Número Extraordinario 2023
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

7. Educación Sanitaria De Las Personas Discapacitadas En Andalucía

María del Carmen Burgos Goye
Profesora Contratada Doctora
Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Granada
https://orcid.org/0000-0003-3862-8074

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN. II. CUANTIFICACIÓN. III. CONCEPTO TÉCNICO -JURÍDICO DE DISCAPACIDAD. 1. *MARCO INTERNACIONAL*. 2. *MARCO EUROPEO*. 3. *MARCO NACIONAL*. IV. CAUTELAS Y MATICES EN LA EDUCACIÓN SANITARIA EN ANDALUCÍA. 1. *LA CAÓTICA FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA*. 2. *AGENDA JURÍDICO-POLÍTICA DE LA DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA*. V. PAPEL DEL DEFENSOR DEL PUEBLO. VI. CONCLUSIONES. VII. BIBLIOGRAFÍA.

> *"…nacemos débiles y necesitamos fuerzas; nacemos desprovistos de todo y necesitamos asistencia; nacemos sin luces y necesitamos de inteligencia. Todo cuanto nos falta al nacer, y cuanto necesitamos siendo adultos, se nos da por la educación"*
>
> Juan Jacobo Rousseau[1]

I. INTRODUCCIÓN

Los derechos a la educación y la salud, son derechos humanos fundamentales que se encuentran conectados con otros derechos de diferente rango(entre otros, dignidad de la persona, derecho a la vida y a la integridad física y moral, igualdad, libre desarrollo de la personalidad, etc.) de modo que, para lograr su efectividad y ejecución, precisan de la coadyuvación de otros derechos que no pueden llegar a desarrollarse y menos aún ejercitarse, debido a su carácter interdependiente que dificulta y en muchos casos imposibilita hacer efectivo cualquiera de los derechos humanos de forma aislada respecto de los demás, lo cual implica que esta interacción opere en sentido multidireccional y su omisión suponga su desnaturalización y vaciamiento; y, por consiguiente, resulte necesario delimitar el alcance y fijar los límites de los mismos.

Partiendo de estas premisas, la tutela de los derechos fundamentales *lato sensu*, y específicamente -el derecho a la salud y a la educación- precisan ser analizados de forma pormenorizada y blindándola aún más si cabe su tutela cuando estos afectan colectivos vulnerables: personas mayores, privadas de la libertad, en situación de desplazamiento forzoso, en estado de indigencia, menores, mujeres, inmigrantes y discapacitados. Y es precisamente en este último colectivo donde focalizamos el objeto de nuestro estudio-discapacitados-.

Y esto nos obliga a partir del axioma de que salud y educación son derechos inherentes que tiene toda persona y que por tanto, no pueden ser objeto de discriminación de ningún tipo: étnica, raza, género, origen social, opinión política, entre otras. Por lo tanto, la salvaguarda y protección de estos derechos es una obligación que tienen todos los Estados independientemente del tinte político que tenga cada gobierno y por esa razón, están obligados a garantizar su disfrute sino quieren perder su legitimidad. Además hay que tener presente que se tratan de derechos fundamentales subjetivos que

[1] Rousseau, J. J.: *Emilio o la Educación*, Editorial Universo, S. A. Lima. 1970,p.18

tienen un contenido prestacional que tal y como aserta Monereo Pérez, J.L.[2], refiriéndose a la protección de la salud y, en particular, a la asistencia sanitaria," constituye uno de los pilares fundamentales del constitucionalismo democrático-social mundial y europeo". Y consideramos extensible lo expuesto, al derecho a la educación, al tener como objetivo prioritario fomentar una ciudadanía activa que en la actualidad solo concebimos que se garantiza plenamente en el modelo que ofrece la impronta del constitucionalismo socio-democrático, sin obviar que, también es el propio sistema y en particular, será el marco constitucional el que finalmente determine la extensión o restricción de los mismos cuando recoge y desarrolla los derechos fundamentales.

A la vista de lo expuesto, los derechos a la educación y a la salud, son derechos humanos y por tanto, al menos formalmente existe una igualdad en cuanto al reconocimiento de su titularidad por todas las personas que viven en un estado socio-democrático y que el texto constitucional y leyes que lo desarrollan permiten su materialización para que se pueden ejercer estos derechos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los colectivos vulnerables como suceden con las personas que tienen necesidades especiales, *de facto*, su grado de protección se rebaja cuando sufren unas patológicas específicas que les impide seguir de forma independiente y autónoma los programas de salud o educación, bien por falta de capacidad para asimilar la información que se les proporciona o por ser incapaz de solucionarlos *motu propio*. Ante esta problemática, la solución tiene como pilar fundamental "la educación sanitaria". Y en este sentido, según Flores, J.[3], se deben: "Elaborar e implantar programas de salud propios y específicos para cada forma de discapacidad, y dentro de cada una, para cada subgrupo de discapacidad". Es decir, la formación que reciban debe ser *sui generis*, adaptadas al grado y tipología de discapacidad, y el itinerario formativo que reciban y a su vez, debe adaptarse a las necesidades específicas de forma individualizada para que de este modo, estas puedan alcanzar una vida más independiente. Sin embargo, en la *praxis* nos encontramos que, el ámbito de esta disciplina a diferencia de otras ramas educativas también regladas (bachiller, universidad, formación profesional, etc.). Su impartición carece de autonomía propia debido a que generalmente se le ha venido atribuyendo un sesgo trasversal y consecuentemente su contenido abstracto y difuso, viene siendo colmado *al abur* de los propios docentes que según Casanova Rodríguez, M.A.[4], "Serán los actores finalistas que la concreten, no sólo de acuerdo con las características de cada grupo de alumnos, sino también con respecto a unos ejes y contenidos generales, habitualmente poco definidos". Todo genera que exista un tratamiento diferenciado según sea la Comunidad Autónoma en que sitúe el discapacitado, lo cual implica discriminación o tratamiento preferente, en función de lo que determine la normativa autonómica contenida en su Estatuto de Autonomía, leyes de educación propias, leyes específicas para la discapacidad y demás normas concordante de desarrollo de las mismas.

II. CUANTIFICACIÓN

Parece ser que uno de los colectivos que menos llama la atención de los organismos oficiales en nuestro país y mayor dificultad presentan a la hora de recabar información son las personas con discapacidad fundamentalmente por la heterogeneidad de tipologías, su complejidad y el retraso en ofrecer información los órganos institucionales pertinentes (conviene recordar que el asociacionismo es escaso y esta inacción perjudica al colectivo). Hecho que queda constatado con las tres únicas encuestas que hasta el momento se ha efectuado el INE .La primera en 1986, cuya denominación

[2] Monereo Pérez, J.L.: "Derecho a la salud: (art. 25.1 DUDH; art. 12 PIDESC)", en VV.AA. *El Sistema Universal de los Derechos Humanos. Estudio sistemático de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y textos internacionales concordantes,* Monereo Atienza, C. y Monereo Pérez, J.L. (Dirs. y Coord.), Granada, Comares, 2014, p. 595.

[3] Flores, J.: "La salud de las personas con discapacidad", *Buenas Prácticas Revista Síndrome de Down* 22, 2005, p. 10.

[4] Casanova Rodríguez, M.A.: "Diseño curricular para la educación inclusiva", *Voces de la Inclusión: interpelaciones y críticas a la idea de "Inclusión" escolar*, compilado por Irazema Edith Ramírez Hernández, Praxis Editorial, Buenos Aires, Argentina, Septiembre 2016, p. 90.

fue "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías" (EDDM), en su diseño se siguió el modelo médico, la información que ofrecía es cuestionable, debido a que si bien, recopila una gran cantidad de datos referidos a las personas con discapacidad, estos se referían básicamente a las deficiencias, discapacidades y minusvalías, sobre todo a las primeras, las deficiencias, tipología, etiología, naturaleza, etc. Siendo criticable que esta información no fuera realizada por la propia persona sino por los *proxies* o informantes (personas autorizadas que contestan por quien no puede responder al cuestionario por diferentes motivos), en concreto padres y madres, que suelen restar importancia a la discapacidad de su hijo, debido a que la percepción que tienen sobre las personas discapacitadas con la que conviven es subjetiva y su valoración suele ser inferior a la situación real. La segunda trece años más tarde en 1999, figuraba bajo el epígrafe" Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES)[5], que como su nombre indica tenía en cuenta además de las variables de la anterior encuesta, los datos de salud y como contribución más relevante destaca, el abandono del concepto de minusvalía, un mayor énfasis en los grados de severidad y mucha mayor atención al entorno, físico, social y familiar .Y la tercera y última hasta la fecha, realizada hace 9 años después denominada "Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia" (EDAD),en la que como novedad además de tener en cuenta la suma de los factores de las anteriores encuestas, se añaden los datos sobre ayudas y prestaciones gestionadas por las diferentes administraciones públicas, es decir, se interrelacionan una dualidad de variables: discapacidad y dependencia. Ante este vacío de catorce años, en la actualidad se encuentra en fase de elaboración la nueva EDAD, se trata de una investigación a nivel estatal que está incluida en el "Plan Estadístico Nacional 2017-2020". Con respecto a la metodología utilizada durante estos tres periodos analizados, se observa como todas ellas tienen como denominador común el seguimiento de las recomendaciones de la OMS; y en particular, de las clasificaciones internacionales vigentes en el año de realización de cada encuesta. De modo que, en cada fase se introduce algún elemento *ex novo* que no existía con anterioridad. Observándose como en la encuesta actual que se encuentra en fase de elaboración figuran elementos y factores que no existían en los dos periodos precedentes y que son fruto de la irrupción de las nuevas tecnologías como son entre otros: recogida de datos por internet *Computer-assisted Web Interviewing* (CAWI) y por teléfono *Computer-assisted Telephone Interviewing* (CATI). Esta nueva encuesta figura incluida en el vigente el "Plan Estadístico Nacional 2021-2024", que como novedad más destacada incorpora expresamente la perspectiva de discapacidad en las operaciones estadísticas, de modo que, junto a otros factores estadísticos que se tienen en cuenta de forma estandariza como son: género, edad o nacionalidad se le añade "la discapacidad". En este sentido, el nuevo Plan considera que en relación con la discapacidad "es conveniente elaborar y compartir un protocolo de actuación, que permita compartir la experiencia en relación a contenido de módulos a incorporar en cuestionarios, opciones de captura mediante vías administrativas de parte de esta información"(*vgr*. las declaraciones del IRPF, contratación laboral, etc.), es decir, utilizar la vía de las estadísticas específicas y cuenta con la colaboración de entidades expertas de la sociedad civil para recabar información estadística, en concreto, Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y de la Fundación ONCE(y en futuro probablemente estos factores se irán ampliando progresivamente)

Además de estas dificultades manifiestas hay que tener presente que el número de este colectivo es muy elevado, tal como se constata en la última información oficial disponible del Informe Mundial sobre la Discapacidad de 2011 de la OMS[6], el 15 % de la población mundial, o 1000 millones de habitantes, experimentan algún tipo de discapacidad, y la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países en desarrollo. Entre 110 millones y 190 millones de personas, o sea la quinta parte de la población mundial, se ven afectadas por discapacidades importantes. De modo que, esas personas con

[5] Que sirvió de base para la elaboración del Libro Blanco de Atención a las Personas con Dependencia, de 2004 y para el diseño de la Ley de Dependencia de 2006, entre otros.

