

Guía de Buenas prácticas en el acceso y atención de las personas con discapacidad en el sector sanitario privado español

**Un compromiso con la igualdad de oportunidades, la accesibilidad universal
y la calidad en la atención de las personas con discapacidad en el ámbito
sanitario**

En colaboración con:



COMITÉ ESPAÑOL
DE REPRESENTANTES
DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	3
1. ¿POR QUÉ UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS?.....	5
2. ¿A QUIÉN SE DIRIGE?.....	9
3. ¿CÓMO SE HA REALIZADO?.....	10
4. ¿CUÁL ES EL MARCO JURÍDICO, POLÍTICO Y TEÓRICO EN QUE SE FUNDAMENTA?	11
4.1. MARCO JURÍDICO Y POLÍTICAS	11
4.1.1. Ámbito internacional.....	12
4.1.2. Ámbito estatal	15
4.2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA: EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y NUEVO PARADIGMA DEL SISTEMA DE APOYOS PARA LA CALIDAD DE VIDA.....	23
4.2.1. Evolución histórica del concepto de la discapacidad: del modelo médico al modelo bio-psico-social	23
4.2.2. Hacia un nuevo paradigma de intervención: el Sistema de Apoyos para la Calidad de Vida y la Planificación Centrada en la Persona	29
5. ¿QUIÉNES SON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUÁLES SON SUS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO?	33
5.1. Datos generales sobre las personas con discapacidad en nuestro país	33
5.2. La situación de la mujer con discapacidad en el ámbito sanitario	35
5.2.1. Antecedentes	35
5.2.2. La vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad en el ámbito sanitario	36
5.3. Problemática o dificultades asociadas a las personas con limitaciones en la actividad.....	37
5.3.1. Dificultades derivadas de problemas en la movilidad.....	38
5.3.2. Dificultades derivadas de problemas en la visión.....	42
5.3.3. Dificultades derivadas de problemas en la audición.....	46
5.3.4. Dificultades derivadas de problemas en el lenguaje, voz y habla	51
5.3.5. Dificultades derivadas de problemas en el aprendizaje y la aplicación del conocimiento	55
5.3.6. Dificultades derivadas de trastornos o enfermedades mentales.....	62
6. ¿CÓMO POSIBILITAR LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, ACCESO Y ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO PRIVADO ESPAÑOL?	66

6.1. Actuaciones, condiciones y formas óptimas de realizar procesos para las personas con discapacidad como clientes o destinatarias de atención sanitaria.....	67
6.1.1. Adaptación y mejora de la oferta de servicios y productos adecuados a sus necesidades específicas de apoyo en el ámbito sanitario.....	67
6.1.2. Trato adecuado y no discriminatorio por parte del equipo de profesionales.....	71
Pautas para mejorar el trato a personas con problemas de movilidad.....	76
Pautas para mejorar el trato a personas con problemas de visión.....	76
Pautas para mejorar el trato a personas con problemas de audición.....	77
Pautas para mejorar el trato a personas con problemas del lenguaje, voz y habla.....	78
Pautas para mejorar el trato a personas con problemas del aprendizaje y aplicación del conocimiento.....	78
Pautas para mejorar el trato a personas con problemas derivados de algún trastorno o enfermedad mental.....	80
6.1.3. Accesibilidad Universal y eliminación de barreras.....	81
6.2. Actuaciones, condiciones y formas más óptimas de realizar procesos para la integración laboral de las personas con discapacidad.....	86
6.2.1. Planificación y previsión de necesidades de RRHH y actuaciones generales para fomentar la integración laboral de personas con discapacidad.....	89
6.2.2. Adaptación de puestos de trabajo.....	91
6.2.3. Descripción y valoración de puestos de trabajo.....	93
6.2.4. Selección y contratación.....	94
6.2.5. Acogida y seguimiento.....	95
6.2.6. Formación y desarrollo profesional.....	96
ANEXO I: NORMATIVA E INICIATIVAS DE PLANIFICACIÓN.....	97
Anexo II: Fuentes documentales, bibliográficas y referencias	99

Presentación

Nos encontramos en un **momento crucial** en la conquista de mayores y mejores niveles de igualdad de oportunidades, accesibilidad universal y calidad de vida para las personas con discapacidad, con su correspondiente impacto de transformación en el ámbito sanitario de nuestro país.

Los avances del marco jurídico y políticas (en los diversos ámbitos: internacional, europeo y español) hacia la consecución de condiciones que lo posibiliten comportan **excelentes oportunidades e importantes retos a los que la FUNDACIÓN SANITAS quiere aportar conocimiento**, dando continuidad a su compromiso con el progreso social de este colectivo, en línea su misión de fomentar la investigación y el conocimiento y con el **compromiso con las personas con discapacidad**.

Esta Guía se enmarca en el desarrollo del **PROGRAMA DE DISCAPACIDAD** de **SANITAS**, dirigido a desarrollar iniciativas para beneficiar con lo que mejor sabe hacer (su actividad empresarial y asistencial) a personas con discapacidad, con un enfoque global que involucra a todas las áreas de la compañía.

Su finalidad es **contribuir a que el sector sanitario privado español disponga de todas las condiciones necesarias** para la excelencia en igualdad de oportunidades, no discriminación, acceso y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, así como para una atención sanitaria de calidad adecuada a sus necesidades.

En este sentido, esta Guía propone **actuaciones, condiciones y formas más óptimas de realizar procesos**, en las distintas áreas de actuación en el ámbito sanitario privado, que sirvan de referencia para el desarrollo de una actividad empresarial y asistencial en clave de plena igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, con un enfoque global.

Y ello, tanto desde la **dobles perspectiva de estas personas como clientes y como actuales o potenciales trabajadoras y trabajadores** de esta red sanitaria.

Además, esta Guía **cuenta con una Herramienta de aplicación, control, evaluación y mejora continua**, que posibilita su aplicación, con el objeto de involucrar a todas las personas que conforman el sector sanitario privado (y, en particular, a los responsables de sus diversas áreas de actuación), avanzando efectivamente en conseguir la igualdad de oportunidades, no discriminación, accesibilidad universal, calidad y adecuación de la atención sanitaria para este colectivo.

La elaboración de esta Guía ha sido posible gracias a la participación de las siguientes personas y entidades:

Profesionales de Sanitas y la Fundación Sanitas, responsables de las áreas de Marketing; Compensación y Beneficios; Recursos Humanos; Comunicación, Fundación y RSC; Dirección Territorial Centro, Levante y Sur de Sanitas Residencial.

Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), que ha colaborado en la elaboración y contraste de la Guía.

- Las siguientes **entidades miembro del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)**, que han participado en el contraste y mejora de la Guía:
 - Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS)
 - Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE)
 - Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)

- El equipo de profesionales de la **empresa de consultoría Alter Civites S.L.** que ha elaborado esta Guía.

1. ¿Por qué una Guía de buenas prácticas?

La iniciativa de elaborar esta Guía surge tras la **constatación de que nuestro país**, pese a la notable evolución de su sistema sanitario y pese a los importantes avances en políticas de promoción y atención para las personas con discapacidad, **no dispone en la actualidad, en el ámbito sanitario (tanto público como privado) de las condiciones necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades, accesibilidad universal y calidad en la atención sanitaria para este colectivo en temas relacionados con:**

- la prevención de la discapacidad y sus consecuencias sobre la calidad de vida,
- la oferta existente en materia de rehabilitación, la accesibilidad de los espacios públicos e infraestructuras (hospitales, centros de salud...),
- la plena igualdad de oportunidades (equiparación de derechos y condiciones de acceso a la asistencia sanitaria),
- la utilización de las nuevas tecnologías y sociedad de la información para mejorar el sistema de prestaciones y el acceso a las mismas,
- los servicios socio-sanitarios y la promoción de la autonomía personal,
- la participación de este colectivo en la toma de decisiones y elaboración de normas dirigidas a su integración y accesibilidad a la asistencia sanitaria,
- etc.

En este sentido, el **Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)** en diversas publicaciones¹ e iniciativas denuncia la escasa atención y adaptación del ámbito sanitario a las necesidades específicas de estas personas, comportando una situación de discriminación y desigualdad. Así, entre otros aspectos, denuncia:

- la inexistencia de una auténtica política – estructural, sistemática y coherente – de **prevención** de las deficiencias y discapacidades,
- la escasez de iniciativas de **investigación, formación y sensibilización** de los profesionales del sector en la atención específica a estas personas,
- el incumplimiento de criterios de **accesibilidad universal** de las instalaciones y dispositivos sanitarios, falta de medios adaptados para su atención, la existencia de trabas administrativas y burocráticas y barreras de comunicación,

¹ Entre otras publicaciones, son destacables en este ámbito: “Discapacidad y asistencia sanitaria” (Nº 28 Colección CERMI), “La discapacidad en el medio rural” (Nº 26 Colección CERMI), “Plan de Acción del CERMI Estatal en materia de Atención Temprana a personas con discapacidad” (Nº 20 Colección CERMI), “I Plan Integral de Acción para Mujeres con Discapacidad” (Nº 18 Colección CERMI), “Plan Integral de Salud para las personas con discapacidad” (Nº 10 Colección CERMI).

<http://www.cermi.es/CERMI/ESP/Colección+Cermi.es/>

- la inexistencia de equipos multiprofesionales más cercanos a la **población rural** y la inadecuación del medio de transporte sanitario en este ámbito,
- la existencia de **conductas inadecuadas** por parte del personal médico-sanitario,
- el incumplimiento de la normativa sobre **integración laboral** de las personas con discapacidad² y la inexistencia de apoyos específicos para su acceso a una formación especializada que permita dicha integración,
- el deficiente **catálogo de prestaciones**, en particular de prestaciones ortoprotésicas y la ausencia de prestaciones de recuperación, mantenimiento y rehabilitación de dolencias discapacitante o de patologías o enfermedades con efectos crónicos en la persona,
- la **no disposición de médicos generalistas, especialistas y unidades de referencia** para la atención a determinados grupos de personas con discapacidad y la inexistencia de modelos satisfactorios de atención sanitaria para determinadas afecciones de salud (enfermedad mental, daño cerebral o enfermedades raras, por ejemplo),
- el **escaso nivel de participación** de las personas con discapacidad y de sus familias en el diseño, la organización y la evaluación de los servicios de salud y rehabilitación,
- la **falta de coordinación interdisciplinar e interadministrativa** de las áreas sanitaria, educativa y social, así como entre la Administración General del Estado y las Administraciones Autonómicas y Locales, para posibilitar un abordaje global e integral de la discapacidad.

En este mismo sentido, la **Investigación sobre Salud y Discapacidad en Europa**³ realizada por la FUNDACIÓN SANITAS y TELEFÓNICA con la colaboración del CERMI, pone de relieve importantes retos que debe afrontar nuestro país en el ámbito sanitario (tanto público como privado) para situarnos al nivel de las políticas y actuaciones que se promueven en Europa y en otros países de nuestro entorno. Efectivamente, **no existe un marco jurídico específico** en el ámbito sanitario que garantice la plena igualdad de oportunidades y una adecuada prestación sanitaria orientada a satisfacer las necesidades actuales y potenciales de las personas con discapacidad, según los diversos requerimientos de los diversos tipos de discapacidad, género, edad o territorio en que viven. Por otro lado, las iniciativas en materia de planificación, aunque comprenden actuaciones de interés, tampoco comportan herramientas para el abordaje de esta materia con carácter integral, capaces de lograr la implicación de todos los agentes que deben intervenir para la efectiva igualdad de oportunidades, accesibilidad y calidad de vida de las personas con discapacidad en el ámbito sanitario. Se constata, en general, el **desarrollo de iniciativas puntuales** (en el ámbito

² Título VI de la Ley 13/1982 de 7 de Abril, de Integración Social de los Minusválidos y Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, por el que se regula el cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad.

³ "Promoción de la igualdad de oportunidades, accesibilidad y calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias en el ámbito sanitario. Investigación sobre legislación, políticas y prácticas desarrolladas en la Unión Europea" realizada por la FUNDACIÓN SANITAS y TELEFÓNICA durante los años 2006 y 2007, con la colaboración del CERMI.

sanitario tanto público como privado) y la existencia de normativa diversa en esta materia, que, en general, conlleva un **nivel de ejecución insuficiente**.

La escasa e irregular atención a la realidad y necesidades de este colectivo desde la perspectiva sanitaria **contrasta con los importantes avances que el marco normativo y políticas que se están impulsado en España** (tanto en el ámbito estatal como en varias CCAA) para la promoción de su igualdad de oportunidades y autonomía personal en otros ámbitos (servicios sociales, empleo, accesibilidad universal, etc.).

En efecto, el marco jurídico general aplicable en la actualidad en España (ver epígrafe 4) comporta importantes garantías para la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, pero no en todos los ámbitos (como el sanitario) se acompaña de adecuadas medidas de acción positiva que lo posibiliten.

Así, con carácter general, y con excepción de iniciativas puntuales, se puede afirmar el **escaso compromiso de los diversos agentes** (en particular, los Poderes y Administraciones Públicas, en el ámbito de la atención sanitaria pública, pero también de las entidades y empresas privadas que desarrollan su actividad en este sector) con el diseño y desarrollo de una atención sanitaria adecuada a las necesidades de las personas con discapacidad, su igualdad de oportunidades y accesibilidad universal (en las instalaciones y dispositivos, pero también en las actitudes, la comprensión y la comunicación) y con su integración laboral como profesionales en este sector.

En este marco, el **avance efectivo en más y mejores condiciones** para una atención sanitaria adecuada a estas personas y su plena igualdad de oportunidades (como clientes y como actuales o potenciales profesionales del sector) **depende en gran parte del compromiso y esfuerzo de los responsables públicos en el ámbito de Salud**.

Pero asimismo depende de la implicación del sector sanitario privado español como uno de los agentes clave, responsable del diseño y desarrollo de medidas y actuaciones orientadas a mejorar el acceso y atención de las personas con discapacidad en este ámbito.

Dentro de este contexto y desde su compromiso con las personas con discapacidad, la **FUNDACIÓN SANITAS elabora y comparte esta Guía de Buenas Prácticas y su Herramienta de aplicación**.

A través de su progresiva incorporación en las diversas áreas del GRUPO SANITAS y mediante su difusión como iniciativa de referencia para otras entidades y empresas del sector sanitario privado, **pretende contribuir a la mejora continua en la planificación, desarrollo, ejecución y evaluación de sus procesos, servicios y actuaciones, para conseguir su implicación y compromiso:**

- por una atención sanitaria integradora de las personas con discapacidad, adecuada y adaptada a sus necesidades específicas de apoyo
- por un desarrollo excelente de su responsabilidad social en la integración laboral de este colectivo

Con todo ello, la **finalidad** de esta Guía es promover en este ámbito privado condiciones para la excelencia en igualdad de oportunidades, no discriminación, acceso y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, así como para una atención sanitaria de calidad adecuada a sus necesidades.

No pretende tanto recoger experiencias, acciones o iniciativas concretas que otros realizan y que pueden servir de base para aprender o adaptar sus actuaciones, sino proponer actuaciones, condiciones y formas óptimas de realizar procesos que sirvan de referencia para el desarrollo de su actividad empresarial y asistencial en clave de plena igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, con un enfoque global que involucre a todas las áreas de la compañía.

Este enfoque abarca, además, una **doble perspectiva de las personas con discapacidad** en su relación con el sector sanitario:

- 1) **Las personas con discapacidad como consumidores y consumidoras.** Perspectiva que comporta la propuesta de actuaciones, condiciones y formas óptimas de realizar procesos para:
 - a. Adaptar y mejorar la oferta de servicios y productos adecuados a sus necesidades específicas de apoyo en el ámbito sanitario, según los diversos tipos de discapacidad.
 - b. Desarrollar un trato adecuado y no discriminatorio por parte de todos los profesionales del sector.
 - c. Trabajar hacia la consecución de la accesibilidad universal dirigida a eliminar todo tipo de barreras en relación con:
 - el diseño de las infraestructuras, instalaciones y dispositivos necesarios para su atención,
 - el acceso a la información y la comunicación,
 - la comprensión,
 - la actitud.
- 2) **Las personas con discapacidad como trabajadores y trabajadoras,** desde la consideración de que el mero cumplimiento de la LISMI y sus medidas alternativas no comportan una buena práctica, sino la excelencia por la igualdad de oportunidades en el ámbito laboral de las personas con discapacidad, mediante su efectiva integración.

2. ¿A quién se dirige?

Esta Guía se dirige al conjunto de personas (equipo humano) que, en los diversos ámbitos, desarrollan su actividad en el sector sanitario privado español, tanto en el desarrollo de la actividad empresarial como asistencial.

Es decir, se dirige a todas aquellas personas que trabajan o colaboran en estas actividades:

- **Responsables del impulso, planificación y desarrollo de políticas y actuaciones** en las diversas áreas (dirección general, marketing, calidad, recursos humanos, responsabilidad social, etc.) o líneas de servicios (servicios de salud, hospitales, atención residencial o seguros) y demás personas que trabajan en dichas áreas.
- **Personal sanitario** (médicos, enfermeras/os, auxiliares y demás personas que conforman su equipo sanitario) que realizan las prestaciones y servicios de atención sanitaria (sea como personal contratado o como personas que integran su red de colaboración).
- **Otros profesionales de atención directa** – tanto en el ámbito de hospitales como en el de residencias - (psicólogas/os, trabajadoras/es sociales, educadoras/es, etc.).

Personal de gestión y administrativo.

Personal de servicios generales.

En definitiva, **todas aquellas personas cuyo trabajo o dedicación, de forma directa o indirecta, redunde en el desarrollo de una actividad comprometida con la igualdad de oportunidades, accesibilidad y adecuada atención de las personas con discapacidad en el ámbito sanitario privado.**

3. ¿Cómo se ha realizado?

La elaboración de esta Guía y su Herramienta de aplicación se ha llevado a cabo por la **FUNDACIÓN SANITAS**, con la participación de personas responsables de diversas áreas y con el apoyo y contraste del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), tras el desarrollo de los siguientes procesos de trabajo:

- **Análisis del marco jurídico, políticas e iniciativas de planificación** (de carácter internacional, europeo y estatal) en el ámbito de la igualdad de oportunidades, accesibilidad universal, promoción y atención de las personas con discapacidad, en el de su integración laboral y en el ámbito sanitario general. En el Anexo I se recoge la relación completa de fuentes normativas y de planificación utilizadas.
- **Análisis de publicaciones, investigaciones y otras fuentes documentales o de información** sobre la realidad y características de las personas con discapacidad y sobre su promoción y atención. Otras guías de buenas prácticas, herramientas de aplicación o evaluación e iniciativas similares dirigidas a mejorar las condiciones de igualdad de oportunidades para este colectivo en ámbitos diversos (empleo, accesibilidad, etc.). En el Anexo II se recoge la relación completa de fuentes bibliográficas, páginas web y otras referencias consultadas.
- **Realización de entrevistas personales estructuradas a personas responsables de varias áreas del GRUPO SANITAS:** Marketing, Recursos Humanos, Sanitas Residencial, Responsabilidad Social y FUNDACIÓN SANITAS.
- **Proceso de contraste y colaboración del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)** y de sus entidades miembro.

Su proceso de elaboración, se ha orientado por los siguientes **criterios**, que asimismo deben guiar su aplicación y desarrollo:

- Coherencia con la propia **visión, misión y valores del GRUPO SANITAS**.
- Coherencia con los **valores y tendencias más avanzadas** en materia de igualdad de oportunidades, accesibilidad universal, autonomía personal y desarrollo en el entorno comunitario, participación activa, así como con el nuevo paradigma para entender la discapacidad (basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS – 2001) y el sistema de apoyos para la calidad de vida.
- Superación de una perspectiva de mero cumplimiento de la normativa aplicable (en materia de igualdad de oportunidades, accesibilidad universal o integración laboral) hacia una **práctica excelente** en el acceso, accesibilidad, integración y atención a las personas con discapacidad.

- Debe garantizar su **autoaplicabilidad y utilización cotidiana**, siendo una guía fácil de entender y aplicar por todas las personas a quienes se dirige.
- Debe **permitir el seguimiento, evaluación y mejora continua** de su aplicación, haciendo visibles los progresos efectivos que se produzcan en el logro de las condiciones óptimas para la igualdad de oportunidades, accesibilidad universal y adecuada atención sanitaria para las personas con discapacidad.

4. ¿Cuál es el marco jurídico, político y teórico en que se fundamenta?

Esta Guía **se enmarca y se nutre**:

- por un lado, del conjunto de **iniciativas normativas y políticas** que se están impulsando en los ámbitos internacional y estatal en la promoción y atención de las personas con discapacidad
- y por otro lado, de un **nuevo marco teórico en la forma de entender y explicar la discapacidad** que supera concepciones asistencialistas y se centra en la potenciación de sus capacidades para lograr su máxima autonomía personal, calidad de vida y desarrollo personal y social en todos los ámbitos.

4.1. MARCO JURÍDICO Y POLÍTICAS

A continuación se recogen las referencias del marco jurídico e iniciativas de planificación (en los ámbitos internacional y estatal) que, al menos desde la perspectiva de su reconocimiento normativo y orientación de su aplicación, comportan importantes avances y garantías para la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social.

Además, en el ámbito estatal, también se recogen las referencias sobre la normativa específica aplicable en el ámbito sanitario, con particular incidencia en los aspectos relacionados con la accesibilidad universal y atención sanitaria para las personas con discapacidad. Y por último, el marco jurídico vigente en materia de integración laboral de las personas con discapacidad, en el que se fundamenta la perspectiva de estas personas como actuales o potenciales trabajadoras/es del ámbito sanitario privado.

4.1.1. Ámbito internacional

En el ámbito internacional, la referencia básica en que se fundamenta la elaboración de esta Guía es la **Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad**⁴, de plena aplicación y vigencia en nuestro país. Su objeto es promover, proteger y asegurar el goce pleno y 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 inherente.

En concreto, en el ámbito de la Salud, establece el **derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivo de su discapacidad**. Para garantizarlo, España debe adoptar las *medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud* (Art. 25.1.).

En particular, el citado artículo establece que los Estados Partes:

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

Además, deben adoptar medidas efectivas y pertinentes, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, entre otros, en el ámbito de la salud (Art. 26.1.). Asimismo ha de promover el desarrollo de *formación inicial y continua para los*

⁴ INSTRUMENTO de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE 21 abril 2008.

<http://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>

profesionales y el personal que trabaja en los servicios de habilitación y rehabilitación (Art. 26.2.) y la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación (Art. 26.3.).

También hay que tener presente lo que la Convención marca en el artículo 9, puntos 1 y 2, referido a la accesibilidad universal, en el que sienta las bases para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otros ámbitos, a los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo y los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

Por otro lado, es destacable el **Plan de Acción para promover los derechos y la plena participación en la sociedad de las personas con discapacidad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015**⁵. Su línea de acción sobre Asistencia Sanitaria (nº 9) establece que las personas con discapacidad tienen derecho a unos servicios sanitarios de calidad y a unos tratamientos y tecnologías apropiados para que su estado de salud sea el mejor posible. Ciertas personas con discapacidad necesitan servicios sanitarios especiales e innovadores para mejorar su calidad de vida. Además, las personas con discapacidad deben ser consultadas y asociadas plenamente al proceso decisorio relativo a los programas de asistencia personalizados. Este enfoque sitúa a la persona en el centro del proceso de planificación y de concepción de la asistencia sanitaria y le permite adoptar, con conocimiento de causa, decisiones sobre su salud. Por último, dispone que los profesionales de la sanidad no pueden dedicarse o ceñirse exclusivamente a la dimensión médica de la discapacidad, sino que deben tener igualmente un enfoque social de la misma, basado en los derechos inherentes a la persona.

