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

9. Evaluación De La Calidad De Los Centros, Actividades Y Servicios Sanitarios Públicos De Andalucía: Accesibilidad Y Diseño Universal

Alejandro Muros Polo
Personal Investigador Predoctoral en Formación - FPU[1]
Dpto. de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Granada
https://orcid.org/0000-0002-6192-8481

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN: EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU BLOQUE NORMATIVO REGULADOR BÁSICO. II. LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL COMO REQUISITO NECESARIO PARA GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. I. *CONCEPTUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y DIFERENCIACIÓN CON FIGURAS AFINES*. A) LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL. B) EL DISEÑO UNIVERSAL O DISEÑO PARA TODOS. C) LOS AJUSTES RAZONABLES. III. ACCESIBILIDAD UNIVERSAL EN LA NORMATIVA INTERNACIONAL GENERAL, COMUNITARIA E INTERNA. IV. PRINCIPALES BARRERAS Y RETOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD. V. ACCESIBILIDAD EN LA NORMATIVA AUTONÓMICA ANDALUZA: ESPECIAL REFERENCIA AL SISTEMA SANITARIO ANDALUZ. VI. LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS SOBRE LA DISCAPACIDAD Y SU INCIDENCIA EN LA ACCESIBILIDAD A LA ASISTENCIA SANITARIA. EL III PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA. VII. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CENTROS, ACTIVIDADES Y SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS DE ANDALUCÍA EN MATERIA DE ACCESIBILIDAD. VIII. CONCLUSIONES CRÍTICAS. IX. BIBLIOGRAFÍA.

I. INTRODUCCIÓN: EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU BLOQUE NORMATIVO REGULADOR BÁSICO

Se debe de partir de la base de que el derecho a la salud se erige como uno de los pilares fundamentales del constitucionalismo democrático-social mundial y europeo y, por ende, como núcleo fundamental del Estado Social actual[2]. Es un derecho social fundamental de carácter primario vinculado al derecho a la vida y a la dignidad de la persona -el clásico derecho a una existencia digna de la persona-[3]. Buena prueba de ello es que con carácter general los textos internacionales en el marco de la ONU han venido reconociendo el derecho a la salud como un derecho social fundamental vinculado a la persona, lo cual muestra la proyección universalista del derecho (véase, artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales)[4].

---

[1] Ayudas para contratos predoctorales de Formación de Profesorado Universitario 2019, financiadas por el Ministerio de Universidades (FPU 2019, concesión definitiva por Orden de 7 de octubre de 2020).

[2] En este sentido, Monereo Pérez, J.L.: "La garantía jurídica del derecho social fundamental a la salud y la asistencia sanitaria", en VV.AA.: *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar. Una visión nacional y europea*, Moreno Vida, M.N. y Díaz Aznarte, M.T. (Dir.), Granada, Comares, 2019, pp. 11 y ss.

[3] Monereo Pérez, J.L.: "El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria en los ordenamientos interno e internacional", en VV.AA.: *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19,* Monereo Pérez, J.L. *et al*. (Dir.) y Fernández Ramírez, M. *et al*. (Coord.), Navarra, Aranzadi, 2021, p. 133.

[4] Análisis exhaustivo en 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, El Pacto Internacional De Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Textos Internacionales Concordantes,* Monereo Pérez, J.L. y Monereo Atienza, C. (Dir. y Coord.), Granada, Comares, 2014, pp. 595-623.

La Carta Social Europea garantiza, asimismo, el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental de solidaridad[5] a través del compromiso de los Estados de establecer medidas para eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente; establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimar el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma; y prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes (art. 11). Además, la CSE reconoce el derecho a la asistencia social y médica en el art. 13, que implica, entre otras cosas, velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado, sin sufrir disminución alguna en sus derechos políticos y sociales. Los Estados Parte deberán de disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar.

La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea en su artículo 35 también contiene un derecho a la protección de la salud que se reconoce a "toda persona", en un marcado sentido universalista, no limitado tan solo a los ciudadanos comunitarios, sino a todas las personas que se encuentren en el espacio de la Unión Europea y requieran asistencia sanitaria en cualquiera de sus manifestaciones[6]. El tenor literal del precepto dice así: "toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana".

Del mismo modo, diversos tratados internacionales también han reconocido este derecho a colectivos específicos, destacando la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; y la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 23[7]. En materia de personas con discapacidad, el tema que aquí nos ocupa, destaca la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD), aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 en su sede de Nueva York y con entrada en vigor el 3 de mayo de 2008 tras conseguir las correspondientes ratificaciones.