[6] OMS y Banco Mundial.: *Informe Mundial sobre la Discapacidad de 2011*, Ginebra, Suiza. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/informe-mundial-discapacidad-oms.pdf

discapacidad tienen más probabilidades de sufrir resultados socioeconómicos negativos como: menos educación, peores resultados de salud, niveles más bajos de empleo y mayores tasas de pobreza. A estos factores ya de por si demoledores, hay que sumar, el impacto que la pandemia ha tenido en las personas discapacitadas, fundamentalmente en tres áreas esenciales: salud, educación y transporte. En relación la primera, salud, son personas más expuestas que el resto de la población debido a que sus necesidades sanitarias subyacentes adicionales las hacen especialmente vulnerables a los síntomas graves de la SARS-CoV-2, si la contraen. Además tienen mayor dificultad de acceder a la información sobre la enfermedad y su prevención, ya que, la información no se les proporciona en formatos asequibles a su discapacidad (materiales impresos en Braille, interpretación de lenguaje de señales, subtítulos, contenidos audibles y materiales gráficos). Con respecto a la segunda, la educación, el cierre obligatorio de colegios y la impartición virtual de las clases, ha profundizado aún más si cabe en la brecha digital, debido a que muchos de estos menores discapacitados carecen de equipos o internet o de electricidad (pobreza energética), y los que disponen de estos medios, han obligado que sus padres se conviertan en profesores de apoyo(no todos están cualificados para realizar esta labor) y esta sustitución no siempre es aceptada por el menor que en muchas ocasiones no comprende el porqué de tantos y continuos cambios. Y en tercer y último lugar, el transporte, la reducción de servicios y las dificultades para su accesibilidad han quedado patentes más aún si cabe tras la crisis sanitaria.

En síntesis, los obstáculos a la inclusión social y económica de las personas con discapacidad se han visibilizado más tras la crisis sanitaria, se observa como ha aumentado el riesgo de sufrir situaciones de desprotección social y vulneraciones de derechos, entre ellos, la falta de accesibilidad a la información, las dificultades en las salidas terapéuticas, las carencias detectadas en residencias, la aparición de criterios de priorización que han puesto en cuestión la atención sanitaria en igualdad de condiciones, o la ralentización de algunos servicios necesarios para estas personas produciendo una rebaja en sus derechos sociales . Asi pues, tal y como señala el Informe de la Dirección General de Políticas de Discapacidad de 2020[7]: "(…) es preciso tener particularmente en cuenta -junto al interés general− las necesidades específicas y particulares de las personas con discapacidad a la hora de diseñar las estrategias de salida de la crisis; y, finalmente, es preciso tener en cuenta las diferencias internas dentro de las personas con discapacidad, prestando una atención específica a las personas con necesidades más complejas, que acumulan mayores desventajas y necesidades" (p.140).

Sino circunscribimos a España se aprecia como en los últimos datos oficiales del INE[8] son de 2008[9] (y los datos que contienen corresponden al 2007), y en aquel momento, había en España más de 3,8 millones de hombres y mujeres con discapacidad que suponían casi el 9% de la población. Y si atendemos al criterio de distribución territorial por CCAA, según el citado estudio, las Comunidades autónomas que presentaban una tasa mayor de población con discapacidad eran Galicia (11,3%), Extremadura (11,0%) y Castilla y León (10,9%), así como las ciudades autónomas de Melilla (11,9%) y Ceuta (11,3%). Por el contrario, los menores porcentajes se daban en La Rioja (6,2%), Cantabria (7%) e Islas Baleares (7,1%).

A colación con el tema objeto de estudio, nos plantearnos la cuestión de cuantos discapacitados figuraban registrados en la Comunidad Andaluza en aquel momento, la respuesta nos la ofrece el estudio del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía de 2012[10], según el cual, el 9,1% de la población andaluza (725.390 personas) declaraba tener alguna discapacidad o limitación para

[7] Informe de la Dirección General de Políticas de Discapacidad de 2020, p.140. Disponible en: https://www.consaludmental.org/publicaciones/Impacto-pandemia-personas-discapacidad.pdf

[8] https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175

[9] Se está llevando a cabo, con bastante retraso la actualización de la encuesta de 2008 y la aparición de una nueva Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, que debería haber estado lista en 2018 pero que aún no ha visto la luz.

[10] Discapacidad y dependencia en Andalucía Con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008,Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía(Consejería

actividades de la vida diaria; y solo un 5,3% se considera en situación de dependencia (424.921 personas).Si atendemos al criterio etario se observa como del conjunto de los menores de 6 años, un 1,7% presenta limitaciones (9.254), y éstos se consideran dependientes; es una cifra inferior a la nacional. Si atendemos al lugar de residencia de los dependientes, la mayoría vive en establecimientos colectivos 30.684 personas, de las que 25.637 se encuentran en situación de dependencia, una proporción muy superior a la del resto de la población. La población con discapacidad reconocida igual o superior al 33% representa el 6,8% de la población residente en Andalucía. De acuerdo con los datos ofrecidos por los Centros de Valoración y Orientación de Andalucía, a través del sistema de información (OBI-SISS Sistema Integrado de Servicios Sociales), el número de personas reconocidas con un grado de discapacidad igual o superior al 33%, a 30 de noviembre de 2020, es de 586.510 personas, de las que 284.462 son mujeres y 302.048 son hombres. Sin embargo, con respecto al grado de discapacidad alcanzado, el número de mujeres con un grado de discapacidad igual o superior al 65% es más alto que el de hombres, mientras que en el rango del 33% al 64%, la mayoría corresponde a los hombres. Otro factor también a tener en cuenta es la longevidad de la población, el envejecimiento demográfico hace que la dependencia aumenta con la edad. El 22,7% de los mayores (65 y más años) es dependiente, observándose como en el caso de los hombres tienen una discapacidad reconocida antes de 64 años, mientras que el número de mujeres con discapacidad reconocida esta aumenta respecto del número de hombre a partir de los 65 años. Además la dependencia tiene un perfil envejecido: seis de cada diez personas en situación de dependencia son mayores de edad. También tiene un perfil femenino. Sólo en las edades infantiles y juveniles su prevalencia es algo superior en los hombres. Entre adultos y mayores en cambio son las mujeres las que presentan dependencia en una proporción más alta, unos 14 puntos porcentuales superior a partir de los 65 años. Además otro dato a subrayar es que cuanto menores son los municipios mayor peso tiene la población en situación de dependencia, con la salvedad de las capitales de provincia y municipios de más de 100.000 habitantes. Lógicamente Sevilla, Málaga y Cádiz, son las provincias que mayor número de personas dependientes tienen, pero la mayor prevalencia se da son en Jaén y Granada. Las personas en situación de dependencia muestran un nivel de estudios más bajo, y se mezclan ahí varios efectos (aunque el principal es su mayor edad). También es inferior para los andaluces que para el conjunto de españoles. El tipo de discapacidad más frecuente entre las personas en situación de dependencia es el que atañe a las limitaciones de movilidad, que afecta a 347.527 personas. Están directamente relacionadas con la vejez, que es mayoritaria entre la población debido según Maldonado Molina, J.A.[11]: "(…) a que este colectivo se caracteriza por sus frecuentes pluripatologías, comorbilidad y presentar más fragilidad que otros grupos etarios lo que complica la enfermedad en estas personas y dificulta el tratamiento exitoso".

Con respecto a la atención social y socio-sanitaria, destacar que el porcentaje de niñas que acuden a los centros de atención infantil temprana se sitúa en el 30%, frente al 70% de niños. En edades tempranas, la detección de algunas discapacidades muestra grandes diferencias entre sexos. Sirva de paradigma como, en el caso de los trastornos generalizados del desarrollo (en concreto, autismo, Síndrome de Rett y Síndrome de Asperger), el número de niños con una discapacidad reconocida igual o superior al 33% asciende a 10.450 frente a 2.457 mujeres. Los datos son a fecha de 1 de enero de 2019. En cuanto a las personas con discapacidad intelectual atendidas en Unidades de Salud Mental (USM), existe un predominio de hombres (59,63%) respecto a mujeres (40,37%). El cuidado y la asistencial personal a personas con discapacidad se encuentra altamente feminizado, es decir, la presencia de mujeres cuidadoras es muy superior a la de los hombres: el 79,1% del total de personas cuidadoras son mujeres. Existe una mayor cantidad de mujeres beneficiarias (62%) del Servicio de Asistencia Residencial que de hombres (38%). Dicha diferencia de mujeres sobre

de Economía, Innovación y Ciencia), Sevilla, 2012.Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/estudios/discapacidad/discapacidad.pdf

[11] Maldonado Molina, J.A.: "La protección social de los mayores durante la pandemia del Covid-19. Efectos en su asistencia sanitaria, dependencia, servicios sociales y pensiones", *Revista De Estudios Jurídico Laborales Y De Seguridad Social (REJLSS)*, Nº3, 2021, p. 134. Disponible en: https://doi.org/10.24310/rejlss.vi3.13535

hombres no está alineada con la distribución por sexo de las personas con discapacidad (51,27% de hombres y 48,73% de mujeres). En lo que se refiere al ámbito educativo, se presentan los siguientes datos: La población con necesidades educativas especiales representa el 3,91% y 3,51% del alumnado matriculado en estudios de primaria y secundaria respectivamente, y referido al curso escolar 2018 - 2019. La comparativa por etapa educativa alcanzada entre la población con discapacidad revela que la mayor parte de este colectivo se concentra en Educación Primaria (37,3%) seguida de la ESO. (22,5%). En todas las etapas educativas el número de alumnos con discapacidad dobla al de alumnas con discapacidad, sin embargo, las mujeres discapacitadas presentan más dificultades de conseguir un empleo que los hombres[12]. Por otra parte, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística, es mayor la proporción de mujeres que se ha sentido discriminada por su discapacidad. Sin embargo, paradójicamente es mayor el número de hombres que ha presentado una denuncia por sentir discriminación (3.400 hombres frente a 3.000 mujeres).