Entre los **objetivos** que plantea esta Línea de Actuación, se recogen los siguientes:

- *Procurar que todas las personas con discapacidad se beneficien de la igualdad de acceso a los servicios sanitarios, tengan acceso a los servicios especializados disponibles y estén lo más asociados posible al proceso decisorio relativo a sus programas de cuidados personalizados.*
- *Procurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta en los programas de información y educación sanitarios y las campañas de sanidad pública.*

Para conseguir estos objetivos, el Plan define las siguientes **acciones específicas**:

- *Procurar que las personas con discapacidad no sean víctimas de ninguna discriminación en el acceso a los servicios sanitarios y a los expedientes médicos.*

⁵ [http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec\(2006\)5%20Spain.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec(2006)5%20Spain.pdf) (Línea de acción nº 9).

- *Asegurarse de que toda persona con discapacidad, o cuando esto no es posible por causa del origen, naturaleza o grado de su discapacidad, su representante, auxiliar o asesor sea consultado en la medida de todo lo posible en el momento de la evaluación, concepción y aplicación de sus programas sanitarios, intervención médica y tratamiento.*
- *Dedicarse a hacer accesibles los establecimientos y equipos sanitarios públicos y privados, y procurar que los servicios sanitarios, incluidos los servicios de salud mental, de ayuda psicológica, de consulta externa y de cuidados a pacientes hospitalizados, estén suficientemente equipados y sean competentes para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad.*
- *Garantizar a las mujeres con discapacidad la igualdad de acceso a los servicios sanitarios, y especialmente a los asesoramientos y tratamientos prenatales y ginecológicos y a la planificación familiar.*
- *Procurar que, en el marco de la asistencia sanitaria dispensada a las personas con discapacidad, se respeten las especificidades de cada sexo.*
- *Procurar que se adopten medidas razonables para comunicar a la persona con discapacidad, de una forma comprensible, todas las informaciones sobre sus necesidades en materia de asistencia sanitaria o sobre los servicios sanitarios que pueden proporcionársele.*
- *Procurar que se adopten medidas razonables para comunicar a la persona con discapacidad, de una forma comprensible, dando acceso a todas las informaciones sobre sus necesidades en materia de asistencia sanitaria o sobre los servicios sanitarios que pueden proporcionársele mediante los medios humanos necesarios a través de la incorporación de la figura profesional del intérprete de lengua de signos así como los medios técnicos de apoyo a la comunicación.*
- *Procurar que la noticia de la discapacidad, ya tenga lugar antes o después del nacimiento, como consecuencia de una enfermedad o de un accidente, se haga en unas condiciones que garanticen el respeto de la persona afectada y de sus familiares, y que garantice una información clara y comprensible así como una ayuda a la persona y sus familias.*
- *Dar acceso a la educación sanitaria y a las campañas de sanidad pública, especialmente mediante informaciones y consejos destinados a las personas con discapacidad.*
- *Formar a los profesionales de la sanidad de modo que se les sensibilice a la discapacidad, proporcionándoles las capacidades y los métodos para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad.*
- *Reconocer la necesidad de intervenciones precoces adoptando medidas eficaces para descubrir, diagnosticar y tratar las deficiencias lo más pronto posible, y elaborando líneas directrices racionales a los fines de la detección precoz y de la intervención quirúrgica.*

4.1.2. Ámbito estatal

Igualdad de oportunidades y no discriminación

La **Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad** (LIONDAU) supone un hito fundamental para garantizar el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social.

Según la misma, se entenderá que se vulnera el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad cuando se produzcan discriminaciones directas o indirectas, acosos, incumplimientos de las exigencias de accesibilidad y de realizar ajustes razonables, así como el incumplimiento de las medidas de acción positiva legalmente establecidas. (Art. 4)

Con el fin de garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad, los poderes públicos establecerán medidas contra la discriminación (aquellas que tengan como finalidad prevenir o corregir que una persona con discapacidad sea tratada de una manera directa o indirecta menos favorablemente que otra que no lo sea, en una situación análoga o comparable) y medidas de acción positiva (aquellos apoyos de carácter específico destinados a prevenir o compensar las desventajas o especiales dificultades que tienen las personas con discapacidad en la incorporación y participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social, atendiendo a los diferentes tipos y grados de discapacidad) (Arts 5, 8.1. y 9).

En concreto el Art. 8.2. dispone que los poderes públicos adoptarán las medidas de acción positiva suplementarias para aquellas personas con discapacidad que objetivamente sufren un mayor grado de discriminación o presentan menor igualdad de oportunidades, como son las mujeres con discapacidad, las personas con discapacidad severamente afectadas, las personas con discapacidad que no pueden representarse a sí mismas o las que padecen una más acusada exclusión social por razón de su discapacidad, así como las personas con discapacidad que viven habitualmente en el ámbito rural.

Es decir, **la igualdad ya no es sólo una declaración de intenciones en los textos normativos, sino que se acompaña de la exigencia de medidas concretas que la garanticen**. Exigencia que, además, se acompaña del correspondiente **régimen de infracciones y sanciones** en caso de incumplimiento (**Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones** en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad).

Además, en el **ámbito sanitario**, se establece este derecho a la igualdad y no discriminación en diversas disposiciones:

- Art. 3.2. Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: *Las Administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando*

medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

- Art. 23 Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: (Garantía de accesibilidad) *Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta Ley en condiciones de igualdad efectiva.*
- Art. 2.a) y c) Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Entre los principios que informan esta Ley destacan:
 - La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.
 - La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud.
- Art. 76.2.f) Ley 16/2003 y Art. 43.2.f) de la Ley 14/1986 General de Sanidad: *Una de las funciones que corresponden a la Alta Inspección es la de verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en los sistemas de administración y regímenes de prestación de los servicios sanitarios, así como de los sistemas o procedimientos de selección y provisión de sus puestos de trabajo.*
- Art. 12 Ley 14/1986 General de Sanidad: *Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución.*

Además, en lo referente a la igualdad territorial en el acceso a los servicios sanitarios:

- Art. 3.3. Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: *La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.*
- Artículo 24.1 Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Garantías de movilidad). *El acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta Ley se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares.*
- Artículo 69.1 Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: *El Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.*

Por último, es de destacar el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, vigente en la actualidad, que se aprobó con el objetivo de lograr que la valoración y calificación del grado de discapacidad sea uniforme en todo el Estado, asegurando de esta forma la igualdad de

condiciones para el acceso del ciudadano a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos públicos otorguen.

Accesibilidad universal

En lo que respecta a la accesibilidad universal (entendida como la **condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible** – Art. 2.c. LIONDAU -), los Arts. 10.2. y 10.3. de la LIONDAU establecen que las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación que ha de regular el Gobierno establecerán, para cada ámbito o área, medidas concretas para prevenir o suprimir discriminaciones y para compensar desventajas o dificultades. (Los ámbitos de aplicación de esta Ley son las telecomunicaciones y sociedad de la información, espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación, transportes, bienes y servicios a disposición del público y relaciones con las Administraciones públicas). Se incluirán, entre otras, disposiciones sobre, al menos, los siguientes aspectos:

- a) *Exigencias de accesibilidad de los edificios y entornos, de los instrumentos, equipos y tecnologías, y de los bienes y productos utilizados en el sector o área. En particular, la supresión de barreras a las instalaciones y la adaptación de equipos e instrumentos.*
- b) *Condiciones más favorables en el acceso, participación y utilización de los recursos de cada ámbito o área y condiciones de no discriminación en normas, criterios y prácticas.*
- c) *Apoyos complementarios, tales como ayudas económicas, tecnológicas de apoyo, servicios o tratamientos especializados y otros servicios personales. En particular, ayudas y servicios auxiliares para la comunicación, como sistemas aumentativos y alternativos, sistemas de apoyos a la comunicación oral y lengua de signos u otros dispositivos que permitan la comunicación.*
- d) *La adopción de normas internas en las empresas o centros que promuevan y estimulen la eliminación de desventajas o situaciones generales de discriminación a las personas con discapacidad.*
- e) *Medios y recursos humanos y materiales para la promoción de la accesibilidad y la no discriminación en el ámbito de que se trate.*
- f) *Las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación se establecerán teniendo en cuenta a los diferentes tipos y grados de discapacidad que deberán orientar tanto el diseño inicial como los ajustes razonables de los entornos, productos y servicios de cada ámbito de aplicación de la ley.*

Estas disposiciones de la Ley 51/2003 han sido objeto del correspondiente desarrollo normativo. En concreto, se destacan a continuación las disposiciones que son de aplicación directa o indirecta al ámbito sanitario privado:⁶

- **Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.** En concreto, en relación con el acceso a los bienes y servicios a disposición del público en el ámbito de la salud, establece que las Administraciones Públicas competentes promoverán:
 - la prestación de servicios de intérpretes en lengua de signos española y catalana (en su respectivo ámbito territorial), en el caso de que así se solicite previamente, para los usuarios que lo necesiten en aquellos centros sanitarios que atiendan a personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Aquellos servicios sanitarios de urgencia deberán tener previsto la prestación inmediata de este servicio sin mediar previa solicitud. Igualmente adoptarán las medidas necesarias para que las campañas informativas y preventivas en materia de salud sean accesibles a las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas en lenguas de signos españolas (Art. 10.c.).
 - los medios de apoyo a la comunicación oral de los usuarios que los necesiten en aquellos centros sanitarios que atiendan a personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Igualmente adoptarán las medidas necesarias para que las campañas informativas y preventivas en materia de salud sean accesibles a las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas mediante la incorporación de la subtitulación y de otros recursos de apoyo a la comunicación oral (Art. 19.c.).
- **Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones.** Según su Disposición Final Quinta, estas condiciones básicas serán obligatorias a partir del día 1 de enero de 2010 para los espacios públicos urbanizados nuevos y para los edificios nuevos, así como para las obras de ampliación, modificación, reforma o rehabilitación que se realicen en los edificios existentes, y a partir del día 1 de enero de 2019 para todos aquellos espacios públicos urbanizados y edificios existentes que sean susceptibles de ajustes razonables.

⁶ Además de las normas arriba citadas, la LIONDAU se ha desarrollado en los siguientes Reales Decretos de aplicación:

- REAL DECRETO 366/2007, de 16 de marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado.
- REAL DECRETO 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social.
- REAL DECRETO 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad.

Además, en el ámbito sanitario, la **Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** dispone que la **accesibilidad de los centros, servicios y prestaciones de carácter sanitario** para personas con discapacidad constituye un criterio de calidad que ha de ser garantizado por el Sistema Nacional de Salud. Los centros sanitarios de nueva creación deberán cumplir las normas vigentes en materia de promoción de la accesibilidad y de eliminación de barreras de todo tipo que les sean de aplicación. Las Administraciones Públicas sanitarias promoverán programas para la eliminación de barreras en los centros y servicios sanitarios que, por razón de su antigüedad u otros motivos, presenten obstáculos para los usuarios con problemas de movilidad o comunicación. Las garantías de seguridad y calidad son aplicables a todos los centros, públicos y privados, independientemente de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento, siendo responsabilidad de las Administraciones públicas sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento (Arts. 28 y 29).

Además, su Art. 19 exige expresamente que el **transporte sanitario** sea accesible a las personas con discapacidad. En los supuestos en que proceda la prestación -desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios- se facilitará de acuerdo con las normas reglamentarias que se establezcan por las administraciones sanitarias competentes.

Por su parte, según los Arts 4 y 5 de la **Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** (Derecho a la información asistencial): Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma. **La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.** El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle utilizando los medios o recursos, materiales y humanos, que sean necesario para ello.

La **Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida**, en su exposición de motivos establece “Uno de los mecanismos prioritarios para contribuir a la equidad de esa relación es la disponibilidad de una información accesible a los usuarios de las técnicas que sea clara y precisa sobre la actividad y los resultados de los centros y servicios que las practican”. El centro es el responsable de cerciorarse que el paciente que se somete a este tipo de técnicas cuente con toda la información de forma accesible y comprensible. La misma ley en su Disposición Adicional Quinta prescribe que la información y el asesoramiento a que se refiere esta ley se prestarán a las personas con discapacidad en condiciones y formatos accesibles apropiados a sus necesidades.

Promoción de la salud y prevención de la discapacidad

La **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** establece entre las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, que tienen por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del SAAD debe acordar criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberán cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas (Art. 21).

Por su parte, la **Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** dispone que la prestación de salud pública comprenderá la prevención de las enfermedades y de las deficiencias (Art. 11. 2. d) y que la atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel (Art. 13. 1.).

En esta misma línea, la **Ley 14/1986 General de Sanidad** dispone que los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades (Art. 3.1.). En esta línea, su Art. 6 establece que las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas:

- a) *A la promoción de la salud.*
- b) *A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.*
- c) *A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.*
- d) *A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.*
- e) *A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.*

Por último, y con carácter específico para las personas con discapacidad, la **Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos** (LISMI) en sus Arts. 19 a 21 relativos a la rehabilitación médico-funcional establece que:

1. *La rehabilitación médico-funcional se dirige a dotar de las condiciones precisas para su recuperación de aquellas personas que presenten una disminución de su capacidad física, sensorial o psíquica, deberá comenzar de forma inmediata a la detección y al diagnóstico de cualquier tipo de anomalía o deficiencia, debiendo continuarse hasta conseguir el máximo de funcionalidad, así como el mantenimiento de ésta.*

2. *Toda persona que presente alguna disminución funcional, calificada según lo dispuesto en esta Ley, tendrá derecho a beneficiarse de los procesos de rehabilitación médica necesarios para corregir o modificar su estado físico, psíquico o sensorial cuando éste constituya un obstáculo para su integración educativa laboral y social.*
3. *Los procesos de rehabilitación se complementarán con el suministro, la adaptación, conservación y renovación de aparatos de prótesis y órtesis, así como los vehículos y otros elementos auxiliares para los minusválidos cuya disminución lo aconseje.*
4. *El proceso rehabilitador que se inicie en instituciones específicas se desarrollará en íntima conexión con los centros de recuperación en donde deba continuarse y proseguirá, si fuera necesario, como tratamiento domiciliario, a través de equipos móviles multiprofesionales.*
5. *El Estado intensificará la creación, dotación y puesta en funcionamiento de los servicios e instituciones de rehabilitación y recuperación necesarios y debidamente diversificados, para atender adecuada mente a los minusválidos, tanto en zonas rurales como urbanas, y conseguir su máxima integración social y fomentará la formación de profesionales, así como la investigación, producción y utilización de órtesis y prótesis.*

Entre las iniciativas de Planificación, el **Plan de Acción para las mujeres con discapacidad 2007** del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales plantea, entre otras, estas acciones en materia de prevención de la discapacidad:

1. *Fomento de investigaciones sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de las causas de discapacidad en mujeres.*
2. *Elaboración de estudios de prevalencia por sexo en el caso de las enfermedades raras como esclerosis múltiple, fibromialgia, enfermedad de Turner o artritis reumatoide.*
3. *Elaboración de un estudio, con perspectiva de discapacidad y género sobre las necesidades de salud integral de las mujeres con discapacidad.*
4. *Realización de campañas de educación sanitaria, con perspectiva de discapacidad y género, de adquisición de hábitos de vida saludables dirigidas a las mujeres con discapacidad.*
5. *Fomento de programas específicos de educación en estilos de vida saludable, autoestima, nutrición, rehabilitación, ejercicio físico etc. dirigidos a menores y adolescentes con discapacidad.*
6. *Impulso de programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a mujeres con discapacidad, que contemplen acciones de información y sensibilización sobre los derechos y recursos de salud existentes.*
7. *Establecimiento de protocolos en el Sistema de salud de detección precoz y atención en el caso de mujeres con discapacidad que se encuentren en situaciones de sospecha de sufrir malos tratos.*
8. *Incorporación de factores de riesgo en la cartilla de seguimiento de la salud infantil.*
9. *Fomento del diagnóstico prenatal en las mujeres con discapacidad como grupo de riesgo para prevenir malformaciones congénitas.*

Así mismo, el **Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009**, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (actualmente Ministerio de Sanidad y Política Social) recoge entre sus objetivos estratégicos *fomentar el desarrollo de intervenciones de prevención, promoción y protección de la salud, dirigidas a la infancia y adolescencia, de prevención de accidentes y otras causas generadoras de discapacidad (...) prestando una atención especial al diagnóstico y tratamiento de las deficiencias de la infancia y la adolescencia.*

Integración laboral de las personas con discapacidad

El Título VI de la **Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos** (LISMI) (De la integración laboral) dispone en su Art. 38.1. que *“las empresas públicas y privadas que empleen un número de trabajadores fijos que exceda de 50 vendrán obligadas a emplear un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2 % de la plantilla”* (cuota de reserva).

Por su parte, el **Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, regula la posibilidad de cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad**. En concreto, las medidas alternativas que las empresas podrán aplicar para cumplir la obligación de reserva de empleo en favor de las personas con discapacidad son las siguientes:

- *La celebración de un contrato mercantil o civil con un centro especial de empleo, o con un trabajador autónomo con discapacidad, para el suministro de materias primas, maquinaria, bienes de equipo o cualquier otro tipo de bienes necesarios para el normal desarrollo de la actividad de la empresa que opta por esta medida.*
- *La celebración de un contrato mercantil o civil con un centro especial de empleo, o con un trabajador autónomo con discapacidad, para la prestación de servicios ajenos y accesorios a la actividad normal de la empresa.*
- *Realización de donaciones y de acciones de patrocinio, siempre de carácter monetario, para el desarrollo de actividades de inserción laboral y de creación de empleo de personas con discapacidad, cuando la entidad beneficiaria de dichas acciones de colaboración sea una fundación o una asociación de utilidad pública cuyo objeto social sea, entre otros, la formación profesional, la inserción laboral o la creación de empleo en favor de las personas con discapacidad que permita la creación de puestos de trabajo para aquéllas y, finalmente, su integración en el mercado de trabajo.*
- *La constitución de un enclave laboral, previa suscripción del correspondiente contrato con un centro especial de empleo, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad.*

Así mismo, la Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad establece en su artículo 3 que la garantía y efectividad del derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en el ámbito del empleo y la ocupación, se regirá por lo establecido en dicha ley.

Por otra parte, el Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo, promueve y favorece la incorporación al sistema productivo de las personas con discapacidad con especiales dificultades de inserción laboral en el mercado ordinario de trabajo en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñen puestos similares.

Actualmente, el planteamiento de las nuevas políticas de empleo de las personas con discapacidad deberá hacerse en el marco de las líneas estratégicas definidas en la **Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad 2008-2012**⁷.

Esta estrategia surge de la necesidad, por un lado, de paliar las disfunciones y carencias que ha generado la aplicación de la LISMI y, por otro, de abrir nuevos caminos hacia la integración sociolaboral y la igualdad y no discriminación en el empleo de las personas con discapacidad.

4.2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA: EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y NUEVO PARADIGMA DEL SISTEMA DE APOYOS PARA LA CALIDAD DE VIDA

4.2.1. Evolución histórica del concepto de la discapacidad: del modelo médico al modelo bio-psico-social

A lo largo de los años, el concepto de discapacidad ha ido evolucionando y han surgido diferentes modelos explicativos de la discapacidad. Todos ellos han tenido una gran influencia en la imagen social del colectivo de personas con discapacidad y las actitudes de los ciudadanos/as hacia el mismo, así como en el diseño y desarrollo de actuaciones políticas, sociales, educativas, sanitarias, etc. en los distintos países. Estos modelos no se han sucedido de una forma estrictamente escalonada, con un principio y fin claramente delimitado, sino que ha sido en las prácticas cotidianas derivadas de los mismos donde han coexistido componentes de cada uno.

Con anterioridad al actual modelo bio-psico-social, las visiones acerca de la discapacidad han sido diversas y frecuentemente despectivas para con estas personas. Desgraciadamente, en las concepciones clásicas y aún hoy en día en algunos entornos, las personas con discapacidad son excluidas, rechazadas y marginadas por la sociedad, quien siente la necesidad de proteger a la ciudadanía "normal".

La institucionalización de las personas con alguna discapacidad en centros especiales segregados de la cotidianidad de la sociedad tenía graves consecuencias: desapego familiar, socialización parcializada (la única posibilidad de socialización es con otras personas con

⁷ <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/20699/8-4-1/estrategia-global-de-accion-para-el-empleo-de-las-personas-con-discapacidad-2008-2012.aspx>

discapacidad, unos cuantos docentes y sus familiares), exclusión, vulneración de sus derechos, negación a la participación e interacción en la comunidad e incluso a las decisiones referentes a sus propias vidas. En definitiva, no eran consideradas igual que el resto de las personas.

El modelo médico

A partir del Siglo XX, la discapacidad se entendió durante mucho tiempo desde el punto de vista denominado como modelo médico. Esta concepción se caracteriza por creer que **el problema, la discapacidad, se localiza en el individuo, ya que es en su deficiencia (física, mental o sensorial) y en su “falta de destreza” donde se ubica el origen de sus dificultades.**

Así, el modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona causado por una enfermedad, trauma o condición de salud. Requiere de cuidados médicos y tratamientos ofrecidos por profesionales. Estos tratamientos están encaminados a conseguir la cura, la adaptación de la persona al entorno y al cambio de su conducta y la atención sanitaria es la cuestión primordial.

Desde esta perspectiva, **la persona con discapacidad es sujeto pasivo y los profesionales de la salud son los sujetos activos. El problema está en la persona y por tanto eso “es lo que hay que cambiar”.** Es la persona con discapacidad quien se tiene que adaptar a la respuesta de la sociedad ante su enfermedad.

Con este modelo **se potencian los sistemas de clasificación y diferenciación** de los déficit que, siguiendo los mismos principios que los utilizados en las clasificaciones de las enfermedades, persiguen establecer la taxonomía de las discapacidades. **Esta circunstancia ha contribuido a reforzar los elementos de estigmatización hacia las personas con discapacidad** y es de este modelo desde donde nacen las calificaciones de estas personas como “deficientes”, “disminuidos” o “discapacitados”.

Esto es debido, en gran medida, a que, en el proceso de elaborar el diagnóstico y clasificar los déficit, se tienden a subrayar las diferencias existentes entre las personas con discapacidad y las personas sin discapacidad, y las que se dan entre los distintos tipos de personas con discapacidad.

Desde este planteamiento, **las personas con discapacidad más que sujetos, se convierten en objeto de rehabilitación.** Se pone el énfasis en corregir o mejorar su estado físico o psíquico, desde el punto de vista clínico y no se tiene en cuenta su capacidad de elección y decisión.

El modelo social

En la década de 1970 surgió un movimiento llamado de **Vida Independiente** impulsado por un grupo de personas con discapacidad que reivindicaban nuevas perspectivas de futuro. Este grupo fue el precursor de la lucha en pro de los derechos civiles en el contexto de la discapacidad. Propone que la persona con discapacidad tiene que ejercer el poder de decisión sobre su propia existencia y participar activamente en la vida de su comunidad, conforme al

derecho al libre desarrollo de la personalidad. Son las personas las que definen el tipo de vida y de servicios que necesitan y quieren y se debe procurar que tengan acceso a ellos.

El movimiento de Vida Independiente promulga todavía hoy en día el siguiente lema: **“Nada para las personas con discapacidad sin las personas con discapacidad”**, lema compartido en la actualidad por todo el movimiento de la discapacidad en el ámbito europeo.

Progresivamente, se fueron también introduciendo los principios de **integración y normalización** que reflejaban un conocimiento cada vez mayor de las capacidades de estas personas y por los que se propugnaba el derecho a ser tratado como los demás, y poder llevar una vida en el mismo medio y contexto social que el resto de la ciudadanía.

