

8. ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO. ACCESIBILIDAD EN LOS SISTEMAS DE EMERGENCIAS SANITARIAS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

BRAULIO ANTONIO GIRELA MOLINA

*Médico Inspector de Servicios Sanitarios. Junta de Andalucía
Profesor Asociado. Universidad de Granada*

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN. 1. CONCEPTO DE DISCAPACIDAD. 2. MARCO LEGAL DE LA DISCAPACIDAD. A) INTERNACIONAL. B) ESPAÑA. C) ANDALUCÍA. 3. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA, USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. II. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA. 1. LA DISCAPACIDAD EN LA LEGISLACIÓN SANITARIA ANDALUZA. A) PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. B) MEDIDAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. A) CONTEMPLAR LAS NECESIDADES INDIVIDUALES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA Y DE ATENCIÓN SANITARIA. B) GESTIÓN SANITARIA, RECURSOS DE INFORMACIÓN Y EMERGENCIAS PARA FACILITAR LA ACCESIBILIDAD. C) INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO. D) PROFESIONALES. E) INVESTIGACIÓN, FORMACIÓN Y CONCIENCIACIÓN EN DISCAPACIDAD. F) MEJORAR LAS COMPETENCIAS DE AUTONOMÍA EN PERSONAS DISCAPACITADAS. G) ENTIDADES QUE ATIENDAN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD. H) INCLUIR EN LOS ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL A LAS ENTIDADES REPRESENTANTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS. I) COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES. C) ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA PARA MENORES DE SEIS AÑOS. A) DERECHO A LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA. B) MODELO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA. 2. LA DISCAPACIDAD EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA ANDALUZA. A) IV PLAN ANDALUZ DE SALUD. B) III PLAN DE CALIDAD SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (2010-2014). C) PROGRAMAS IMPULSADOS POR LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS EN EL MARCO DEL III PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA DICIEMBRE 2021-2026. III. ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. 1. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS. 2. DISCAPACIDAD Y ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. IV. INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO. 1. INFORMACIÓN. A) EL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. INFORMACIÓN A PERSONAS DISCAPACITADAS. B) EL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. INFORMACIÓN A PERSONAS DISCAPACITADAS. A) LEY 2/1998, DE 15 DE JUNIO, DE SALUD DE ANDALUCÍA. B) DERECHO A ACTUACIONES Y PROGRAMAS SANITARIOS ESPECIALES Y PREFERENTES A PERSONAS DISCAPACITADAS. C) LA INFORMACIÓN EN LA LEY DE SALUD PÚBLICA DE ANDALUCÍA. 2. CONSENTIMIENTO. A) MARCO JURÍDICO. B) CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SUPUESTOS DE DISCAPACIDAD. C) CONCLUSIONES COMITÉ DE REPRESENTANTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CERMI. V. ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN LOS SISTEMAS DE EMERGENCIAS SANITARIAS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA. 1. BARRERAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA. 2. GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL ACCESO Y ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA. 3. ACCESIBILIDAD EN LOS SISTEMAS DE EMERGENCIAS SANITARIAS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA. A) TELÉFONO DE DISCAPACIDAD Y ACCESIBILIDAD. B) FORO INSERTA RESPONSABLE. C) LA EXPERIENCIA DE ARAGÓN: ACCESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA. D) LA EXPERIENCIA DE CANTABRÍA: ACCESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA. VI. BIBLIOGRAFÍA

I. INTRODUCCIÓN

1. Concepto de Discapacidad

El término discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, el IV Plan Andaluz de Salud referencia al valorar el envejecimiento y la dependencia de la población, que aproximadamente el 32% de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad. En general, se estima que un 5,6% de la ciudadanía andaluza necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). De cada 100 personas con dependencia, cerca de 70 son personas mayores de 65 años.

Por término medio, en Andalucía, los hombres viven 7,9 años de su vida en situación de dependencia y las mujeres 12,1 años. Así pues, las mujeres, que tienen una esperanza de vida mayor que los hombres viven en promedio más años pero una parte importante de estos años los viven en situación de discapacidad.

En cuanto a los tipos de discapacidad, a los efectos de III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía¹ se consideran los siguientes:

- Físicas y orgánicas. Las personas con discapacidad física poseen limitaciones en la realización de movimientos, pudiendo verse también afectadas otras funciones como el lenguaje o el control de esfínteres. En cuanto a discapacidad orgánica, se refiere a aquellas personas que cuentan con algún órgano interno que no funciona correctamente.

- Sensoriales. Se considera discapacidad sensorial aquella que afectan o privan de uno o varios sentidos. Entre las discapacidades de tipo sensorial se distinguen la discapacidad visual, auditiva o combinación de ambas.

- Psíquicas. Las personas con discapacidad psíquica presentan alteraciones de tipo conductual y del comportamiento adaptativo, generalmente derivadas del padecimiento de algún tipo de trastorno o enfermedad mental.
- Intelectuales. La discapacidad intelectual se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. Esta discapacidad se origina durante el periodo de desarrollo neurológico (entre los 0 y 18 años de edad).

Cabe la posibilidad de que se manifiesten simultáneamente varios tipos, en ese caso se denominaría discapacidad de tipo mixta.

Conviene, asimismo, aclarar los conceptos de: Discapacidad sobrevenida. Se define como aquella que surge a partir de los seis años, a consecuencia de situaciones externas e internas no congénitas. Se desarrolla dentro de los tres primeros años de vida o incluso antes de nacer. En función del impacto y limitación en el desarrollo de la AVD se establecen los distintos “grados de discapacidad”.

La calificación del grado de discapacidad responde a criterios técnicos unificados, fijados mediante los baremos descritos Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Son objeto de valoración

¹ III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía Diciembre 2021-2026 Borrador V2: <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-06/Borrador%20del%20Plan%20v2%20%2825.02.22%29.pdf>

tanto las limitaciones en la actividad que presente la persona como, en su caso, los factores sociales complementarios relativos, entre otros, a su entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural, que dificulten su inclusión social.

2. Marco legal de la discapacidad²

A) Internacional

El Preámbulo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, y aprobada y ratificada por el Estado español, reconoce que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

El texto de la Convención entiende como personas con discapacidad a “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

B) España

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo aprobados el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), son tratados internacionales que recogen los derechos de las personas con discapacidad así como las obligaciones de los Estados Parte de promover, proteger y asegurar esos derechos. España la ratificó y publicó en el Boletín Oficial del Estado de 21 de abril de 2008, y entró en vigor el 3 de mayo de este mismo año; a partir de este momento, y conforme a lo establecido en el apartado primero del artículo 96 de la Constitución Española de 1978, forma parte del ordenamiento interno. La adaptación y modificación de diversas normas para hacer efectivos los derechos que la Convención proclama y garantiza, se realiza mediante la promulgación de la Ley 26/2001, de 1 de agosto de Adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad y el Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social que considera en su artículo 4 que “son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Además de lo establecido en el apartado anterior, y a todos los efectos, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento. Se considerará que presentan una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad”.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia constituye en España una inestimable avance en la prestación de servicios sociales (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y plazas residenciales) y

² https://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/grado_discapacidad/index.htm

económicos (para el sujeto familiar que cuida o para la contratación de una asistencia personalizada de las personas mayores y con discapacidad). La Disposición adicional octava de ésta Ley, determina que las referencias en los textos normativos preexistentes a “minusválidos” y a “personas con minusvalía”, se entenderán realizadas a “persona con discapacidad” o “personas con discapacidad” respectivamente, siendo estos términos los que deberán de utilizarse en lo sucesivo por las Administraciones Públicas para denominar a estas personas.

C) Andalucía

Destaca la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.

3. Características de las personas con discapacidad en Andalucía, usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía³

El número de personas con discapacidad en Andalucía, a 31 de diciembre de 2021, es de 578.509 personas, según cifras del Sistema Integrado de Servicios Sociales de Andalucía. (SISS). Este número se corresponde con el total de personas valoradas en los Centros de Valoración y Orientación de la Andalucía con un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Esto es, un 6,8% de la población andaluza en el año 2021.

