínculo familiar y estos realicen el aporte económico a la institución, se debe aplicar la fórmula tomando en cuenta el ingreso per cápita familiar, al igual que los/as usuarios/as que piden ayuda en la calle (limosneros).

c. Factor Laboral

La Calificación en este factor es considerada siempre y cuando exista **demanda de trabajo** y ésta **sea igual o supere los seis meses**, obteniendo el puntaje de cero (0) aquellas personas que **NO** sean demandantes de empleo (23). Aplicar puntuación según la siguiente tabla:

Tabla 21. Puntuación del Factor Laboral

Criterios	Puntaje
0 a 14 años	0
15 hasta 40 años	1
41 hasta 59 años	2
60 años o más	0
Persona que se encuentra en Albergues, Centros de Acogida, "Rehabilitación" o Centros Penitenciarios	0
PUNTUACIÓN MÁXIMA	2

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

NOTA: Las personas de 15 a 18 años, podrán ser consideradas dentro de la tabla, siempre y cuando demanden trabajar, en un lapso igual o superior a los 6 meses, para solventar sus necesidades primordiales (alimentación, servicios básicos, educación).

d. Factor Cultural (Educativo)

Se valorará conforme a la siguiente tabla:

Tabla 22. Valoración Del Factor Cultural

NIVEL EDUCATIVO			
CURRICULUM ESCOLAR		NIVEL DE FORMACIÓN ADQUIRIDO	
MENORES DE 18 AÑOS	P1	18 AÑOS CUMPLIDOS O MAS	P2
No escolar a partir de los 6 años	4	Analfabeto	4
No escolarizado. Entre 4 y 5 años	1	Neoelector (alfabetización)	3
Nivel inicial	3		
Neoelector			
Retrasos escolares	2	Retrasos escolares Educación de Adultos (CEMA, CEA, YO SI PUEDO SEGUIR)	2
Educación Especial		Educación Especial	3
De 1 a 6 grados de escolaridad en el sistema de Educación Regular.	2	De 1 a 6 grados de escolaridad en el sistema de Educación Regular	3
De 7 a 12 grados de escolaridad en el sistema de Educación Regular	1	De 7 a 12 grados de escolaridad en el sistema de Educación Regular	2
Curso escolar acorde con la edad	0	Bachiller que no ingresó al Sistema de Educación Superior. Usuario/a que no concluyó el 2do. año de educación superior.	1
		Profesionales Usuario/a que concluyó el 2do. año de educación superior.	0

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

- Menores de 18 Años

- No escolarizado a partir de 6 años: Son usuarios/as que no ingresaron a ningún proceso educativo.
- No escolarizado entre 4 y 5 años: Debido a que la educación escolarizada en nuestro país se inicia a partir de los 4 años cumplidos.
- Inicial: Si el/la usuario/a concluyó el nivel inicial e hizo el abandono por más de dos años puntuar 3 de acuerdo a la tabla. Si culminó el nivel inicial y aún se encuentra con la edad acorde al nivel educativo, siendo su abandono escolar dentro los dos años establecidos, puntuar 0 acorde a la edad.
- Neolector: Cuando aprendió a leer y escribir de manera empírica y/o fue alfabetizado/a con el Programa Yo sí Puedo u otros de Alfabetización.
- Retrasos escolares y/o Educación Especial: Se considerará como retraso escolar, cuando el/la usuario/a tenga dos años o más de retraso por debajo al nivel que le correspondería para su edad, siempre y cuando se encuentre cursando algún nivel de escolaridad, de lo contrario se tomará en cuenta los grados de escolaridad alcanzados en el sistema de Educación Regular, si corresponde.
- De 1 a 6 grados de escolaridad en el Sistema de Educación Regular: Referida al usuario/a que solo recibió la formación básica, elemental y conocimientos de lecto- escritura, cálculo básico y conceptos culturales considerados imprescindibles (primaria).
- De 7 a 12 grados de escolaridad en el Sistema de Educación Regular: Referida al usuario/a que recibió la formación y conocimiento para continuar estudios superiores o incorporarse a las actividades socio-productivas (secundaria).
- Curso escolar acorde con la edad: Se refiere al usuario/a que curso o se encuentra cursando el grado escolar que le corresponde para la edad, incluso aquellos que tienen hasta 2 años de retraso escolar.