De otra parte, otra variable a considerar es la conectividad que tiene la edad con la discapacidad. Así según el precitado informe la población de más edad suele padecer problemas osteomusculares y sensoriales que adquieren a medida que envejecen y se convierten finalmente en problemas degenerativos. En cambio, los problemas mentales son los más frecuentes en la población residente en establecimientos colectivos, mientras que los menores las deficiencias congénitas, de nacimiento o desarrollo son las más importantes. De ahí que no resulte extraño que, haya más de trescientos mil andaluces en posesión del Certificado de Minusvalía; sólo dos de cada tres han declarado tener problema en alguna de las 44 discapacidades de EDAD y de ellos no todos son dependientes (no reciben ayuda personal para sus problemas). El 13,7% de las personas en situación de dependencia vive sola, en su mayor parte se trata de mujeres mayores. Más de la mitad vive en hogares multigeneracionales (en estrecha relación con la relevancia de los cuidados familiares), y sólo cuando la gravedad es muy alta, adquieren peso también los hogares de otro tipo. Un 13% de los andaluces en situación de dependencia ha sentido ser objeto de algún tipo de discriminación durante los doce meses anteriores a la encuesta, sobre todo en el ámbito institucional y en particular, en la atención sanitaria, sin embargo paradójicamente el nivel de asociacionismo de la población en situación de dependencia (y de sus familiares) es escaso (6,5%) y sin apenas diferencias respecto al conjunto de España (7%). [pp.7-10]. Por lo que considero que difícilmente pueden alcanzar la plenitud de sus derechos mientras que no logran visibilizarse y tener fuerza social reivindicativa institucionalmente reconocida y para ello, es necesario sí o sí, que se intensifique el asociacionismo de los afectados y sus familias.

III. CONCEPTO TÉCNICO -JURÍDICO DE DISCAPACIDAD

A priori para delimitar su concepto, hay que apostillar que este al igual que el resto de vocablos técnicos-jurídicos y médicos, este es objeto de una incesante evolución histórico-económica y socio-política, a la que en los últimos decenios también hay que sumar, el hecho de que se ha producido un pronunciado cambio cultural debido al desarrollo mundializador y globalizador de la movilidad humana y de la asimilación de la igualdad de las personas y aceptación de sus diferencias para que de este modo se produzca finalmente su inclusión social. Todo ello nos obliga a tomar como punto de partida su *iter* normativo que situamos en la definición realizada por la OMS en 1948, que conceptualiza la educación sanitaria como: "el perfecto bienestar biopsicosocial", es decir, la adquisición del máximo bienestar físico, mental y social, de forma que, a pesar de su ambigüedad terminológica, presenta como logro destacado incluir los aspectos mental y social junto al físico que era hasta entonces el único que se tenía en cuenta para que el sujeto quedara englobado en esta

[12] Según el *Informe de evaluación del impacto de género del proyecto del III Plan de Acción Integral para las personas con discapacidad en Andalucía*, Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión, 30 de diciembre de 2020, pp.1-21.Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021-03/6.%20Informe%20de%20impacto%20de%20g%C3%A9nero.pdf

categoría. Más tarde, un Comité de Expertos[13] de la misma organización en 1969, ampliaron esta definición pero no aprovecharon la ocasión para incluir en los mismos factores que hoy consideramos que también forman parte e influyen en la salud como son entre otros: ambientales, personal y contextuales. Así pues, quedo configurado la voz "educación sanitaria", en los siguientes términos: "La educación sanitaria representa esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para conseguir modificar sus comportamientos. De una manera general la educación sanitaria pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de vida sana, que aprendan a usar mejor los servicios de salud que tienen a su disposición y que estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora en su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven". Esto nos lleva a plantearnos extrapolar esta interpretación al ámbito de las personas que tienen capacidades diferentes a las generales, en este sentido, la definición de discapacidad que realiza la referenciada organización, a partir de los años 70 según Egea García, C.[14], "Pretende ir más allá, con la clasificación de las consecuencias que la enfermedad deja en el individuo, tanto en su propio cuerpo como las repercusiones en su actividad y en su relación con el entorno", es decir, se supera el binomio que hasta aquel entonces existía entre enfermedad-discapacidad y se introducen nuevos factores como el social y el laboral. Y esto desembocó que una década después, se elaborara por esta organización la "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías "(CIDDM) en 1980, desde un enfoque estrictamente médico y que efectuara la diferenciación del trinomio de conceptos de: deficiencia, discapacidad y minusvalía. Asi la primera, deficiencia, implica que la persona padece la pérdida o anormalidad en su estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, y por tanto, esa deficiencia puede producir una discapacidad o no. Mientras que la segunda, discapacidad, es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Y por último, minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales), es decir, la minusvalía puede ser originada tanto por la deficiencia como por la discapacidad. Más tarde, en 2001, se reformula esta clasificación, que sustituyó a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM) de1980, cambiando entre otras cosas, su denominación que pasa a convertirse *ad hoc* en "Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud" (CIF), pero además de este cambio morfológico, lo realmente resulta interesante es que "las deficiencias", para ser consideradas como tal, deben poder ser detectadas por la persona o por otras personas mediante observación directa o por inferencia de esa observación. Y a pesar de que es parte del estado de salud, no necesariamente indica que la enfermedad esté presente o que el individuo deba ser considerado enfermo sino que tienen un mayor alcance que las enfermedades o los trastornos (*vgr.* la pérdida de una pierna es una deficiencia, no un trastorno o una enfermedad). Mientras que desde entonces la "minusvalía", que hasta ese momento, se valoraba en función de la desventaja con relación al resto de los sujetos, de acuerdo con las normas sociales ensancha su ámbito objetivo, en lugar de resumir sólo las áreas más importantes. Así pues, la nueva clasificación identifica las áreas de implicación social del individuo, recogiendo la concepción de la salud de la OMS, como derecho humano fundamental: "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad". Y finalmente, "la discapacidad", no se considera como un es un atributo de la persona, sino un complejo entramado de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, la solución ante este problema requiere la actuación social y consecuentemente, es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social, lo que convierte finalmente este término en actuaciones políticas y por tanto, en una cuestión de derechos humanos y deja de ser

[13] Comité de Expertos en Educación Sanitaria de la OMS: Planificación y evaluación de los servicios de Educación Sanitaria. Serie Informes técnicos nº409, Ginebra, 1969. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/38471

[14] Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A.: "Visión y modelos conceptuales de la discapacidad", *Polibea* Nº 73, 2004, p. 35.

considerado como hasta ahora en términos estrictamente médicos[15]. Esta perspectiva basada en los derechos humanos según Quinn, G. y Degener, T.[16], "(…) se pone de manifiesto también en el hecho de que las instituciones nacionales encargadas de la promoción y protección de los derechos humanos han comenzado a interesarse por las cuestiones relativas a la discapacidad. La importancia de esto radica en que las instituciones nacionales relativa a los derechos humanos y los debates internos sobre la legislación a favor de las personas con discapacidad y la reforma de la política". Frente a esta corriente doctrinal, existe una postura intermedia encabezada por Shakespeare, T.,[17] que considera que se den dejar de lado las radicalizaciones y apostar por un modelo intermedio en el que se tengan en cuenta los modelos médicos y el social.

1. Marco internacional

En este orden de ideas, existe una continua mutación conceptual de los términos jurídicos-técnicos," invalidez y "discapacidad", que son objeto de una evolución[18] y trasformación progresiva, tal y como se constata en la vinculación *prima facie* de la enfermedad a la discapacidad y su desarticulación posterior. Apreciándose desde hace dos décadas aproximadamente su ensamblaje a los derechos humanos. Tendencia en consonancia con el marco jurídico internacional que apuesta por el modelo social entre otros: Naciones Unidas, "Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad[19]", del año 1993, que en la regla 5 desarrolla medidas amplias pero concretas que los estados deben de poner en marcha para mejorar las condiciones de accesibilidad en sus territorios y que es completado el ámbito laboral por el art.7.2, dispone que los Estados deben estimular a los empleadores a que realicen los ajustes necesarios para integrar en el mercado a las personas con discapacidad. Además, la Asamblea General de Naciones Unidas de 30 de noviembre de 2001, acordó promover un Convenio Internacional para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Por otro lado, es de señalar el Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre readaptación profesional y empleo de personas inválidas, ratificado por España el 2 de Agosto de 1990, directamente aplicable en nuestro Derecho interno, establece que: "las medidas positivas especiales encaminadas a lograr la igualdad efectiva... no deberán considerarse discriminatorias". Asimismo la Recomendación núm.168/1983 de la OIT sobre readaptación y empleo de personas invalidas, enumera las medidas que se deberían incluir para crear oportunidades de empleo el mercado regular e incluye, entre ellas, incentivos económicos para alentar a los empresarios a proporcionar formación y empleo subsiguiente a las personas invalidas así a adaptar, dentro de los límites razonables los lugares de trabajo.

2. Marco europeo

Circunscribiéndonos al ámbito sectorial europeo el Tratado de Ámsterdam introdujo en el Tratado de la Unión Europea una disposición sobre la lucha contra la discriminación en diversos ámbitos, entre otros las discapacidades. Esta cláusula se mantiene por el Tratado constitutivo de la

[15] OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad Borrador Beta-2 Julio 1999. Ginebra, Suiza, pp.20 y 24.Disponible en: http://www.insor.gov.co/home/wp-content/uploads/filebase/ciddm_deficiencia_minusvalias.pdf

[16] Quinn, G. y Degener T. A.: "Survey of international, comparative and regional disability law reform", in Breslin ML, Yee S, eds. *Disability Rights law and Policy - International and National Perspectives,* Ardsley, Transnational, 2002, p. 12.

[17] Shakespeare, T.: *Disability Rights and Wrongs,* London, Routledge, 2006, p. 16.

[18] El Preámbulo de la Convención de las Personas con Discapacidad reconoce expresamente este carácter cambiante en el apartado e) en los siguientes términos: "Reconociendo 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".(Ratificado por España ratificada por España el 3 de diciembre de 2007 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008, *BOE* nº96, *Rec*.6963,pp.2068-0659) .

[19] Resolución aprobada por la Asamblea General [sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/48/627)]

Unión Europea, el cual adquiere virtualidad jurídica la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, proclamada en Niza de 2000, con su incorporación al Tratado. En ella se prohíbe toda discriminación por razón de discapacidad y reconoce el derecho a las personas con discapacidad a beneficiarse de medidas que favorezcan su integración. En este ámbito son también de interés la Comunicación de la Comisión Europea, refrendada por el Consejo en diciembre de 1996, sobre "Igualdad de oportunidades de las personas con minusvalías titulada" Una nueva estrategia comunitaria en materia de minusvalías" y la Comunicación de la Comisión del año 2000 titulada "Hacia una Europa sin barreras para las personas con discapacidad". Y, sobre todo, la Directiva 2000/78/CE, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación que si bien alude la prohibición de discriminación por motivos de discapacidad, no define en que consiste la misma. Directiva que es desarrollada a su vez, por dos Directivas posteriores: Directiva 2002/73/CE sobre igualdad de hombres y mujeres en el ámbito del empleo, que modifica la del año 1976[20] y la Directiva 2000/43/CE[21], relativa a la igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico que, a diferencia de la que afecta a la discapacidad, que solo se ocupa del campo del empleo, abarca todas las esferas de la vida.