Según los datos del SISS, las discapacidades más comunes son las de tipo físico, ya que la presentan 234.452 personas de Andalucía (40,52%). No se observan diferencias significativas por sexo en atención al tipo de discapacidad reconocida

Sobre el total de personas con discapacidad, las mujeres representan un 48,37%. El mayor número de discapacidades reconocidas son las de tipo físico. El mayor porcentaje de personas con discapacidad reconocida tiene un grado de entre el 33 y 44%, esto es el 45,7% respecto del total de personas con discapacidad. Es conveniente analizar la diferente situación a la que se enfrentan las personas con discapacidad en los entornos rurales y urbanos.

No se dispone de información sistematizada sobre el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad a los centros de atención primaria y especializada.

No se dispone de información completa sobre la adecuación de los equipamientos y los recursos humanos y materiales que garanticen el acceso a la salud en centros de atención infantil temprana y para mujeres con discapacidad. Se detecta falta de integración entre la información facilitada por el Sistema de Salud y el Sistema de Servicios Sociales.

Desconocimiento del estado de salud de las personas con discapacidad en la edad adulta, sobre todo en aquellas con discapacidad intelectual (TEA, S. Down).

La población reclusa con discapacidad representa el 8,28% respecto del total en centros penitenciarios de Andalucía. No se observan brechas de género significativas.

La población reclusa con discapacidad psíquica y con pluridiscapacidad presentan las cifras más altas, representando el 47,45% y el 21,31% respectivamente.

³ III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía Diciembre 2021-2026 Borrador V2: <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-06/Borrador%20del%20Plan%20v2%20%2825.02.22%29.pdf>

II. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA

1. La discapacidad en la legislación sanitaria andaluza

En desarrollo del artículo 43 de la Constitución Española y de la legislación básica del Estado en esta materia, el derecho a la protección del derecho a la salud de la personas discapacitadas se salvaguarda, con la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

Además, de una manera específica, la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, dedica el Título III - De la Salud -, artículos 15, 16 y 17, a su protección sanitaria.

Reordenando las actuaciones establecidas en esta última Ley, consideramos los siguientes aspectos:

A) Protección del derecho a la salud de las personas con discapacidad

Las Administraciones Públicas de Andalucía establecerán:

- Programas, procesos asistenciales y actuaciones *específicas*⁴.
- Cooperarán con las entidades del *sector asociativo* de las personas con discapacidad y sus familias.
- Asegurarán la *accesibilidad* a las personas con discapacidad a los servicios de salud o de atención a la salud.

B) Medidas del sistema sanitario público de Andalucía

Además de las medidas previstas en las normas sanitarias vigentes, se impulsarán las siguientes medidas, en relación con las personas con discapacidad:

a) Contemplar las necesidades individuales de las personas con discapacidad en los programas de salud pública y de atención sanitaria

- Asegurar la dotación de los medios, apoyos y recursos, así como la realización de los ajustes razonables necesarios en los *programas de salud pública y de atención sanitaria* para tener en cuenta las necesidades individuales de las personas con discapacidad. A tales efectos, se tendrá en cuenta el enfoque de género y a las personas con mayores necesidades de apoyo, así como la formación sobre pautas de atención e interacción con personas con especiales dificultades sociales y comunicativas.

- Desarrollar Programas de Salud Mental, Atención Sexual y Reproductiva.

b) Gestión sanitaria, recursos de información y emergencias para facilitar la accesibilidad

⁴ Derecho a *programas de salud pública específicos o adaptados a sus necesidades de las personas discapacitadas*: El artículo 14 de la Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía reconoce el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad en Andalucía, entre los que se incluyen a las personas discapacitadas a *programas de salud pública específicos o adaptados a sus necesidades especiales*. Así, especifica que “Las personas menores, las mayores, las que se encuentren en situación de dependencia, las personas con discapacidad física, intelectual o sensorial, las que soporten situación o riesgo de exclusión social, las que sufran enfermedad mental, las que estén en situación terminal, las que padezcan enfermedades crónicas y discapacitantes, las diagnosticadas de enfermedades raras o de baja incidencia en la población, las personas con prácticas de riesgo, las mujeres y menores víctimas de violencia tendrán derecho a *programas de salud pública específicos o adaptados a sus necesidades especiales*”.

- Realización de los ajustes necesarios en la gestión sanitaria, recursos de información y emergencias, que faciliten la accesibilidad al sistema sanitario de las personas con discapacidad con especiales necesidades y de sus personas cuidadoras.

- Crear una convocatoria de *ayudas públicas* para renovación y reparación de prótesis y órtesis, incluidas en el catálogo general de prestaciones ortoprotésicas del Servicio Andaluz de Salud que sufran deterioro por accidente u otra causa no achacable a la persona usuaria, dirigidas a las familias en situación de vulnerabilidad, así como la adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas dirigidas a las familias en situación de vulnerabilidad.

- Garantizar la accesibilidad en los sistemas de emergencias sanitarias a las personas con discapacidad auditiva.

- Incluir la accesibilidad y el diseño universal entre los estándares o criterios a tener en cuenta en la evaluación de calidad de los centros, actividades y servicios sanitarios públicos de Andalucía.

c) Información y consentimiento

- Garantizar que la información y el consentimiento en el ámbito sanitario resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad de acuerdo con el principio del diseño universal, incluidas las adaptaciones a lectura fácil y comprensible. En caso necesario, se ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes a las personas con discapacidad que así lo requieran.

d) Profesionales

- Aprobar protocolos y normas éticas para la mejora de las prácticas profesionales en la atención a la salud de las personas con discapacidad.

- Establecer un protocolo de comunicación entre los profesionales médicos de los distritos de atención primaria y las entidades del sector asociativo de las personas con discapacidad, que facilite el asesoramiento genético prenatal.

- En el caso de nuevas enfermedades o síndromes, que se incluyan en la última Clasificación Internacional de Enfermedades vigente (CIE), elaborar un protocolo de tratamiento cuando concurra la circunstancia de que la mayoría de pacientes potenciales sean personas con discapacidad.

e) Investigación, formación y concienciación en discapacidad

- Incluir la materia de discapacidad en las actuaciones de investigación, formación y concienciación que se desarrollen en el ámbito sanitario, con especial incidencia en los derechos humanos, la igualdad de género, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad.

- Promover la investigación en el ámbito de las enfermedades raras o de baja incidencia en la población.

f) Mejorar las competencias de autonomía en personas discapacitadas

- Desarrollar actuaciones informativas y educativas específicas dirigidas a las personas con discapacidad, con el fin de mejorar sus competencias en la toma de decisiones sobre los aspectos de su vida relacionados con la salud.

g) Entidades que atiendan a personas con discapacidad

- Apoyar a las entidades, prioritariamente a aquellas que carezcan de ánimo de lucro cuyo objeto sea la atención a personas con discapacidad, que desarrollen programas de ayuda mutua, prevención y promoción de la salud, dirigidos a personas con discapacidad o a sus familias.

h) Incluir en los órganos de participación social a las entidades representantes de personas con discapacidad y sus familias.

i) Coordinación con los Servicios Sociales

- Coordinar su actuación con los servicios sociales para prestar una atención integral a las necesidades de las personas con discapacidad.

C) Atención infantil temprana para menores de seis años

a) Derecho a la atención infantil temprana

- La población infantil menor de seis años con discapacidad, que presente trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, tiene derecho a la atención infantil temprana. Esta atención comprenderá actuaciones de información, prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, orientación y apoyo familiar en el ámbito sanitario, educativo y de servicios sociales.

- El sistema sanitario público de Andalucía establecerá los sistemas y protocolos de actuación técnicos para una atención adecuada de los menores, los cuales incorporarán acciones preventivas sobre la población en general dirigidas a evitar las condiciones de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil, especialmente aquellas que tienen que ver con el consejo prenatal, la atención al embarazo, parto y puerperio, así como el adecuado seguimiento de la salud de los recién nacidos y los primeros años de vida.

b) Modelo de atención infantil temprana

- Coordinación de los sistemas públicos de salud, educación y servicios sociales y acceso de los profesional a la historia clínica de las personas con discapacidad para poder intervenir de una forma más óptima en su tratamiento.