- 18 años Cumplidos y más

- Analfabeto: Son usuarios/as que no acudieron a ningún proceso educativo de formación, ni regular ni especial.
- Neolector: Proceder en función a lo descrito en menores de 18 años.
- Retrasos escolares y Educación Especial: Proceder en función a lo descrito en menores de 18 años.
- De 1 a 6 grados de escolaridad en el Sistema de Educación Regular: Proceder en función a lo descrito en menores de 18 años.
- De 7 a 12 grados de escolaridad en el Sistema de Educación Regular: Proceder en función a lo descrito en menores de 18 años.

NOTA:

- Tomar en cuenta el grado aprobado por el/la usuario/a.
- Los cursos de capacitación, que requieren una formación menor a 1 año, no se consideran como técnico, en estos casos puntuar en función al último grado de escolaridad aprobado. Ejemplo cursos de peluquería, costura, repostería, etc.
- En los casos donde los/as usuarios/as no concluyeron el nivel secundario, pero recibieron de manera directa una formación técnica, tomar en cuenta solamente el último grado de escolaridad cursado en el Sistema de Educación Regular. Ej.: piloto privado, instructor de vuelo, etc.

e) Factor Entorno

Condiciones de Habitabilidad

Asignar un punto en una de las siguientes situaciones:

- Hacinamiento crítico, considerado cuando 5 o más personas conviven en un dormitorio de un espacio reducido (24).
- Carencia de servicios básicos: agua potable, electricidad y alcantarillado.
- Usuario/a en situación de calle, por cuanto no cuenta con vivienda.

Tabla 23. Factor del Entorno

ASPECTOS A CONSIDERAR			PUNTOS	
a	CONDICIONES HABITABILIDAD	A) Hacinamiento	Hacinamiento más de 5 personas	1
			Sin hacinamiento	0
		B) Servicios básicos	Cuenta con todos los servicios básicos	0
			Cuenta con 2 o menos servicios básicos	1
		C) Persona en situación calle	2	
PUNTUACIÓN MÁXIMA A OTORGAR (A+B) o C = 2 PUNTOS				

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

Barreras que presenta la persona de acuerdo al Tipo de Discapacidad. - Para la puntuación se debe considerar, las barreras detalladas a continuación:

- **Barreras Actitudinales:** Son barreras que describen el conjunto de dificultades o desafíos que experimentan las Personas con Discapacidad, actitudes de incompreensión, rechazo social, discriminación y estereotipos que se presentan. Esta barrera será considerada fuera del núcleo familiar.
 - Solo en institucionalizados tomar en cuenta las barreras actitudinales fuera y dentro de la institución.
- **Barreras de Comunicación:** Son aquellos obstáculos o dificultades que pueden presentarse durante el proceso comunicativo de manera permanente debido a causas fisiológicas. Serán considerados los/as usuarios/as que no tienen lenguaje verbal.
- **Barreras Arquitectónicas:** Se considerarán aquellos obstáculos estructurales en entornos naturales o hechos por el hombre, los cuales impiden o bloquean la movilidad (desplazamiento por el entorno) y limitan realizar sus AVD's, considerados para asignar puntaje según barreras físicas presentadas fuera de la vivienda y solo en institucionalizados tomar en cuenta al interior de la misma.

Tabla 24. Asignación de puntajes a barreras en el factor del entorno

Tipo de Discapacidad	Barreras	Puntaje 0 punto	1 punto	2 puntos
Física – motora	Arquitectónicas Actitudinales	No existen barreras	Una o dos barreras que impidan o dificulten su rehabilitación e inclusión social para estudiar, trabajar, acceder a Rehabilitación, salud.	Tres barreras que impidan o dificulten su rehabilitación e inclusión social para estudiar, trabajar, acceder a Rehabilitación, salud, (Discapacidad Múltiple).
Intelectual	Actitudinales Arquitectónicas (usuario/a con retraso mental profundo)			
Auditiva	Comunicacionales Actitudinales			
Mental/Psíquica	Actitudinales			
Múltiple	Actitudinales Comunicacionales Arquitectónicas			
HASTA 2 PUNTOS				

Fuente: Área de Calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad/MSyD

19. INSTANCIAS INVOLUCRADAS EN EL PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y CARNETIZACIÓN DE DISCAPACIDAD

19.1. Nivel Nacional

El Ministerio de Salud y Deportes se constituye como ente Rector y Normativo que regula el Procedimiento para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad, además de la administración del SIPRUNPCD.