3. Marco nacional

Centrándonos en nuestro país, el marco normativo lo situaremos en primer lugar en la Ley 13/1982 de 7 de abril, de Integración Social de las Personas con Discapacidad(LISMI), cuya promulgación obedece al mandato constitucional recogido en el art. 49 de nuestra carta magna y cuyo contenido secunda el modelo médico o rehabilitador mayoritario en el momento de su aprobación, y que según Palacios, A.[22], "(…) el objetivo del modelo médico es curar a la persona discapacitada, o bien modificar su conducta con el fin de esconder la diferencia y, de ese modo, incorporarla a la sociedad". Es decir, considera la discapacidad como un problema de la persona y no de la sociedad, y, su génesis deriva de una enfermedad, accidente o condición de salud del sujeto, y lo que la sociedad hace es curarla para eliminar de esta forma las diferencias con el resto de sujetos, y de este modo, conseguir su inclusión social, por lo que el médico adquiere un papel de órgano unipersonal decisorio y va a ser este el que definitiva determine si se encuentra el sujeto apto o no para formar parte de la sociedad calificada eufemísticamente como "normal". O dicho de otro modo, la discapacidad tendría su encaje en el segundo modelo de configuración jurídica de las diferencias titulado "diferenciación jurídica de las diferencias" realizado por Ferrajoli, L.[23], según el cual: "se valorizan algunas identidades se desvalorizan otras, y, por tanto, se produce la "jerarquización de las diferentes identidades", de forma que son exclusivamente los sujetos privilegiados los que se presenta una falsa universalización de la igualdad de forma que, esa igualdad jurídica al no hacerse cargo de las diferencias y de su concreta relevancia en las relaciones sociales, está destinada a permanecer ampliamente inefectiva y a ser desmentida por las desigualdades concretas en las que de hecho se transmutan las diferencias".

En el ámbito del desarrollo normativo de la Administración General del Estado, es imprescindible destacar por su importancia la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, en cuyo art.14 se define la prestación socio sanitaria como "la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas con enfermedad, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social" .

[20] Directiva 76/207/CEE, *DO L* 39, de 14/2/1976.
[21] Directiva 2000/43/CE, *DO L* 180 de 19/7/2000.
[22] Palacios, A.: *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Cinca, 2008, p. 66.
[23] Ferrajoli, L.: *Derechos y garantías. La ley del más débil,* Madrid, Editorial Trotta, 2001, p. 8.

A continuación, la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU), impulsa decididamente la igualdad efectiva de las personas con discapacidad, consagrada en nuestra Constitución pero que *hic et nunc* aún no se ha llegado a plasmar, figurando entre sus objetivos completar la LISMI, para ello toma como punto de partida el enfoque de derechos humanos en materia de discapacidad siguiendo las directrices del modelo social (basado en la búsqueda de la inclusión a través de la igualdad de oportunidades), subrayándose *ex lege* la vocación reformadora de esta norma, en el sentido de salvaguardar los derechos de estas personas con el objetivo de favorecer la toma de decisiones en todos los aspectos de su vida, tanto personal como colectiva, avanzar hacia la autonomía personal desinstitucionalizada y garantizar la no discriminación en una sociedad plenamente inclusiva, es decir, persigue eliminar o al menos paliar lo más posible la discriminación de este colectivo estableciendo para ello, medidas de acción positiva(discriminación positiva) para lograr la integración plena e introduciendo un elenco de principios que permanecen vigentes hoy día como son entre otros: accesibilidad universal, normalización, vida independiente, diálogo social, transversalidad en las políticas que se dicten para este colectivo, etc. Además se refuerza la protección de los derechos (Artículos 17 a 20 y Disposición final undécima). También se aumentan las medidas protección (vía judicial ordinaria, administrativa y de forma preventiva la vía arbitral); se fomenta participación institucional multinivel, se reformula la definición de las personas con discapacidad cuya definición realizada en el art.1.2., enmarca en el nuevo concepto a las personas con discapacidad, exigiendo a sus destinatarios que tengan reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%, o ser pensionistas de la Seguridad Social siempre que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, o bien, ser pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

A renglón seguido, es relevante en esta materia el RD Legislativo 1/2013 de 2 de noviembre, por el que se aprueba la Ley General de Derechos de las Personas Discapacidad y su Inclusión Social, en cumplimiento del mandato previsto en la Disposición final segunda de la Ley 26/2011 de 11 agosto, de adaptación normativa a lo establecido en la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, en la que se define la de discapacidad como la situación que resulta de la interacción de persona con deficiencias previsiblemente permanentes y de cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás, cuyo desarrollo reglamentario se realizó por el RD1276/2011 de 16 de septiembre y que en su Considerando sexto, define explícitamente la discapacidad como:" (…)la circunstancia personal y el ecosistema social resultante de la interacción del hecho diferencial de algunas personas con un entorno inadecuado por excluyente en tanto en cuanto que establecido según el parámetro de persona «normal». Entre las novedades más destacadas en esta última disposición referenciada subrayamos las siguientes: creación de Planes de Accesibilidad en todos los sectores del transporte así como establecer un criterio para deslindar las grandes infraestructuras y servicios de las de pequeña entidad en función del *quantum* de volumen. De este modo, se cataloga "gran infraestructura", cuando esta tenga un tráfico igual o menor a 750 viajeros/día. Mientras que las pequeñas infraestructuras y servicios sus obligaciones son más reducidas (perros-guía y de asistencia; información; servicios de larga distancia; situaciones de emergencia; dispositivos de alarma en material móvil; plazas reservadas) .Igualmente en el caso de los puertos de interés general en los que haya líneas regulares de viajeros con un tráfico superior a 200.000 pasajeros/año, así como las estaciones marítimas que igualmente tengan actividades de crucero con un tráfico superior a dicha cantidad, deberán disponer de los planes de accesibilidad; acceso a la sociedad de la información y medios de comunicación social(*vgr.* acceso a internet) cuya plasmación jurídico-normativa cristalizo en la Ley 56/2007, de 28 de diciembre, de Medidas de Impulso de la Sociedad de la Información y su desarrollo reglamentario efectuado por

el Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre[24], 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, correlativo a estos derechos surge la problemática sobre la confidencialidad de datos y la heterogeneidad de las deficiencias dentro de cada tipo de discapacidad(teniendo en cuenta la vulnerabilidad mayor que tiene este colectivo ante la manipulación que se puede realizar de sus limitaciones) ; protección civil, mediante la regulación de protocolos de actuación específicos, así como incluir en los cursos de formación materias relacionadas con la asistencia a personas con discapacidad, en este sentido, hay que traer a colación el RD 734/2019, de 20 de diciembre, por el que se modifican directrices básicas de planificación de protección civil y planes estatales de protección civil para la mejora de la atención a las personas con discapacidad y a otros colectivos en situación de especial vulnerabilidad ante emergencia, si bien, hay que tener presente que, cada comunidad autónoma dispone canales de accesibilidad propios que no han dado siempre respuesta a las necesidades de accesibilidad de manera integral, por lo que se crea una palmaria discriminación subordinada al lugar de residencia de la persona discapacitada; reconocimiento de capacidad plena para ser testigo ante los notarios, de forma que, solo podrán excluirse a las personas que no posean el discernimiento necesario para conocer y para declarar o para comprender el acto o contrato que se firme ante el notario(art. 167 Reglamento de Notaría) y si existen dudas sobre la misma se debe recabar dictamen de dos facultativos que respondan la capacidad, en base a la aplicación por analogía de la regla prevista para los testamentos en el art. 665 Código Civil; en relación al derecho a la sanidad, mediante la precitada disposición de 2011, se refuerza la garantía del derecho de acceso a la información de las personas con discapacidad, y la asistencia necesaria para que presten consentimiento en concreto en las actuaciones siguientes: obtención y utilización clínica de órganos humanos, donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos, hemodonación y ensayos clínicos con medicamentos, entre otras; también para evitar inseguridad jurídica innecesaria se ha suprimido la obligación que tenían los órganos competentes en el reconocimiento del grado de discapacidad de reflejar en la resolución la circunstancia de no alcanzar el grado de discapacidad del 33%, cuando quien lo solicitaba eran los pensionista de invalidez permanente, los cuales tienen asimilado el grado de discapacidad en un 33% a los efectos de la Ley 51/2003 (LIONDAU) ; y por último, y no ello menos importante, se establece la obligación de que las CCAA, remitan anualmente datos estadísticos sobre la situación de las personas con discapacidad relativos: al reconocimiento de grado de discapacidad, movilidad, edad, sexo, datos sobre prestaciones o beneficios reconocidos por las Administraciones autonómicas y otras informaciones que se acuerden, para que de este modo, ofrecer una información fiable y transparente sobre ese colectivo y de este modo, poder adecuar las acciones y planes estatales a la situación real de los mismos teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada territorio.

En base a lo expuesto, no es de extrañar que uno de los desafíos con el que se encuentran las diferentes administraciones públicas sea precisamente proporcionar educación sanitaria a este colectivo misceláneo con unas características específicas propias que requieren que la promoción de la salud, plantee más complejidad su aplicación. En este sentido conviene recordar que, la educación sanitaria y promoción de la salud, se realiza dentro del marco que fijan las diferentes leyes educativas y de sanidad en nuestro país. En este sentido, a nivel nacional la Ley 14/1986 de Sanidad, y Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que sin perjuicio de las competencias que tienen las CCAA en materia de salud, establece las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas en materia de salud pública, en este sentido se

[24] Modificado por el RD. 424/2005, de 15 de abril por las cuales se establecen, entre otros, los criterios de accesibilidad aplicables a las páginas de Internet de las Administraciones Públicas o con financiación pública y además se establece que las Administraciones Públicas promoverán el cumplimiento progresivo de los criterios de accesibilidad por páginas de Internet privadas, principalmente cuando sus contenidos sean de índole educativa, sanitaria y de servicios sociales.

pronuncia el art. 16.2 de esta última disposición referenciada cuya dicción literal es la siguiente: "Las actuaciones de promoción de la salud prestarán especial atención a los ámbitos educativo, sanitario, laboral, local y de instituciones cerradas, como hospitales o residencias. En dichos ámbitos, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad apoyará la creación y el fortalecimiento de redes", precepto que debe ser puesto en relación con el art.18.5 de la misma norma, en la que se señala que las Administraciones públicas que desarrollen acciones en materia de comunicación en materia de salud, deberán adaptar la información que suministren a toda la población, especificando que este deber de adaptabilidad también se exige de forma específica para aquellos sectores de la población que presenten características culturales, sociales o lingüísticas, es decir, adaptación a la diversidad, en la que obviamente también se encuentran los discapacitados, lo cual supone que si la CA de que se trate no contempla acciones de comunicación, no están obligadas a adaptar su comunicación para los grupos con las características descritas por la ley estatal y en tal caso, será el Estado el que este encargado de forma general de difundir en los medios de comunicación las recomendaciones necesarias sobre salud pública.