- Determinación de los recursos de atención infantil temprana, con especificación de las actuaciones a desarrollar en los ámbitos sanitario, educativo y de servicios sociales.

- Establecimiento de un sistema de información en atención temprana que permita identificar las necesidades de la población infantil en esta materia y adoptar las medidas necesarias para satisfacerlas.

- Se garantizará la aplicación del protocolo de atención temprana, entre la Consejería competente en materia de educación y la Consejería competente en materia de salud, del Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía, garantizando en todo momento la evidencia científica y el conocimiento experto y atendiendo a las necesidades específicas de cada caso de forma individualizada, desde la complementariedad y especificidad de las actuaciones a realizar por los profesionales de ambos sistemas.

- La prestación del servicio de atención infantil temprana se podrá organizar a través de conciertos sociales.

- Contempla el modelo la creación de recursos específicos para la atención especializada a colectivos con necesidades particulares de apoyo e intervención.

2. La discapacidad en la Planificación Sanitaria Andaluza

A) IV Plan Andaluz de Salud

El Plan Andaluz de Salud, es el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía.

La planificación de los servicios sanitarios y sociosanitarios, debe garantizar la equidad para el conjunto del territorio de Andalucía en el acceso a prestaciones preventivas, de cribados, rehabilitadoras, de procesos asistenciales, cuidados paliativos y a personas cuidadoras de las personas

con discapacidad, contemplados en distintos Planes Integrales (Oncológico, Cardiopatías, Diabetes, Tabaquismo, Obesidad, Salud Mental, Accidentalidad, etc.).

En Andalucía se vienen desarrollando desde hace años, y a través de los diferentes Planes de Salud, estrategias para mejorar la esperanza de vida y la esperanza de vida libre de discapacidad.

Estas se han orientado a abordar:

- *Los estilos de vida y los entornos saludables* mediante abordajes como el Plan de Alimentación Equilibrada y Actividad Física (PAFAE), el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA) y la promoción de la salud en la adolescencia y la juventud (Forma Joven).

- *La prevención de enfermedades transmisibles*, fundamentalmente mediante el Programa de Vacunaciones de Andalucía, la prevención de la infección por VIH y las intervenciones de protección de la salud para controlar la transmisión alimentaria, hídrica y ambiental de estas enfermedades.

- *La prevención de enfermedades no transmisibles y lesiones a través del desarrollo de los Planes Integrales (PPII)* que han definido actuaciones preventivas para los problemas de salud que producen una mayor morbilidad, discapacidad y mortalidad. Son el Plan Integral de Cardiopatías de Andalucía (PICA), el Plan Integral de Diabetes Mellitus de Andalucía (PIDMA), el Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA), el Plan Integral de Salud mental de Andalucía (PISMA) y el Plan Integral de Accidentalidad (PIAA), el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA), el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN) etc. Además existe una estrategia de prevención y atención a las víctimas de la violencia de género.

- También los PPII han abordado el diagnóstico precoz, el sistema de atención sanitaria y la rehabilitación de las personas afectadas por los problemas de salud a los que se enfrentan. Los instrumentos fundamentales para ello son los *Procesos Asistenciales Integrados* en los que se define cómo debe hacerse el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades más prevalentes o más graves y los indicadores de calidad de esas prácticas.

B) III Plan de Calidad Sistema Sanitario Público de Andalucía (2010-2014)

Hacen referencia a la atención a la discapacidad, los Proyectos 1, 3 y 18.

Proyecto 1 ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.

Acción: 1 Incluir de forma continua la visión de género “rol social asignado” en el abordaje de los problemas de salud, la multiculturalidad y discapacidad.

Proyecto 3 MODERNIZACIÓN E INNOVACIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS.

Acción: 7 Incorporar en los procesos asistenciales integrados la perspectiva de género, las actuaciones sobre estilos de vida, y las necesidades especiales de las personas que se encuentran en situación de discapacidad o dependencia.

Proyecto 18 ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL NUEVO MODELO DE SALUD PÚBLICA.

Estrategias sociosanitarias

Acción 31: Implantación de los Subprocesos de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, Trastorno del Desarrollo con Discapacidad Intelectual, Trastornos Sensoriales, Trastornos del Desarrollo con Discapacidad Motora y Trastorno del Espectro Autista.

Acción 34: Incorporar e integrar la perspectiva de discapacidad y dependencia como un eje transversal en el Plan de Calidad

C) Programas impulsados por la Consejería de Salud y Familias en el marco del III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía Diciembre 2021-2026⁵

La concreción de la realización de los objetivos estratégicos antes mencionados en el borrador del III Plan se realiza en base a formulación de un conjunto de programas. Los programas se encuentran clasificados en función de un código correspondiente con las siglas de la Consejería en la que se ubica el centro directivo competente de su impulso. Refiriéndonos a la Consejería de Salud y Familias están los siguientes programas:

CSAFA01 P7. Accesibilidad universal a servicios sanitarios públicos en condiciones de igualdad.

Este programa persigue favorecer la plena accesibilidad universal a servicios, prestaciones e infraestructuras del Sistema Sanitario Público de Andalucía de forma autónoma e independiente y en condiciones equiparables a las de acceso de personas sin discapacidad.

Línea estratégica

- LE3. Accesibilidad universal.

Objetivos estratégicos a los que contribuye

- OE3: Reducir el agravamiento de las situaciones de discapacidad y de dependencia derivada de la discapacidad y su impacto sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus cuidadoras.
- OE8. Incrementar la accesibilidad universal en los edificios públicos utilizados por la Junta de Andalucía y por las entidades locales y en los edificios de viviendas, así como en los espacios y servicios públicos que se prestan a la ciudadanía.

Objetivos generales del Programa

- Incrementar la accesibilidad cognitiva a los servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Incrementar la accesibilidad a edificios e infraestructuras de asistencia primaria, hospitales y otros servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Medidas a desarrollar:

1. Implementar actuaciones para asegurar la accesibilidad cognitiva de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo al Sistema Sanitario Público de Andalucía (I): Edición y distribución de pictogramas de accesibilidad cognitiva para personas con TEA y discapacidad intelectual.
2. Implementar medidas que permitan incrementar la accesibilidad arquitectónica en los centros sanitarios (I): Revisión de las actuaciones realizadas, necesidades detectadas y medidas a realizar.
3. Elaboración de documentos de información y de consentimiento en el ámbito sanitario que sean de lectura fácil y en formato comprensible a las personas con discapacidad.
4. Revisar y detectar la necesidad e implementación de medios materiales y aparatajes para el tratamiento de los diferentes tipos de discapacidad.
5. Incluir parámetros de accesibilidad y el diseño universal entre los criterios a considerar para la evaluación de calidad de los centros.

⁵ III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía Diciembre 2021-2026 Borrador V2: <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-06/Borrador%20del%20Plan%20v2%20%2825.02.22%29.pdf>

6. Garantizar la accesibilidad en los sistemas de emergencias sanitarias a las personas con discapacidad auditiva y otras discapacidades.
7. Diseñar e implantar un protocolo para la comunicación efectiva del personal sanitario con los pacientes con distintos tipos de discapacidad. Se asegurará un tratamiento especializado a aquellos colectivos especialmente vulnerables, ej: mujeres con discapacidad y personas inmigrantes con discapacidad.
8. Elaborar un Plan de formación a personal sanitario sobre accesibilidad, autoprotección y evacuación para personas mayores o con discapacidad en casos de emergencias.
9. Implantar y facilitar el uso de nuevas tecnologías en los centros sanitarios. (ej: sistema de citas de especialistas online, consultas por video llamadas para pacientes que no puedan desplazarse y que les permitan consultar determinada información. Estudio e informe que permita la implantación de diferentes medidas en función de las necesidades y los recursos.

Población destinataria

- Profesionales sanitarios y no sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Población beneficiaria

- Personas con discapacidad y en especial colectivos especialmente vulnerables.

Tiene indicadores de realización y resultados, temporalización (años 2021 y 2022) y presupuesto.

CSAFA-02 P6. Apoyo social y recuperación en salud mental.