De esta manera surge un nuevo modelo sobre la discapacidad: el modelo social. Ahora **la discapacidad no es sólo la consecuencia de los déficit existentes en la persona, sino el resultado de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales.**

A partir de esta nueva perspectiva, **el problema ya no se centra en la discapacidad de la persona sino en la interacción de los déficit con el entorno, que es donde se dan las “desventajas” que la persona con discapacidad experimenta.**

La discapacidad es, en realidad, un hecho social en el que las características del individuo tienen tan sólo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuesta a las necesidades derivadas de sus déficit. Es decir, es el entorno quien genera las diferencias, desigualdades y exclusión y no la discapacidad. No es la persona con discapacidad la que se discapacita sino la sociedad y el entorno.

Este nuevo modelo requiere profundos cambios en el pensamiento de nuestra sociedad, pero es responsabilidad colectiva de la misma hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto, **el problema es más ideológico o de actitud y requiere la introducción de cambios sociales**, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole política. El desafío es responder a la diversidad, no excluir o segregar a nadie como consecuencia de su condición de discapacidad. **El reto es reconocer el valor de la diversidad como un bien en sí mismo, que a su vez enriquece la sociedad.**

Aunque este modelo supuso un avance en el campo de la discapacidad, comporta algunos aspectos negativos, superados por el nuevo modelo bio-psico-social:

- Predominio del abordaje negativo centrado en las deficiencias y los aspectos negativos de la enfermedad.
- Es un modelo muy lineal, centrado en las consecuencias de enfermedad y con una relación causal entre estos niveles.
- Escaso enfoque en los aspectos sociales y contextuales del entorno en el que la persona con discapacidad vive. En este modelo parece no intervenir o interaccionar el contexto social en el que la persona con discapacidad se desenvuelve.

- Enfoque de la discapacidad como un hecho individual, que atañe a un grupo de población (el/la afectado/a), en lugar de un hecho universal que puede incidir en cualquier persona.

El modelo Bio- Psico- Social y el nuevo concepto de discapacidad que establece la CIF 2001 (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud)

El modelo bio-psico-social es el modelo más actual y con el que se identifica el mayor número de personas que trabajan en el mundo de la discapacidad. **Las concepciones que defiende son las que han de orientar nuestra forma de entender y dar respuesta al fenómeno de la discapacidad.** Desde este nuevo enfoque, todos los modelos anteriores propuestos, más que excluyentes y antagónicos, se presentan como confluyentes y complementarios. Es precisamente esta **visión integradora**, que defiende este modelo, la que nos permite explicar de manera más satisfactoria ese hecho complejo y multifacético que es la discapacidad.

El modelo bio-psico-social es un **modelo holístico de la salud**, que considera al individuo un ser en el que **se integra lo biológico, lo psicológico o individual y lo social**, y no se entiende ya la enfermedad como la mera ausencia de salud, o simplemente de la salud física, sino que, además, cualquier alteración psicológica o social puede determinar el estado de enfermedad o de discapacidad de una persona. Por ello, la intervención ha de estar enfocada al abordaje de estas tres esferas.

Sobre este modelo se basa la nueva Clasificación de la Organización Mundial de la Salud, **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)**, aprobada en 2001 por la Asamblea Mundial de la Salud, que revisa y mejora la de 1980 con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento para proporcionar una **visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social**. La CIF constituye el modelo actual de entender el fenómeno de la discapacidad o mejor dicho: del funcionamiento, la discapacidad y la salud.

Gracias a la concepción que desarrolla es posible establecer una conexión entre los distintos niveles (biológico, personal y social) que sustentan la discapacidad e incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos.

Se facilita, además, gracias a esta visión integradora, el **establecimiento de una diferenciación entre los distintos componentes de la discapacidad, por ejemplo, entre las deficiencias, las actividades personales y la participación en la sociedad, lo cual nos clarifica la naturaleza de las actuaciones que son requeridas y los niveles a los que dichas actuaciones han de estar dirigidas.**

Así, según la CIF, el funcionamiento indica la realización de actividades y la participación de las personas, mientras que la discapacidad indica las limitaciones en su actividad y las restricciones en su participación (dificultades que una persona puede tener para el desempeño de las actividades o para involucrarse en situaciones vitales).

De este modo, la propia persona, con una determinada condición de salud (trastorno o enfermedad) y con unos posibles problemas en sus funciones o estructuras corporales, que pueden implicar una deficiencia, interactúa con su entorno (ambiente físico, social y actitudinal en el que se mueve). Además, sobre la persona influyen una serie de factores personales (sexo, origen, edad, forma física, estilos de vida, hábitos, etc.).

Todo este conjunto y las interacciones que se producen entre todos estos elementos, pueden comportar para la persona

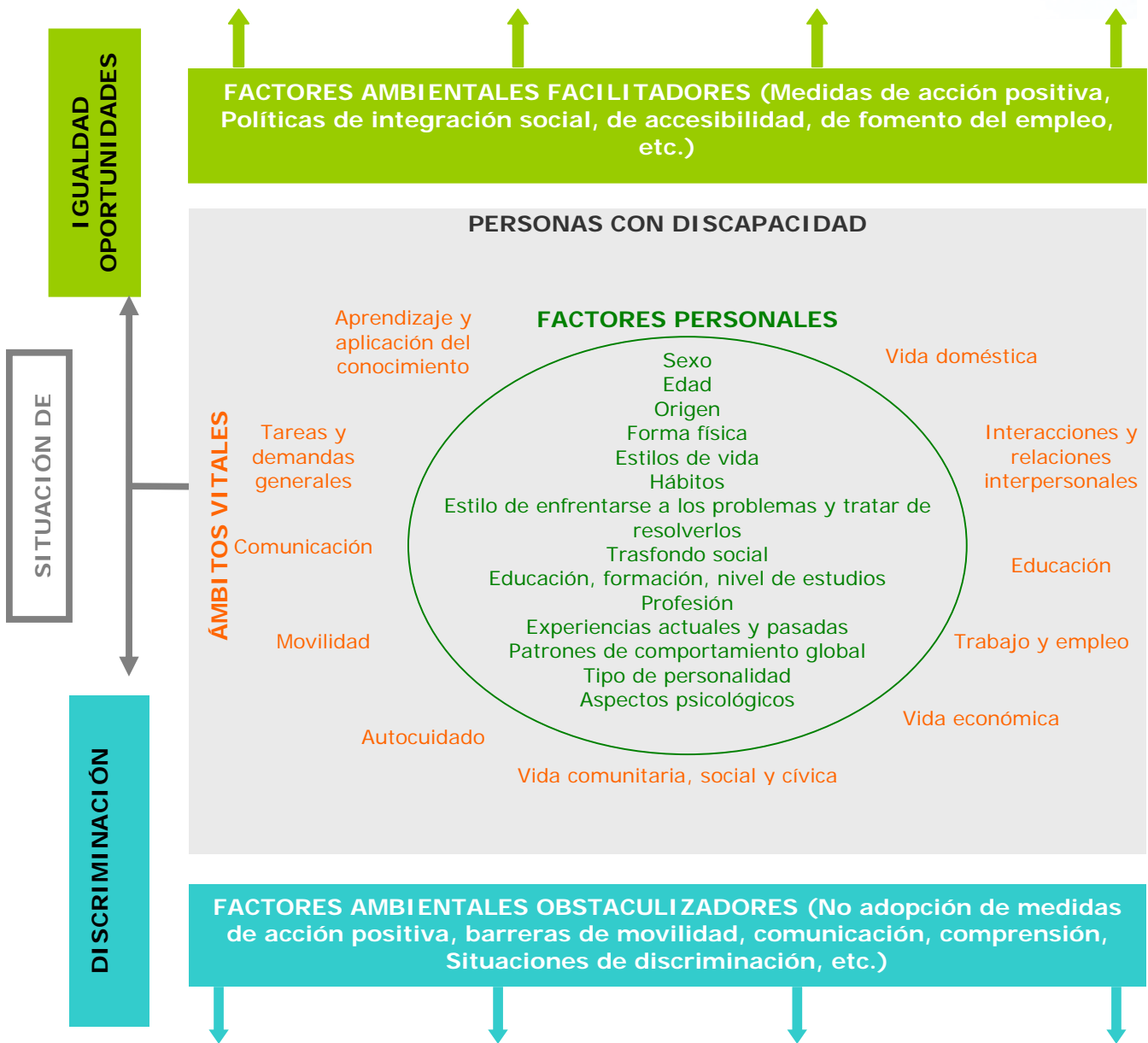
- En positivo: su funcionamiento para el desarrollo de actividades y para participar en todos los ámbitos de su vida.
- En negativo: su discapacidad o limitación para desarrollar actividades o para su participación.

Esta interacción entre los diversos elementos tiene carácter dinámico, de modo que no se da una relación causal única entre ellos, sino que **la intervención de un elemento tiene el potencial de modificar uno o más de los otros.**

Tiene también cabida en este modelo, aunque ello exige lograr un siempre difícil equilibrio, la lucha por superar la marginación y estigmatización y por garantizar la igualdad, así como el esfuerzo por potenciar los aspectos comunes y minimizar las diferencias.

Este modelo nos plantea cambios profundos en el modo de conceptualizar la discapacidad, en la visión y actitudes de la sociedad ante ella. Se empieza a enfatizar el contexto social como factor indispensable para que el individuo desarrolle al máximo su potencial de capacidad y goce de los mismos derechos y oportunidades que el resto de los ciudadanos.

Así, teniendo en cuenta los conceptos de la CIF, en el siguiente diagrama se puede apreciar cómo sobre **cada persona con discapacidad, con sus factores personales** (*sexo, edad, origen, forma física, estilos de vida, hábitos, estilo de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos, trasfondo social, educación, formación, profesión, experiencias actuales y pasadas, patrones de comportamiento globales y tipo de personalidad, aspectos psicológicos personales y otras características*) **y en sus respectivos ámbitos vitales** (*aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones y relaciones interpersonales, educación, trabajo y empleo, vida económica, vida comunitaria, social y cívica*) **interactúan factores ambientales** (*productos y tecnología, entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana, actitudes de las personas del entorno, servicios, sistemas y políticas*) **que le conducen de forma positiva a una situación de igualdad de oportunidades, o por el contrario, comportan una situación de discriminación.**



4.2.2. Hacia un nuevo paradigma de intervención: el Sistema de Apoyos para la Calidad de Vida y la Planificación Centrada en la Persona

El nuevo concepto de la discapacidad que recoge la CIF 2001 comporta un nuevo paradigma de intervención para la promoción y atención a las personas con discapacidad, basado en el **Sistema de apoyos para la Calidad de Vida y la Planificación Centrada en la Persona** (PCP), superando concepciones asistencialistas y centradas en los propios recursos y servicios.

Sólo en este marco cobran sentido y se pueden, en consecuencia, enfocar de modo adecuado a sus necesidades, el conjunto de prestaciones y servicios de que deben disponer estas personas en todos los ámbitos (también en el de la atención sanitaria).

Este modelo se orienta a **empoderar a las personas para que dispongan de mayores competencias para su pleno desarrollo en todos los ámbitos de la vida, para lograr su máxima autonomía personal en la comunidad, posibilitar el ejercicio de su poder de decisión sobre su propia existencia y participar activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad** (vida independiente y autónoma).

En efecto, conseguir que las personas y la sociedad evolucionemos hacia una cultura de autonomía personal y vida independiente en la comunidad es una premisa indispensable para la consecución de Calidad de Vida y satisfacción personal en todos los ámbitos y para la realización del proyecto personal de vida de todas y todos.

En este marco, la identificación y establecimiento de apoyos para las necesidades de las personas con discapacidad se debe basar en una **nueva concepción de planificación: un determinado modelo, el modelo de calidad de vida y la planificación centrada en la persona.**

La calidad de vida de las personas con discapacidad y sus oportunidades de participación en la comunidad se pueden mejorar diseñando o adaptando los servicios que se les prestan a sus necesidades. No tienen que ser las personas las que se adapten a los servicios, sino que éstos se deben diseñar de modo que realmente se adecuen a las necesidades y características concretas de cada una de las personas que los requieren. Sólo desde la propia persona se puede obtener una clara visión de las necesidades que se han de cubrir, de los resultados deseados y de las habilidades, estructuras y cultura organizativa que los puede facilitar y hacer posibles. Sólo así es como se pueden conseguir unas prestaciones adecuadas a sus necesidades que promuevan su autonomía personal y mejor calidad de vida y hagan posible su pleno desarrollo y participación en igualdad de oportunidades.

Este modelo parte de la **convicción de que una correcta aplicación de los apoyos puede mejorar las capacidades funcionales y la autonomía de las personas a quienes se dirigen**. Su importancia radica en que proporcionan unas bases más naturales, eficientes y continuadas para mejorar los resultados y la satisfacción personal.

Partiendo de esta convicción, el Sistema de apoyos se define como el **conjunto de recursos y estrategias destinados a promover el desarrollo, los intereses, la calidad de vida y la autonomía de las personas**.

El modelo de calidad de vida orienta la atención a la persona antes de que a su discapacidad o limitaciones, a sus competencias. Propone lograr mediante los apoyos adecuados resultados percibidos por la persona como significativos y satisfactorios para su vida, y señala de manera clave su papel activo. Así, **la persona con discapacidad pasa a ser sujeto en vez de objeto, agente – actor en vez de paciente – espectador**. Es autodeterminada y no cautiva, y es, esencialmente, en cuanto que ser humano, sujeto de los mismos derechos que cualquier otro ser humano.

Por todo ello, **la mejor calidad de vida de las personas con discapacidad depende directamente de una mejor calidad en la prestación de los apoyos**. En otros términos: una forma de reducir las limitaciones funcionales consiste en facilitar apoyos que se centren en la vida adaptativa de la persona, de manera que ésta pueda asumir un rol activo en la sociedad.

La forma de convertir el entorno en un elemento óptimo es a través de los apoyos que garantizan el funcionamiento de la persona con discapacidad. Todos los seres humanos somos personas a partir de la relación con nuestro entorno. Esta relación se vuelve eficaz en la medida en que contamos con apoyos provenientes de nuestro medio.

Para lograr las mejoras en la calidad de vida de las personas con discapacidad contamos con diferentes **fuentes de apoyo**. Estas pueden ser:

- **Fuentes de apoyo naturales:** la propia persona – sus habilidades y competencias – y los demás (familia y amigos, apoyos informales, etc.). Son recursos y estrategias proporcionados por personas o equipamientos en determinados entornos que:
 - posibilitan el logro de resultados personales y de rendimiento deseados;
 - están normalmente disponibles y son culturalmente apropiados en el ambiente respectivo;
 - están apoyados por recursos dentro del ambiente y facilitados en la medida necesaria por la coordinación de servicios humanos.
- **Fuentes de apoyo basadas en prestaciones y servicios:** constituyen los mismos recursos y estrategias pero proporcionados por personas o

equipamientos que normalmente no son parte del “ambiente natural” de la persona (incluyen a los profesionales que les atienden desde los diversos servicios existentes). Entre estos apoyos se encuentran el apoyo de tercera persona, los servicios comunitarios o generales, los servicios especializados y las ayudas técnicas.

Todo el sistema de apoyos se vertebra a través de la coordinación y dinamización de apoyos, que se basa en la metodología de **planificación centrada en la persona (PCP)**. De esta forma permite obtener resultados referidos a la persona, de promoción de la competencia, capacitación y fortalecimiento del control de su vida y de impulso de su autodeterminación para lograr una pertenencia y participación comunitaria mayor.

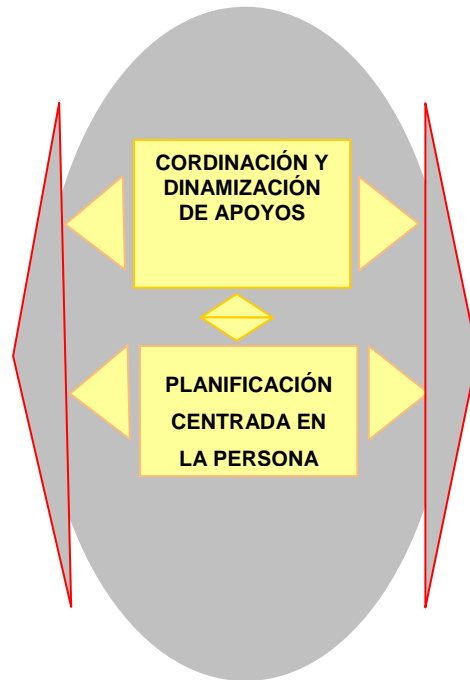
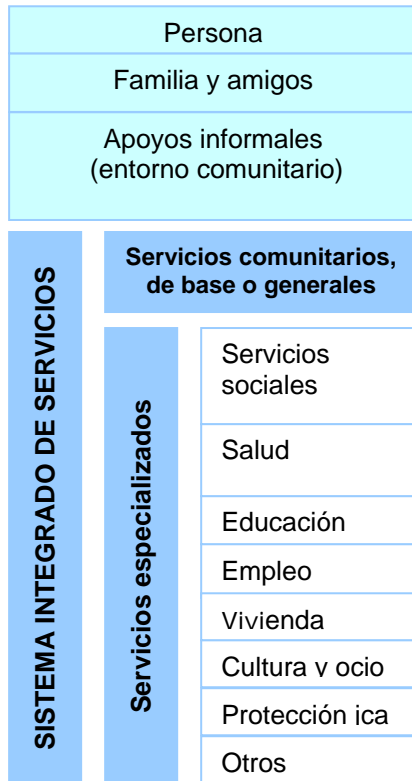
Como se puede observar en el diagrama siguiente, la concepción del Sistema de Apoyos se configura con la finalidad última de mejorar la calidad de vida y la satisfacción de las personas con discapacidad y sus familias. Esta finalidad se mide a través de los resultados que se deben ir obteniendo en las diferentes áreas de apoyo para la calidad de vida. Estos resultados se evalúan en función de la calidad de vida percibida por las personas con discapacidad y sus familias y por elementos objetivos de evaluación.

Las áreas de apoyo se despliegan en actividades de apoyo relevantes. Para lograr la mejora en la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, el Sistema cuenta con diferentes fuentes de apoyo (la persona, familia y amigos, apoyos informales, servicios generales y servicios especializados) Todo el sistema de apoyos se vertebra a través de la coordinación y dinamización de apoyos, que se basa en la metodología de la Planificación Centrada en la Persona.

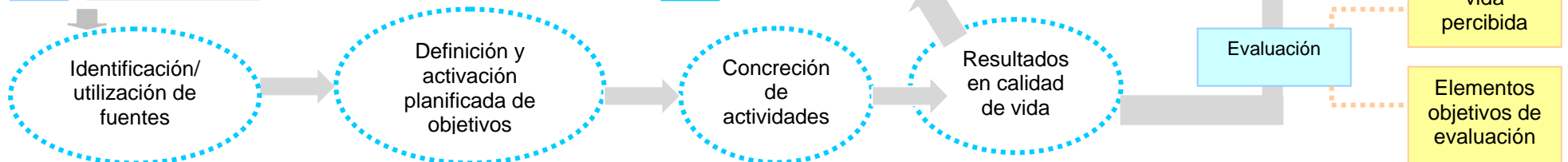
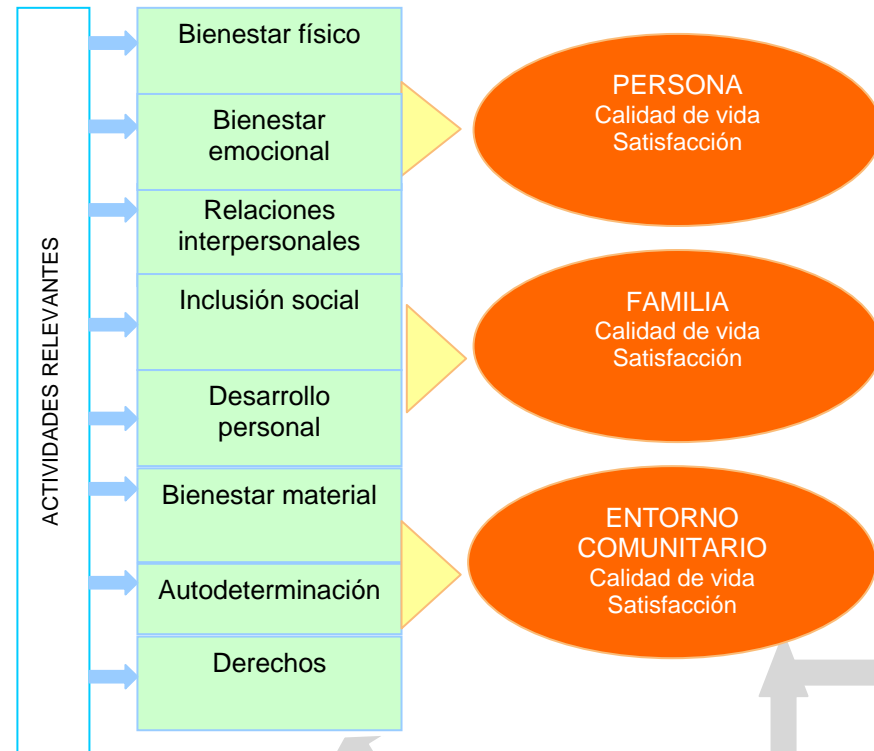
La concepción de este sistema de apoyos supone un **ciclo de mejora continua**, donde una vez vistos y evaluados los resultados obtenidos (calidad percibida, y elementos objetivos de evaluación) se ajusta la planificación y por tanto las áreas de apoyo, los objetivos, etc.

SISTEMA DE APOYOS PARA LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

FUENTES DE APOYO



DIMENSIONES CENTRALES DE CALIDAD DE VIDA (ShaLock)



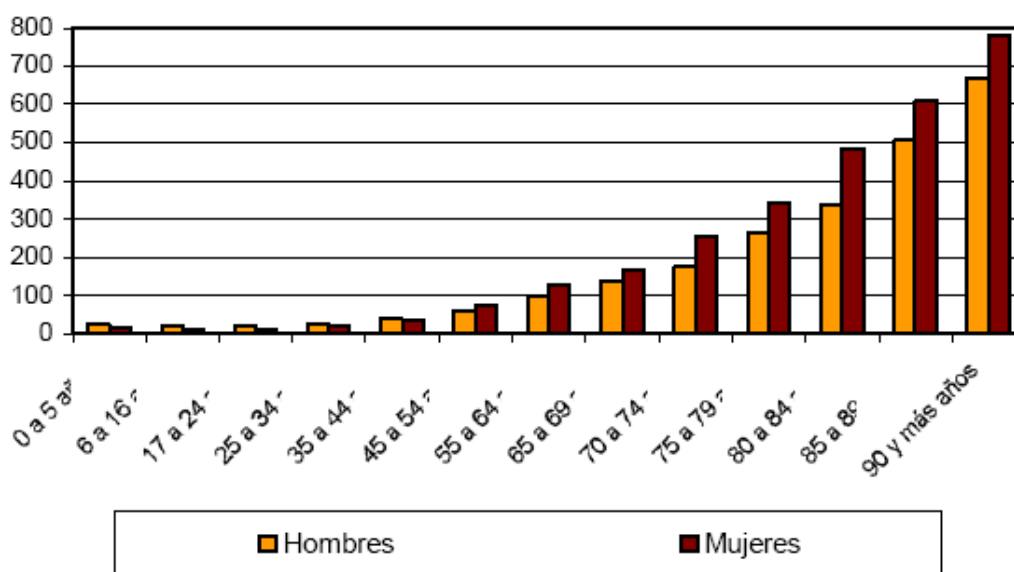
5. ¿Quiénes son las personas con discapacidad y cuáles son sus necesidades específicas de apoyo?