19.1.1. Responsable del Sistema de Información para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad - SIPRUNPCD

El Ministerio de Salud y Deportes, designará al/la Responsable del SIPRUNPCD dependiente de la Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad, mediante criterios de perfil profesional, idoneidad y experiencia laboral.

Funciones

- Coadyuvar en la formulación de políticas, estrategias y disposiciones reglamentarias para el Registro y Carnetización de Discapacidad.
- Coordinar, elaborar y actualizar Manuales e Instrumentos técnico normativos para el procedimiento de Registro y Carnetización de Discapacidad.
- Coordinar acciones para el Registro y Carnetización de Discapacidad con instituciones gubernamentales y no gubernamentales.
- Efectuar la supervisión y el monitoreo del Registro y Carnetización de Discapacidad a nivel Nacional.
- Coadyuvar estrategias y mecanismos para garantizar el proceso de Registro y Carnetización de Discapacidad.

- f. Promover e incentivar la actualización tecnológica que permita optimizar el procedimiento de Registro y Carnetización de Discapacidad.
- g. Coordinar y realizar la capacitación en el proceso de Registro y Carnetización de Discapacidad.
- h. Coordinar con las Unidades Especializadas Departamentales el proceso de Registro y Carnetización de Discapacidad.
- i. Coordinar con el Área de Calificación procesos inherentes al Registro y Carnetización de Discapacidad.

19.2. Nivel Departamental

Cada Gobierno Autónomo Departamental, a través de su Unidad Especializada Departamental, efectuará el procedimiento de Registro y Carnetización de Discapacidad, sin afectar las funciones y atribuciones establecidas por Ley.

Funciones

- a. Realizar el Registro de los FRUNPCD al SIPRUNPCD con transparencia y resguardando la confidencialidad de la información respecto a la Calificación de Discapacidad.
- b. Emitir el Carnet de Discapacidad, contemplando criterios de Buen Trato.
- c. Emitir fotocopia legalizada del Carnet de Discapacidad a solicitud de la parte interesada, mientras el mismo se encuentre vigente.
- d. Implementar un Área de Archivo y Kardex para resguardar con total confidencialidad las copias de los FRUNPCD y constancias de la impresión del Carnet de Discapacidad.
- e. Designar personal que cumplan las funciones de Registro y Carnetización de Discapacidad.
- f. Informar oportunamente por escrito y conducto regular sobre posible incompatibilidad o conflicto de intereses en el procedimiento de Registro y Carnetización.
- g. Podrá rectificar los datos registrados en el SIPRUNPCD cuando se pruebe la existencia de error, procediendo la solicitud de modificación de datos que afecten la identidad de la Persona o de los datos del FRUNPCD con la presentación de prueba documental que respalde la modificación realizada ante la Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad del Ministerio de Salud y Deportes por conducto y vía regular.
- h. Podrá modificar los datos de identidad de la Persona por procesos judiciales concluidos, misma que se realizará con la presentación de prueba documental que respalde la modificación realizada, ante la Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad del Ministerio de Salud y Deportes por conducto y vía regular.
- i. Establecer estrategias administrativas que le permitan garantizar el procedimiento de Registro y Carnetización de manera continua.
- j. Coordinar el Registro y Carnetización con el Responsable Departamental de la Unidad/Área/Programa de Discapacidad del SEDES correspondiente.
- k. Realizar el Registro del FRUNPCD en el SIPRUNPCD en un plazo máximo de dos días hábiles.
- l. Facilitar la Carnetización de Discapacidad a usuario/usuarios provenientes del área rural que porten boleta de constancia de Calificación, con la toma o entrega de fotografía y firma o huella digital, el mismo día de la Calificación para su posterior entrega.

20. INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO

- a. Copia del Formulario para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (FRUNPCD).
- b. Fotocopia de Cédula de Identidad.

21. REGISTRO DEL FRUNPCD AL SIPRUNPCD

Las Unidades Especializadas Departamentales a través del Responsable o Encargado de registro en el SIPRUNPCD deberán transcribir los datos del FRUNPCD al SIPRUNPCD en un plazo no mayor a dos días hábiles posterior a su recepción, para el almacenamiento de datos, proceso y difusión de información estadística.