Este programa persigue la inclusión social de las personas con discapacidad consecutiva a un problema grave de salud mental, través de la defensa de derechos de ciudadanía; la lucha contra la discriminación y el estigma; el acceso a la educación, la cultura y el deporte; la igualdad de género, y el desarrollo de actuaciones complementarias para aquellas que están en situación de privación de libertad, sin hogar o en especial vulnerabilidad por crisis sanitaria o económica.

Línea estratégica LE2. Participación e inclusión social.

Objetivos estratégicos a los que contribuye

- OE3. Reducir el agravamiento de las situaciones de discapacidad y de dependencia discapacidad y su impacto sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus cuidadoras.

Objetivos generales del Programa

- Aumentar la inserción social de las personas con discapacidad consecutiva a un problema grave de salud mental, especialmente mediante el acceso a educación, la cultura y el deporte inclusivo.
- Reducir brechas de género en los programas de apoyo social para las personas con enfermedad mental.
- Mejorar la atención a personas con enfermedad mental internadas en centros penitenciarios, sin hogar o en situación de especial vulnerabilidad

Población destinataria

- Profesionales de las redes implicadas en la atención sanitaria y social de personas con problemas de salud mental.
- Familiares y allegados. Movimiento asociativo.

Población beneficiaria

- Personas con discapacidad consecutiva a un trastorno mental grave.

Organismo responsable

- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM).

Agentes implicados

- Dirección General de Cuidados Sociosanitarios.
- Red de Salud Mental de Andalucía.
- Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión

Medidas a desarrollar

- Se plantean las siguientes medidas para los diferentes ejes de actuación:

EJE 1:

1.1. Desarrollar 4 actividades de sensibilización social y defensa de derechos de ciudadanía de las personas con problemas de salud mental, dirigidas a los miembros de la comunidad educativa.

1.2. Desarrollar 4 actividades formativas de sensibilización social dirigidas a las fuerzas y cuerpos de seguridad sobre las personas con problemas de salud mental.

1.3. Desarrollar 3 actividades formativas de sensibilización dirigidas a profesionales de la abogacía y juzgados de guardia sobre las personas con problemas de salud mental en el ámbito judicial.

EJE 2:

2.1 Desarrollar un proyecto de educación de personas adultas para personas con trastorno mental grave mental, en cada una de las provincias andaluzas.

2.2 Desarrollar 1 experiencia socioeducativa con carácter inclusivo para personas con problemas de salud mental y estudiantes universitarios.

2.3 Desarrollar 2 iniciativas de formación inclusiva sobre arqueología experimental para personas con enfermedad mental. Realizar un estudio sobre el impacto del deporte en la mejora de la salud general de las personas con problemas de salud mental y la reducción del gasto sanitario a través de la actividad física.

2.4 Realizar un Estudio sobre el impacto del deporte en la mejora de la salud general de las personas con problemas de salud mental, y la reducción del gasto sanitario a través de la actividad física.

EJE 3:

3.1 Impulsar los espacios de Coordinación de FAISEM, la red de salud mental, el movimiento asociativo y la Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión, en relación a los Programas de atención a personas con enfermedad mental en el ámbito penitenciario.

3.2 Completar en cada provincia los programas específicos de seguimiento para personas con trastornos mentales graves sin hogar o en situación de especial vulnerabilidad.

EJE 4:

4.1. Desarrollar 3 Acciones Formativas dirigidas a profesionales de los programas de apoyo social en materia de igualdad.

4.2. Desarrollar un programa específico de apoyo social para mujeres con trastorno mental grave.

III. ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Accesibilidad a los Servicios

Según el Concepto Europeo de Accesibilidad⁶, ésta es una característica básica del entorno construido, es la condición que posibilita llegar, entrar, salir y utilizar las casas, las tiendas, los teatros, los parques y los lugares de trabajo. Y permite a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que se han concebido. De esto se desprende que, cuando exista una falta de accesibilidad, por ejemplo, con barreras físicas, esa persona sufrirá algún grado de marginación y, lógicamente, una pérdida de calidad de vida respecto a los demás que no sufran esta falta, siendo las personas discapacitadas las que la sufrirán en mayor grado.

La accesibilidad universal es aquella condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para que las personas los puedan comprender, los puedan utilizar en condiciones de seguridad, comodidad y de la forma más autónoma y natural posible

Hay que mejorar constantemente y de forma inmediata y exponencial, la situación de los entornos productos y servicios destinados a combatir o paliar de alguna manera los distintos grados de

⁶ CCPT (Comisión Central de Coordinación para la Promoción de la Accesibilidad). Concepto Europeo de Accesibilidad. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) - Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT), p. 35, 1996.

discapacidad. Y esa mejora puede aparecer desde la aplicación y desarrollo del concepto Accesibilidad Universal⁷.

El Comité Español de representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)⁸, concluye que “Sin duda la accesibilidad universal es una de las esferas más críticas de este año 2017. La accesibilidad es un principio que irradia en todo el articulado de la Convención, un elemento esencial para garantizar el disfrute de todos los derechos en condiciones de igualdad para la ciudadanía con discapacidad. Sin embargo, la mayor parte de las denuncias vienen a este principio y al propio artículo 9 de accesibilidad universal, ya que no hay un argumento más determinante que aquel que emerge de los datos. Este año, además, el propio Estado lo mancillaba con el incumplimiento de un mandato legal en materia de accesibilidad, una pésima práctica en un Estado de Derecho, que reconoce la igualdad y que, sin embargo, no asegura su ejercicio”.

2. Discapacidad y Acceso al Sistema Nacional de Salud

Desde el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), se alerta que las personas con discapacidad en España, no siempre reciben una atención sanitaria adecuada a sus necesidades peculiares de atención, ya que aún no se aplican de la forma más efectiva las directrices marcadas en la Convención de la Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Tiene interés conocer el análisis de situación y las conclusiones reflejadas en el Informe de la Fundación ONCE⁹.

Las carencias más importantes a las que se enfrentan las personas con discapacidad y las personas mayores en su acceso al sistema sanitario español se encuentran en lo siguiente:

- *Procesos de acceso a los servicios sanitarios largos y complicados.* En muchos casos derivados de la cronicidad del paciente. Debidos a la superespecialización de la sanidad, los problemas existentes de continuidad asistencial. La falta de coordinación entre profesionales y la necesidad de desarrollar procesos de atención multidisciplinar que atiendan las necesidades de los pacientes, cuidadores y familias
- *Barreras de accesibilidad relacionadas con sistemas de información y de comunicación.*
- *Barreras físicas en los entornos sanitarios* aún por resolver a través de soluciones de Accesibilidad Universal, que garanticen la configuración de un sistema sanitario inclusivo y en clave de plena igualdad de oportunidades.

Una vía para la búsqueda de soluciones que atiendan a las necesidades de las personas es la *innovación social*. Ésta es el conjunto de nuevos procesos, prácticas o métodos para llevar a cabo iniciativas que cuenten con la participación de las personas, las cuales se transforman en actores de su propio desarrollo, fortaleciendo así el sentimiento de pertenencia y convirtiéndose en agentes del cambio.