De otro lado, las diferentes leyes de educación también hacen suyo este deber de promocionar y fomentar la educación para la salud, si bien, su desarrollo ha sido vacilante, siendo la primera vez, que la incorpora en la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990, sin embargo, no le presta entidad propia, de modo que, en lugar de figurar como una materia propia se le dota de un carácter de cohesión e imbricación de los diferentes proyectos interdisciplinares. Más tarde, la Ley Orgánica de Educación de 2006, omitió su inclusión. Después, la actual Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa de 2013, vuelve a aplicar la transversalidad pero vinculada ahora a las asignaturas. Y por último, la *lex data* de Educación de 2020, vuelve a incluirse la educación para la salud, pero de forma transversal, junto a la educación para el consumo responsable y el desarrollo sostenible, la afectivo-sexual y la educación emocional y en valores.

IV. CAUTELAS Y MATICES EN LA EDUCACIÓN SANITARIA EN ANDALUCÍA

1. La caótica fundamentación jurídica

A priori a conocer la educación sanitaria en Andalucía, hay que tomar como punto de partida la diferencia conceptual que existe entre educación sanitaria y educación para la salud. La primera, según GAVIDIA CATALÁN, V., *et al.*[25], tiene como finalidad:" Educar a la población para prevenir las enfermedades y promocionar su salud, ya que de la restauración se hacen cargo los sectores de asistencia y rehabilitación. La acción educativa recae sobre el individuo, al que se le intenta instruir sobre la nocividad de ciertos comportamientos, con el objeto de que modifique su vida hacia hábitos más saludables y es llevada a cabo por personal sanitario". Mientras que, educación para la salud según la OMS en 1983 en la 36 Asamblea Mundial define esta como: "Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite", y a su vez, en el mismo instrumento refiriéndose a la educación sanitaria colige que: "Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo y adaptada a las necesidades, la población adquiriría una responsabilidad en su aprendizaje y ese no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer(…)" . De lo que se deduce que, la diferencia entre ambas definiciones radica en que mientras que para la educación sanitaria tiene en cuenta fundamentalmente el conocimiento del personal sanitario y donde el sujeto si bien participa en la salud, su actuación es transversal. Por el contrario, en la educación para la salud, al tener una naturaleza político-social, el protagonismo en la materia lo tiene la participación comunitaria y para lograr sus objetivos de adquirir un aprendizaje para favorecer el mantenimiento o la restauración de la salud, debe reconocer

[25] Gavidia Catalán, V., *et al*.: "La educación para la salud: Una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia", *Rev. Enseñanza de las Ciencias* núm.11, 1993, pp. 290-291.

el derecho individual a la salud y educación de cada persona asi como favorecer la equidad entre las mismas, de forma que, si no se logran estos fines, los postulados formulados se convierten finalmente en papel mojado carentes de contenido reducidos a un mero *desiderátum* programáticos intangible.

En este orden de ideas, hay que tener presente que la atención específica a las personas con discapacidad por parte de los poderes públicos es una obligación que se recoge en las principales normas de nuestro ordenamiento jurídico. Así, la Constitución española, en su art. 49, en concordancia con los artículos 9 y 14, establece el mandato de procurar su integración y eliminar los obstáculos que impidan su participación social y su igualdad de derechos ante la Ley. Asimismo, el EAA, en sus artículos 23,24 y, de forma especial, *ex* art.10.3.15. º y 16. º, incluye la especial referencia de esta CA al colectivo de discapacitados. En este sentido, en el art. 14 prohíbe expresamente la discriminación por motivos de discapacidad; en el art. 24 proclama el derecho a acceder a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad con garantía pública necesarios para su desarrollo personal y social, en el art. 37.1 5.º y 6.º, dedicado a los principios rectores que deben orientar las políticas públicas, incluye los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, así como el uso de la lengua de signos española, y por último, en el artículo 169.2, en relación con las políticas de empleo, conmina a los poderes públicos a establecer políticas específicas para la inserción laboral de las personas con discapacidad, así como a velar por el cumplimiento de las reservas previstas en la legislación aplicable.

Circunscribiéndonos al área sanitaria, en el ámbito nacional, el art. 43.1 de la CE, reconoce el derecho a la protección de la salud y en acápite siguiente establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Estos poderes públicos se articulan en entes territoriales- Estado y las Comunidades Autónomas-, que son los encargados de la organización y prestación de la asistencia sanitaria. Reservándose para el primero, el Estado, las competencias exclusivas que figuran en el art. 149.1.16. ª de la CE, en materia de bases y coordinación general de la sanidad además de corresponderle de forma explícita la sanidad exterior y la legislación farmacéutica, cumplimentado este precepto con el apartado siguiente, art. 149.1.17 ª de la CE, que atribuye también al Estado la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas .Por lo tanto, el resto de competencias no recogidas en estos acápites, se permite el desarrollo por parte de las CCAA. A la vista de lo expuesto, queda palmario el deslinde competencial que existe entre "salud pública" y "seguridad social". Sin embargo, hay que traer a colación el hecho de que, los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas según fuera la vía inicial de asunción de competencias, el título competencial de sanidad se articulaba o bien a seguridad social o a sanidad, según hubiera sido la vía de acceso al traspaso de transferencias del Estado-Art. 143CE o 151CE-, de tal suerte que, si su articulación se había producido por el art. 143CE, su conexión era a la seguridad social(control política asistencial, desarrollo legislativo de la legislación básica de Seguridad Social y régimen económico de ésta, quedaba subordinada al art.149.1.16 y 17CE) pero en cambio, si su traspaso se hizo vía 151CE, (en cuyo caso, la asistencia sanitaria se incardina en la materia y título competencial "sanidad"). Al hilo conductor del Estatuto de Autonomía de Andalucía (ETA) como de las leyes específicas dictadas sobre esta materia, siguen estas directrices expuestas y debido a que su adquisición de transferencias se realizó vía 151, la asistencia sanitaria se incardina en el título competencial de "sanidad".

Focalizando nuestro tema de estudio, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, fijó los servicios y actuaciones de asistencia sanitaria pública y privada en Andalucía y creó el Sistema Sanitario Público de Andalucía, definido en su art.43 como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculados a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria además de crear el Servicio Andaluz de Salud (SAS), vertebra su estructura orgánica en dos órganos: Consejería de Salud

(sustituida por la Consejería de Salud y Familias que ha asumido nuevas competencias como la de desarrollo y coordinación de las políticas activas en materia de prevención, asistencia, tratamiento y reinserción de las personas en situación de drogodependencias) y SAS (creando una Dirección general en el mismo de cuidados socio sanitario)[26].

A continuación, el RD 1118/1981, de 24 de abril, por el que se estableció el régimen preautonómico para Andalucía, de las transferencias de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Junta de Andalucía, en su artículo Dos. uno, recoge un elenco de funciones y competencias en orden a la acción pública sanitaria sobre traspasos en materia de Sanidad y Servicios Sociales, entre las que figuraba en la letra e) *in fine*, una especie de cajón de sastre donde se recogían los programas sanitarios que cubría la Junta de Andalucía en esa coyuntura[27] y en la se alude explícitamente a la educación sanitaria. A renglón seguido, el ETA articulado en la LO 6/1981, de 30 de diciembre[28], contiene en el art. 13 dividido en 35 apartados, las competencias exclusivas de la Comunidad Andaluza(CA), y en el apartado 21, figura la de " Sanidad e higiene, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución" y se complementa con el art. 20.1 de la misma disposición, en el que se dispone que la CA le corresponde el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior. Disposición que ha sido modificada por LO 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del ETA que en el art. 55.2, modifica lo expuesto en el sentido de que, a partir de esta norma, esta CA adquiera la competencia compartida en esta materia, hasta entonces en manos exclusivas del Estado, sin perjuicio, de conservar la competencia exclusiva que tiene transferida en: ordenación, planificación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, socio sanitario y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica, el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria, por lo tanto, a la vista de lo expuesto, la educación sanitaria es una competencia exclusiva que tiene reconocida *ex lege* la Comunidad Autónoma Andaluza . Además el ETA reconoce en su art. 22.2.c), el derecho de pacientes y personas usuarias del Sistema Andaluz de Salud a la información sobre los servicios y prestaciones del sistema, así como de los derechos que les asisten. Por otra parte, su art. 30.1.e) establece, como uno de los derechos que comprende la participación política, el de participar activamente en la vida pública andaluza, para lo cual, se establecerán los mecanismos necesarios de información, comunicación y recepción de propuestas.

Sin embargo, el punto de inflexión en materia en la CA, lo constituye la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, figurando entre sus objetivos la puesta en marcha de acciones en salud colectiva, en este sentido, se pronuncia el art. 68, en el que se señalan actuaciones dirigidas a promover las acciones destinadas a fomentar el desarrollo físico, mental y social de las personas y a crear las condiciones que faciliten a estas y a la sociedad las opciones más saludables. Para lograr este fin, se dota a la ciudadanía andaluza de un amplio elenco de derechos referidos a la salud pública, unos de nueva creación y otros renovados en sus contenidos y una mayor atención en materia de salud (arts.9-15). En concreto, se desarrollan los derechos a conocer y ser informado en

[26] «Decreto 3/2020, de 14 de enero, por el que se modifica el Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud, para redistribuir las funciones asignadas a algunos órganos de la Consejería y del Servicio Andaluz de Salud» (*BOJA* núm. 10, de16 de enero 2020)

[27] El conjunto de heterogéneos y variopintos programas faltos de cohesión que contenía el citado apartado son según su tenor literal los siguientes: higiene maternal, infantil, escolar, industrial, laboral, deportiva, mental, así como las acciones sanitarias permanentes en materia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, antropozoonosis y educación sanitaria.

[28] «BOJA» núm. 74, de 4 de julio de 1998(última modificación 7 de mayo de 2010). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/1998/*BOE*-A-1998-18720-consolidado.pdf

relación con la salud pública, a la promoción de la salud, a la protección de la salud y a la prevención de la enfermedad y los derivados de las actuaciones públicas en salud pública. Por otra parte, se hace hincapié en la tutela administrativa en relación con los asuntos de salud pública, y en las responsabilidades de la ciudadanía, en todos los entornos, tales como educativos, laborales, urbanos y otros.