5.1. Datos generales sobre las personas con discapacidad en nuestro país

Según el avance de resultados de la **Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)**⁸, el número de personas con discapacidad alcanza los **3,8 millones**, lo que supone el **8,5% de la población española**.

Por sexo, más de 2,30 millones de mujeres afirman tener una discapacidad, frente a 1,55 millones de hombres. Las tasas de discapacidad de las mujeres son más elevadas que las de los hombres en edades superiores a 45 años. En los tramos de edad inferiores a 44 años las tasas de los varones superan a las de las mujeres.

Gráfico 1 – Personas con discapacidad por edad y sexo en España (2008). Tasas por 1000 habitantes



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. EDAD '08

Respecto a la **distribución territorial** de las personas con discapacidad, las Comunidades Autónomas que presentan un mayor porcentaje de personas con discapacidad son Galicia (11,3%), Extremadura (11,0%) y Castilla y León (10,9%), así

⁸ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008. Nota de prensa con avance de resultados (4 noviembre de 2008).

como las ciudades autónomas de Melilla (11,9%) y Ceuta (11,3%). Por el contrario, los menores porcentajes se dan en La Rioja (6,2%), Cantabria (7,0%) e Illes Balears (7,1%).

Tabla 1 – Personas con discapacidad (6 ó más años) por CCAA (2008).

	Nº de personas (miles)	Tasa por 100 habitantes
España	3.787,4	8,97
Andalucía	716,1	9,58
Aragón	111,6	9,19
Asturias (Principado de)	104,5	10,37
Balears (Illes)	68,8	7,10
Canarias	135,8	7,13
Cantabria	37,5	7,00
Castilla y León	255,9	10,86
Castilla-La Mancha	182,9	9,99
Cataluña	511,7	7,61
Comunitat Valenciana	452,8	9,92
Extremadura	111,0	10,99
Galicia	292,9	11,29
Madrid (Comunidad de)	434,8	7,59
Murcia (Región de)	127,5	9,80
Navarra (Comunidad Foral de)	41,6	7,42
País Vasco	169,4	8,45
La Rioja	17,9	6,16
Ceuta	7,4	11,32
Melilla	7,3	11,86

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. EDAD'08

En uno de cada cinco hogares vive al menos una persona con discapacidad. En un total de 3,3 millones de hogares españoles reside al menos una persona que afirma tener una discapacidad, lo que supone un 20,0% de los hogares españoles. En 608.000 de estos hogares la persona con discapacidad vive sola. No obstante, el caso más frecuente es el hogar de dos miembros donde uno de ellos presenta alguna discapacidad.

Los problemas de movilidad son el primer tipo de discapacidad. Los principales grupos de discapacidad de las personas de seis y más años residentes en hogares son los de movilidad (que afecta al 6,0% de la población), vida doméstica (4,9%) y autocuidado (4,3%). De hecho, más de la mitad de las personas con discapacidad tienen limitaciones en su actividad debido a alguno de estos tres motivos. Para el grupo de 80 y más años estos tres principales grupos de discapacidad afectan a siete de cada 10 personas con discapacidad. Dentro del grupo de movilidad, la restricción de desplazarse fuera del hogar afecta a dos de cada tres personas con problemas de movilidad. Por sexo, las mujeres presentan mayores tasas que los hombres en todos los tipos de discapacidad. Y tanto para las mujeres como para los varones la movilidad es el principal motivo de restricción de la actividad.

Tabla 2 – Personas con discapacidad (6 ó más años) por sexo y tipo de discapacidad (2008).

Número de personas en miles y tasas por 1.000 habitantes

	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Nº de personas	Tasa por 1.000	Nº de personas	Tasa por 1.000	Nº de personas	Tasa por 1.000
TOTAL	3.787,4	89,70	1.510,9	72,58	2.276,5	106,35
Visión	979,0	23,19	371,3	17,84	607,7	28,39
Audición	1.064,1	25,20	455,7	21,88	608,5	28,43
Comunicación	734,2	17,39	336,6	16,17	397,5	18,57
Aprendizaje realización tareas	630,0	14,92	264,5	12,70	365,5	17,07
Movilidad	2.535,4	60,05	881,5	42,34	1.653,9	77,27
Autocuidado	1.824,5	43,21	645,0	30,98	1.179,5	55,10
Vida doméstica	2.079,2	49,24	605,8	29,10	1.473,4	68,83
Relaciones personales	621,2	14,71	291,7	14,01	329,5	15,39

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. EDAD '08

5.2. La situación de la mujer con discapacidad en el ámbito sanitario

5.2.1. Antecedentes

Las mujeres con discapacidad están entre las más importantes consumidoras de cuidados médicos. Numerosos estudios indican que son más proclives a permanecer más tiempo internas en instituciones que los hombres. Además, se encuentran en una situación de especial desigualdad ante los servicios sanitarios por dificultades de accesibilidad, falta de información y las necesidades específicas que se derivan de su particular situación.

En ese sentido, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce que éstas tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, apelando a los Estados Partes a adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud, y los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, en su comunidad y sin coste económico adicional para ellas.

Además, la Convención exige a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la

atención a la salud en los ámbitos público y privado; todo ello, además, con perspectiva de género.

En relación con esto último, la Convención reconoce el derecho a la maternidad de las mujeres con discapacidad y a mantener su fertilidad en igualdad de condiciones con las demás. Establece el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, ofreciendo los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.

5.2.2. La vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad en el ámbito sanitario

Es fundamental garantizar que en el ámbito sanitario se tenga una percepción adecuada de los derechos de las mujeres con discapacidad para evitar que éstos sean vulnerados. Entre las vulneraciones de derechos más frecuentes se encuentran:

- La utilización a favor de la ingeniería biológica y farmacéutica, “ensayos” y “experimentos” con numerosas mujeres con discapacidad, ignorando y pasando por alto sus propios derechos.
- La esterilización forzada que especialmente sufren las adolescentes y mujeres en edad fértil con discapacidad intelectual. Este procedimiento es puesto en marcha sin tener el consentimiento o autorización de la persona que se ve sometida a esta práctica, y se realiza sin que exista una amenaza o riesgo serio para la salud o para la vida.
- La indicación o sugerencia de interrupción del embarazo por parte de los profesionales médicos a la mujer con discapacidad por mantenerse la creencia errónea sobre la falta de idoneidad de éstas mujeres para desarrollar adecuadamente la maternidad.
- La imposibilidad de detectar situaciones de violencia y abuso cuando éstas son perpetradas a una mujer con discapacidad.
- La falta de accesibilidad universal o de los ajustes razonables (física, técnica, de la comunicación o en los procedimientos) de los servicios de salud específicos de mujeres.

Por todo ello, y para evitar esta discriminación y vulneración de derechos desde el CERMI se propone la promoción de las siguientes medidas:

- Inclusión de la perspectiva de la discapacidad en los programas generales de atención dirigidos a mujeres. Se deben tomar medidas para garantizar la

accesibilidad de los servicios de asesoramiento genético, planificación familiar, preparación al parto, obstetricia, y ginecología de todas las mujeres con discapacidad.

- Formación al profesional sanitario sobre la situación específica de las mujeres con discapacidad, sus demandas y sus derechos, tal y como los establece la CDPD.
- Asegurar que cualquier tratamiento médico es prestado a las personas con discapacidad sobre la base de un consentimiento libre e informado.
- Ante la existencia de indicios de que las mujeres con discapacidad han podido ser víctimas de algún abuso sexual por parte de su entorno cercano (pareja, marido, cuidador, etc.), establecer un protocolo de atención para que en las consultas ginecológicas la mujer con discapacidad pueda decidir estar sola o con su acompañante, previendo en el primer caso la ayuda en la consulta por parte de un profesional independiente, como un auxiliar sanitario en lo que se refiere al traslado de camillas, un intérprete de Lengua de Signos en lo que se refiere a la comunicación, etc.

5.3. Problemática o dificultades asociadas a las personas con limitaciones en la actividad

La adecuada atención y trato a las personas con discapacidad (en todos los ámbitos, pero en particular, en el ámbito sanitario) requiere conocer las dificultades que presentan, así como los factores del entorno que obstaculizan o facilitan su autonomía (en particular, en el ámbito de la atención sanitaria).

Por este motivo, se analizan a continuación, de forma diferenciada, las dificultades derivadas para las personas con discapacidad como consecuencia de los siguientes problemas que pueden comportarles limitaciones en su actividad:

- en la movilidad,
- en la visión,
- en la audición,
- en el lenguaje, voz y habla,
- en el aprendizaje y aplicación del conocimiento,
- trastornos o enfermedades mentales.

5.3.1. Dificultades derivadas de problemas en la movilidad

Los problemas de movilidad son aquellos que afectan al movimiento de una persona al cambiar su cuerpo de posición o lugar, al coger, mover o manipular objetos, al andar, correr o trepar o para emplear los medios de transporte.

Abarcan los problemas de coordinación o manipulación que dificultan o impiden la movilidad o la utilización de los objetos.

Estas dificultades pueden producirse a causa de la carencia de algún miembro, por problemas nerviosos que afecten a la funcionalidad de los mismos o por cualquier otra causa que comporta dificultades para la movilidad.

Según recoge el Servicio de Información sobre Discapacidad (SID)⁹ los problemas de movilidad pueden ser causados por **deficiencias motóricas osteoarticulares** (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores) y/o por **deficiencias motóricas del sistema nervioso** (parálisis de una extremidad superior, parálisis de una extremidad inferior, paraplejía, tetraplejía, trastornos de la coordinación de movimientos y/o tono muscular y otras deficiencias del sistema nervioso).

Este tipo de dificultades pueden acompañar a la persona a lo largo de su vida desde su nacimiento o bien sobrevenir a causa de una enfermedad o un accidente. Pueden ser permanentes o tener carácter transitorio.

Limitaciones en las actividades y participación

Teniendo en cuenta la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. 2001), las limitaciones en las actividades y participación que pueden verse afectadas por problemas en la movilidad pueden darse en relación con los siguientes aspectos:

Para cambiar o mantener la posición de cuerpo o para transferirlo de un lugar a otro.

Por ejemplo: sentarse o levantarse de una silla, permanecer de pie, deslizarse a lo largo de un banco.

Para llevar, mover o usar objetos.

Por ejemplo: levantar un objeto, dar una patada a un balón o pedalear en una bicicleta, manejar, recoger o manipular objetos.

Para andar o desplazarse por el entorno.

⁹ <http://sid.usal.es/>

Por ejemplo: pasear, correr, saltar, deambular por la calle, por las habitaciones de su casa, por un edificio.

Para desplazarse utilizando medios de transporte.

Por ejemplo: montar y ser llevado en autobús, conducir un coche.

Dificultades

- Problemas para los desplazamientos, a la hora de maniobrar, alcanzar, salvar desniveles o controlar movimientos.
- Ritmo más lento en algunos movimientos.
- Dificultad para la realización de actividades básicas de la vida diaria (vestido, aseo, alimentación), lo que conlleva la necesidad de utilizar ayudas personales o técnicas.
- Problemas para acceder a entornos (productos, bienes y servicios).

Factores contextuales obstaculizadores más frecuentes

- Existencia de barreras urbanísticas (bordillos, escalones, pendientes pronunciadas, etc.).
- Existencia de barreras arquitectónicas en los centros y espacios públicos (en particular en hospitales, centros sanitarios, etc.): inexistencia de rampas de acceso a los edificios o rampas no practicables, inexistencia de ascensores accesibles para acceder a los edificios o viviendas (por ejemplo, en aquellos casos en que se dispone de un ascensor pero en el mismo no cabe una silla de ruedas), dificultades para el alcance de productos, dificultades de maniobra (por ejemplo para que una persona que utiliza una silla de ruedas pueda acceder a una estancia porque no dispone de espacio suficiente de giro), etc.
- Inexistencia o falta de accesibilidad a aseos adaptados.
- Inexistencia o falta de accesibilidad de camillas, equipamientos y demás dispositivos sanitarios adaptados. En particular, en la atención sanitaria a las mujeres con discapacidad, y en concreto en relación con la atención ginecológica, la inexistencia de medios adaptados (camillas hidráulicas, máquinas de mamografía accesibles para mujeres en silla de ruedas,...).
- Escasez de medios de transporte público adaptados (taxis, autobuses urbanos e interurbanos, etc.) o medios de transporte sanitarios adaptados. En particular, para las personas usuarias de sillas de ruedas eléctricas, pero también para personas con otras dificultades en la movilidad.

- Colocación de letreros, carteles y demás elementos de información y señalización a una altura que no permita su lectura por personas que se desplazan en silla de ruedas; así como colocación de timbres, mecanismos eléctricos de encendido/apagado, paneles numéricos en los ascensores, etc. de esta misma forma no accesible para todas las personas.
- Falta de concienciación social para la eliminación de barreras: por ejemplo, no cesión del asiento en una sala de espera o en medio de transporte a una persona que lo necesita más que nosotros/as o uso inadecuado de plazas de parking accesibles.
- Falta de entrenamiento o formación del personal sanitario para el apoyo y atención a las personas con discapacidad.
- Adopción de posturas corporales que puedan comportar una actitud de superioridad, falta de cercanía o que dificultan la comunicación y comprensión (por ejemplo, no intentar situarse a la misma altura de una persona que está sentada, mirándole a los ojos, hablándole, por el contrario, en pie para atenderle, informarle o comunicarse).
- Interlocución/comunicación dirigida a sus familiares, cuidadores o personal acompañante y no directamente a la persona con discapacidad.
- No disposición de apoyos específicos que posibiliten su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario.

Apoyos más habituales/Ajustes facilitadores

Se debe promover la aplicación de los criterios del “*Diseño para todos*”, permitiendo el acceso cómodo a los productos, bienes y servicios por parte de todas las personas.

Esto se concreta con los siguientes apoyos:

- Para las personas con discapacidad como consumidoras/es, clientes o personas destinatarias de cualquier forma de atención sanitaria:
 - Eliminación de barreras urbanísticas y arquitectónicas y disposición de elementos que posibilitan el desplazamiento y el acceso a los edificios y viviendas, así como la movilidad dentro de los mismos.
 - Disposición de equipamientos, instrumentos y dispositivos adaptados para una adecuada atención sanitaria, respetuosa y no traumática.
 - Colocación de letreros, carteles y demás elementos de información

y señalización a una altura que permita su lectura por personas que se desplazan en silla de ruedas; así como colocación de timbres, mecanismos eléctricos de encendido/apagado, etc. de esta misma forma.

- Disposición de personal sensibilizado, con conocimiento, formado y entrenado en la atención y apoyo específico a las personas con discapacidad.
 - Utilización de ayudas técnicas para los desplazamientos y manipulación de objetos, así como para el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación: bastones, muletas, sillas de ruedas, prótesis, hardware y software adaptado, etc.
 - Disposición de asistencia personal en actividades concretas para las que la persona no disponga de suficiente autonomía.
 - Adaptación de tiempos de respuesta a la diversidad de necesidades de las personas.
- Para las personas con discapacidad como actuales o potenciales trabajadoras y trabajadores del ámbito sanitario:
 - Disposición de servicios, ayudas técnicas y apoyos específicos que posibiliten su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario.
 - Formación y apoyo para la adquisición de habilidades y competencias y para la máxima potenciación de las capacidades de las personas con discapacidad.
 - Adaptación de puestos de trabajo.

5.3.2. Dificultades derivadas de problemas en la visión

Cuando afirmamos que una persona tiene dificultades derivadas de problemas en la visión estamos diciendo que tiene afectadas las funciones corporales de la vista y otras relacionadas (funciones visuales, funciones de las estructuras adyacentes al ojo, sensaciones asociadas con el ojo y estructuras adyacentes, vista y funciones relacionadas).

Es decir, se refiere a personas con **deficiencias funcionales del órgano de la visión y de las estructuras y funciones asociadas, incluidos los párpados** (puede tener afectada la estructura de la órbita ocular, del globo ocular, estructuras periféricas oculares, etc.).

Decimos que una persona tiene una discapacidad visual cuando presenta cualquier alteración del sentido de la vista, pudiendo presentar una pérdida total o parcial de la visión, distinguiendo así entre ceguera o deficiencia visual.

La vista es una función sensorial principal, por ello los problemas asociados a ella han sido clasificados dentro de déficit o “discapacidades sensoriales”.

Según la ONCE, cuando hablamos en general de ceguera o deficiencia visual nos estamos refiriendo a condiciones caracterizadas por una **limitación total o muy seria de la función visual**.

Más específicamente, hablamos de personas con **ceguera** para referirnos a aquellas que no ven nada en absoluto o solamente tienen una ligera percepción de luz (pueden ser capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos).

Por otra parte, cuando hablamos de personas con **deficiencia visual** queremos señalar a aquellas personas que con la mejor corrección posible podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta. En la mejor de las condiciones, algunas de ellas pueden leer la letra impresa cuando ésta es de suficiente tamaño y claridad, pero, generalmente, de forma más lenta, con un considerable esfuerzo y utilizando ayudas especiales. En otras circunstancias, es la capacidad para identificar los objetos situados enfrente (pérdida de la visión central) o, por el contrario, para detectarlos cuando se encuentran a un lado, encima o debajo de los ojos (pérdida de visión periférica), la que se ve afectada en estas personas.

Por tanto, las personas con deficiencia visual, a diferencia de aquellas con ceguera, conservan todavía un resto de visión útil para su vida diaria (desplazamiento, tareas domésticas, lectura, etc.).

Si bien este tipo de deficiencias suelen ser de carácter permanente, en muchos casos estas deficiencias permiten soluciones eficaces gracias a los avances técnicos, ayudas

técnicas, etc. (gafas o lentillas en el caso de miopía, hipermetropía, etc., operación de ciertos problemas como las cataratas, etc.).

Aunque otros factores son susceptibles también de ser utilizados en la **evaluación de la función visual** (tales como la motilidad ocular, la visión cromática, la sensibilidad al contraste, la visión nocturna, etc.), sin embargo para cuantificar el grado de ceguera o de deficiencia visual se utilizan, principalmente, dos variables:

- **Agudeza visual:** capacidad para percibir la figura y la forma de los objetos así como para discriminar sus detalles. Para medirla se utilizan generalmente los optotipos o paneles de letras o símbolos.
- **Campo visual:** capacidad para percibir los objetos situados fuera de la visión central (que corresponde al punto de visión más nítido). La valoración del campo visual se realiza a través de la campimetría.

Para entender la realidad que entraña esta discapacidad basta tener en cuenta que a través del sentido de la vista procesamos el 80% de la información del mundo que nos rodea. Vivimos, cada vez más, en una sociedad visual. La información que nos llega la recibimos mayoritariamente por este canal y faltan, en la vida cotidiana, factores contextuales facilitadores para la vida de estas personas.

Dificultades

- o Diferente percepción de la orientación que dificulta el desplazamiento y la movilidad.
- o No percepción de la información que se encuentra en soporte gráfico, visual.
- o Presencia de contaminación acústica (ruido en cafeterías, transportes, espacios cerrados, etc.) que causa pérdidas de información mayor.

Factores contextuales obstaculizadores más frecuentes

- o Existencia de barreras urbanísticas y arquitectónicas (bordillos, escalones, pendientes pronunciadas, semáforos sin señal acústica, etc.).
- o Falta de accesibilidad a la información en soporte escrito y gráfico (así por ejemplo: contrastes de color que dificultan la visibilidad, no espaciado suficiente entre los caracteres, textos justificados y no alineados a la izquierda, letra pequeña, etc.).
- o Inexistencia de comunicaciones auditivas (que complementen las visuales), tales como utilización de transcripciones y audiodescripciones, en todos aquellos productos y servicios de acceso a la información.

- No utilización del Braille en folletos informativos, carteles y demás elementos de información, para ayudar a acceder a timbres, en mecanismos eléctricos de encendido/apagado, en indicaciones de entrada/salida de espacios, en paneles numéricos en los ascensores, etc.
- Falta de accesibilidad en los medios de transporte público o medios de transporte sanitarios adaptados (falta de señales e información acústica).
- Ininteligibilidad o no claridad de los sistemas de megafonía o altavoz.
- Falta de entrenamiento o formación del personal sanitario para el apoyo y atención a las personas con discapacidad.
- Interlocución/comunicación dirigida a sus familiares, cuidadores o personal acompañante y no directamente a la persona con discapacidad.
- No disposición de servicios y apoyos específicos que posibiliten la máxima autonomía personal de la persona con discapacidad visual y su pleno desarrollo en el entorno comunitario.

Apoyos más habituales/Ajustes facilitadores

Se debe promover la aplicación de los criterios del “*Diseño para todos*”, permitiendo el acceso cómodo a los productos, bienes y servicios por parte de todas las personas.

Esto se concreta con los siguientes apoyos:

- Para las personas con discapacidad como consumidoras/es, clientes o personas destinatarias de cualquier forma de atención sanitaria:
 - Perros-guía.
 - Bastones y accesorios para la orientación y movilidad.
 - Itinerarios habituales con referencias.
 - Instrumentos electrónicos de lectura y acceso a la información (Línea Braille, Explorador Jaws, ZoomText, etc.), y otros dispositivos y programas de ampliación de la imagen.
 - Eliminación de barreras urbanísticas y arquitectónicas (bordillos, escalones, pendientes pronunciadas, semáforos sin señal acústica, etc.).
 - Accesibilidad a la información en soporte escrito y gráfico (así por ejemplo: contrastes de color que facilitan la visibilidad, espaciado suficiente entre los caracteres, textos alineados a la izquierda, letra

de un tamaño mínimo de 11 o 12 puntos – dependiendo de la tipografía, etc.).

- Disposición de comunicaciones auditivas (que complementen las visuales), tales como utilización de transcripciones y audiodescripciones, en todos aquellos productos y servicios de acceso a la información.
 - Aparatos de grabación y reproducción.
 - Servicios de transcripción a Braille o grabación sonora.
 - Rotuladores especiales para remarcar textos.
 - Disposición de personal sensibilizado, con conocimiento, formado y entrenado en la atención y apoyo específico a estas personas.
- Para las personas con discapacidad como actuales o potenciales trabajadoras y trabajadores del ámbito sanitario:
- Disposición de servicios, ayudas técnicas y apoyos específicos que posibiliten su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario.
 - Formación y apoyo a las personas con discapacidad visual para la adquisición de habilidades y competencias y para la máxima potenciación de sus capacidades.
 - Adaptación de puestos de trabajo.

5.3.3. Dificultades derivadas de problemas en la audición

La audición es otra de las funciones sensoriales principales.

Cuando decimos de una persona que tiene problemas de audición puede tener dañadas las estructuras del oído externo, medio o interno y otras estructuras relacionadas que afectan a sus funciones auditivas, vestibular, sensaciones asociadas con la audición y con la función vestibular y otras.

Según la definición de la Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS), la sordera en cuanto deficiencia, se refiere a la pérdida o anomalía de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral.

Partiendo de que la audición es la vía principal a través de la que se desarrolla el lenguaje y el habla, debemos tener presente que cualquier trastorno en la percepción auditiva del niño, a edades tempranas, va a afectar a su desarrollo lingüístico y comunicativo, a sus procesos cognitivos y, consecuentemente, a su posterior integración escolar, social y laboral (FIAPAS, 1990).

Dependiendo del momento de aparición, del tipo y del grado de las mismas, las pérdidas auditivas pueden ser:

Según el momento de adquisición:

- **sordera prelocutiva:** la pérdida auditiva está presente antes de que se haya desarrollado el lenguaje, y
- **sordera postlocutiva:** la pérdida auditiva aparece cuando ya existe lenguaje.

Según la localización de la lesión:

- **de conducción o de transmisión:** presentan alteraciones en la transmisión del sonido a través del oído externo y medio.
- **de percepción o neurosensorial:** son debidas a lesiones en el oído interno o en la vía nerviosa auditiva.
- **mixta:** la causa es conductiva y de percepción.