Respecto a la *accesibilidad en el sistema sanitario*, concluye el Informe que:

⁷ LOPEZ CALA, G., SOTOMAYOR MORALES, E., GRANDE GASCÓN, M.L., CALERO GARCÍA, M.J.: *Discapacidad y Accesibilidad Universal. La unión perfecta*, Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), Monográfico 3, abril, 2018, 44-62. doi: 10.17561/reid.m3.4

⁸ DERECHOS HUMANOS Y DISCAPACIDAD INFORME ESPAÑA 2017, Comité de representantes de personas con discapacidad (CERMI), Ediciones Sinca, 2018. https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Informe%202017%20I_0.pdf

⁹ FUNDACIÓN ONCE: *Accesibilidad e innovación social en la atención sanitaria. Las TIC como facilitador para un uso eficiente de la sanidad: análisis de contexto y estudio de necesidades (Fases I y II)*, Fundación ONCE-Vía Libre; Ilunion, 2021, http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5956/Accessibilidad_e_innovaci

- Los avances en accesibilidad en el ámbito de sanitario son evidentes. No obstante, para que se cumpla la accesibilidad universal en este ámbito, los entornos y todo aquello que forma parte de los servicios y procesos sanitarios deben ser plenamente utilizables por cualquier persona independientemente de sus capacidades (desde la concertación de una cita, la utilización de los espacios sanitarios, pasando por la comunicación con los profesionales médicos, etc.) y aún hay muchas evidencias de que esto no se cumple.
- Localizar las consultas, utilizar los sistemas de gestión de turnos y/o acceder a la consulta desde la sala de espera son los momentos en los que los usuarios tienen mayores dificultades. Las personas con discapacidad visual o auditiva son las que lo experimentan en mayor medida, ya que en muchas ocasiones en las salas de espera no tienen manera de saber cuándo y dónde les toca pasar.
- El entorno de urgencias es uno de los espacios en donde las valoraciones de la accesibilidad son más bajas. Sobre todo, en los momentos anteriores y posteriores al triaje.
- Las carencias de accesibilidad física en los centros de salud y hospitales siguen encontrándose, por la falta de adecuación de la altura de mostradores, la ausencia de grúas o camillas adaptadas, pasillos estrechos o falta de señalización.
- Aún no se está garantizando el acceso a la información por parte de los usuarios de los servicios de salud en situación con discapacidad mediante sistemas de lectura fácil, braille, lengua de signos, medios de apoyo a la comunicación oral, entre otros, ya que la información antes de las pruebas, los consentimientos informados o los informes únicamente se facilitan en texto y con un lenguaje a veces demasiado técnico que no todas las personas pueden entender.
- Dentro de los servicios de atención personal que ofrecen los centros de salud u hospitales el de acompañamiento a pacientes es el más demandado, pero las personas con discapacidad suelen recurrir a familiares o asistentes personales.
- En el caso de las personas sordas signantes, tienen dificultades para comunicarse con el personal sanitario ante la falta de intérpretes de lengua de signos. En este sentido reconocen que en algunas Comunidades Autónomas ha habido un gran avance al facilitar el servicio de tele-interpretación.
- Las personas con discapacidad que han participado en el estudio manifiestan que aún hay bastantes barreras actitudinales del personal sanitario por falta de conocimiento o formación.

Respecto al *uso de las TIC en el sistema sanitario*, presentan las siguientes conclusiones:

- El uso de las TIC es cada día más habitual en el sistema sanitario, ya que la gestión de citas es habitual realizarla por internet a través de aplicaciones móviles, existen sistemas electrónicos de gestión de turnos en los centros de salud/hospitales y ya se están utilizando los servicios básicos de sanidad digital por los que apuesta el Sistema Nacional de Salud: el acceso a la receta electrónica interoperable y la disponibilidad de Historia Clínica a través de Internet.
- La falta de accesibilidad en estas tecnologías hace que las personas con discapacidad tengan dificultades para utilizar los servicios sanitarios. Por ejemplo, aplicaciones de gestión de citas por internet o sistemas de gestión de turnos inaccesibles para personas con discapacidad visual. Las personas con discapacidad no suelen participar en los procesos de diseño de dicha tecnología.

- El teléfono móvil es la herramienta por excelencia de las personas usuarias para interactuar con el entorno tecnológico de la sanidad, realizándose numerosas propuestas para mejorar su interacción con el sistema sanitario:
 - Renovar la receta electrónica de medicación para evitar tener que ir a la consulta.
 - Disponer de un chat para poder resolver dudas sobre recetas o información básica sobre pruebas diagnósticas.
 - Gestionar citas de especialistas y de pruebas diagnósticas.
 - Recibir recordatorios de citas pendientes.
 - Buzón de sugerencias y reclamaciones.
 - Acceso directo a servicios de video-interpretación en LSE para personas sordas.
 - Consultar información sobre la accesibilidad de los centros.
 - Sistema de localización de consultas accesible para discapacidad visual.
 - Acceso al ID del turno para la cita y visualización del turno activo, mismo que aparece en la pantalla de las salas de espera.
- El acceso a los resultados de pruebas e informes médicos (Historial Clínico) se realiza en aplicaciones y portales del paciente desarrollados sobre todo en el ámbito hospitalario (público y privado.) No obstante, debido a que no es algo generalizado en el sistema, ni se dan en todas las aplicaciones desarrolladas por las distintas las Comunidades Autónomas para el acceso y uso de la Atención primaria, muchas de las personas usuarias lo desconocen.
- La tele-medicina es poco conocida, ya que más de la mitad de las personas encuestadas no conocía ninguno de los tipos de telemedicina por los que se preguntó (tele-monitorización, tele-diagnóstico y tele-consulta). Sólo la tele- consulta resulta un término más conocido y hasta un 4,5% de las personas encuestadas reconoce haberlo utilizado.
- Existen muchas opciones tecnológicas que facilitarían y mejorarían la atención, como pueden ser soluciones de tele-consulta o tele-diagnóstico que se podrían implementar, pero muchas veces no se hace por desconocimiento o por trabas administrativas.
- Se necesita aún formación, sensibilización y talleres de digitalización y en accesibilidad TIC, tanto de los propios profesionales como de los pacientes.

En definitiva, los resultados aquí expuestos son la base para idear y diseñar nuevos productos y servicios que mejoren la accesibilidad y la calidad de la atención en el sistema sanitario a través de las tecnologías de la información y comunicación.

IV. INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. Información

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Disposición adicional cuarta. Necesidades asociadas a la discapacidad.

El Estado y las Comunidades Autónomas, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, dictarán las disposiciones precisas para garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales, asociadas a la discapacidad, los derechos en materia de autonomía, información y documentación clínica regulados en esta Ley.

A) El derecho a la información en el Sistema Nacional de Salud. Información a personas discapacitadas

La primera ley postconstitucional que reguló algunos de los derechos de los pacientes fue la Ley General de Sanidad del año 1986, sin embargo en este texto legislativo únicamente se planteaban o trataban con poco profundidad determinadas cuestiones muy relevantes en el ámbito de los derechos de los pacientes que posteriormente fueron desarrolladas por la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Debe tenerse en cuenta que la Ley General de Sanidad nació con la intención de vertebrar y organizar el sistema y no legislar los derechos del paciente, por lo que para el análisis de este aspecto el estudio debe centrarse en la legislación aprobada posteriormente.

La ley 41/2002 supone un gran avance a la hora de organizar y legislar como debe ser la relación entre el personal del centro de salud y el enfermo, destacando entre su articulado la regulación del derecho a la información o del consentimiento informado. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que al tratarse de una norma estatal tiene carácter básico, por lo que determinados aspectos han sido completados en diferentes legislaciones autonómicas

El derecho a la información no solo se refiere al deber de los profesionales de facilitar información al paciente sobre el proceso asistencial, sino que abarca un campo mucho más amplio, incluyendo el derecho a la información necesaria para elegir médico y centro sanitario o el derecho a conocer aquellos problemas sanitarios que supongan un riesgo epidemiológico para otros usuarios. Las palabras información e informar aparecen en el texto legislativo de la 41/2002 casi 50 veces, lo que refleja la importancia que se le da a este aspecto en la normativa existente.

Podemos diferenciar cuatro derechos de información en la ley 41/2002, el primero de ellos es el derecho a la información asistencial, el segundo el derecho a la información epidemiológica, el tercero a la información sobre los servicios y unidades asistenciales de cada servicio de salud, y el cuarto y último el derecho a la información para la elección de médico y de centro sanitario. En todos estos casos el titular del derecho a la información es el paciente, si bien en determinadas circunstancias también serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho.

La ley marca que cuando el paciente carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico el personal sanitario informará a familiares o personas vinculadas al usuario que le acompañen. En este apartado es necesario abordar el derecho a la información de las personas con discapacidad, puesto que en la mayor parte de las ocasiones sí que están en disposición de poder comprender al facultativo, sin embargo, los servicios de salud no siempre están tomando todas las medidas que deberían para garantizar este derecho. En el caso de los pacientes sordomudos, por ejemplo, las diferentes administraciones sanitarias deberían proporcionar un servicio de intérpretes de signos que permitiera a estos usuarios recibir la información con total autonomía, mientras que para pacientes invidentes sería oportuna la elaboración de documentos informativos o formularios en braille.