En relación a las personas que tienen una discapacidad y la educación sanitaria esta vinculación figuraba recogida en esta disposición, *ex ante* la normativa autonómica solo aludía a la misma a efectos meramente técnicos-organizativos de carácter administrativo (*vgr*. el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación de los servicios de Salud Mental, tiene encomendada a la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, asi como el resto de las unidades clínicas en este ámbito, entre sus funciones-desarrollar actuaciones de promoción de la salud, la *educación para la salud*, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación y apoyo a la integración social y comunitaria de las personas con problemas de salud mental que reciben atención en alguno de los dispositivos asistenciales de la unidad-). Sin embargo, será a partir de esta Ley de 2011, cuando los grupos tradicionales objeto de discriminación socio sanitaria, serán objeto de atención específica por parte del legislador autonómico como "sujeto de derechos" e incardina en el art.14, figura el deber de esta Administración, de crear programas de salud específicos para los mismos, tal y como señala el tenor literal de dicho precepto: "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". Y a renglón seguido, en el artículo 15, señala que la Administración Pública de Andalucía deberá facilitar las herramientas (obviamente, a través de la Consejería competente de salud) para permitir la participación en esta materia, señalando explícitamente a los grupos a los que se les debe prestar una especial atención: menores, mayores, personas con discapacidad y personas en riesgo de exclusión.

Todas estas actuaciones y desarrollo de derechos previstos en la Ley de 2011 de la CA, son desplegados vía reglamentaria por el Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública. Así pues, haciéndose eco de los principios proclamados por la ley que desarrolla y cuya sistemática figura *ex* art. 4 de la misma, se presta atención especial a cuatro principios basilares: trasparencia, solidaridad, universalidad y equidad, lo cual implica la coadyuvación con otros principios a los que también hace referencia: justicia redistributiva, accesibilidad, pertinencia e integridad, etc. Además el art.5.2, rubricado "Derecho a obtener información fiable y adecuada sobre estilos de vida saludable y promoción de la salud" en su apartado g), establece el deber de la Administración andaluza de facilitar información fiable y adecuada sobre estilos de vida saludable y promoción de la salud y el bienestar, entre otros colectivos que figuran en el resto de apartados, el de la población con discapacidad, especialmente las personas que tienen discapacidad intelectual, y sus familias, incidiendo sobre la importancia de actuar sobre los factores de riesgo. Precepto que debe ser puesto en concordancia con el art. 8.1.c), sobre el acceso a la información sobre salud pública, en el que se fija de forma expresa como obligación de la Consejería de Salud, facilitar la adecuación de la información y sus soportes a los diferentes niveles educativos, a las diferentes edades, a las diferencias culturales y a las capacidades diferentes, de manera que se asegure su comprensión. Especialmente se adecuará la información dirigida a niños y niñas, adaptando los contenidos (…). Además en la referenciada disposición en el art.10.2, al referirse a la promoción a la salud, los programas que desarrolla que van dirigidos tanto a las familias como al personal docente y sanitario y entre las áreas específicas a las que se alude explícitamente, se encuentran los discapacitados e imbricado en el artículo en el apartado 3, figuran

ente las actuaciones cuyos destinarios finales son los menores y adolescentes, dos apartados g) y h).El primero, establecer una estrategia entre los sistemas de salud y educación. Y la segunda, establecer una estrategia específica para el área de educación formada por un conjunto de acciones heterogéneas en diferentes facetas: salud sexual y reproductiva, prevención de embarazos no deseados, infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual, discapacidad y sexualidad[29], así como de atención y apoyo a embarazadas adolescentes.

A colación con lo expuesto, surge el interrogante de ¿quién y cómo se va a prestar formación? y la respuesta de nuevo la vuelve a dar el legislador autonómico en el precitado Decreto en el art. 12.2, encomendando esta labor formativa dirigida a familias, usuarios, educadores y sanitarios, a los centros sanitarios y sociales que deberán coordinar sus funciones, para obtener como objetivos: promover el buen trato, la adquisición de hábitos saludables en las áreas de actividad física y alimentación saludable, salud bucodental, bienestar y salud emocional, educación afectivo-sexual, seguridad y prevención de riesgos, discapacidad y accidentes, entre otras áreas.

Como corolario, la Administración pública andaluza tiene entre otros deberes la generación de entornos saludables para toda la población que se encuentre en su territorio, en los diferentes ámbitos socio-laborales. Específicamente en el área sanitaria debe promover y propiciar medidas para que la ciudadanía cambie sus hábitos y se empodere en los programas de prevención y de autonomía personal. Pero además, si el sujeto forma parte de los denominados grupos de población que se encuentran en situación de vulnerabilidad y/o de riesgo de exclusión social, en el que se encuentran los discapacitados, esta obligación se materializa en la implementación de acciones que aseguren por el ejecutivo autonómico una mayor accesibilidad e integración de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la sociedad. Así pues, en concreto en el que área, de educación sanitaria estas actuaciones están dirigidas a la atención y promoción del bienestar de las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, con el fin de hacer efectiva la igualdad de oportunidades y posibilitar su rehabilitación e integración social, para lograr además de la remoción de obstáculos en el igualdad de condiciones que las personas que tienen todas sus capacidades, pero sobre todo, el objetivo que se pretende en relación a los discapacitados es eliminar o al menos paliar la discriminación en materia de salud pública, integración laboral, servicios sociales, etc. a través de campañas de sensibilización, dirigidas a la ciudadanía, realizando actuaciones que tiendan a la promocionar de programas de capacitación y sensibilización dirigidos al personal de las Administraciones Públicas de Andalucía, fomentando la creación y reconocimiento de asociaciones, colectivos y organizaciones que promuevan y protejan los derechos de estas personas. Asimismo tal y como aserta el CERMI "también las personas con discapacidad no pueden limitarse a ser meros sujetos pasivos sino que deben también ser partícipes a través de sus organizaciones representativas, han de ser consultadas y tenidas en cuenta a la hora de planificar y administrar los recursos del sistema de salud. Deben ser partícipes de la tomas de decisiones sobre asuntos que les conciernen directamente, así como en la evaluación de las políticas sanitarias, participando en los consejos y foros sanitarios donde se desarrollan estos aspectos"(p.66)[30].

2. Agenda jurídico-política de la discapacidad en Andalucía

De nada sirve un marco jurídico legal sino se acompañan de medidas jurídicas -políticas que las desarrollen y materialicen y esta situación también ocurre en la CAA. En concreto se han creado e implantado tres planes de acción para este colectivo que se encuentra ante una incesante

[29] La Junta de Andalucía dispone de un "Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales", que fue elaborado por la Dirección General Personas con Discapacidad 2012, sufragado por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Disponible en: General de juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad_pdint.pdf

[30] CERMI.: *Salud pública y discapacidad .Planteamientos y propuestas del sector social de la discapacidad articulado en torno al CERMI ante la futura Ley estatal de Salud Pública*, Madrid, Cinca, 2010, pp.58-93.

vulnerabilidad debido a la sinergia de factores sociales, estructurales y personales. Si analizamos su *iter* político, este se sustantiviza en los Planes de acción integral para personas con discapacidad (PAIPDA) que a continuación sintetizamos su contenido:

A) I Plan de Acción Integral para Personas con Discapacidad (PAIPDAI), corresponde al periodo 2003-2006, surge como respuesta a la necesidad de desarrollo de la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía, tiene un carácter transversal, interdepartamental e intersectorial, en el que la administración autonómica estableció sus políticas convertidas en programas y actuaciones específicas para garantizar el derecho a: la salud, educación, empleo, servicios sociales, vivienda, accesibilidad a la comunicación, accesibilidad a la edificación, urbanismo, transportes, cultura, deportes, turismo y contratación administrativa. En las que existe una relación interadministrativa horizontal entre las diferentes Consejerías implicadas. Resulta novedoso que en este Plan se aborde *prima facie,* una programación politica la atención en residencias, centros de día, apoyo a cuidadoras/es informales, programa de respiro familiar[31], apoyo al movimiento asociativo, coordinación de servicios, etc., figurando como denominador común en todas las áreas enumeradas el lograr las mayores cotas de "calidad de vida".

B) El II Plan de Atención Integral a las Personas con Discapacidad 2010-2013 (PAIPDA II), presenta como rasgo más distintivo la importancia que presta a la intervención ante las demandas de las personas con discapacidad, vía diálogo civil, que se realiza a través de la participación de las organizaciones representativas de las personas con discapacidad y de sus familias, en los términos señalados por la ley .Las políticas sociales persiguen en esta coyuntura los siguientes objetivos: no discriminación, accesibilidad universalidad y acción positiva. En este caso, la vertebración pivota "autonomía en todos los ámbitos de la vida".

C) Tras un *impasse* de siete años sin Planes para el ámbito de la discapacidad en Andalucía, se ha aprobado el III Plan de Atención Integral para las Personas con Discapacidad 2020-2026 (PAIPDA III), su sistemática se concreta en ocho objetivos que se dividen en cuatro líneas estratégicas: reducción de tiempos y simplificación de trámites; autonomía y salud; educación y formación; e inclusión social y laboral y accesibilidad universal. Para ello, se han diseñado 23 programas que se llevan a cabo en los que los distintos centros directivos competentes a través de la adopción de medidas de actuación concretas persiguen avanzar en la plena y real inclusión social de las personas con discapacidad. Destaca la participación de nuevos agentes sociales como son: universidades, entidades representativas, organizaciones empresariales y sindicales, etc. Las áreas en las focaliza su atención son: educación, formación profesional, salud, movilidad, vivienda, ordenación del territorio, cultura, patrimonio histórico, justicia, medio ambiente, tiempo libre, deporte, turismo, estrategia digital y gobierno abierto. Por lo que resulta necesario, la coordinación de acciones horizontales entre las diferentes Consejerías (Salud, Educación y Asuntos Sociales, Administraciones Locales, Organizaciones sociales, etc.) y acciones verticales (Administración autonómica, provincial y municipal).

En relación a su motivación esta surge como respuesta a la necesidad de desarrollo de la 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, por la que se adapta la normativa andaluza a la Convención Internacional de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, que define este PAIPDA III, en su art.70.1 como:" (…)

[31] Este programa se encuentra vigente desde 2003, es un servicio que tiene como finalidad la acogida a personas en situación de dependencia (mayores y personas con discapacidad) cuando no pueden ser atendidas por los familiares que asumen su cuidado por motivos de descanso, hospitalización o enfermedad. Estas actuaciones se realizan en régimen residencial, incluyendo alojamiento y manutención completa, en periodos que oscilan entre las 24 horas y un mes, aunque es posible prorrogar estos tiempos siempre previa autorización. Las plazas ofertadas para 2021 son según Informe de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Información disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadpoliticassocialesyconciliacion/servicios/actualidad/noticias/detalle/261019.html ticas sociales y Conciliación son 1.565 distribuidas entre los 2 colectivos equitativamente.

instrumento de la Administración de la Junta de Andalucía para coordinar las políticas y medidas recogidas en esta ley, a excepción de las relativas a la materia de empleo, que se regularán por el Plan de empleo correspondiente".