Según el grado de pérdida auditiva:

- **pérdidas leves:** el umbral de audición está situado entre (20 y 40 dB)
- **pérdidas medias:** la pérdida auditiva se encuentra entre (41 y 70 dB)
- **pérdidas severas:** la pérdida auditiva se sitúa entre los (71 y 90 dB)

- **pérdidas profundas:** en este caso la pérdida auditiva supera los 90 dB y se sitúa entre (91-100 dB)

(Clasificación del Bureau Internacional de Audiología -BIAP-)

Dependiendo del momento de aparición de la pérdida auditiva, del tipo y el grado de la misma, las consecuencias que tiene la sordera sobre el desarrollo comunicativo y lingüístico de la persona variarán y condicionarán la orientación y el tratamiento audiotrófico y rehabilitador, que será necesario aplicar en cada caso con objeto de que la persona con discapacidad auditiva pueda desarrollar con mayor facilidad y de manera más natural todas sus capacidades y habilidades cognitivas, comunicativas y lingüísticas, así como acceder a mejores opciones vocacionales y laborales.

Es frecuente encontrar personas con problemas de audición a las que se les asocian trastornos del equilibrio. Se trata de personas que padecen vértigos laberínticos (el más frecuente es el vértigo Meniere), mareos y alteraciones de locomoción por trastornos vestibulares.

Así, una persona tiene una discapacidad auditiva cuando presenta una pérdida total o parcial de la audición, que tiene como consecuencia inmediata una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral. Por tanto, afecta a la percepción y comprensión de la información sonora y, muchas veces, a la comprensión de la información escrita.

Los problemas auditivos pueden ocurrir en cualquier momento de la vida, desde antes del nacimiento hasta la edad adulta.

Algunas enfermedades, lesiones, ciertas medicinas, niveles elevados de ruido y la edad pueden ser los causantes de la pérdida de audición en niños y adultos.

Algunos bebés prematuros o con bajo peso al nacer o que hayan estado expuestos a infecciones intrauterinas podrían tener problemas auditivos.

El 60% de de las sorderas infantiles tienen origen genético.

Algunas causas se pueden prevenir gracias a las vacunas, como por ejemplo: ciertas infecciones, tales como el sarampión y la meningitis, que pueden producir pérdida auditiva.

Las consecuencias de la gran mayoría de las pérdidas auditivas se pueden paliar con el uso de prótesis auditivas como los audífonos y los implantes auditivos (osteointegrados y cocleares), que son prótesis quirúrgicas. Si la pérdida auditiva es severa o profunda y está presente antes del desarrollo del lenguaje oral, tiene importantes consecuencias para el desarrollo de la lengua oral. Así, un niño que no oye bien, no aprende bien el lenguaje y por tanto no habla correctamente. Por ello, es necesaria la intervención de un profesional en logopedia.

Por último, habrá que tener en cuenta que las personas sordas, en función de su modalidad comunicativa, lengua oral o lengua de signos, presentarán necesidades diferentes y necesitarán diferentes recursos para ser autónomos.

Dificultades

- Dificultades en la recepción y/o distorsión de la información auditiva procedente del entorno.
- Dificultades en el acceso a la información, oral y escrita (en función de la lengua oral adquirida).
- Dificultades en la comunicación, tanto en la expresión como en la comprensión del lenguaje oral.
- Dificultad en el acceso a la información de señales de alarma que sólo tienen un registro auditivo.
- Dificultades en las interacciones personales.

Factores contextuales obstaculizadores más frecuentes

- Escasez de conocimiento de las consecuencias de la sordera y de las formas de tratar a las personas con sordera.
- No disposición de servicios, ayudas técnicas y apoyos específicos que permitan su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario:
 - Escasez de ayudas técnicas auxiliares (bucle magnético, equipos de frecuencia modulada) para que las personas sordas usuarias de prótesis auditivas puedan acceder a la información auditiva.
 - Falta de accesibilidad a los medios de comunicación audiovisuales para las personas sordas y con problemas de audición.
 - Falta de accesibilidad a la comunicación en compartimentos cerrados (aseos, cabinas, etc.).
 - Señales de alarma y de seguridad exclusivamente acústicas (incendios, bocinas, etc.).
 - Contaminación acústica, que dificulte la recepción de la información auditiva y de los estímulos sonoros.
 - Falta de paneles informativos en el entorno hospitalario (especialmente en mostradores de información, ingresos y atención)

al paciente, y en salas de espera) que permitan a las personas sordas o con problemas de audición acceder a los mensajes sonoros.

- Escasez de personas con conocimiento de la lengua de signos en los servicios públicos y privados (en particular en la atención sanitaria) para atender a aquellas personas sordas que sean usuarias de dicha lengua.
 - No disposición o no utilización de tecnología actual (Internet, telefonía móvil) para facilitar el trasvase de información, citas y aviso de incidencias entre el centro hospitalario y el domicilio particular de la persona con sordera que, habitualmente, no puede comunicarse a través del sistema tradicional de teléfono.
- Contaminación visual, en caso de existencia de señales visuales que dispersen la atención en situaciones de comunicación.
 - Falta de entrenamiento o formación del personal sanitario para el apoyo y atención.
 - Falta de información accesible y asequible para las personas sordas o con problemas de audición en relación con el diagnóstico y tratamiento de sus problemas de salud.
 - Interlocución/comunicación dirigida a sus familiares, cuidadores o personal acompañante y no directamente a la persona con discapacidad.

Apoyos más habituales/ Ajustes facilitadores

En general, hay que lograr la aplicación del principio de “Diseño para Todos”, facilitando el acceso a los productos, bienes y servicios y la eliminación de las barreras que dificultan el acceso a la información y al conocimiento de las personas sordas y con problemas de audición.

Esto se concreta con los siguientes apoyos:

- Para las personas con discapacidad como consumidoras/es, clientes o personas destinatarias de cualquier forma de atención sanitaria:
 - Utilización de prótesis auditivas: audífonos e implantes auditivos (osteointegrados o cocleares).
 - Presencia del intérprete de lengua de signos.
 - Estimulación auditiva e intervención logopédica para el desarrollo de la lengua oral (hablada y escrita).

- Disposición de bucles magnéticos en el entorno.
- Utilización de las recomendaciones establecidas para facilitar la lectura labial a las personas sordas y con problemas de audición.
- Incorporación de subtítulos en los medios audiovisuales que se utilicen.
- Disposición de señales de emergencia luminosas y de paneles informativos.
- Utilización de la lengua de signos por aquellas personas sordas que sean usuarias de dicha lengua.
- Utilización de otros sistemas aumentativos de comunicación (por ejemplo: la palabra complementada y lenguaje bimodal).
- Para las personas con discapacidad como actuales o potenciales trabajadoras y trabajadores del ámbito sanitario:
 - Disposición de servicios, ayudas técnicas y apoyos específicos que posibiliten su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario.
 - Formación y apoyo para la adquisición de habilidades y competencias y para la máxima potenciación de sus capacidades.
 - Adaptación de puestos de trabajo.

5.3.4 Dificultades derivadas de problemas en el lenguaje, voz y habla

Las dificultades asociadas a problemas en el lenguaje, voz y habla podríamos clasificarlas, al igual que las visuales y auditivas, en sensoriales o expresivas.

Hacen alusión a déficits sensoriales, alteraciones o deficiencias que afectan tanto a los órganos y estructuras (nariz, boca, faringe, laringe, y otras estructuras involucradas) como a las funciones del lenguaje y el habla (voz, articulación, fluidez y el ritmo del habla, alternativas de vocalización, otras funciones de la voz y el habla).

Según el Servicio de Información sobre Discapacidad (SID), las deficiencias del lenguaje, habla y voz **se producen cuando existen deficiencias de comprensión y/o elaboración del lenguaje, la producción y/o emisión del habla, y los trastornos de la voz.** Diferencia las siguientes:

- **Mudez (no por sordera):** se refiere a personas cuyos órganos fonadores son normales, pero son mudas como consecuencia de lesión cerebral en los centros del lenguaje, trastornos mentales, ciertos casos de autismo, etc.
- **Habla dificultosa o incomprensible:** se refiere a personas con secuelas graves del lenguaje como afasias, disfasias, disartrias, disfonías, disfemias, etc. producidas por lesiones en la región cerebral del lenguaje, por ejemplo ACV (accidente vascular cerebral), TCE (traumatismo craneoencefálico), trastornos del lenguaje asociados a demencias, retrasos mentales, etc. Los ACV son el nombre genérico que se da a ciertas enfermedades cerebrales de origen vascular. Estas pueden ser hemorragia cerebral, trombosis cerebral y embolia cerebral. Afasia: Defecto o pérdida de la capacidad de expresarse por palabras, por escrito o por signos, o de comprender el lenguaje escrito o hablado por lesión o enfermedad de centros cerebrales. Existen muchos tipos de afasias. Disartria: Articulación imperfecta del habla, por trastorno del control muscular que resulta por daño en el sistema nervioso. Disfonía: Perturbación de la intensidad, tono y timbre de la voz. Disfemia: Tartamudez.
- **Trastorno del lenguaje expresivo:** la característica esencial de este trastorno es una deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo demostrada mediante las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo normalizadas y administradas individualmente. Tales puntuaciones deben ser substancialmente inferiores a las obtenidas en evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. Las dificultades pueden aparecer en la comunicación implicada tanto en el lenguaje verbal como en el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren los rendimientos académicos o laborales o bien la comunicación social. Los síntomas no cumplen los criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, ni de trastorno generalizado del desarrollo. En caso de retraso mental, déficit sensorial o

motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje son superiores a las habitualmente asociadas a tales problemas.

- **Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo:** la característica esencial del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo es una alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo verificada por las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, que se sitúan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Las dificultades pueden darse en comunicaciones que impliquen tanto el lenguaje verbal como el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social, y los síntomas no cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.
- **Trastorno fonológico:** la característica esencial del trastorno fonológico es una incapacidad para utilizar los sonidos del habla evolutivamente apropiados para la edad y el idioma del sujeto. Puede implicar errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos, por ejemplo, sustituciones de un sonido por otro (uso del sonido /t / en lugar de /k/) u omisiones de sonidos (por ejemplo, consonantes finales), etc. Las deficiencias en la producción de sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.
- **Tartamudeo:** la característica esencial del tartamudeo es un trastorno de la fluidez normal y estructuración temporal del habla, que es inapropiada para la edad del sujeto. Este trastorno se caracteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas. También se observan otros tipos de alteraciones de la fluidez del habla, entre las que se incluyen interjecciones, fragmentación de palabras (por ejemplo, pausas dentro de una palabra), bloqueo audible o silencioso (por ejemplo, pausas en el habla ocupadas o no), circunloquios (esto es, sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas), palabras producidas con un exceso de tensión física y repeticiones de palabras monosilábicas (por ejemplo, «Yo-yo-yo le veré»). La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social. Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las asociadas usualmente a estos problemas.
- **Trastorno de la comunicación no especificado:** esta categoría se reserva para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico: por ejemplo, un trastorno de la voz (esto es, una anomalía del volumen, calidad, tono o resonancia vocales).

Estas dificultades en el desempeño de las actividades y participación en la vida social hacen referencia a problemas en la comunicación principalmente, influyendo, de este modo, en la socialización, el aprendizaje y otras.

Dificultades

- Comunicación y expresión.
- Dificultades de fluidez y ritmo del habla.
- Dificultad para las relaciones interpersonales.
- Dificultad para aprendizaje por imitación (primeros años de vida principalmente).

Factores contextuales obstaculizadores más frecuentes

- Burla o aislamiento social hacia las personas que presentan estas dificultades (por ejemplo, entre los niños/as en el colegio hacia otro que tartamudea o presenta cualquier otra dificultad en el habla).
- Imposibilidad de contactar con algún servicio o persona de forma telefónica.
- Inexistencia de medios o ayudas técnicas adecuadas para la comunicación de las personas con este tipo de problemas.
- Falta de entrenamiento o formación del personal sanitario para el apoyo y atención.
- Interlocución/comunicación dirigida a sus familiares, cuidadores o personal acompañante y no directamente a la persona con discapacidad.
- Trato o interlocución con la persona adulta con discapacidad equivalente al trato con un/a niño/a.
- No disposición de servicios, ayudas técnicas y apoyos específicos que permitan su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario.

Apoyos más habituales/ Ajustes facilitadores

Se debe promover la aplicación de los criterios del “*Diseño para todos*”, permitiendo el acceso cómodo a los productos, bienes y servicios por parte de todas las personas.

Esto se concreta con los siguientes apoyos:

- Para las personas con discapacidad como consumidoras/es, clientes o personas destinatarias de cualquier forma de atención sanitaria:
 - Adaptaciones informáticas y sistemas alternativos de comunicación.
 - Lengua de signos.
 - Paneles de signos.
 - Lectura labial.
 - Adaptación de tiempos.
 - Sesiones de logopedia.
 - Actitudes: pacientes y adaptadas al ritmo o comunicación.
 - Actitudes de respeto, escucha y comprensión.
- Para las personas con discapacidad como actuales o potenciales trabajadoras y trabajadores del ámbito sanitario:
 - Disposición de servicios, ayudas técnicas y apoyos específicos que posibiliten su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario.
 - Formación y apoyo para la adquisición de habilidades y competencias y para la máxima potenciación de sus capacidades.
 - Adaptación de puestos de trabajo.

5.3.5. Dificultades derivadas de problemas en el aprendizaje y la aplicación del conocimiento

El aprendizaje y la aplicación del conocimiento es un área vital clasificada en la CIF. Trata sobre el aprendizaje, la aplicación de los conocimientos aprendidos, el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones.

Dentro del grupo de personas que tienen este tipo de dificultades se encuentran las personas con discapacidad intelectual y con trastornos del aprendizaje y desarrollo:

- **Discapacidad intelectual:** la característica esencial de la discapacidad intelectual es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad. Tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.

En esta misma línea, la Asociación Americana de Retraso Mental, AAMR (en la actualidad AAIDD, Asociación Americana de Discapacidad Intelectual) en su clasificación de 2002¹⁰ mantiene una definición basada en tres criterios diagnósticos:

- Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
 - Limitaciones significativas en la conducta adaptativa.
 - Una edad de aparición anterior a los 18 años.
- **Trastornos del aprendizaje:** se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura. Los trastornos del aprendizaje pueden persistir a lo largo de la vida adulta.

¹⁰ Asociación Americana de Retraso Mental (traducción al castellano Verdugo, M.A. y Jenaro, C.) "Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo", Madrid, Alianza Editorial, 1997.

- **Trastornos Generalizados del desarrollo:** los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Dentro de este tipo de trastornos se encuentran el trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil o el trastorno de Asperger.

Las personas que tienen dificultades en esta área, suelen presentarlas en aquellas actividades de su vida diaria que tienen que ver con el desempeño de: experiencias sensoriales intencionadas (mirar, escuchar, utilizar intencionadamente otros sentidos para apreciar estímulos), aprendizajes básicos (copiar, repetir, aprender a leer, a calcular, adquirir habilidades), aplicación del conocimiento (centrar la atención, pensar, leer, escribir, calcular, resolver problemas y tomar decisiones) y actividades instrumentales (adopción de decisiones, autogobierno, vida en la comunidad, etc.).

Según la AAMR 2002 las áreas de apoyo de las personas con discapacidad intelectual son: el desarrollo humano, la enseñanza y la educación, la vida en el hogar, la vida en la comunidad, el empleo, la salud y la seguridad, lo conductual, lo social y la protección y la defensa. En cada una de estas áreas, se definen, además, las siguientes actividades relevantes:

Desarrollo humano:

- Proporcionar oportunidades para el desarrollo físico, incluyendo coordinación ojo-mano, habilidades de motricidad fina y actividades de motricidad gruesa.
- Proporcionar actividades de desarrollo socio – emocional relativas a la confianza, autonomía, iniciativa, dominio e identidad.
- Proporcionar oportunidades para el desarrollo cognitivo relativas a coordinar experiencias sensoriales, representar el mundo con palabras e imágenes, razonar lógicamente sobre eventos concretos, y razonar de modo más realista y lógico.

Enseñanza/Educación:

- Interactuar con profesores y compañeros.
- Participar en decisiones educativas o relativas al entrenamiento.
- Aprender y usar estrategias de resolución de problemas.
- Usar tecnología para el aprendizaje.
- Acceder a los contextos de aprendizaje.
- Aprender y usar contenidos funcionales (leer señales, contar el cambio...)
- Aprender y usar habilidades de educación física y salud.
- Aprender y usar habilidades de autodeterminación.
- Recibir servicios de tránsito.

Vida en el hogar:

- Usar el WC.
- Lavar y cuidar la ropa.
- Preparar comida y comer.
- Tareas domésticas y limpieza.
- Manejar electrodomésticos y tecnología del hogar.
- Baño y cuidado de la higiene personal y de las necesidades de aseo personal y de acicalamiento.
- Vestido.
- Participar en actividades de ocio en el hogar.

Vida en la comunidad:

- Participar en actividades de ocio o recreativas en la comunidad.
- Usar los servicios de la comunidad.
- Visitar a amigos y familiares.
- Usar lugares y edificios públicos.
- Utilizar el transporte.
- Participar en actividades de la comunidad (por ejemplo: iglesia, voluntariado)
- Comprar y adquirir bienes.
- Interactuar con los miembros de la comunidad.

Empleo:

- Acceder a un trabajo o percibir trabajo o tareas adaptadas.
- Aprender y usar habilidades laborales específicas.
- Interactuar con los compañeros.
- Interactuar con los jefes o entrenadores.
- Completar el trabajo con aceptable velocidad y calidad.
- Cambiar los cometidos laborales.
- Acceder y obtener ayuda y tratamiento en situación de crisis.
- Acceder a servicios de ayuda al trabajador.
- Salud y seguridad
- Acceder y obtener servicios terapéuticos.
- Mantener una dieta nutritiva equilibrada.
- Evitar riesgos para la salud y la seguridad.
- Recibir cuidado a la salud en el hogar.
- Deambular y moverse.
- Comunicarse con médicos y afines.
- Acceder a servicios de emergencia.
- Mantener la salud física.
- Tomar medicación.
- Mantener la salud mental o el bienestar emocional.
- Seguir reglas y leyes.
- Percibir necesidades médicas excepcionales (respiración asistida...)

Conductual:

- Aprender conductas o habilidades específicas.
- Aprender o tomar decisiones apropiadas.
- Acceder y obtener tratamientos de salud mental.
- Acceder y obtener tratamientos de abuso de sustancias.
- Hacer elecciones y tomar iniciativas.
- Incorporar las preferencias personales en las actividades diarias.
- Mantener en público una conducta socialmente apropiada.
- Aprender o usar estrategias de autocontrol.
- Controlar la ira y la agresión.
- Aumentar las habilidades y conductas adaptativas.

Social:

- Socializarse en la familia.
- Participar en actividades de ocio o recreativas.
- Tomar decisiones apropiadas sobre la sexualidad.
- Socializarse fuera de la familia.
- Ofrecer asistencia y asistir a otros.
- Aliarse y romper con la gente.
- Comunicarse con otros acerca de las necesidades personales.
- Usar habilidades sociales apropiadas.
- Implicarse en relaciones de amor e íntimas.
- Hacer y mantener amigos.

Protección y defensa:

- Defenderse a sí mismo y a otros.
- Gestionar el dinero y las finanzas personales.
- Protegerse a sí mismo de la explotación.
- Ejercitar las responsabilidades y derechos legales.
- Pertenecer a y participar en organizaciones de apoyo o autodefensa.
- Obtener servicios legales.
- Hacer elecciones y decisiones deseables.
- Usar bancos y cajeros.

La visión conceptual que prevalece actualmente en el campo de la discapacidad intelectual es la que va dirigida primordialmente a encontrar los apoyos adecuados para cada persona. Para ello establece un proceso de evaluación que comprende tres funciones:

- El diagnóstico: determina las características de una persona para ser considerada como persona con discapacidad intelectual.
- La clasificación y la descripción: identifica los puntos fuertes y débiles de cada individuo en una serie de dimensiones o áreas, para poder establecer las necesidades de apoyo.

- El perfil de necesidades de apoyo: identifica los apoyos necesarios para mejorar el funcionamiento, la intensidad de estos apoyos, las personas que han de prestarlos en las distintas áreas.

Según las necesidades de apoyo para su autonomía personal que presentan estas personas, se diferencian los siguientes niveles:

- Personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo intermitente o limitado.
- Personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo extenso o generalizado.

Pero, como ya se ha dicho, intrínsecamente unida a esta definición se establece el marco global en el que la persona con discapacidad se encuentra ubicada. Es decir, el objetivo no se limita a definir o diagnosticar la discapacidad intelectual sino a identificar las capacidades y debilidades, los puntos fuertes y débiles de la persona en una serie de áreas o dimensiones que abarcan aspectos diferentes, tanto de la persona como del ambiente en que se encuentra. Estas dimensiones o áreas son:

- Las capacidades más estrictamente intelectuales: la inteligencia se considera como la capacidad mental general que comprende las siguientes funciones: el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, el aprendizaje con rapidez, el aprendizaje a partir de la experiencia.
- La conducta adaptativa, tanto en el campo intelectual como en el ámbito social, o en las habilidades de la vida diaria. Suponen el conjunto de habilidades que se despliegan en el terreno de los conceptos (por ejemplo, lenguaje, lecto-escritura, dinero), en el ámbito social (por ejemplo, responsabilidad, autoestima, probabilidad de ser engañado o manipulado, seguimiento de normas) y en la práctica (actividades de la vida diaria como son el aseo o la comida; actividades instrumentales como son el transporte, el mantenimiento de la casa, la toma de medicina o el manejo del dinero), y que son aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria".
- La participación, las interacciones con los demás y los papeles sociales que la persona desempeña: mientras que las otras dimensiones se centran en los aspectos personales o ambientales, en este caso el análisis se dirige a evaluar las interacciones del individuo con los demás y el papel social que desempeña. Habrá un funcionamiento adaptativo del comportamiento de una persona en la medida en que se encuentre activamente involucrada con (asistiendo a..., interaccionando con..., participando en...) su ambiente. El rol social deberá ajustarse a las actividades que sean las normales para un grupo específico de edad: aspectos personales, escolares, laborales, comunitarios, afectivos, espirituales, etc.

- La salud en su más amplia expresión; física, mental y social. La discapacidad intelectual producida por una causa determinada, puede ir acompañada inexcusablemente de una alteración de la salud que, a su vez, puede repercutir sobre el desarrollo de las demás dimensiones. Pero incluso cuando no es así, la preocupación por la salud de los individuos con discapacidad intelectual y los apoyos que debemos prestar, se basan en que pueden tener dificultad para reconocer sus problemas físicos y de salud mental, para gestionar su atención en los servicios comunitarios de salud, para comunicar sus síntomas y sentimientos, para comprender y ejecutar los planes de tratamiento y su seguimiento.
- El contexto ambiental y cultural en el que la persona se encuentra incluida: se trata de contemplar las condiciones interrelacionadas en las cuales las personas viven diariamente. Sin duda, los ambientes de integración -en educación, vivienda, trabajo, ocio- son los que mejor favorecen el crecimiento y desarrollo de las personas. Pero hay que valorar el grado real en que tal integración se puede llevar a cabo y ejecutar, porque dependerá de su presencia real en los lugares habituales de la comunidad, de la posibilidad de elección y de tomar decisiones, de la competencia (que proviene del aprendizaje y de la ejecución de actividades), del respeto al ocupar un lugar valorado por la propia comunidad y de la participación comunitaria con la familia y amigos.