Estos servicios no siempre se están prestando, por lo que son numerosas las asociaciones de discapacitados que vienen reclamando de forma reiterada una mayor accesibilidad de la información sanitaria.

El derecho a la información asistencial es a su vez un deber de los profesionales sanitarios, debiendo existir un continuo intercambio de información entre médico y paciente. Según la legislación esta información se proporcionará en general de forma verbal, si bien debe dejarse también constancia en la historia clínica. Para cada actuación el facultativo deberá explicar la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de esta, salvo que el paciente se niegue expresamente a ser informado.

Un aspecto importante a tener en cuenta respecto a la información asistencial es la confidencialidad de la misma, ya que son datos que pertenecen únicamente al paciente. Este deber

de confidencialidad atañe tanto al personal sanitario como al no sanitario, ya que es habitual que los auxiliares administrativos también puedan tener acceso a determinados datos o incluso a toda la historia clínica de un usuario, por ello es fundamental que estos profesionales tomen medidas para no dejar accesible la información a terceros y por supuesto que no comuniquen a nadie información que no les pertenezca.

El segundo tipo de información a la que el usuario tiene derecho es a la información epidemiológica, un derecho que antes de la ley 41/2002 reguladora de los derechos y obligaciones en materia de información no estaba recogido y que supone pasar de un derecho a la información sanitaria individual a un derecho a la información sobre problemas de salud pública.

Se deberá informar sobre aquellas situaciones que pueden suponer un riesgo para la salud individual o colectiva y sobre sus causas y medidas preventivas, incluyendo información sobre peligros derivados del medio ambiente, el consumo de agua y alimentos o los hábitos de vida poco saludables. Los servicios sanitarios, por tanto, no solo deben realizar labores asistenciales, sino que como recoge la ley general de sanidad (ley 14/2016) las actuaciones de las administraciones sanitarias deben encaminarse en primer lugar a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades jugando un papel fundamental la difusión de información que fomente comportamientos y hábitos saludables.

La ley 41/2002 también reconoce el derecho de los usuarios a ser informados sobre los servicios disponibles en los diferentes centros sanitarios, de los requisitos de acceso y de la calidad de los mismos. La legislación estatal, sin embargo, únicamente marca que se deberá disponer de una guía en el centro sanitario con esta información, por lo que algunas administraciones autonómicas han completado esta apartado en sus legislaciones regionales indicando que se deberá promover entre la población la difusión de los planes o programas sanitarios y sociosanitarios que se adopten, empleando para ello los medios e instrumentos necesarios de forma que se garantice que la información llega al destinatario de esas acciones sanitarias. Es decir, no es suficiente con que la información pueda ser consultada en el centro por el usuario, sino que la administración sanitaria debe comunicar al usuario aquellas acciones que puedan ser de su interés.

En este capítulo también se incluye el derecho de los usuarios a conocer los costes de las prestaciones y servicios sanitarios que reciban, un derecho que no aparece de forma expresa en la legislación nacional pero que algunas comunidades autónomas recogen en su legislación. Este derecho no es habitualmente ejercido por los usuarios, habiendo realizado las administraciones acciones para que se conozcan los elevados costes que deben asumir cada vez que se vista el médico, con el fin de evitar que los usuarios acudan a los centros sanitarios cuando no es necesario.

Derecho a la información para elegir facultativo y centro

Los usuarios tienen derecho a recibir la información necesaria para facilitarles la elección de centro y profesional sanitario, tanto en el caso de la atención primaria como en la especializada. En este capítulo se incluye un amplio número de informes sobre la calidad de los servicios prestados, como puedan ser los resultados asistenciales de cada centro sanitario, el grado de cumplimiento de los planes anuales o información sobre la situación de las listas de espera.

Según marca la legislación estatal en la ley 41/2002 esta elección de centro y facultativo se hará con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, lo que supone en la práctica que no existe una completa libertad a la hora de elegir centro o profesional médico. Como norma general puede realizarse la elección entre los centros y profesionales existentes en el área de salud en la que reside el usuario y en el caso de las consultas especializadas entre los facultativos que lleven a cabo su actividad en el hospital de referencia del área de salud. Sin embargo, las administraciones autonómicas también suelen indicar que la elección del usuario puede denegarse si no es conveniente la asignación de más personas a un determinado profesional por ejemplo porque

este tenga ya su cupo máximo, un porcentaje alto de personas de avanzada o edad o un mayor nivel de frecuentación entre sus usuarios.

Los centros sanitarios contarán por tanto con guías en las que se facilitará determinada información al ciudadano -usuario-, como por ejemplo los servicios que presta o las instalaciones de las que dispone, sin embargo estos documentos nos suficientes para cumplir de manera adecuada con las obligaciones en materia de información al usuario por lo que en la actualidad la mayoría de centros cuentan con servicios de información al ciudadano que se encargan de ofrecer a los usuarios el acceso a la información sobre el sistema sanitario público, así como de canalizar de canalizar la participación de los mismos mediante sus quejas y sugerencias.

B) El derecho a la información en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Información a personas discapacitadas.

a) Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía

Esta Ley en su Título II, artículo 6 y 7, completa y desarrolla los contenidos de la Ley General de Sanidad sobre los derechos de los ciudadanos ante los servicios sanitarios, ampliando las facultades de libre elección del ciudadano a la libre elección de médico, profesional sanitario, servicio y centro sanitario en los términos que reglamentariamente se establezcan, así como al derecho a la segunda opinión y al acceso a la información relacionada con su estado de salud. Este cuadro de derechos se completa con el derecho al disfrute de un medio ambiente favorable a la salud, en el marco de las normativas que las diferentes Administraciones Públicas desarrollan.

En el art. 6 de Ley de Salud de Andalucía se reconoce a los ciudadanos, y por tanto a las personas discapacitadas, que son titulares y disfrutan, con respecto a los servicios sanitarios públicos en Andalucía, de los siguientes derechos, el derecho a la información, en las siguientes dimensiones:

- A la información sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.
- A la información sobre los servicios y prestaciones sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- A disponer de información sobre el coste económico de las prestaciones y servicios recibidos.
- A que se le dé información adecuada y comprensible sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, el pronóstico, así como los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento.
- Al acceso a su historial clínico.

En sentido amplio, también serían caras del derecho de información, los derechos a:

- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en cualquier centro sanitario.
- A ser advertidos de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y tratamiento que se les apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso, será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
- A que se les extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando así lo soliciten.

- A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso. Al finalizar la estancia en una institución sanitaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta.
- A disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso, en los términos en que reglamentariamente esté establecido.
- A la utilización de las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias, así como a recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente estén establecidos.
- A disponer, en todos los centros y establecimientos sanitarios, de una carta de derechos y deberes por los que ha de regirse su relación con los mismos.

Estos derechos de información rigen también en los servicios sanitarios de carácter privado y son plenamente ejercitables.

b) Derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes a personas discapacitadas:

En la Ley de Salud de Andalucía se reconoce expresamente, que los niños, los ancianos, los enfermos mentales, las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tienen *derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes*.

Son derechos específicos de los enfermos mentales, de conformidad con lo previsto en el Código Civil:

- A que por el centro se solicite la correspondiente autorización judicial en los supuestos de ingresos involuntarios sin autorización judicial previa, y cuando, habiéndose producido voluntariamente el ingreso, desapareciera la plenitud de facultades del paciente durante el internamiento.
- *A que por el centro se reexamine, al menos trimestralmente, la necesidad del internamiento forzoso. De dicho examen periódico se informará a la autoridad judicial correspondiente.*

c) La información en la Ley de Salud Pública de Andalucía

La Administración sanitaria de Andalucía desarrollará las políticas de solidaridad y equidad en salud garantizando la aplicación de acciones que permitan desarrollar planes específicos de actuación para las personas que viven en zonas con necesidades de transformación social, para la población inmigrante con necesidades especiales, para las personas que realizan prácticas de riesgo y para todas aquellas personas en situación o riesgo de exclusión social o especial vulnerabilidad, aplicar el enfoque de los derechos de la infancia y de las personas con discapacidad y hacer efectivos los derechos de las personas o colectivos más desfavorecidos, a efectos de perseguir la igualdad de todas las personas en sus condiciones de vida y en la calidad de su salud.