Destacan como novedades interesantes, con la desagregación de los datos por sexos, lo cual permite una mayor planificación y distribución de recursos. Todo ello se refuerza con la plasmación en cada uno de los objetivos estratégicos, en los que además de realizar una desagregación por sexo y grado y tipo de discapacidad añade la petición de siempre que sea posible también esta desagregación se efectúe por ámbitos rural y urbano. En este sentido hay supuestos concretos como ocurre con las personas con discapacidad que acceden los distintos ciclos de formación profesional, en los que la práctica hasta ahora consistía solo en contabilizar con datos estadísticos el acceso a los mismos pero no el número de abandonos, por esta razón, se ha dispuesto la solicitud al "Programa Séneca" para que informatice estos datos, los cuales se ofrecerán desagregados por sexos y de este modo, determinar las causas de los abandonos y de este modo, se puedan implantar acciones para eliminar la actual desescolarización profesional.

Como corolario, del estudio de los diferentes PAIPDA analizados, se observa como el tratamiento de la educación de asistencia sanitaria de las personas con discapacidad, no se realiza de forma específica sino transversal e implícita en las áreas que desarrollan educación y salud, cuyas causas son multicausales pero que consideramos que se pueden sintetizar en la carencia de un Plan Andaluz de Coordinación Socio sanitaria y otro de Coordinación de Educación y que ambos se conecten y converjan pero hasta que esto no se produzca, las actuaciones que se realizan se hacen de forma transversal las medidas figuran articuladas en- los Planes analizados y a través de Planes de Salud específicamente en Andalucía, donde se incide más en el área de educación socio-sanitaria para este colectivo es en el III Plan Andaluz-.En relación a este último, se observa como las actuaciones cuyos destinarios son las personas con discapacidad, figuran en las líneas prioritarias 4-6, y sus objetivos se centran en reducir la discapacidad a través del desarrollo de Planes integrales contra: cáncer, diabetes, enfermedades del corazón, accidentes, problemas osteoarticulares y a favor de la atención mental y la atención a las personas en situación de dependencia; reducir las desigualdades en el ámbito de la salud con especial atención a los colectivos excluidos y garantizar la participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias. En este sentido conviene tener presente que, las políticas que se adopten en materia socioeducativa-sanitaria para las personas con discapacidad deben fomentar la prevención de la discapacidad, mediante estrategias orientadas a la combatir la incidencia de las enfermedades, garantizando no solo la seguridad ambiental y en el empleo sino también promoviendo cambios en los estilos de vida que reduzcan la incidencia de las deficiencias. Y es precisamente mediante la educación sanitaria cómo se logra mejorar el cuidado de la salud de este colectivo, en este sentido, hay que traer a colación la interconectividad que existe entre los derechos humanos de educación y salud, por consiguiente, es necesario la implantación y desarrollo de buenas prácticas que faciliten el acceso al sistema sanitario y a sus prestaciones en condiciones de igualdad, siendo para ello ineludible la sinergia entre los actores institucionales y sociales además de la coordinación intersectorial entre las distintas redes profesionales (sectores sanitario, social, educativo, judicial y movimiento asociativo) que intervienen en la atención a estas personas para ofrecer una atención eficaz y eficiente que cubra sus necesidades y las de sus familias.

V. PAPEL DEL DEFENSOR DEL PUEBLO

En los diferentes informes anuales presentados por el Defensor del Pueblo tanto estatal como autonómicos, destacan un número significativo de quejas y consultas relativas a las actuaciones discriminatorias contra las personas discapacitadas en diferentes ámbitos: educación, sanidad, política social, empleo, urbanismo, centros penitenciarios o funcionariado. Estas situaciones se ven multiplicadas al añadirse factores como: género, edad, hábitat u origen étnico. Conscientes de la vulnerabilidad que presenta este colectivo, esta institución ha elaborado un informe específico

titulado "Las personas con discapacidad en el Informe Anual del Defensor del Pueblo 2020 ".En primer término, hay que tener presente que en esencia, las desigualdades no solo se incrementan en situaciones de crisis sino que además se cronifican, como ha ocurrido con la pandemia de COVID-19, en la que ha quedado patente esta vulnerabilidad y el intento de atajar la misma por parte de los poderes públicos, en este sentido, resulta dantesco como en los primeros meses de la pandemia se produjeron una serie de situaciones anómalas que han afectado de forma particular a este colectivo ya de por si sujeto de vulnerabilidad social, entre otras: a) que existieran protocolos que excluían de la atención hospitalaria a personas con discapacidad o de edad avanzada; b) que los centros residenciales estuvieran, en los primeros momentos del estado de alarma, en una situación crítica debido a la falta de equipos de protección (EPIS); c) falta de test para las personas usuarias y profesionales y falta de capacidad para atender los síntomas; d) suspensión de procesos de rehabilitación durante el confinamiento y una vuelta parcial ante el temor de las personas con discapacidad y sus familias por el riesgo de contagio; y, e) falta de información sobre el estado del pandemia y protocolos a seguir. En todo caso, esta discriminación es diferente en función la tipología de discapacidad, así en el caso de las personas con discapacidad intelectual, esta se ha manifestado en la dificultad en lectura fácil o pictogramas; mientras que las personas ciegas también se han visto afectada por falta de información debido a que las indicaciones para prevenir y protegerse del virus se hacen, en su mayoría, a través de señales visuales; en cambio, las que son sordas o sordomudas, en un primer momento quedaron incomunicadas totalmente hasta que se realizaron las comunicaciones oficiales vía videoconferencia; y por el contrario, las que padecen discapacidad física, los problemas han sido sobre todo, de accesibilidad a los centros sanitarios al ser increpados en reiteradas ocasiones por otros ciudadanos que desconocían su necesidad de atención médico-sanitaria.

En relación a nuestro objeto de estudio, este se circunscribe a la educación en el ámbito socio sanitario para este colectivo, sin embargo, no aparece ninguna queja o consulta específica sobre esta materia si bien, se realiza un tratamiento transversal del que por reseñar algunos ejemplos derivados de la pandemia sanitaria destacan entre otros: Consulta 20/15451, realizada al Defensor del Pueblo Andaluz por la Asociación de Padres y Madres y la propia dirección de un Centro de Educación de Málaga, por la falta de medios humanos y de infraestructuras, al disponer solo de un aula de educación especial con alumnos totalmente dependientes, todos ellos con una discapacidad superior al 90%, en el que solo se cuenta con una monitora de Educación Especial para acciones como: alimentación a través de botón gástrico, cambio de pañales, mover de posición y de mobiliario a alumnado con discapacidad motriz grave, actividades comprendidas en programas de autonomía, desplazamiento, a la vez que para mantener las medidas COVID en este alumnado totalmente dependiente: aseo de manos, mascarilla, etc., y por si esto fuera poco, se había producido la baja por incapacidad temporal de la citada trabajadora, y para la sustitución les informaban de que no se realizaría en un plazo inferior a 40 días, de modo que, estas personas totalmente dependientes fueron desatendidas durante un lapso de tiempo, hasta que se sustituya a esta trabajadora y además a pesar de haberse solicitado la coadyuvación de un segundo profesional para la atención de este alumnado pendiente de aprobación por parte de Consejería[32]. Este nombramiento no ha tenido lugar hasta la fecha.

Asimismo entre las consultas más reiteradas se encuentran entre otras. La situación de niños y adolescentes con problemas de salud mental, con trastornos mentales graves, cuya etiología es policausal: adicciones, ansiedad, situaciones de maltrato, abusos, suicidios, etc. Y que se encuentran ante la falta de atención por parte de la sanidad pública en lo que a atención psicológica se refiere, fundamentalmente por la carencia de información y medios, encontrándose familias ante la situación de que en muchas ocasiones o bien, no le diagnostican ninguna enfermedad mental o bien, no les ofrecen ningún tipo de tratamiento y ante este escenario éstas se encuentran incapaces de atender adecuadamente a su hijo y si esta situación *per se* es complicada, tener al cuidado a un menor o

[32] *BOPA* Núm. 626, 28 de julio de 2021, p. 162.

adolescente con problemas de salud mental y sin el necesario apoyo humano y logístico suficiente, resulta para su familia insostenible.

Igualmente debemos subrayar otra de las quejas más reiteradas son por falta de plazas y de coordinación interinstitucional-orgánica-administrativa, destaca en este sentido, la Queja 19/290, en la que un menor de 12 años, con trastorno generalizado del desarrollo de tipo autista infantil grave y con discapacidad intelectual severa, epilepsia y comportamiento violento, tal y como se constata en la fractura doble de antebrazo que ocasionó a la cuidadora del centro de autismo donde acudía periódicamente, situación que generó que la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) del hospital Reina Sofía, de Córdoba, prescribió la necesidad de ingreso del menor en el centro especializado privado en el abordaje de este tipo de patologías, situado en Málaga y que a pesar de estar dotada presupuestariamente esta plaza, el centro malagueño denegó su admisión alegando que este cuadro clínico del menor no era compatible con las características del centro, por lo que la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, autorizó que fuese ingresado en otro recurso especializado ubicado en la provincia de Sevilla por un periodo máximo de siete meses, donde el menor se integró plenamente y sin problemas.

En cualquiera de los casos, el problema de las listas de espera no es exclusivo en salud mental sino que también se produce en el resto de discapacidades, además no se trata de una cuestión novedosa sino de un déficit que en algunas provincias andaluzas se ha convertido en estructural. En este sentido, se observa como en 2021, según un análisis realizado por el Defensor del Pueblo Andaluz durante varios meses acerca de la situación de los nueve Centros de Valoración y Orientación (CVO) de Andalucía[33], ha constatado "un retraso generalizado y estructural en gran parte" de ellos motivado en su mayoría "por el volumen de la demanda ciudadana y por el desequilibrio existente entre el volumen de trabajo a realizar con el número de personas designadas para estas tareas", bien socio sanitaria o bien de carácter técnico- administrativas, observándose como la provincia de Málaga sostiene una lista de espera de 24 meses para los casos de valoración del grado de discapacidad y de 23 para las revisiones de grado. A este respecto cabe señalar que de acuerdo con lo dispuesto en el RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Discapacidad, así como con el Decreto 141/1993, de 7 de septiembre, de la entonces Consejería de Asuntos Sociales, en el que figuran los plazos de resolución, y los efectos de la falta de resolución expresa en seis meses, y en cuyo caso, el silencio administrativo tiene efecto desestimatorio. Situación que requiere una revisión administrativa urgente para este procedimiento, para garantizar los derechos de las personas con discapacidad y en espera que *de lege ferenda* esta se produzca(una solución posible seria desarrollar vía reglamentaria el procedimiento administrativo de reconocimiento de grado de discapacidad, y cuyo sustento legal encuentra su amparo en la obligación legal que establece la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, *ex* art. 36.3, y que figuraba su promulgación en el decreto de desarrollo normativo sobre el grado de discapacidad, en el anexo del Plan Anual Normativo para 2018, pero que hasta la fecha no se ha materializado),[34]en la práctica lo que se hace para subsanar esta anomalía es computar los plazos desde la fecha de solicitud inicial del procedimiento(*dies a quo*) hasta la notificación de la resolución a las personas interesadas(*dies a quem*). Esta solución paliativa sin embargo, de forma indirecta también resulta discriminatoria, debido a que en función de la provincia en que se encuentre la persona con discapacidad para solicitar la declaración de su estado y el correspondiente grado, estos periodos de espera son diferentes y desiguales, generando una discriminación territorial injustificada. Sirva de paradigma como según el referenciado análisis del Defensor del Pueblo de 2021, en las provincias de Huelva, AAA y Córdoba, no existe demoras ni tampoco listas de espera. Por el contrario