21.1. Rechazo de Registro

Se rechazará el Registro del FRUNPCD en el SIPRUNPCD en los siguientes casos:

- a. Falta de Integridad de los datos del FRUNPCD (número de cédula de identidad, nombre completo de la persona, fecha de nacimiento, etc.)
- b. Borrones y/o enmiendas de los datos contenidos en el FRUNPCD. Huellas y/o firmas incompletas, de la persona calificada y/o equipo de calificación y responsable de la Unidad/ Área/Programa de Discapacidad del SEDES.
- c. Falta de relación del porcentaje numeral de discapacidad con el literal.
- d. Cuando la letra no es legible en los datos del FRUNPCD.
- e. En los casos de usuarios/as nuevos que no alcanzaron el porcentaje igual o mayor a 25 y se evidencie la existencia de más de una Calificación en un periodo menor a un año, se mantendrá el primer Registro.

21.2. Carnetización

Las Unidades Especializadas Departamentales a través del Responsable o Encargado de Carnetización deben efectuar la impresión y entrega del Carnet de Discapacidad a todas las personas que obtengan en su Calificación de Discapacidad un porcentaje igual o mayor a 25.

21.3. Datos que contiene el Carnet de Discapacidad

El Carnet de Discapacidad contará con los siguientes datos:

Cara anterior:

- Fotografía.
- Código de Registro.
- Nombres y apellidos de la Persona con Discapacidad.
- Número de Cédula de Identidad.
- Tipo de Discapacidad.
- Grado de Discapacidad.
- Porcentaje de Discapacidad.
- Tiempo de Vigencia.

Cara posterior:

- Huella dactilar y/o firma de la Persona con Discapacidad.
- Número de teléfono o celular de referencia.
- Firma y sello del o la responsable de la Unidad Especializada Departamental.

21.4. Vigencia del Carnet de Discapacidad

- a) La vigencia del Carnet de Discapacidad para el Grado Moderado y Grave, será de (6) seis años a partir de la emisión del mismo.
- b) La vigencia del Carnet de Discapacidad para el Grado Muy Grave, será de carácter indefinido a partir de la emisión del mismo.
- c) La vigencia del Carnet de Discapacidad para extranjeros, será acorde a los tiempos establecidos por el SEGIP, para la emisión de la Cédula de Identidad de Extranjero.

21.5. Restricciones de la Carnetización

No se podrá otorgar el Carnet de Discapacidad a las personas que obtengan en su Calificación de Discapacidad un porcentaje inferior al 25.

21.6. Duplicado de Carnet de Discapacidad

En caso de robo, deterioro o extravió del Carnet de Discapacidad, a solicitud escrita de la Persona con Discapacidad o en el caso de menores de 18 años o personas que no puedan tomar decisiones propias, un familiar hasta segundo grado de consanguinidad, tutor/a legal o guardador/a, remitirá nota al Responsable de la Unidad Especializada Departamental, quien autorizará la emisión del Duplicado de Carnet de Discapacidad, manteniendo el tiempo de vigencia original, entregado en un plazo no mayor a 24 horas.