En el artículo 9, regula el derecho a la información.

Los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, tienen derecho a ser informados, con las garantías y, en su caso, con las limitaciones previstas en la normativa vigente, en materia de salud pública por las Administraciones públicas de Andalucía. Este derecho comprende, en todo caso, los siguientes:

- A recibir información sobre los derechos que les otorga esta ley, así como sobre las vías para ejercitar tales derechos.

- A recibir información sobre las actuaciones y prestaciones de salud pública, su contenido y la forma de acceder a las mismas.
- A recibir información sobre los condicionantes de salud como factores que influyen en el nivel de salud de la población y, en particular, sobre los riesgos biológicos, químicos, físicos, medioambientales, climáticos, o de otro carácter, relevantes para la salud de la población, y sobre su impacto. Si el riesgo es inmediato, la información se proporcionará con carácter urgente.
- A recibir información sobre programas y calendario vacunal.
- A recibir información fluida y sistemática en los supuestos de epidemias y pandemias

En sentido amplio el artículo 11, sobre el derecho a conocer en relación con la salud pública, también se refiere al derecho de información. Así, la población en Andalucía tiene derecho:

- A un conocimiento adecuado sobre el estado epidemiológico de su entorno. Esta información, basada en la evidencia científica, ha de ser suficiente, comprensible, adecuada y tiene que comprender los factores, las situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.
- A un conocimiento adecuado sobre la salud ambiental, con el alcance y contenido que reglamentariamente se establezcan.
- A un conocimiento adecuado sobre las características y condicionantes relevantes para la salud pública de los productos alimentarios, así como la naturaleza y los riesgos asociados a los mismos, salvo en aquellas cuestiones que estén sometidas a protección legal.

2. Consentimiento

A) Marco Jurídico

Estado:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002)

Comunidad Autónoma de Andalucía:

Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía (BOJA nº 74 de 4 de julio de 1998)

Orden de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado (BOJA nº 152 de 6 de agosto de 2009)

Resolución de 9 de febrero de 2011, de la Secretaría General de Calidad y Modernización, por la que se constituye el Comité de Evaluación y Seguimiento de los formularios de consentimiento informado escritos del Sistema Sanitaria Público de Andalucía.

B) Consentimiento Informado en supuestos de discapacidad

- En el caso de discapacidad del paciente será necesario el consentimiento del/de la representante legal

La Orden de 8 de julio de 2009 citada anteriormente, prevé lo siguiente:

La persona que vaya a ser atendida es el titular del derecho a la información y la única reconocida para otorgar, de forma voluntaria, su consentimiento a la intervención propuesta. Cuando

esta persona no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del profesional sanitario responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, se otorgará el consentimiento por representación.

No obstante, el personal sanitario podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas necesarias e indispensables a favor de la salud de las personas, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando exista un riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas en la Ley, o cuando exista un riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica de la propia persona (Art. 6 Ley de Salud de Andalucía).

La prestación del consentimiento emitido por representación habrá de ser adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor de la persona enferma y con respeto a su dignidad personal.

En caso de existir declaración de voluntad vital anticipada esta prevalecerá sobre la opinión y las indicaciones que puedan ser realizadas por sus familiares, allegados o, en su caso, por quien haya sido designado representante por el autor de la declaración y por el personal sanitario que participen en su atención.

En cualquier caso, la persona paciente o usuaria del sistema sanitario, deberá ser siempre informada de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y participará en el proceso de toma de decisiones en la medida de sus posibilidades.

El artículo 9 de la Ley 41/2002, regula los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.

- Consulta de datos de Atención Infantil Temprana:

Es necesario el consentimiento expreso para la consulta de datos a través del Sistema “Alborada”. En caso de no consentir, se aportará informe del Centro de Atención Infantil Temprana.

C) Conclusiones Comité de Representantes de Personas con Discapacidad CERMI¹⁰

Se detectan los siguientes problemas por el Comité:

- Es preocupante la sustitución de la voluntad y transgresión del libre consentimiento, vinculada a la igual capacidad jurídica y los apoyos a la toma de decisiones. El ejercicio del derecho y la propia titularidad del mismo es un hecho sustancialmente indivisible: no se entiende el uno sin el otro. Con lo cual resulta paradójico, o una muerte civil, ser titular y no poder decidir sobre tu propia existencia. En este sentido, la Convención obliga a los países a aprobar leyes que respeten dicho tratado, algo que no sucede cuando al modificar la capacidad legal de una persona se le priva del ejercicio de múltiples derechos.

¹⁰ DERECHOS HUMANOS Y DISCAPACIDAD INFORME ESPAÑA 2017, Comité de representantes de personas con discapacidad (CERMI), Ediciones Sinca, 2018. https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Informe%202017%20I_0.pdf

V. ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN LOS SISTEMAS DE EMERGENCIAS SANITARIAS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

1. Barreras personas con discapacidad auditiva

El Libro Verde de la Accesibilidad (IMSERSO, 2002) hace referencia a las principales barreras encontradas para personas discapacitadas auditivas:

- Falta de paneles y carteles informativos
 - Comunicación con el personal (no conocen la lengua de signos)
 - Ausencia de video portero y avisadores luminosos de timbres
 - No hay teléfonos de texto o fax públicos
 - Carencia de sistemas de alarma sonoros y luminosos - - Pocas películas y cine subtulado
- Son en general, barreras de comunicación y acceso a la información.

2. Guía de buenas prácticas en el acceso y atención de las personas con discapacidad auditiva¹¹

La Fundación Sanitas ha elaborado una Guía de Buenas prácticas en el acceso y atención de las personas con discapacidad en el sector sanitario, estableciendo unas pautas para mejorar el trato a personas con problemas de audición. Estas son las siguientes:

- 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: *f* Hablar despacio y de forma clara para que pueda leer nuestros labios. *f* Se puede llamar su atención tocándole levemente en el hombro y no se debe empezar a hablar hasta asegurarse de que está mirando. *f* Vocalizar pero sin gritar; hablar despacio, pero con normalidad, construyendo frases cortas, correctas y simples. *f* Ayudarse con un gesto o escribiendo las palabras puede ser adecuado. *f* Se puede buscar un sinónimo más fácil para entender a través de la lectura de los labios. 78 Guía Buenas Prácticas en el acceso y atención de las personas con discapacidad en el sector sanitario privado español *f* 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. *f* 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.

¹¹ <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/SANITASGUIABUENASPRACTICAS.pdf>

• *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.*

3. Accesibilidad en los sistemas de emergencias sanitarias a las personas con discapacidad auditiva

En Andalucía se garantiza en el Sistema Sanitario Público de Andalucía por el art. 16 de la Ley 4/2017, a accesibilidad en los sistemas de emergencias sanitarias a las personas con discapacidad auditiva

A) Teléfono de Discapacidad y Accesibilidad¹²

El teléfono de Discapacidad y Accesibilidad presta un servicio ininterrumpido, las 24 horas del día, los 365 días del año, estando gestionado vía electrónica por Salud Responde (Consejería de Salud y Familias, de la Junta de Andalucía), con la finalidad de estar siempre disponible.

La ciudadanía podrá acceder a este servicio desde el Teléfono de Discapacidad y Accesibilidad (902 455 564) o el de Salud Responde (902 505 060), así como a través del mail saludresponde@juntadeandalucia.es y del teléfono fax 953 018 715, servicios habilitados para aquellas personas que presenten discapacidad auditiva.

Salud Responde trabajará en coordinación con los Centros de Valoración y Orientación, a fin de que los ciudadanos que tengan algún expediente de discapacidad abierto, puedan realizar consultas específicas sobre su situación. La ciudadanía podrá obtener respuestas a sus dudas sobre Centros de Valoración y Orientación, Discapacidad y Grados de discapacidad, Tarjeta Grado de Discapacidad, tarjeta de aparcamiento, tiempos de respuesta o cambios e informe de expedientes y certificados, entre otros.

Además, en el ámbito de la discapacidad, la ciudadanía encontrará información sobre temas referentes a viviendas, transporte, comunicación, perros asistenciales y normativa, entre otras.