Dificultades

- Dificultades en la adquisición de conocimientos.
- Retraso escolar.
- Dificultades para razonar, planificar, solucionar problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia.
- Dificultad en la comunicación de carácter complejo-abstracto.
- Problemas de adaptación a situaciones nuevas.
- Carencia de habilidades sociales.
- Dificultades para el establecimiento de roles.
- Dificultades para el mantenimiento de la atención.
- Dificultades en la generalización y en la visualización temporal de las situaciones, actúan teniendo en cuenta el momento presente.
- Dificultades por falta de flexibilidad cognitiva.

- Pueden presentar conductas persistentes y obsesivas.
- Dificultades para reconocer y expresar su estado de salud.

Factores contextuales obstaculizadores más frecuentes

- Burla o aislamiento por parte de otros.
- Incomprensión, infravaloración, uso de términos anticuados y peyorativos por parte de la sociedad en general.
- Falta de apoyos específicos en los diversos ámbitos (en particular, en el sanitario) para la detección y apoyo para las personas que presentan estas dificultades.
- Falta de sensibilización social y escasos apoyos para la participación en otras áreas de la vida, en particular para su integración laboral en la empresa ordinaria.
- Actitudes de paternalismo y proteccionismo.
- Actitudes de no escucha y no toma en consideración de sus deseos, voluntad, intereses, preferencias. No participación en adopción de decisiones que les afecten (contando, además, con los apoyos suficientes para entender el alcance de dichas decisiones como personas responsables de sus consecuencias).
- Actitudes que vulneran su capacidad de autogobierno o autodeterminación.
- Falta de entrenamiento o formación del personal sanitario para el apoyo y atención.
- Interlocución/comunicación dirigida a sus familiares, cuidadores o personal acompañante y no directamente a la persona con discapacidad, ignorando a ésta.
- No disposición de servicios y apoyos específicos que posibiliten su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario.
- Barreras para su efectiva integración laboral y social.

Apoyos más habituales/ Ajustes facilitadores

Se debe promover la aplicación de los criterios del “*Diseño para todos*”, permitiendo el acceso cómodo a los productos, bienes y servicios por parte de todas las personas.

Esto se concreta con los siguientes apoyos:

- Para las personas con discapacidad como consumidoras/es, clientes o personas destinatarias de cualquier forma de atención sanitaria:
 - Uso de un lenguaje sencillo, adaptado a sus características, comprobando la comprensión por parte de la persona.
 - Edición de información y textos en “lectura fácil”.
 - Desarrollo de aprendizajes procedimentales (rutinas eficaces) y menos conceptuales.
 - Adaptación de los tiempos.
 - Acompañamiento en las actividades en las que requiere apoyo.
 - Ofrecimiento de apoyo psicosocial y psicopedagógico.
 - Secuenciación de las actividades que se van a llevar a cabo.
 - Facilitación de información por anticipado.
 - Creación de ambientes estructurados y estables.
 - Escucha, toma en consideración y respeto hacia sus deseos, voluntad, intereses y preferencias.
 - Entrenamiento o formación del personal sanitario para el apoyo y atención a estas personas.
 - Realización de acciones de sensibilización social.
- Para las personas con discapacidad como actuales o potenciales trabajadoras y trabajadores del ámbito sanitario:
 - Formación específica y adaptación de puestos de trabajo.
 - Disposición de servicios y apoyos específicos que posibiliten su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario.
 - Apoyo a su integración laboral y social.

5.3.6 Dificultades derivadas de trastornos o enfermedades mentales

Bajo el término trastorno o enfermedad mental se recoge todo trastorno, alteración, temporal o permanente, de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, etc., lo que dificulta a la persona su adaptación normalizada al entorno cultural y social en que vive y que crea alguna forma de malestar. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

Dentro del concepto de enfermedad mental cabe un gran número de patologías, enfermedades, etc. de diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno de forma específica e incluso adaptándose a cada persona, ya que los síntomas pueden ser muy distintos.

Entre las categorías que recoge el Servicio de Información de la Discapacidad (SID), están incluidas:

- **Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:** se refiere a personas con deficiencias de las funciones mentales generales y específicas que tienen su origen en: Trastornos mentales orgánicos (por ejemplo una psicosis alcohólica), autismos, esquizofrenias, fobias, obsesiones, trastornos somáticos, hipocondrías, trastornos psicóticos, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y somatomorfos, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad, etc.
- **Enfermedad mental:** se refiere a personas con deficiencias de las funciones mentales generales y específicas que tienen su origen en: Trastornos mentales orgánicos (por ejemplo una psicosis alcohólica), autismos, esquizofrenias, fobias, obsesiones, trastornos somáticos, hipocondrías, trastornos psicóticos, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y somatomorfos, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad, etc.

En concreto, se recogen los siguientes trastornos:

- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica: síntomas mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.
- Trastornos relacionados con sustancias: incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo: incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor (trastorno depresivo, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o

trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo, trastorno bipolar, etc.)

- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño
- Trastornos del control de los impulsos
- Trastornos adaptativos
- Trastornos de la personalidad

Las causas de la enfermedad mental son también diversas: origen biológico (genético, neurológico,...), ambiental (relacional, familiar, psicosocial,...) y psicológico (cognitivo, emocional,...)

Cada enfermedad y persona tendrán un pronóstico, desarrollo, tratamiento y posibilidades de rehabilitación, lo cual conforma un gran número de enfermedades y clasificaciones.

Resulta complicado, por lo diferente en cuanto a sintomatología, evolución, afectación, etc. de cada enfermedad, aglutinar en un solo esquema las dificultades que sufren las personas con este tipo de trastornos y los ajustes necesarios. Pensemos en enfermedades mentales que conocemos. Abarcan desde el estrés y la depresión, hasta las neurosis, trastornos bipolares, autismo, etc.

Las personas con un trastorno o enfermedad mental pueden tener alteradas las funciones intelectuales, mentales, psicosociales, de la conciencia, la orientación, del temperamento y la personalidad, las relacionadas con la energía y el impulso, las del sueño, etc.

Dificultades

- Problemas en la comunicación tanto en la expresión como en la comprensión.
- Problemas de adaptación a situaciones nuevas.
- Dificultades en las relaciones interpersonales.
- Dificultades para manifestar afectos.
- Dificultades para el mantenimiento de la atención y para finalizar tareas.
- Dificultades en la generalización y en la visualización temporal de las situaciones, actúan teniendo en cuenta el momento presente.
- Dificultades por escasa flexibilidad cognitiva.

- Presencia, en ocasiones, de conductas persistentes y obsesivas.
- Problemas del sueño.

Factores contextuales obstaculizadores más frecuentes

- Barreras de comunicación, comunicación no adaptada o de difícil comprensión.
- Rechazo, aislamiento social.
- Discriminación, estigma social.
- Rechazo a su integración laboral y social.
- Actitudes de no escucha y no toma en consideración de sus deseos, voluntad, intereses y preferencias. No participación en adopción de decisiones que les afecten (contando, además, con los apoyos suficientes para entender el alcance de dichas decisiones como personas responsables de sus consecuencias).
- Actitudes que vulneran su capacidad de autogobierno o autodeterminación.
- Falta de entrenamiento o formación del personal sanitario para el apoyo y atención.
- Interlocución/comunicación dirigida a sus familiares, cuidadores o personal acompañante y no directamente a la persona con discapacidad, ignorando a ésta.
- No disposición de servicios y apoyos específicos que posibiliten su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario.

Apoyos más habituales/ Ajustes facilitadores

Se debe promover la aplicación de los criterios del “*Diseño para todos*”, permitiendo el acceso cómodo a los productos, bienes y servicios por parte de todas las personas.

Esto se concreta con los siguientes apoyos:

- Para las personas con discapacidad como consumidoras/es, clientes o personas destinatarias de cualquier forma de atención sanitaria:
 - Uso de lenguaje sencillo, de fácil comprensión.

- Secuenciación de las actividades que se van a llevar a cabo.
 - Disposición de información por anticipado.
 - Acompañamiento en las actividades en las que requiere apoyo.
 - Creación de ambientes estructurados y estables.
 - Ofrecimiento de medidas de apoyo psicoterapéutico: tratamiento farmacológico, seguimientos psiquiátricos frecuentes, rehabilitación psico-social y socio-laboral y apoyos a las familias.
 - Acciones de sensibilización social.
 - Escucha, toma en consideración y respeto hacia sus deseos, voluntad, intereses y preferencias.
 - Entrenamiento o formación del personal sanitario para el apoyo y atención.
- Para las personas con discapacidad como actuales o potenciales trabajadoras y trabajadores del ámbito sanitario:
 - Formación específica y adaptación de puestos de trabajo.
 - Disposición de servicios y apoyos específicos que posibiliten su máxima autonomía personal y pleno desarrollo en el entorno comunitario.
 - Apoyo a su integración laboral y social.

6. ¿Cómo posibilitar la igualdad de oportunidades, acceso y accesibilidad de las personas con discapacidad en el ámbito sanitario privado español?

En este apartado se proponen actuaciones, condiciones y formas óptimas de realizar procesos que sirvan de referencia para el desarrollo de buenas prácticas en el ámbito sanitario privado en clave de plena igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, con un enfoque global.

Se divide en dos partes:

1. **Actuaciones, condiciones y formas óptimas de realizar procesos para las personas con discapacidad como consumidoras/es, clientes o personas destinatarias de cualquier forma de atención sanitaria.** Todo ello, en relación con los siguientes aspectos clave:
 - a. Adaptación y mejora de la oferta de servicios y productos adecuados a sus necesidades específicas de apoyo en el ámbito sanitario.
 - b. Trato adecuado y no discriminatorio por parte del equipo de profesionales.
 - c. Accesibilidad universal y eliminación de barreras:
 - i. En el diseño de las infraestructuras y dispositivos necesarios para su atención.
 - ii. En el acceso a la información y la comunicación.
 - iii. En la comprensión.
 - iv. En las actitudes.

2. **Actuaciones, condiciones y formas óptimas de realizar procesos para las personas con discapacidad como actuales o potenciales trabajadoras y trabajadores del ámbito sanitario,** para conseguir la excelencia en su efectiva integración laboral en el sector. Esta perspectiva se analiza en relación con los diversos hitos del itinerario laboral de las personas, así como con la planificación y desarrollo de acciones coherentes por parte del Departamento de Recursos Humanos, hacia la excelencia en la consecución de su efectiva igualdad de oportunidades para su integración laboral:
 - i. Planificación y previsión de necesidades de Recursos Humanos y actuaciones generales para fomentar la integración laboral de personas con discapacidad.
 - ii. Adaptación de puestos de trabajo.
 - iii. Descripción y valoración de los puestos de trabajo.
 - iv. Selección y contratación.
 - v. Acogida y seguimiento.
 - vi. Formación y desarrollo profesional.

6.1. Actuaciones, condiciones y formas óptimas de realizar procesos para las personas con discapacidad como clientes o destinatarias de atención sanitaria

6.1.1. Adaptación y mejora de la oferta de servicios y productos adecuados a sus necesidades específicas de apoyo en el ámbito sanitario

A continuación se recogen una serie de prácticas que se considera necesario incorporar en las diversas áreas de cualquier entidad el ámbito sanitario privado (en particular, en el área o áreas encargadas de la planificación, diseño y desarrollo de prestaciones y servicios sanitarios) para garantizar el avance progresivo en una atención sanitaria adaptada y adecuada a las necesidades específicas de apoyo de las personas con discapacidad.

Su progresiva implantación y desarrollo requiere, en particular, el apoyo y compromiso de los órganos de dirección y/o coordinación general, así como los de dirección y/o coordinación específica de las áreas implicadas.

1. Diseñar y poner en marcha herramientas y dispositivos informáticos vinculados al sistema de gestión del conocimiento de la entidad, que permitan a la dirección **conocer el número de pacientes y personas con discapacidad** atendidas en los diversos servicios, prestaciones y dispositivos sanitarios (con pleno respeto y protección a su intimidad y datos personales en coherencia con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal) según el tipo de discapacidad que presenten, sexo y edad.
2. Crear y aplicar herramientas y dispositivos informáticos vinculados al sistema de gestión del conocimiento de la entidad, que permitan la **transmisión de los resultados de la información** obtenida de acuerdo con la práctica anterior (1) a las diversas áreas de la compañía (en particular, responsables de las áreas encargadas de planificar, diseñar o desarrollar servicios y productos sanitarios).
3. Diseñar y desarrollar un **programa integral de sensibilización y formación inicial y continua** dirigido a las diversas áreas de la entidad (en particular, responsables y trabajadoras/es de las áreas encargadas de planificar, diseñar o desarrollar servicios y productos sanitarios) sobre la realidad de las personas con discapacidad, sus características y necesidades específicas de apoyo según la problemática que en cada caso pueden presentar (ver epígrafe 5.2.). Asimismo, debe comprender una formación continuada sobre la evolución de los conocimientos de las patologías que originan la discapacidad.

Este programa debe permitir, además, la participación de entidades representativas de personas con discapacidad y sus familias (CERMI y entidades miembro).
4. Diseñar y desarrollar de modo sistematizado un **proceso de planificación, diseño, desarrollo y evaluación de servicios y productos sanitarios** que incorpore la perspectiva de la discapacidad (tanto en relación con todos los servicios y productos sanitarios en general, como aquellos que se puedan diseñar con carácter específico para las personas con discapacidad).

Este proceso debe permitir la participación de entidades representativas de personas con discapacidad, con un importante componente de relación e intercambio mutuo de conocimiento e ideas, explicación de necesidades a las que pueden dar respuesta servicios o productos sanitarios y análisis de posibles respuestas desde el ámbito sanitario.

5. Programar y poner en marcha un **sistema periódico de detección de buenas prácticas en el diseño y desarrollo de servicios y productos sanitarios adaptados y adecuados** a las necesidades específicas de apoyo de las personas con discapacidad (productos y servicios novedosos, procesos para mejorar los servicios y atención sanitaria, acceso, accesibilidad, igualdad, etc.), en el ámbito estatal, europeo e internacional.

Este sistema debe permitir el intercambio de conocimiento con las entidades representativas de personas con discapacidad.

Dicho sistema, debe asegurar la comunicación periódica de las prácticas detectadas a las diversas áreas de la compañía (en particular, al área encargada del diseño y desarrollo de servicios y productos).

6. Establecer un **plan progresivo de respuesta a las necesidades básicas del colectivo de la discapacidad en general**, que anualmente se complemente con un **programa que prevea la generación y lanzamiento de un producto específico (o adaptación específica de servicios o productos sanitarios) para personas con discapacidad**.

Este programa debe permitir la incorporación progresiva de nuevos perfiles de personas con discapacidad como destinatarias/os de nuevos productos o adaptaciones (para la diversidad de problemáticas o dificultades asociadas a las personas con limitaciones en la actividad – ver epígrafe 5.2.).

7. Promover la **difusión de todos los servicios y productos ofrecidos en formatos y soportes accesibles para todas las personas**, así como el **diseño y desarrollo de campañas publicitarias y de difusión de nuevos productos y servicios para las personas con discapacidad** también en formatos y soportes accesibles.

Además, y de forma particular cuando se trate de productos y servicios para las personas con discapacidad, deben contribuir a promover **la sensibilización social y la transmisión de una imagen** de estas personas coherente con el nuevo paradigma sobre la discapacidad (calidad de vida, autonomía personal, desarrollo en la comunidad) e igualdad de oportunidades (Ver epígrafe 4).

8. Promover la realización de actuaciones en el conjunto de la entidad que fomenten la prevención de que se produzcan o se agraven situaciones de discapacidad o de dependencia. Así, entre otras:

- Acciones de información y sensibilización periódicas (dirigidas tanto a profesionales médicos como a las personas destinatarias de la atención sanitaria) sobre hábitos o estilos de vida saludables, autoestima, nutrición, rehabilitación, ejercicio físico etc. Protocolo unificado para el desarrollo de campañas periódicas de sensibilización en formatos y soportes accesibles, transmisión de consejos unificados por parte del equipo médico, etc.
- Formación específica sobre alteraciones patológicas que, con frecuencia, acompañan a determinadas situaciones de discapacidad o van apareciendo en el transcurso de la vida, con el fin de prevenirlas o de reconocerlas tan pronto aparezcan, para poder ser convenientemente tratadas.
- Diseño y desarrollo de mecanismos y protocolos de coordinación e información.
- Fomento de actuaciones orientadas a la detección precoz de riesgos de deficiencias. Aplicación de los programas de detección y diagnóstico de deficiencias aprobados por el Sistema Nacional de Salud.
- Fomento de servicios o prestaciones de rehabilitación integral y recuperación, actuaciones dirigidas a conseguir el máximo desarrollo físico, mental y social y la rehabilitación médico –funcional, incluida la logopedia.

Medidas, en general, que permitan reducir la incidencia que las deficiencias generan en la calidad de vida de las personas con discapacidad.

9. Ampliar la cobertura de las prestaciones para el acceso a productos ortoprotésicos y otro tipo de ayudas técnicas necesarias para la rehabilitación especializada como la logopedia, foniatría, fisioterapia, psicomotricidad infantil, etc.

10. Impulsar y apoyar acciones de investigación médica para la prevención, tratamiento y rehabilitación de discapacidades. Apoyo a iniciativas de investigación científica y de innovación promovidas por Universidades, Centros de Investigación, Centros Sanitarios, etc., que contribuyan a mejorar de manera significativa y sostenible las intervenciones y procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores.

Apoyo tanto a iniciativas promovidas por otros agentes, como análisis e impulso de nuevas iniciativas, establecimiento de convenios de colaboración con Universidades y Centros de Investigación, con otros Centros u Hospitales (tanto públicos como privados), etc.

Esta investigación, además, debe permitir conocer con mayor detalle las necesidades específicas de las personas con discapacidad (según la diversidad de problemáticas o dificultades asociadas a las personas con limitaciones en la actividad – ver epígrafe 5.2.).

En particular, se deben potenciar las iniciativas de investigación en los siguientes ámbitos:

- Prevención de deficiencias: buscando que la investigación pública se oriente en este sentido, especialmente en mejora de la terapia génica, la terapia celular, búsqueda de nuevos fármacos para enfermedades poco prevalentes, etc.
- Rehabilitación de discapacidades.
- Cuidado de la salud de las personas con discapacidad.
- Búsqueda de métodos de diagnóstico y tratamiento para las enfermedades de escasa incidencia estadística que causan discapacidades severas.
- Tratamientos médicos, farmacológicos, quirúrgicos, ortoprotésicos, etc.

11. Incorporar, contemplando las medidas de accesibilidad universal y diseño para todos, las nuevas tecnologías en la mejora y adaptación de servicios y productos sanitarios para las personas con discapacidad.

Promover asimismo acciones de investigación en este sentido, así como el establecimiento de convenios de colaboración con empresas tecnológicas para impulsar la progresiva incorporación de nuevas tecnologías en la atención sanitaria. Participar en foros, jornadas y encuentros.

12. Promover la creación de equipos multidisciplinares para la atención a las personas con discapacidad en el ámbito sanitario. Facilitar la cooperación interdisciplinar entre los distintos profesionales, así como la derivación e información hacia otros recursos existentes, en especial en coordinación con las prestaciones o servicios especializados que se ofrecen desde el movimiento asociativo de la discapacidad.

6.1.2. Trato adecuado y no discriminatorio por parte del equipo de profesionales

Las prácticas que se recogen a continuación se dirigen a mejorar el trato que los diversos profesionales y personas que colaboran en la atención sanitaria pueden dispensar a las personas con discapacidad.

Con carácter general, se constata que se producen conductas inadecuadas y discriminatorias por parte del personal médico-sanitario que, además, en la mayoría de los casos, no se producen de forma consciente. Por el contrario, es la falta de conocimiento sobre la realidad, características y conductas más acertadas para el trato adecuado a estas personas, lo que suele conllevar este tipo de conductas.

En muchos casos, incluso, es el exceso de atención, sobreactuación o sobreprotección del personal lo que puede producir una situación de incomodidad a las personas con discapacidad.

En cualquier caso, debemos perder de vista que el primer y más importante factor que hemos de tener siempre en cuenta está directamente relacionado con el respeto, el pensamiento equitativo y la actitud. No hemos de olvidar nunca que una persona con discapacidad es una persona, con sus derechos, sus sentimientos, sus relaciones sociales, familiares, sus costumbres y una problemática concreta generada y/o agravada en gran parte por el entorno en el que desempeñamos nuestra vida diaria.

El trato adecuado y no discriminatorio hacia las personas con discapacidad por parte del equipo de profesionales comporta:

1. Respetar el conjunto de derechos inherentes a estas personas (como personas y ciudadanas/os):
 - Integridad física, moral y mental.
 - Dignidad inherente y libre desarrollo de su personalidad, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, a ejercer el poder de decisión sobre su propia existencia en todos sus ámbitos vitales y a su independencia.
 - Derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
 - Intimidad y confidencialidad de la información relacionada con su salud o cualquier otra circunstancia o condición personal y/o social (Ley Orgánica Protección de Datos).
 - Libertad y seguridad.
 - Expresar y difundir libremente sus pensamientos, ideas y opiniones.
 - No ser objeto de discriminación, directa o indirecta.
 - Igualdad de oportunidades.
 - Accesibilidad universal.
 - Promoción de su autonomía personal y desarrollo pleno en la comunidad.
 - Participación e inclusión.
 - Igualdad ante la ley.
 - Reconocimiento de su personalidad jurídica y capacidad de obrar.

2. Respetar el conjunto de derechos como usuarias/os o destinatarias/os de atención sanitaria. Entre otros:
 - Conocer de modo comprensible la misión, visión, valores de la entidad sanitaria.
 - Conocer de modo comprensible el conjunto de prestaciones y servicios sanitarios que la entidad ofrece.
 - Igualdad de acceso a las prestaciones y servicios sin que pueda producirse discriminación por razón de su discapacidad.
 - Derecho a recibir servicios comprometidos con un sistema de gestión de calidad.
 - Derecho a recibir información, en formatos y soportes accesibles y en términos comprensibles, en relación con su estado y situación.
 - Derecho a ser atendidos/as con el máximo respeto, con corrección y comprensión, de acuerdo a su individualidad y necesidades personales.
 - Derecho a recibir una atención por parte de personal cualificado.
 - Derecho a expresar quejas, reclamaciones o sugerencias.

En lo que respecta a las **prácticas** que se proponen a continuación en este ámbito, se diferencian:

- Por un lado, aquellas actuaciones y procesos que se considera necesario incorporar en el conjunto de la entidad (con el consiguiente apoyo y compromiso de la dirección general y de los responsables de sus diversas áreas).
- Por otro lado, una serie de recomendaciones de actuación o comportamiento que van a permitir al conjunto de personas que trabajan o colaboran en este sector desarrollar un trato más adecuado y no discriminatorio hacia las personas con discapacidad (teniendo en cuenta la diversidad de problemáticas o dificultades asociadas a las personas con limitaciones en la actividad).

Actuaciones y procesos que se deben incorporar en el conjunto de la entidad para garantizar un trato adecuado y no discriminatorio a las personas con discapacidad

1. Diseñar y desarrollar un **programa integral de sensibilización y formación inicial y continua** dirigido a todas las personas que trabajan o colaboran en la

entidad (adaptado a las funciones que en cada caso realizan y al tipo de relación que, según dichas funciones, hayan de establecer con las personas con discapacidad destinatarias de atención sanitaria). Se trata de que, en cada caso, adquieran las habilidades y competencias necesarias para la atención a este colectivo.