[33] Resolución del Defensor del Pueblo Andaluz formulada en la Queja 21/7579 dirigida a Consejería de Igualdad Políticas Sociales y Conciliación, Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión de 3 de noviembre de 2021.Disponible en: https://www.defensordelpuebloandaluz.es/recomendamos-el-reconocimiento-del-grado-de-discapacidad-como-eliminacion-de-barreras-sociales

[34] *BOJA* núm.6 de 5 de abril de 2018 sobre el Acuerdo de 27 de marzo de 2018 del Consejo de Gobierno.

en Cádiz (retraso de diecisiete meses), Granada (diecinueve meses), Jaén (once meses), Málaga (veinticuatro meses) y Sevilla (dieciocho meses). La solución que se dio ante estas demoras por parte de la Delegación Territorial de Málaga y Cádiz (las más afectadas) fue la implantación de respectivos Planes de Choque de seis meses de duración en 2020, para el refuerzo de plantilla, que resultaron ser insuficientes, por los retrasos acumulados prepandemia.

VI. CONCLUSIONES

Uno de los objetivos prioritarios que tiene la Administración multinivel es conseguir alcanzar las máximas cotas de ciudadanía activa en el conjunto de su población. Sin embargo, para conseguir esta meta, debe integrar a los grupos que tradicionalmente han sido objeto de exclusión social, entre los que se encuentran las personas discapacitadas, cuyo enfoque por parte de los poderes públicos ha sido hasta hace unas décadas antediluviano, considerándolos sujetos débiles, frágiles e influenciables, sometidos a instancias ajenas a sí mismos, que no pueden ejercer sus derechos como cualquier otro miembro de la comunidad. Afortunadamente esta perspectiva ha ido evolucionando para finalmente dotarlos del *status* que deben tener, sujeto de pleno derecho y que como tal, tienen el derecho de actuar en todas las facetas de la vida y de este modo, lograr una ciudadanía inclusiva. Sin embargo, su grado de protección se rebaja cuando sufren unas patológicas específicas que les impide seguir de forma independiente y autónoma los programas de salud o educación, bien por falta de capacidad para asimilar la información que se les proporciona o por ser incapaz de solucionarlos *motu propio*. Ante esta problemática, la solución más adecuada es -la educación sanitaria-.A través de esta se pretende que las personas que tienen discapacidad, adquieran y conserven hábitos de vida sana, que aprendan a usar mejor los servicios de salud que tienen a su disposición y que estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora en su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven.

Este contexto, uno de los desafíos que tienen las diferentes administraciones públicas es precisamente proporcionar educación sanitaria a este colectivo misceláneo con unas características específicas propias, que requieren que la promoción de la salud, plantee más complejidad su aplicación. Circunscribiéndonos a la Comunidad andaluza, esta tiene competencia exclusiva en esta materia, sin perjuicio de la competencia compartida que tiene con el Estado, el cual solo se reserva en materia de sanidad y educación, las competencias de carácter normativo, así como la de coordinación general del sistema educativo y sanitario. En esa misma dirección se observa sin embargo como la plasmación legislativa de la educación sanitaria para los grupos tradicionales objeto de discriminación socio sanitaria, no han sido objeto de atención específica por parte del legislador autonómico como "sujeto de derechos", hasta la promulgación de la Ley16/2011 de Salud Pública de Andalucía. De modo que, *ad hoc* es cuando se van a crear programas específicos socio-educativos para este colectivo que deben adecuarse a sus capacidades diferentes, nivel educativo, edades y diversidad cultural. Y en concreto en el área de educación sanitaria estas actuaciones están dirigidas a la atención y promoción del bienestar de las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, con el fin de hacer efectiva la igualdad de oportunidades y posibilitar su rehabilitación e integración social, para lograr además de la remoción de obstáculos en el igualdad de condiciones que las personas que tienen todas sus capacidades para de este modo, conseguir la ciudadanía inclusiva de este colectivo, que en modo alguno se puede conseguir sin que tanto éstos como sus familias, participen en toma de decisiones de las políticas que les afecten, para lo cual es asociacionismo resulta imprescindible.

Además a pesar de haber plasmado en el plano jurídico-político una triada de Planes integrales dirigidos a las personas discapacitadas andaluzas, su temporalidad, falta de continuidad y tratamientos transversal de la educación sanitaria, ponen en tela de juicio la preocupación de los poderes públicos sobre esta área específica. A lo que hay que sumar también la carencia de un Plan Andaluz de Coordinación Socio sanitaria y otro de Coordinación de Educación y esta necesaria cooperación obliga a que las medidas que se adopten en este territorio se articulen en los Planes integrales

citados y en los planes de Salud autonómicos . En este sentido, uno de los logros más relevantes del vigente plan integral (2020-2026) es haber introducido la participación en los mismos nuevos actores institucionales y sociales además de fomentar la coordinación intersectorial entre las distintas redes profesionales (sanitario, social, educativo, judicial y movimiento asociativo) que intervienen en la atención a estas personas para ofrecer una atención eficaz y eficiente que cubra sus necesidades y las de sus familias.

En todo caso, tal y como ha constatado el Defensor estatal y autonómico de Andalucía en sus informes anuales, este colectivo precisa de forma urgente no solo una ordenación jurídico-legal de la educación sanitaria, sino que, en áreas donde existe una manifiesta carencia de medios, se realicen actuaciones de carácter estructural y permanente adecuando la dotación de personal a la ratio de población demandante, facilitando herramientas para que la población discapacitada pueda acceder de forma clara, sencilla y asequible a la información sanitaria y de este modo transversal, conseguir una participación más inclusiva en la sociedad vía educación para la salud. Es necesario que las autoridades socio sanitarias pongan en marcha estas medidas para que la ciudadanía cambie sus hábitos y se empodere en los programas de prevención y de autonomía personal y de esta forma, adquieran un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

Desde la premisa de su adecuación a la misma, de poco sirven la plasmación jurídico-legal de derechos si estos no se ponen en práctica, estas personas sin obviar la dificultad taxonómicas de sus patologías gozan del *status civitatis* y pueden deben reclamar ante las instituciones públicas que implanten estrategias multisectoriales para poder tener acceso a la información sanitaria(*vgr.* A través de las herramientas de la sociedad del conocimiento) y adoptar comportamientos que mejoren la calidad de vida y salud (carencia que se constató en los inicios del confinamiento de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2).

De modo que, *mutatis mutandis* en este ámbito, la Administración andaluza tiene el deber y compromiso de proporcionar sanidad a todos los andaluces que se encuentren en su territorio siempre que cumplan los requisitos que la ley exige, máxime si estos son personas objeto de exclusión social. Para ello, debe proporcionar información de contenidos utilizando los formatos adecuados a sus capacidades e instruirles en el uso racional de los medicamentos y crear hábitos de vida saludable además de la prevención de enfermedades, este esfuerzo para empoderar a la población discapacitada mejorando sus capacidades para gestionar su propia salud no es solo un deber legal sino también moral y que por razones de equidad y solidaridad, debe acometer no solo de forma cortoplacista sino con actuaciones y medidas a largo plazo para lo que precisa no solo una reformulación de su enfoque sino también y de forma paralela un cambio cultural de la sociedad andaluza *hic et nunc.*

VII. BIBLIOGRAFÍA

Casanova Rodríguez, M.A.: "Diseño curricular para la educación inclusiva", en *Voces de la inclusión: Interpelaciones y críticas a la idea de "Inclusión" escolar*, compilado por Irazema Edith Ramírez Hernández, Praxis Editorial, Buenos Aires, Argentina, septiembre 2016, pp. 90-108.

Degener, T. y Quinn, G.: "A survey of international, comparative and regional Disability Law Reform", *en From Principles to Practice, an International Disability law and Policy Symposium, 22 al 25 de octubre de 2002,* organizado por DREDF.

Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A.: "Visión y modelos conceptuales de la discapacidad", *Polibea* Nº 73, 2004, pp.29-42.

Ferrajoli, L.: *Derechos y garantías. La ley del más débil,* Madrid, Editorial Trotta, 2001, pp.73-96.

Flores, J.: "La salud de las personas con discapacidad", *Buenas Prácticas Revista Síndrome de Down* 22, 2005, pp. 8-14.

Gavidia Catalán, V., *et al*.: "La educación para la salud: Una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia", *Rev. Enseñanza de las Ciencias* núm.11, 1993, pp.289-296.

Maldonado Molina, J.A.: "La protección social de los mayores durante la pandemia del Covid-19. Efectos en su asistencia sanitaria, dependencia, servicios sociales y pensiones", *Revista De Estudios Jurídico Laborales Y De Seguridad Social (REJLSS)*, Nº3, 2021, pp.119-177. Disponible en: https://doi.org/10.24310/rejlss.vi3.13535

Monereo Pérez, J.L.: "Derecho a la salud: (art. 25.1 DUDH; art. 12 PIDESC)", en VV.AA. *El Sistema Universal de los Derechos Humanos. Estudio sistemático de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y textos internacionales concordantes,* Monereo Atienza, C. Y Monereo Pérez, J.L. (Dirs. y Coord.), Granada, Comares, 2014, pp. 595-623.

Palacios, A.: *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Cinca, 2008, pp. 66-101.

Disponible en la siguiente dirección: http://www.dredf.org/symposium/degener1.htm

Quinn, G. y Degener T. A.: "Survey of international, comparative and regional disability law reform", in Breslin ML, Yee S, eds. *Disability Rights law and Policy - International and National Perspectives,* Ardsley, Transnational, 2002.

Rousseau, J. J.: *Emilio o la Educación*, Editorial Universo, S. A. Lima, 1970, p. 18.

Shakespeare T.: *Disability Rights and Wrongs,* London, Routledge, 2006, p. 16.

VV.AA.: "Programa integral de educación para la salud de jóvenes con discapacidad intelectual en la Comunidad de Madrid", Casado Muñoz, R., Y Lezcano Barbero, F., (dirs y coord.), Comunidad de Madrid, Consejería de Educación y Dirección General de Promoción Educativa, (Ed.), 2006, p.9.