De esta manera, Salud Responde, amplía su cartera de servicios, sumando el Teléfono de Discapacidad y Accesibilidad a las funciones que viene realizando de gestión de citas previas con el médico de familia y pediatra; el cambio de citas con las consultas externas de los hospitales; la oferta de consejo sanitario a través del canal Salud Andalucía 24 horas; el seguimiento de altas hospitalarias durante los fines de semana de pacientes de especial riesgo; el servicio de traducción lingüística; el teléfono de información sobre tabaco, salud sexual y VIH; la libre elección de hospital; la tramitación de la segunda opinión médica; la tarjeta sanitaria; entre otras

B) Foro Inserta Responsable¹³

El Foro Inserta ha permitido la incorporación de más de 11.000 personas con discapacidad a la plantilla de empresas Inserta. Por su parte, la Fundación ONCE ha generado más de 80.000 empleos para estas personas en sus 17 años de vida, generándose un beneficio más allá de las empresas, creándose riqueza económica y social para Andalucía.

¹² <http://www.epes.es/?sala-de-prensa=el-telefono-de-discapacidad-y-accesibilidad-pasa-a-ofrecer-un-servicio-ininterrumpido-las-24-horas-los-365-dias-del-ano>

¹³ <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/ive-discapacidad.html>

C) La experiencia de Aragón: Acceso a los servicios de urgencias y emergencias sanitarias para personas con discapacidad auditiva¹⁴

Con carácter general, la demanda de asistencia y el acceso inicial a los sistemas de atención de emergencias y urgencias sanitarias se produce mediante la comunicación telefónica a través de un número de marcación rápida como es el 061 o 112. Ambos números y el acceso al sistema de emergencias son comunes para el territorio nacional. El acceso se realiza por vía telefónica y mediante lenguaje oral. Se plantea que la población con déficit auditivo presenta dificultad para acceder al servicio por lo que los gobiernos autonómicos responsables han establecido medidas para facilitar la accesibilidad.

La accesibilidad a los servicios de emergencias sanitarias de las personas con discapacidad auditiva se realiza en Aragón por medio de un fichero al que pueden registrarse dichas personas. A su vez se dispone de un Programa conjunto del 061 y la Agrupación de Sordos de Zaragoza y Aragón, “Programa de Asistencia Urgente a Personas Sordas de Aragón (PAUSA)” que facilita el acceso a este servicio. Utilizando las nuevas tecnologías, hay que realizar estudios de cómo mejorar el acceso a estos servicios para una mayor rapidez en el acceso.

D) La experiencia de Cantabria: Acceso a los servicios de urgencias y emergencias sanitarias para personas con discapacidad auditiva¹⁵

El Centro de Atención a Emergencias 112 del Gobierno de Cantabria atiende a las personas con discapacidad auditiva a través de la aplicación móvil ‘112 Accesible’, que permite informar de cualquier emergencia a través de un sistema ágil y rápido basado en pictogramas.

‘112 Accesible’ se ha implementado para IOS y Android. Para su funcionamiento es necesario tener conectado el GPS del teléfono, estar en zona de cobertura y darse de alta en la Federación de Asociaciones de Personas Sordas de Cantabria (FESCAN), que desde dispone de las claves de acceso para el uso de la aplicación por parte de los asociados que lo deseen

E) Propuesta de método adaptado mediante telemedicina¹⁶

La población sorda presenta una dificultad específica para acceder a los Servicios de Emergencia Sanitaria 061, cuya activación por el usuario se realiza telefónicamente. Las nuevas tecnologías de la información y a la comunicación pueden ayudar a superar dicha dificultad. El fax es un medio de comunicación ampliamente extendido entre la comunidad sorda, estando claramente familiarizados con su uso. La forma ideal de comunicación, mediante el fax es eminentemente gráfica usando documentos prediseñados de fácil comprensión. Otras tecnologías pueden también ser de utilidad pero tienen menor implantación.

Se ha propuesto desarrollar y validar un protocolo basado en comunicación gráfica y empleo del fax que permita a las personas sordas enviar al Servicio 061 información pertinente ante una urgencia sanitaria. Con esta información el Centro de Coordinación puede valorar la situación del Paciente, movilizar el recurso sanitario adecuado y proveer unos Consejos Sanitarios que pueden ser aplicados hasta tanto llega la asistencia, comunicando todo ello inmediatamente al usuario.

¹⁴ <https://revistamedica.com/acceso-urgencias-emergencias-discapacidad-auditiva/#:~:text=El%20Gobierno%20de%20Arag%C3%B3n%20consciente,Chat%20o%20mediante%20el%20env%C3%ADo>

¹⁵ <https://112.cantabria.es/conoce-el-112/preguntas-frecuentes/--se-puede-alertar-al-112-con-discapacidad-auditiva->

¹⁶ RAYA MOLES, J.A., CASTILLO GARZÓN, M.J., GÓMEZ JIMÉNEZ, F.J.: *Acceso telefónico de la población con déficit auditivo al servicio de emergencias sanitarias 061. Propuesta y validación de un método adaptado mediante telemedicina*, Granada, Tesis Doctoral, 2001. <https://sid-inico.usal.es/documentacion/acceso-telefonico-de-la-poblacion-con-deficit-auditivo-al-servicio-de-emergencias-sanitarias-061-propuesta-y-validacion-de-un-metodo-adaptado-mediante-telemedicina/>

El Cuestionario, los consejos y su utilización por un centro de coordinación de urgencias deben ser adecuadamente válidos. Una vez conseguida esta validación se pretende su implantación por parte de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 en el ámbito de la comunidad andaluza. Por último se establecerá el planteamiento de posibles desarrollos ulteriores.

Bajo el punto de vista metodológico, el Protocolo de Comunicación Gráfica desarrollado ha sido validado y optimizado en base a las opiniones de expertos mediante la técnica de investigación cualitativa de Grupo Nominal. Su eficacia de uso ha sido comprobada de manera experimental a través de un Periodo de Casos simulados.

Como conclusión de este trabajo, se observan importantes logros en la protección social de las personas discapacitadas en la Comunidad Autónoma de Andalucía, y en concreto en su atención sanitaria, quedando aún, un largo camino por recorrer en nuevas metas sociales.

VI. BIBLIOGRAFÍA

DERECHOS HUMANOS Y DISCAPACIDAD INFORME ESPAÑA 2017, Comité de representantes de personas con discapacidad (CERMI), Ediciones Sinca, 2018.

https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Informe%202017%201_0.pdf

FUNDACIÓN ONCE: Accesibilidad e innovación social en la atención sanitaria. Las TIC como facilitador para un uso eficiente de la sanidad: análisis de contexto y estudio de necesidades (Fases I y II), Fundación ONCE-Vía Libre; Ilunion, 2021, http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5956/Accesibilidad_e_innovaci%c3%b3n_social_en_la_atenci%c3%b3n_sanitaria.pdf?sequence=1&rd=0031525789783950

IMSERSO: https://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/grado_discapacidad/index.htm

LOPEZ CALA, G., SOTOMAYOR MORALES, E., GRANDE GASCÓN, M.L., CALERO GARCÍA, M.J.: *Discapacidad y Accesibilidad Universal. La unión perfecta*, Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), Monográfico 3, abril, 2018, 44-62. doi: 10.17561/reid.m3.4

LÓPEZ CALA, G.: *La accesibilidad en el Sistema Sanitario Público Andaluz, el caso del Distrito Sanitario de Jaén*, Tesis Doctoral, Universidad de Jaén, 12/09/2011.

PÉREZ GARCÍA, I., DIAZ BLANCO, M., NIKOLE ARCOIZA PATO, S., HERRERO LEÓN, F.J.: *El derecho del usuario a la información sanitaria en la legislación español*, Ocronos Editorial Científico Técnica, 20/02/2020, <https://revistamedica.com/derecho-usuario-informacion-sanitaria-legislacion-espanola/>

PLAN ANDALUZ DE SALUD (IV): Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía, 2013. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_PAS_v9.pdf

III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía Diciembre 2021-2026 Borrador V2 <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-06/Borrador%20del%20Plan%20v2%20%2825.02.22%29.pdf>