2. Diseñar y desarrollar **campañas periódicas de información y sensibilización** dirigidas a todas las personas que trabajan o colaboran en la entidad y también al conjunto de personas destinatarias de atención sanitaria en los centros o servicios de la entidad.
3. Elaborar y difundir una **Carta de derechos y deberes de las personas con discapacidad destinatarias de atención sanitaria**.
4. Incorporar en el **Código Ético** de la entidad la perspectiva de la atención sanitaria a las personas con discapacidad, con pautas y criterios de actuación necesarios para el pleno respeto y garantía de todos sus derechos.
5. Diseñar y poner en marcha **instrumentos o herramientas específicas que reflejen el grado de satisfacción de las personas con discapacidad atendidas** (encuesta de satisfacción, buzón de sugerencias, etc....) y que permita su evaluación periódica.
6. **Fomento de acciones de voluntariado** de las/os trabajadoras/es de la entidad con entidades sociales del sector de la discapacidad.

Recomendaciones específicas de actuación o comportamiento para el conjunto de profesionales en el ámbito sanitario

Pautas generales para el trato con una persona con discapacidad

SIEMPRE SE HA DE HABLAR DE/ CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD EN POSITIVO

Se ha de tener en cuenta toda su dimensión como persona y asumir y destacar lo que la persona **“es capaz de...”** en vez de lo que **“no es capaz o de lo que carece”**.

NO SE PUEDE HABLAR DE DISCAPACITADOS/AS O PERSONAS DISCAPACITADAS SINO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La terminología es importante, debido a que el lenguaje puede llevar intrínseco el hecho de la discriminación. Si decimos “persona con discapacidad” antepone el hecho de que la persona es eso, persona. Aunque parece obvia esta matización, en el uso más habitual del lenguaje antepone la condición de esta persona a su propio ser, cosa que no hacemos con las condiciones de otras personas.

También hemos de ser conscientes de que esto no es un problema exclusivo del lenguaje, sino de concepto, de interiorización y aplicación de la igualdad de oportunidades para todas las personas.

Todas las personas tienen derecho y son capaces de participar e integrarse en todos los ámbitos de la vida social, sanitaria, laboral, educativa, etc. si disponen de los apoyos adecuados para ello y se remueven las barreras que lo impiden o dificultan.

NO SE DEBEN ADORTAR POSTURAS PATERNALISTAS, PROTECCIONISTAS

Muchas veces ocurre que nos situamos “por encima” de estas personas. Buscamos su problema, dificultad e intentamos solucionarlo y nos olvidamos del resto, de que es una persona.

Asociamos la discapacidad a la necesidad de ayuda, dependencia de otros, cuando lo que tendríamos que buscar es su máxima independencia y autonomía.

ALGUNAS PAUTAS GENERALES DE COMPORTAMIENTO

No obstante, resulta muchas veces inevitable actuar con inseguridad ante el trato con una persona con discapacidad, y las siguientes pautas pueden resultarnos de ayuda tras su reflexión.

- Reconocerlas como personas y tratarlas como tales, con respeto.
- Evitar etiquetarlas y rechazar estereotipos.
- Empatizar con ellos.
- Llamarlas por su nombre.
- No hablar de disminuidos, deficientes, retrasados, etc. y evitar los diminutivos.
- Adecuarnos en el trato a su edad.
- Percibir las y relacionarnos con ellas como personas capaces de dar y recibir.
- Conocer sus necesidades específicas antes de intentar prestar un apoyo con objeto de ajustar la respuesta de atención.
- Dirigirnos directamente a ellas, no a su acompañante.
- Si nos encontramos con alguien invitarle a que se dirijan a la persona interesada y no a nosotros como intermediario. Incluir a la persona en la conversación.

- Presentarla en grupo como a una más, sin hacer alusión a su discapacidad.
- Escuchar y respetar sus opiniones.
- Respetar su intimidad y dignidad. En la medida de lo posible evitar estar presentes en la ducha, cuando se visten o desvisten, si es necesario hacerlo mostrarnos naturales y respetuosos.
- Aceptar y tolerar las diferencias y limitaciones. No exigirles más de lo que puedan hacer ni creerles incapaces y hacerles nosotros todo.
- Limitar la ayuda a lo necesario, procurando que la persona haga sola el resto de actividades que pueda hacer.
- Proponer, no imponer. No sentir que estamos por encima de ellas.
- Respetar sus decisiones, aun a riesgo de que se equivoquen.
- Ser pacientes, saber escuchar, estar abiertos a diferentes formas de comunicación y aceptar con naturalidad el uso de ayudas técnicas en la comunicación y en la interacción.

Pautas para mejorar el trato a personas con problemas de movilidad

- Ajustar nuestro paso al suyo.
- Evitar posibles empujones.
- Ayudarle, si la persona lo requiere y nos lo solicita, a transportar objetos o paquetes.
- Dejar a su alcance sus apoyos técnicos: muletas, bastón, etc.
- Dirigirse siempre a la persona y no a su acompañante.
- Al hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, situarnos de frente y a la misma altura (evitar hablarle “desde arriba”).
- Si no sabemos usar la silla de ruedas, preguntar a la persona: estará dispuesta a enseñarnos.
- Asegurar la existencia de instrumentos y dispositivos adaptados para una adecuada atención sanitaria, respetuosa y no traumática.
- Ofrecer asistencia personal en actividades concretas para las que no dispongan de la suficiente autonomía (preguntándoles previamente si necesitan nuestra ayuda y cómo prefieren que les ayudemos).

Pautas para mejorar el trato a personas con problemas de visión

- Al dirigirnos a ellas siempre nos identificaremos primero.
- Si se le ofrece o indica alguna cosa, aclararle de qué se trata y en qué lugar exacto se encuentra.

- Si precisa de nuestra ayuda, preguntarle si necesita ayuda y ofrecerle el brazo que más le convenga, según sea zurda o diestra. Es mejor que sea ella quien nos coja a nosotros y del codo mejor que del hombro o antebrazo. Debemos caminar ligeramente adelantados.
- Advertirle de posibles obstáculos que se encuentren a su paso, así como escaleras, subidas, bajadas, etc. Informar de la distribución del espacio, instalaciones, etc.
- Si le vamos a dejar solo, se lo haremos saber.
- Si nos alejamos de la persona con discapacidad visual le avisaremos, porque puede no darse cuenta si no identifica el ruido.
- Mejor que los adverbios de lugar (aquí, allí...) dar otras referencias como “a tu izquierda, “en la pared de tu derecha”...
- Tratar de sustituir la información no verbal por respuestas sonoras y muy descriptivas.
- Utilizar de forma normal palabras como “ciego”, “invidente”, “ver” o “mirar”, porque las personas ciegas las usan de igual forma que los demás.
- Cuando se les ofrece algo hay que ponérselo en la mano diciéndole lo que es o dejándolo en un sitio bien indicado.
- Si pide que se le lea algo, debe hacerse de forma literal evitando incluir juicios de valor o tratando de resumir el contenido.

Pautas para mejorar el trato a personas con problemas de audición

- Hablar siempre cara a cara, nunca de espaldas. Mirarle al hablar, porque muchas personas sordas se apoyan en la lectura de los labios para entender lo que se está diciendo.
- Evitar agentes obstaculizadores como, por ejemplo: columnas, personas que se crucen entre los interlocutores, ponernos la mano en la boca, etc.
- Para comunicar con la persona sorda:
 - Hablar despacio y de forma clara para que pueda leer nuestros labios.
 - Se puede llamar su atención tocándole levemente en el hombro y no se debe empezar a hablar hasta asegurarse de que está mirando.
 - Vocalizar pero sin gritar; hablar despacio, pero con normalidad, construyendo frases cortas, correctas y simples.
 - Ayudarse con un gesto o escribiendo las palabras puede ser adecuado.
 - Se puede buscar un sinónimo más fácil para entender a través de la lectura de los labios.

- La correcta comunicación con una persona sorda usuaria de la lengua de signos se garantizará mediante la comunicación en esta lengua, existiendo personal en el centro sanitario que conozca la lengua de signos o mediante la puesta a disposición de un intérprete profesional de lengua de signos. Así, si no conocemos la lengua de signos y la persona sorda es usuaria de la misma, y sólo puede comunicarse a través de ella, habrá que solicitar la presencia de un intérprete para poder comunicarse con esa persona.
- Se pueden utilizar otros medios aumentativos de comunicación si la persona sorda es usuaria de los mismos.
- Si la persona sorda es usuaria de prótesis auditivas, utilizar las ayudas técnicas auxiliares para facilitar el acceso a la información auditiva, como el equipo de FM o el bucle magnético
- Las personas con discapacidad auditiva pueden no captar las ironías, bromas, dobles sentidos, así que si se trata de una broma hay que hacérselo saber.
- Las personas con problemas de audición tienen que estar informadas sobre su tratamiento, próximas citas, prescripción, etc. Y esta información deben tenerla siempre por escrito.
- Habrá que asegurar el medio más eficaz para ponerse en contacto con la persona sorda en su domicilio (fax, correo electrónico, telefonía móvil, sms) y hacerlo constar por escrito en su ficha de datos de contacto.

Pautas para mejorar el trato a personas con problemas del lenguaje, voz y habla

- Procurar no ponernos nerviosos pensando de antemano que no le vamos a entender.
- Si no le entendemos, se lo haremos saber.
- Le podemos pedir que utilice otra manera para comunicarse, que utilice sinónimos, etc. esto no es una falta de respeto y no debemos olvidar que su mayor interés es comunicarse.
- No decir que hemos entendido si no es cierto.
- Si después de varios intentos no logramos entendernos pedir disculpas y sólo entonces buscar un intermediario que nos pueda ayudar a comunicarnos.

Pautas para mejorar el trato a personas con problemas del aprendizaje y aplicación del conocimiento

- Dirigirse directamente a la persona en vez de al acompañante. En caso de que sea necesario, debe esperarse a que el acompañante intervenga por propia iniciativa.
- Ser naturales en la forma de hablar.

- Tratar a la persona siempre con respeto (no tratándola como si fuera un/a niño/a, por ejemplo).
- Debe limitarse la ayuda a lo necesario, procurando que se desenvuelva solo o sola en todas las actividades posibles.
- Preguntarles a ellas directamente lo que desean o prefieren y tener en cuenta sus deseos, voluntad, intereses y preferencias.
- Evitar la infantilización (por ejemplo, con el uso de diminutivos...).
- Animar a otras personas para que hablen directamente con las personas con discapacidad.
- Hacer todo lo posible para introducir en la conversación a la persona con discapacidad psíquica, aunque ésta tenga alguna dificultad para expresarse.
- Escuchar y respetar sus opiniones.
- Evitar ponerse nervioso si de forma inconsciente se usan expresiones que puedan relacionarse con la discapacidad psíquica; ellos también las usan en ocasiones.
- Respetar la intimidad y la dignidad de las personas (evitar, en la medida de lo posible, estar presentes cuando se visten o desvisten, etc.).
- Mostrar a la persona con discapacidad no sólo como receptora de información, sino también con capacidad para aportar cosas.
- Evitar una posible percepción de superioridad sobre la persona con discapacidad intelectual: se les debe proponer, no imponer.
- Hay que ser pacientes, saber escuchar, estar abiertos a nuevas formas de comunicación, como la no verbal.
- Hay que rechazar los estereotipos: evitar presentar cualquier tipo de característica física como factor determinante de la personalidad.
- Debemos reconocer el derecho de autodeterminación que tienen, también, las personas con discapacidad psíquica. Esto significa apoyarlas en la adquisición de habilidades necesarias para escoger o decidir.
- Seamos naturales y sencillos en nuestra manera de hablar, adaptado a sus características.
- Responder a sus preguntas y asegurarnos de que nos ha entendido.
- No caer en actitudes de incomprensión o infravaloración.
- No caer en actitudes de paternalismo y sobreprotección.
- Mantener una actitud paciente, adaptando los tiempos.
- Ofrecerle un acompañamiento en las actividades en las que requiere apoyo.
- Secuenciar las actividades que se van a llevar a cabo y explicárselo para que esté situado y no se encuentre con sorpresas o situaciones que escapen a su control.

- Generar ambientes estructurados y estables.

Pautas para mejorar el trato a personas con problemas derivados de algún trastorno o enfermedad mental

- Dignificar y respetar.
- Dar instrucciones precisas.
- Comunicarse de manera clara y concisa.
- Evitar las discusiones y las situaciones violentas.
- Evitar un lenguaje corporal amenazante o agresivo.
- Respetar su espacio personal (especialmente en situaciones de reagudización de la enfermedad, en las que hay que prestar el tratamiento integral adecuado para evitar las situaciones críticas).
- Tratar de adaptarse y comprender las situaciones de crisis.
- Minimizar el estrés.
- Facilitar su independencia y autonomía
- Normalizar su situación.
- Crear ambientes estructurados y estables, de serenidad y confianza.
- Facilitar su relación con otras personas.
- Tratar de comprender su situación, facilitando siempre su participación en todas las actividades.
- No caer en actitudes de incomprensión, infravaloración o estigmatizantes.
- No caer en actitudes de paternalismo y sobreprotección.
- Preguntarles a ellas directamente lo que desean o prefieren y tener en cuenta sus deseos, voluntad, intereses y preferencias.
- Adaptar los tiempos (principio de adaptación).
- Ofrecer acompañamiento en las actividades en las que requiere apoyo.
- Secuenciar las actividades que se van a llevar a cabo, informando y/o formando a la persona de ello, a fin de asegurar su adecuado control y participación en las actividades.

6.1.3. Accesibilidad Universal y eliminación de barreras

A continuación se recogen una serie de prácticas que se considera necesario incorporar para garantizar el avance progresivo en una atención sanitaria plenamente accesible para todas las personas, en relación con los siguientes aspectos:

- i. El diseño de las infraestructuras y dispositivos necesarios para su atención.
- ii. El acceso a la información y la comunicación.
- iii. La comprensión.
- iv. Las actitudes.

Su progresiva implantación y desarrollo requiere, en particular, el apoyo y compromiso de los órganos de dirección y/o coordinación general, así como los de dirección y/o coordinación específica de las áreas implicadas.

Entre otros aspectos y con carácter general, se debe promover la incorporación de nuevas tecnologías que favorezcan la accesibilidad universal para todas las personas.

Accesibilidad universal en el diseño de infraestructuras y dispositivos necesarios para su atención¹¹

Los centros e instalaciones deberán estar adaptados, como mínimo, a la normativa sobre accesibilidad arquitectónica vigente. Así, por ejemplo:

- Se deberá comprobar la accesibilidad de los itinerarios desde las paradas de transporte público y las zonas de aparcamiento hasta la puerta de entrada; así como la existencia de rebajes adecuados en las aceras. Zonas de parking reservadas para personas con discapacidad que garanticen la máxima cercanía al centro y la no existencia de obstáculos en el trayecto de acceso al mismo.
- Habrá que facilitar el uso de los servicios de transporte adaptado bien mediante la provisión de información de los servicios existentes o bien mediante la confección de un servicio propio (transporte sanitario adaptado).
- Las rutas hasta el edificio deben estar correctamente señalizadas mediante señales y paneles informativos exteriores.

¹¹ En este apartado se recogen una serie de pautas y condiciones necesarias para garantizar la accesibilidad universal en el diseño de infraestructuras y dispositivos necesarios para la atención a las personas con discapacidad. Sin embargo, no se recogen las especificaciones técnicas para la adaptación de las instalaciones. Para conocer en detalle las especificaciones para crear un centro médico accesible, se recomienda consultar la siguiente publicación: “**Cómo crear un centro médico accesible**. Sanitas, 2009”.

- Cualquier información que deba aportarse sobre el edificio en cuestión (por ejemplo, horarios de apertura) deberá ser clara y perceptible por cualquier usuario y estar ubicada en lugares adecuados.
- La entrada principal, las áreas y mostradores de recepción, las puertas interiores y los pasillos y, por supuesto, todas las dependencias del edificio, deben ser accesibles. El acceso no debe producirse por “puertas traseras” u otros dispositivos que comporten un trato desigual con respecto al resto de usuarias/os del centro.
- Deberá proveerse a las instalaciones de alarmas que sean visibles y audibles, e incluso si fuera posible táctiles, por ejemplo, para las alarmas de evacuación en caso de incendio.
- Las salidas de emergencia deberán estar bien señalizadas, tener un color vivo y contrastado con el resto de la pared y totalmente diferente al resto de las puertas.
- Las vías de evacuación comunes y generales deben disponer de pantallas electrónicas programables y señales luminosas para señalar el camino hasta la salida.
- Se deberá valorar la posibilidad de crear instalaciones domóticas en el edificio. Estas redes permiten controlar los aparatos del edificio desde el interior del mismo (mediante mandos a distancia, sensores del movimiento, sensores de voz, etc. o de forma automática) o desde su exterior (a través de un ordenador, un teléfono, etc.).
- En plantas altas habrá que contemplar la accesibilidad de escaleras, rampas y ascensores y valorar el uso de aparatos elevadores especiales u otras ayudas técnicas necesarias para, por ejemplo, el acceso a escáneres, mamografías, etc.
- Se dispondrá de ascensores accesibles tanto por su dimensión como por la situación accesible del mecanismo para acceder a las diversas plantas del centro. Las cabinas deben contener información sonora y visual de las paradas inmediatas y movimientos (sube, baja, etc.) Y han de disponer de un intercomunicador accesible conectado con el departamento adecuado. También, en la medida de lo posible, deben permitir el contacto visual con el exterior a través de zonas acristaladas.
- Las estancias, habitaciones y aseos serán accesibles, con espacios suficientes de giro o maniobra. En el tipo específico que nos ocupa y al tratarse de edificios de carácter sanitario y asistencial, donde los usuarios son en su mayoría personas con discapacidad, todas las habitaciones serán accesibles.
- Se dispondrá de camillas hidráulicas, equipamientos y demás dispositivos sanitarios adaptados.
- Se usará mobiliario e instalaciones cómodas, seguras, funcionales y de fácil manejo. Se debe evaluar la ubicación de tiradores, interruptores, enchufes y termostatos. Por ejemplo, una mesa dedicada a la revisión oftalmológica debe permitir la

aproximación completa, sin patas que sobresalgan y sin aristas y, si no hay limitaciones articulares o contraindicaciones, de una altura tal que los antebrazos apoyen de forma cómoda y relajada.

- Los letreros, carteles y demás elementos de información se colocarán a una altura que permita su lectura por personas que se desplazan en silla de ruedas. También la colocación de timbres y mecanismos eléctricos de encendido/apagado se realizará de forma asimismo accesible y de fácil localización.
- Se facilitarán servicios de teleasistencia para personas con problemas de movilidad, mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento.
- Habrá asientos reservados o preferentes para personas con discapacidad (con carteles o información que así lo indique, por ejemplo, en las salas de espera).
- Se asegurará la efectiva accesibilidad universal de la información del centro a través de Internet.

Accesibilidad universal a la información y la comunicación

- Las señales y paneles informativos interiores deben ser claramente perceptibles por cualquier persona. Debe realizarse la señalización de todas las áreas de las instalaciones mediante carteles/mapa explicativos, nombres/numeración de las salas en la entrada etc.....Se debe evaluar la iluminación, colores y contraste entre paredes, suelo y puertas.
- Es necesario instalar sistemas de bucles magnéticos para usuarios de prótesis auditivas (audífono e implante coclear) y de amplificación del sonido en salas médicas, salas de pruebas, vestíbulos, etc., y señalizarlos adecuadamente.
- En el diseño gráfico de la señalización del edificio habrá que tomar en cuenta las indicaciones necesarias para facilitar su comprensión a las personas con alguna deficiencia visual. Por ejemplo, el contraste entre el fondo y el texto, el tamaño del texto, incorporar la misma información en formato braille, etc.
- Se eliminarán las mamparas de cristal en los puntos de admisión e información que obstaculizan la comunicación.
- Se incorporará el Braille y sistemas de comunicación por voz en los elementos de información, para ayudar a acceder a timbres, en mecanismos eléctricos de encendido/apagado, en indicaciones de entrada/salida de espacios, en paneles numéricos en los ascensores, etc.

- La información, además de ofrecerse a través de sistemas de megafonía o altavoz claros y comprensibles, debe visualizarse en pantallas electrónicas.
- Las salas de espera deben tener paneles luminosos que reproduzcan la información transmitida a través de megafonía.
- Las habitaciones deben contar con los recursos técnicos que favorezcan la accesibilidad a la información de las personas con discapacidad auditiva (sistemas de alarma y de avisos visuales, fax o teléfono de texto, etc.).
- Se incorporarán medidas de adaptación a las diferentes formas de comunicación, como un servicio de intérpretes de lengua de signos, o medios de apoyo aumentativos y alternativos a la comunicación oral.
- Se utilizarán medios audiovisuales que incorporen subtítulos.
- Se asegurará la mejor forma de contactar desde el centro hospitalario con la persona con discapacidad en su hogar (correo electrónico, fax, sms...).
- Se diseñará e implantará un sistema universalmente accesible para los servicios de urgencias médicas y citas previas, que permitan a cualquier persona con discapacidad poder comunicarse con los mismos (teléfonos para personas sordas, faxes, correo electrónico, intérpretes de lengua de signos, etc.).

Accesibilidad universal en la comprensión.

- Editar carteles y folletos informativos en “lectura fácil”.
- Ofrecer a las personas con discapacidad, en forma y formato accesible, toda la información relativa a su salud y tratamientos, así como sus derechos como pacientes y como usuarios y su historial clínico, garantizando la plena accesibilidad a la hora de prestar el consentimiento informado.
- Usar un lenguaje sencillo, adecuado a la persona destinataria de la información, asegurándonos de que el mensaje, bien el diagnóstico o el tratamiento, ha sido comprendido.
- Adoptar posturas corporales que comportan actitud de cercanía y que facilitan la comunicación y comprensión.
- Asegurarse de que la persona ha comprendido lo que se le dice.
- Posibilitar la existencia de personas de apoyo que faciliten la comunicación y comprensión (tanto por parte del personal sanitario como por parte de la propia persona con discapacidad), en los casos en que sea necesario: personas

conocedoras de lengua de signos y de otros sistemas aumentativos de comunicación, personas de apoyo para la comprensión en pacientes con discapacidad intelectual, etc.

Accesibilidad universal en la actitud

Además de las pautas y recomendaciones que se recogen en el apartado 6.1.2. para garantizar un trato adecuado y no discriminatorio para las personas con discapacidad, recogemos las siguientes actuaciones necesarias para garantizar la accesibilidad universal desde la perspectiva de las actitudes:

- Dirigirse en la interlocución/comunicación a la propia persona con discapacidad y no a sus familiares, cuidadores o personal acompañante.
- Incorporar criterios de capacitación personal y de integración e inclusión social en la valoración médica, desde una perspectiva global.
- Facilitar una participación activa del paciente, escuchando en primera instancia aquello que él mismo conoce a cerca de su discapacidad, dejando que asuma sus responsabilidades y dejando que sea copartícipe en el proceso.
- Mantener una actitud abierta a otras posibles terapias existentes tales como por ejemplo programas especiales de tratamiento con aguas termales en balnearios, como terapia paliativa para afecciones irreversibles.
- Mostrar una actitud paciente y adaptar los tiempos de respuesta.

6.2. Actuaciones, condiciones y formas más óptimas de realizar procesos para la integración laboral de las personas con discapacidad

A continuación se recogen una serie de prácticas a incorporar en las entidades del ámbito sanitario privado para asegurar la progresiva integración laboral de las personas con discapacidad en este sector, en términos de excelencia (más allá del mero cumplimiento de la cuota de reserva de la LISMI o medidas alternativas).

Dichas prácticas se plantean con la intención de superar las principales barreras que impiden que las empresas (en particular, también en el ámbito sanitario) ni siquiera se planteen la posibilidad de contratar a personas con discapacidad, o no vean en ello sino dificultades.