21.7. Anulación del Registro

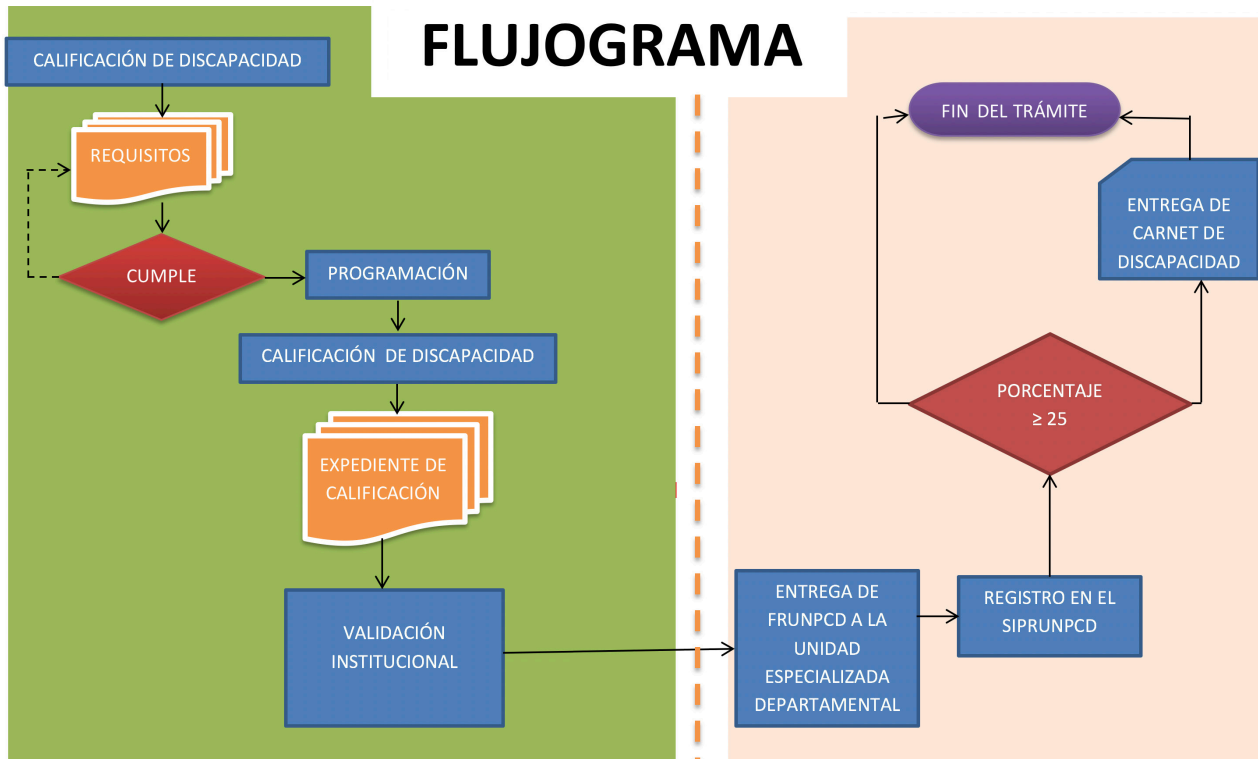
Se efectuará por defunción, para ello un familiar hasta segundo grado de consanguinidad, tutor/a legal o guardador/a, remitirá nota al Responsable de la Unidad Especializada Departamental adjuntando la fotocopia de la Cédula de Identidad y Certificado de Defunción de la Persona con Discapacidad.

También se lo realizará a través de cruce de información del SIPRUNPCD con registros de defunción del Servicio de Registro Cívico – SERECÍ.

22. SANCIONES

El incumplimiento al presente documento será sancionado de acuerdo a procedimiento administrativo, civil y penal, según corresponda.

CUADRO N° 4. Flujograma para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad



REFERENCIAS

1. Estado Plurinacional de Bolivia. Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia; 2009.
2. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO), Ley Nro. 1178; 1990.
3. Estado Plurinacional de Bolivia. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Ley Nro. 2344; 2002
4. Estado plurinacional de Bolivia. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. Ley Nro. 4024; 2009.
5. Estado Plurinacional de Bolivia. LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN "ANDRÉS IBÁÑEZ". LEY N° 031; 2013.
6. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley Contra el racismo y toda forma de Discriminación. Ley Nro 045; 2010.
7. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley General para Personas con Discapacidad. Ley Nro.223; 2012.
8. Estado Plurinacional de Bolivia. LEY DE LA JUVENTUD. LEY N° 342; 2013.
9. Estado Plurinacional de Bolivia. LEY CODIGO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE. LEY N° 548; 2014
10. Estado Plurincional de Bolivia. Ley Agenda Patriótica del Bicentenario 2025, Ley Nro 650; 2015.
11. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley modificatoria a la Ley Nro 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley Nro 1152; 2019.
12. Ministerio de Salud y Deportes. Decreto Supremo Nro 4257. Ministerio de Salud y Deportes; 2020.
13. Estado Plurinacional de Bolivia. Reglamento a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, DS N° 28562. [Online].; 22 de diciembre de 2005. Acceso 15 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-28562.html>.
14. Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo N° 29601; 2008.
15. Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo Reglamento a la Ley N° 223 de Personas con Discapacidad. Decreto Supremo Nro. 1893.
16. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025. Ley Nro 1407; 2021.
17. Estado Plurinacional de Bolivia. Manual de Auditoria y Norma Tecnica. [Online].; 26 de febrero de 2008. Acceso 18 de noviembre de 2022. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_de_Calidad/63%20Manual%20de%20auditoria.pdf.

18. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley del Estatuto del Funcionario Público. Ley Nro 2027; 1999.
19. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. [Online].; 23 de marzo de 1976. Acceso 20 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
20. VALORACIÓN DE LAS SITUACIONES DE MINUSVALÍA. [Online].; Acceso 1 de marzo de 2022. Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/docs/F8/8.1-4569/Valoraciones.pdf>
21. American Spinal Injury Association. [Online].; Acceso 10 de marzo de 2022. Disponible en: <https://asia-spinalinjury.org/>
22. Escala NYHA (New York Heart Association). Valoración funcional de Insuficiencia Cardíaca clasificación funcional de pacientes con insuficiencia cardíaca; 1994.
23. Oficina Internacional de Trabajo (OIT). Hacia el derecho al trabajo, Una Guía para la Elaboración de Programas Públicos de Empleo Innovadores. Desempleo de larga duración.
24. Villatoro Pablo. Estudios Estadísticos “INDICADORES NO MONETARIOS DE CARENCIA EN LAS ENCUESTAS DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA- DISPONIBILIDAD COMPARABILIDAD Y PERTINENCIA”, pg. 16. [Online].; Acceso 1 de marzo de 2022. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43137-indicadores-monetarios-carencias-encuestas-paises-america-latina-disponibilidad>

CERTIFICADO MÉDICO DE NEUROLOGÍA PARA LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD POR EPILEPSIA

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa

FECHA	/ /	Nº Historia Clínica	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE /USUARIO			
EDAD		CÉDULA DE IDENTIDAD.	
EDAD DE INICIO			
DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO RELACIONADO A LA EPILEPSIA (ORIGEN)			
ESPECIFICAR TIPO DE CRISIS			
FRECUENCIA DE LAS CRISIS			
Diaria <input type="radio"/> Número ____		Semanal <input type="radio"/> Número ____	
		Mensual <input type="radio"/> Número ____	
Otro (Especifique)			
TRATAMIENTOS RECIBIDOS (Especificar fármacos utilizados y el Tiempo de Duración de cada uno de los Esquemas Terapéuticos)			
Primer Esquema de Tratamiento			
Segundo Esquema de Tratamiento			
Tercer Esquema de Tratamiento			



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA
MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES



LA ASISTENCIA A CONTROLES PROGRAMADOS ES REGULAR

FECHA DE ÚLTIMO CONTROL

TRATAMIENTO ACTUAL (especificar fármacos Utilizados y si existe adherencia al Tratamiento)

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO ACTUAL CON CÓDIGO CIE 10

Requiere realizar interconsulta con otra especialidad:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
NEUROLOGO

ANEXO EDITORIAL

Elaboración

Dra. Lucy Alejandra García Segales
Dr. Corsino Néstor Huanca Choque
Dr. Juan Víctor Chara Cárdenas
Lic. Beatriz Mercado Torrico
Lic. Blanca Condori Cuellar
Lic. Ángela Floren Aguilar Álvarez
Lic. Miriam Torrez Quispe
Lic. Edwin Churata Apaza
Dra. Victoria Poma Flores
Abg. Ángela Vanesa Molina Durán

ÁREA DE CALIFICACIÓN-UNIDAD DE GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE DISCAPACIDAD

Cooperación Técnica y Aportes

Profesionales de Equipos de Calificación a nivel Nacional

- Dr. Miguel Ángel Rioja Rodríguez
- Dr. Evert Eddy Nuñez Brichert
- Dra. Silvia Mendoza Zeballos
- Dra. Libertad B. Jaita Bernabé
- Dr. Maguín Soliz Mamani
- Lic. Oliver Ríos Crispín
- Lic. Leonardo Prado Rivas
- Lic. Luis David Choque Ponce
- Lic. Giovana Salgueiro Meneses
- Lic. Lucia Alanoca Ticona
- Lic. Olga Villca Fernández
- Lic. Zaida Ramos Ortega
- Lic. Gabriela Ardaya Tapia
- Dr. Nicolás Silvano Calle Lozano

ESTAMOS SALIENDO
Adelante