- **En este sentido, el “Estudio sobre perspectivas del mundo empresarial respecto a la contratación de personas con discapacidad” de la Fundación ONCE recoge tres tipos de barreras que frenan la inserción laboral de este colectivo:**
- **Ausencia de necesidad. la discapacidad es invisible a nivel laboral, resulta un alto riesgo ajeno y desconocido. En general, las empresas no se movilizan para buscar específicamente a candidatos con discapacidad (no es una alternativa que se tenga en cuenta como posibilidad para cubrir las vacantes) y por otro lado, se considera que las propias personas con discapacidad no participan adecuadamente de la dinámica del mercado laboral (se percibe que las personas con discapacidad pertenecen a un mundo aparte, con sus canales y empresas propias, ajenas a su realidad).**
- **Desconocimiento y desinformación sobre el mundo de la discapacidad:**
 - a. Sobre el mundo de la discapacidad y de los tipos de discapacidad que se adaptan al sector de actividad de la empresa. En general, el contacto laboral con la discapacidad es nulo o se reduce a episodios anecdóticos (familiares o conocidos), se desconocen los distintos tipos de discapacidad que existen y, por lo tanto, se reducen al mínimo aquellos que se podrían adaptar al sistema de trabajo de la empresa.
 - b. Sobre dónde acudir para contratar a personas con discapacidad. En general se desconocen las bolsas de empleo o las Asociaciones y entidades a las que se puede acudir para iniciar un proceso de selección con un candidato con discapacidad. En concreto, en el ámbito sanitario, dónde encontrar personas con capacidades y competencias para desarrollar su trabajo en centros o servicios sanitarios (más allá de puestos administrativos, atención telefónica, gestión, etc.).

- c. Sobre los requerimientos de adaptación por parte de la empresa. En muchos casos se desconoce la adaptación que ha de llevar la empresa a nivel de software, accesibilidad... para facilitar la contratación laboral de la persona con discapacidad, así como dónde o cómo realizar estas adaptaciones.
- d. Sobre la obligatoriedad legal: en algunos casos se desconoce la obligación legal (cuota de reserva, medidas alternativas, etc. – ver epígrafe 4.1.2.) o – aún conociéndola – no la cumplen porque consideran que es muy difícil que llegue la sanción por parte de la Administración.

2. Percepción del colectivo. Se conforma a partir del prejuicio y el estereotipo. La imagen previa que existe del colectivo como trabajador parte del desconocimiento y la desinformación acerca de la diversidad del mundo de la discapacidad:

- a. Imagen reduccionista del colectivo. Desde el discurso general, se desprende la existencia de una idea preconcebida por la que se equiparan las diferentes tipologías de discapacidad exclusivamente con la discapacidad de tipo psicológica o mental.
- b. Escasez de perfiles cualificados. Existe la percepción de una fuerte demanda de trabajadores con un grado de formación medio-alto: éstos son rápidamente absorbidos por las Asociaciones y la Administración, sin llegar si quiera a participar en procesos de selección ordinarios para empresas privadas. Los trabajadores que quedan susceptibles de ser contratados se corresponden con los perfiles formativos más bajos. Con carácter general, en el ámbito sanitario, los puestos directivos o puestos médicos ocupados por personas con discapacidad se dan en circunstancias de discapacidad física o sensorial sobrevenida en los cuales estas personas mantienen las capacidades necesarias para el desarrollo de estas funciones.
- c. Percepción de un colectivo restringido a sectores y actividades concretas. Lo dicho anteriormente contribuye a conformar una imagen del trabajador con discapacidad como un trabajador limitado a puestos y condiciones de trabajo muy específicos e invariables. Se considera que existen nichos laborales más adecuados para los trabajadores con discapacidad, en los que las funciones que se deben realizar son de tipo manual, repetitivo y de poca complejidad y/o responsabilidad. En el ámbito sanitario, puestos administrativos, atención al cliente o telefónica, por ejemplo.

Según la Guía Práctica del CERMI “La igualdad de trato en el Empleo”, la igualdad de trato para las personas con discapacidad consiste en la defensa de la igualdad de condiciones en el acceso y disfrute de todos los bienes, servicios y derechos que existen.

Para lograr la igualdad de trato, se deben eliminar las barreras (físicas, de comunicación, prejuicios sociales, etc.) y para ello son necesarias ciertas actuaciones para situar a las personas con discapacidad en una posición de equivalencia con el resto de la sociedad.

La **igualdad de trato en el empleo** debe estar presente en todas las fases del itinerario formativo y laboral:

- En la formación previa para el empleo (Educación Primaria y Secundaria, Formación Universitaria y Formación Profesional).
- En las políticas de orientación laboral.
- En el proceso de búsqueda de empleo.
- En los procesos de selección que se producen en las empresas.
- En la incorporación a un puesto de trabajo.
- En el desarrollo del trabajo y la promoción profesional.

Para lograr este trato igualitario en el empleo, las empresas pueden poner en marcha toda una serie de medidas de acción positiva voluntarias que traten de fomentar, más allá de lo establecido por ley, la equiparación entre los trabajadores con discapacidad y el resto de los trabajadores.

La **discriminación en el entorno laboral** es la que se produce cuando existe alguna dificultad u obstáculo que impide a una persona con discapacidad acceder a una empresa, desempeñar un trabajo o evolucionar en él de manera normalizada. Puede ser de varios tipos:

- Discriminación directa: cuando por motivo de una discapacidad se considera de manera diferente a otra persona, en la misma situación, condiciones y circunstancias.
- Discriminación indirecta: cuando una práctica, una decisión, una acción... que parecen neutros, acaban situando a la persona con discapacidad en una posición de desventaja.
- Acoso laboral: es toda conducta que atente contra la dignidad como persona y trabajador, y que cree un ambiente intimidatorio, humillante u ofensivo. Incluye el acoso de tipo sexual en el trabajo. A veces se utiliza el término "mobbing".

Teniendo en cuenta estas consideraciones previas, las prácticas que se recogen se estructuran en relación con diversos aspectos de planificación y desarrollo de los profesionales de la entidad:

- Planificación y previsión de necesidades de Recursos Humanos y actuaciones generales para fomentar la integración laboral de personas con discapacidad.
- Adaptación de puestos de trabajo.
- Descripción y valoración de los puestos de trabajo.
- Selección y contratación.
- Acogida y seguimiento.
- Formación y desarrollo profesional.
- Extinción de la relación laboral.

En todos los casos, como es lógico, se trata de actuaciones que requieren del compromiso de la Dirección de la entidad, así como de su Departamento de Recursos Humanos y demás estamentos o personas responsables de procesos de planificación, selección, formación o desarrollo de profesionales para el desarrollo de la atención sanitaria en la entidad.

6.2.1. Planificación y previsión de necesidades de RRHH y actuaciones generales para fomentar la integración laboral de personas con discapacidad

En este ámbito se propone la incorporación de las prácticas siguientes:

1. Cumplir con la legislación vigente en materia de integración laboral, **preferentemente por la vía de cumplimiento de la cuota de contratación** (sólo cuando ello no sea posible, y así se justifique, a través de las medidas alternativas) y programar su progresiva ampliación, como compromiso con una opción de excelencia en este ámbito.
2. Diseñar y poner en marcha herramientas y dispositivos informáticos vinculados al sistema de gestión del conocimiento de la entidad, que permitan a la dirección **conocer el número de profesionales y colaboradores con discapacidad** (con pleno respeto a su intimidad y datos personales en coherencia con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal) según el tipo de discapacidad que presenten, sexo, edad, puesto de trabajo que ocupan y funciones que desarrollan.
3. Disponer de mecanismos para **analizar las causas de absentismo laboral**.

4. Analizar y llevar a cabo un **seguimiento de los trabajadores con discapacidad** (la permanencia, el índice de rotación, la retribución, etc.) y establecer una comparación con el resto de la plantilla y entre los diferentes colectivos de personas con discapacidad.

5. Desarrollar un **Plan previsional de necesidades de personas** para los próximos años para cubrir los diferentes puestos de trabajo, que incorpore acciones específicas de incorporación de personas con discapacidad en puestos diversos (tanto directivos o puestos de responsabilidad, personal sanitario de todo tipo, otros profesionales de atención directa, personal administrativo y de servicios generales).

Este programa debe prever, además, actuaciones para la integración laboral de personas con discapacidad con diversas problemáticas, tratando de insertar a personas con distintos tipos de discapacidad de forma equitativa.

6. Diseñar y desarrollar un **programa integral de información, sensibilización y formación** dirigido a todos los responsables y trabajadores de la entidad, sobre las personas con discapacidad, su realidad, sus características, sus capacidades y competencias para trabajar, trato adecuado como compañeras/os de trabajo, etc.

Este programa, debe permitir, además, la participación de entidades representativas de personas con discapacidad y sus familias (CERMI y entidades miembro).

7. Desarrollar **acciones de apoyo e impulso en la formación y adquisición de habilidades y competencias** por las personas con discapacidad para el desarrollo de funciones diversas en el ámbito de la atención sanitaria, con previsión de los recursos y medidas necesarias para la accesibilidad.

Establecer al respecto acuerdos y convenios de colaboración con entidades formativas (públicas o privadas) en los diversos niveles (Educación Primaria y Secundaria, Formación Universitaria y Formación Profesional).

Promover la posibilidad de que personas con discapacidad en formación desarrollen prácticas en el ámbito de la entidad.

Estas acciones de formación y prácticas deben promoverse de forma universal y accesible para todas las discapacidades.

8. Aplicación de **metodologías específicas de inserción laboral** dirigidas a las personas con discapacidad, como el empleo con apoyo.

9. Promover el **establecimiento de convenios de colaboración con entidades representativas de personas con discapacidad y sus familias y otras entidades que apoyan la inserción laboral de este colectivo** para facilitar la integración laboral de personas con discapacidad en la entidad.
10. Contar con **mecanismos confidenciales de sugerencias, quejas y denuncias para cualquier persona empleada en la empresa**. Es muy útil para detectar y denunciar los casos de discriminación por acoso.
11. Facilitar el **acceso de las personas con discapacidad al área sindical** de la empresa.
12. Promover la elaboración y aplicación de un **Plan de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad** en la entidad (análisis y diagnóstico de la situación y establecimiento de objetivos y acciones, con los responsables de su gestión o aplicación y temporalidad).
13. Fomento de una **cartera de proveedores** (para compras, subcontratación de servicios, etc.) entre entidades que favorecen el empleo de personas con discapacidad, Centros Especiales de Empleo y empresas de inserción.

6.2.2. Adaptación de puestos de trabajo

Según la Ley 51/2003 (LIONDAU), el empresario o empresaria que incorpore trabajadores y trabajadoras con alguna discapacidad a la plantilla de su empresa, por ley debe realizar, para hacer efectivos los principios de accesibilidad universal y diseño para todos, los llamados “ajustes razonables”, siempre que no supongan una “carga desproporcionada”.

Los ajustes razonables son obligatorios en:

- El proceso de solicitud de empleo.
- Una vez contratado por la empresa.

- En la capacidad para disfrutar, en igualdad de condiciones, de los beneficios y privilegios del empleo.

En la mayoría de los casos, los ajustes son mínimos y no suponen apenas costes. Por ejemplo, pueden consistir simplemente en una flexibilización de horario (para ir al médico, rehabilitación...) o en una redistribución del mobiliario.

Para determinar si esa carga que supone la adopción de los ajustes razonables es “desproporcionada” se tendrán en cuenta los costes financieros o de otro tipo de la medida, las características de la empresa y la posibilidad de obtener una subvención pública o ayuda de otro tipo. Se refiere no sólo al coste económico, sino también a la posibilidad de que la aplicación de los ajustes suponga perturbaciones excesivas para el funcionamiento normal de la empresa y los efectos discriminatorios que su no adopción pueda suponer para las personas con discapacidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, en este ámbito se propone la incorporación de las prácticas siguientes:

1. Elaborar y difundir una **Guía de apoyo con actuaciones necesarias, referencias y contactos para la adaptación de puestos** en el conjunto de servicios y actividades de la entidad: tanto para trabajadoras/es con una discapacidad sobrevenida, como para nuevas/os trabajadoras/es.
2. Promover la **utilización de productos de apoyo (ayudas técnicas y nuevas tecnologías)** para facilitar la adaptación de puestos de trabajo para personas con discapacidad.
3. Promover la **utilización de la modalidad contractual a tiempo parcial**. A menudo las características y situaciones personales dificultan el desarrollo de una jornada de trabajo a tiempo completo, como en el caso de necesitar seguir un tratamiento o determinadas complicaciones de salud. La posibilidad de la jornada laboral más reducida facilita la incorporación progresiva en el mercado de trabajo.
4. Programar y dotar los **medios de apoyo necesarios** (técnicos o personales) para apoyar la integración laboral de personas con discapacidad (por ejemplo educadores o personal de apoyo específico y preparadores laborales).
5. Fomento de **medidas de flexibilidad horaria y fomento del “teletrabajo”** (cuando ello sea posible, según las funciones del puesto de trabajo). Determinadas ocupaciones no requieren la presencia física en el centro de trabajo y pueden desarrollarse desde el domicilio habitual del trabajador. La generalización de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (acceso a Internet, correo electrónico, video conferencia...), permite desarrollar

con facilidad un trabajo en equipo a distancia, y por tanto la plena integración en el entorno laboral. El establecimiento por parte de la empresa de puestos de teletrabajo, además de un abaratamiento en infraestructura, permite la inserción sociolaboral a determinadas personas que de otra manera encontrarían muchas dificultades.

6.2.3. Descripción y valoración de puestos de trabajo

En este ámbito se propone la incorporación de las prácticas siguientes:

- 1. Estudio y análisis de los puestos de trabajo de la empresa y establecimiento de una adecuada valoración.** Un importante factor de discriminación está vinculado a la valoración del trabajo. Existe una tendencia generalizada a minusvalorar los trabajos que habitualmente son desempeñados por las personas con discapacidad, aunque a menudo sus puestos estén dotados de un alto contenido funcional. Esta situación perpetúa la situación de discriminación, al establecerse una correlación directa entre tarea desarrollada por persona y trabajo de baja cualificación (y por tanto de menor remuneración). Esta situación es consecuencia de la inexistencia o inadecuada valoración de los puestos de trabajo en las empresas. En este sentido, los departamentos de Recursos Humanos de determinadas empresas, conjuntamente con la representación sindical, analizan y establecen una adecuada descripción de cada puesto de trabajo, garantizando que las tareas que realiza cada trabajador sean valoradas en su justa medida, permitiendo un desarrollo profesional más acorde a sus capacidades y cualificación.
- 2. Promover una descripción de perfiles profesionales y competencias** que se adecuen a las necesidades funcionales de los diversos puestos de trabajo de la entidad, eliminando al máximo aquellas competencias que puedan resultar de imposible alcance para personas con discapacidad. Comprobar si todos los requisitos exigidos para acceder a un puesto de trabajo son esenciales y no están fomentando la discriminación.

6.2.4. Selección y contratación

En este ámbito se propone la incorporación de las prácticas siguientes:

1. Asegurar que **ninguna oferta de trabajo o proceso de selección comporte discriminación** alguna por razón de discapacidad. Comprobar si todos los requisitos exigidos para acceder a un puesto de trabajo son esenciales y no están fomentando la discriminación.

2. Establecer **sistemas objetivos que respondan a la productividad laboral en los procesos de selección**. No permitir la existencia de prejuicios y estereotipos sobre el rendimiento profesional de las personas con discapacidad, mediante procesos de selección con baremación basada en criterios de cualificación, actitudes y motivación, sin considerar factores de discriminación como la edad, sexo, discapacidad, país de origen, situación social, etc.

3. **Asegurar que el proceso de selección se adapte a las necesidades específicas de las personas con discapacidad que puedan presentarse**. Las pruebas de acceso y la entrevista personal que se realizan a los candidatos y candidatas a un empleo no deben suponer un esfuerzo suplementario para los trabajadores con discapacidad o una barrera que limite o impida la demostración de sus competencias para el desempeño laboral. Durante la selección no puede producirse ninguna actividad que pueda dificultar el desempeño de estas pruebas de acceso por el hecho de ser un candidato o candidata con alguna discapacidad. Así, las pruebas deben prever las necesidades de adaptación de una persona con discapacidad. Las adaptaciones pueden consistir en:
 - Adaptación del proceso de aviso y preselección a las personas candidatas. Usualmente es utilizado el teléfono para citar a la entrevista de selección cuando pueden ser perfectamente utilizados otros medios para ello (e-mail, carta, fax, video-interpretación, etc.).
 - Adaptación de tiempos/ampliación del tiempo necesario para realizar exámenes, pruebas, entrevistas (adaptación para las personas con dificultades de movilidad, con discapacidad auditiva, visual y otras...).
 - Adaptación de espacios (adaptación para las personas con dificultades de movilidad...), disposición de las ayudas técnicas que sean necesarias en cada caso (sistema de frecuencia modulada, DVD subtítulos, lupa, sistemas de audiodescripción...) y de los recursos humanos necesarios en función de la discapacidad.

- Adaptación de los medios (adecuar las pruebas escritas para las personas con discapacidad visual, ajustar las pruebas orales para las personas con discapacidad auditiva, puesta a disposición del intérprete de lengua de signos...).
- 4. Utilización como intermediarias y/o asesoras técnicas a las entidades sociales que desarrollan programas de empleo.** Son muchas las empresas que externalizan los procesos de reclutamiento y selección de personal y utilizan intermediarios del mercado de trabajo: Servicio Público de Empleo, ETTs, Empresas de selección de personal, etc. Algunas entidades sin ánimo lucro que trabajan por la integración sociolaboral de los colectivos desfavorecidos (entre ellas, en particular, de personas con discapacidad) también ofrecen a las empresas servicios profesionales de intermediación laboral. Esta medida, además de facilitar el acceso al empleo a estas personas permite a la empresa satisfacer con mayor facilidad sus necesidades de personal.

6.2.5. Acogida y seguimiento

En este ámbito se propone la incorporación de las prácticas siguientes:

- 1. Asegurar el acompañamiento en la fase de incorporación a la plantilla**, de modo adecuado y adaptado a las necesidades específicas de apoyo de la persona con discapacidad (según su problemática asociada). La plena integración laboral no finaliza en el momento de la contratación, sino que es importante dedicar los recursos necesarios para garantizar la adecuada adaptación y el aprendizaje correcto de las tareas asignadas, al menos durante la primera fase de incorporación a la plantilla. Se debe cuidar, por tanto, que las personas que se incorporan tengan el apoyo necesario, mediante la asignación de un tutor que les ayuda a concluir con éxito la adaptación a la dinámica de la empresa.

6.2.6. Formación y desarrollo profesional

En este ámbito se propone la incorporación de las prácticas siguientes:

1. **Diseño y desarrollo de formación continua sin discriminación** (dentro de los Programas de Formación de la entidad), adaptada a las necesidades de las personas con discapacidad y orientada a fomentar la adquisición o refuerzo de habilidades, capacidades y competencias para su máximo desarrollo profesional.
2. **Asegurar que no se produzca discriminación alguna por razón de discapacidad en el desarrollo profesional** (sistema retributivo, promoción interna y planes de carrera, identificación de potenciales, comunicación interna, conciliación, etc.)

Anexo I: Normativa e iniciativas de planificación

Normativa:

- Convención ONU personas con discapacidad.
- Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 14/1986 General de Sanidad.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).
- Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.
- Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía
- Real decreto 364/2005, de 8 de abril, por el que se regula el cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva a favor de los trabajadores con discapacidad
- Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones.
- Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo.
- Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social.
- Real Decreto 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad.

Iniciativas de planificación:

- Plan de Acción para promover los derechos y la plena participación en la sociedad de las personas con discapacidad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015.
- II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007.
- Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2006-2009, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Plan de Acción para las mujeres con discapacidad 2007.
- I Plan nacional de accesibilidad (2004-2012). Por un nuevo paradigma, el Diseño para Todos, hacia la plena igualdad de oportunidades.
- Estrategia global de acción para el empleo de personas con discapacidad 2008-2012
- Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales.
- Resolución del parlamento europeo del 19 de febrero de 2009: Informe completo aprobado: "Informe sobre la salud mental.
- Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (junio de 2008).
- Libro Verde. Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental.
- Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud.

Anexo II: Fuentes documentales, bibliográficas y referencias

Publicaciones COLECCIÓN CERMI:

[http://www.cermi.es/CERMI/ESP/Colección+Cermi.es/:](http://www.cermi.es/CERMI/ESP/Colección+Cermi.es/)

- “Discapacidad y asistencia sanitaria” (Nº 28 Colección CERMI),
 - “La discapacidad en el medio rural” (Nº 26 Colección CERMI),
 - “Plan de Acción del CERMI Estatal en materia de Atención Temprana a personas con discapacidad” (Nº 20 Colección CERMI),
 - “I Plan Integral de Acción para Mujeres con Discapacidad” (Nº 18 Colección CERMI),
 - “Plan Integral de Salud para las personas con discapacidad” (Nº 10 Colección CERMI).
- “Guía de buenas prácticas por el empleo para colectivos vulnerables. Cruz Roja Española. 2002.
 - Guía práctica “La igualdad de trato en el empleo”. Fundación ONCE y CERMI. 2008.
 - Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. OMS. 2001.
 - Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR).
 - Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Robert L. Schalock y Miguel Ángel Verdugo.
 - Libro blanco de la atención temprana (Año 2000).
 - Investigación sobre legislación, políticas y prácticas desarrolladas en España y en varios países de la Unión Europea para la promoción de la igualdad de oportunidades, accesibilidad y calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias en el ámbito sanitario realizada por la Fundación Sanitas y Telefónica (2007).
 - Comunicación para todos. Pautas para la comunicación accesible. Telefónica. 2005
 - European Disability Action Mainstream Assessment Tool (EDAMAT): Guía para evaluar y promover la transversalización de las cuestiones relacionadas con la discapacidad en el proceso de elaboración de las políticas y en las acciones.
 - Guía ¡Pregúntame sobre accesibilidad y ayudas técnicas!. IMSERSO. 2005
 - Reglas de etiqueta frente a una persona con discapacidad. Autor: Judy Cohen (Access Resources). Publicación de United Spinal Association. 2007.
 - Guía para un uso no discriminatorio del lenguaje (en el entorno de la discapacidad). FUNDABEM
 - Accesibilidad para personas con ceguera y deficiencia visual. FUNDACIÓN ONCE. 2003.
 - Trato adecuado para personas con discapacidad. MTAS.
 - Estudio sobre perspectivas del mundo empresarial respecto a la contratación de personas con discapacidad de la Fundación ONCE.
 - Recomendaciones para presentar textos impresos accesibles a personas con deficiencia visual. Fundación ONCE.

- “Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad”:
<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf>
- “Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS”:
<http://www.auditio.com/revista/vol2/3/020304.pdf>
- “Del Exterminio a la Educación Inclusiva”:
<http://www.discapacidaduruguay.org/noticias2.asp?ide=143>
- “Manual del voluntariado” de José Carlos García Fajardo. 2007. Colección investigación y debate.
- FIAPAS (Jáudenes, C. et ált.). (2004). Manual Básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva (3ª ed.). Madrid, FIAPAS (2008).
- FIAPAS (Jáudenes, C. y cols.) (2006): Dossier de Prevención y Atención Precoz de los problemas auditivos en edad escolar (3ª ed.). Madrid, FIAPAS (2008).
- FIAPAS (Jáudenes, C. y cols.) (2007): Apoyo a la comunicación oral en el ámbito educativo. Orientaciones prácticas para la aplicación de recursos (2ª ed.). Madrid, FIAPAS (2008).
- JÁUDENES, C. (2007): “Alumnado con discapacidad auditiva: accesibilidad a la comunicación, a la información y al conocimiento,” en CNICE, Serie Informes: Accesibilidad, TIC y Educación. [en línea]. Madrid, CNICE-MEC. Disponible en: <http://ares.cnice.mec.es/informes/17/index.htm>