La CDPD -que supuso un cambio de paradigma, tras dejar atrás el modelo médico o rehabilitador, y dejar paso al modelo social o del enfoque de los derechos de las personas con discapacidad[8]- reconoce a lo largo de su articulado varias referencias a la salud de las personas con discapacidad. En este sentido, el art. 10, rubricado "derecho a la vida", declara que "los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las

[5] Moreno Vida, M.N.: "Protección de la salud y atención integral a las personas con discapacidad", en VV.AA.: *Protección jurídico-social de las personas con discapacidad. Un enfoque integral y exhaustivo*, Monereo Pérez, J.L. *et al*. (Dir.) y López Insua, B.M. *et al*. (Coord.), Murcia, Laborum, 2020, p. 997.

[6] Monereo Pérez, J.L.: "Artículo 35. Protección de la salud", en VV.AA.: *La Europea de los derechos. Estudio sistemático de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea,* Monereo Pérez, J.L. y Monereo Atienza, C. (Dir. y Coord.), Granada, Comares, 2012, pp. 939-988.

[7] Biel Portero, I.: *Los derechos humanos de las personas con discapacidad*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2011, p. 462.

[8] Así lo reconoce la propia Exposición de Motivos del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social: "La Convención supone la consagración del enfoque de derechos de las personas con discapacidad, de modo que considera a las personas con discapacidad como sujetos titulares de derechos y los poderes públicos están obligados a garantizar que el ejercicio de esos derechos sea pleno y efectivo". Véase, López Insua, B.M.: "La inclusión social de las personas con discapacidad desde un enfoque de derechos, principios de justicia y obligaciones generales", en VV.AA.: *Protección jurídico-social de las personas con discapacidad. Un enfoque integral y exhaustivo,* Monereo Pérez, J.L. *et al*. (Dir.) y López Insua, B.M. *et al*. (Coord.), Murcia, Laborum, 2020, pp. 135-188. Para una explicación detallada de los paradigmas y modelos históricos de la discapacidad, cfr., Ruiz Santamaría, J.L.: *Vacíos e insuficiencias en la adaptación y protección adecuada a las personas trabajadoras con discapacidad,* Navarra, Aranzadi, 2019.

medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás".

El art. 25 CDPD se ocupa de forma pormenorizada del derecho a la salud a través de la siguiente fórmula: "los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad". A tal fin, la CDPD exhorta a los Estados a que adopten las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. Como se puede observar la Convención vincula el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación con la accesibilidad a los servicios sanitarios, poniendo el acento sobre dos cuestiones: la perspectiva de género y la rehabilitación relacionada con la salud.

Además, el art. 25 CPDP añade que "en particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores.

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad".

De forma complementaria a lo anterior, el art. 26 CDPD, rubricado "habilitación y rehabilitación", reconoce que los Estados Partes deberán adoptar las medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. "A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales".

Asimismo, "los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación" (apartado segundo), así como "promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación" (art. 26.3 CDPD).

Ya en el plano del ordenamiento jurídico español es necesario destacar el art. 49 de la Constitución Española, el cual supuso un punto de inflexión en la política social de este colectivo de las personas discapacitadas, transitando de una política pasiva a una de integración social en sus diferentes vertientes. El art. 49 establece no solo un principio de igualdad de derechos y una prohibición de discriminación, sino además un principio de igualdad de oportunidades (igualdad efectiva)[9]. En este sentido, "los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos". Y uno de los derechos que precisamente reconoce este Título I es el del derecho a la protección de la salud (art. 43 CE) que, recordemos, no es un mero derecho de estricta configuración legal ya que se encuentra vinculado por el estándar de garantía multinivel al que remite el art. 10.2 CE[10].

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (en adelante, TRLGDPD)[11], del mismo modo contiene previsiones específicas relacionadas con el derecho a la salud de las personas discapacitadas. Así, en primer lugar, el art. 7 subraya el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad e insta a las Administraciones Públicas a que desarrollen medidas para alcanzar la igualdad real y efectiva, además de reconocer que dichos poderes públicos protegerán de forma especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en materia de igualdad en salud y protección social, entre otras cuestiones.

En segundo lugar, el art. 8 establece un sistema especial de prestaciones sociales y económicas para el colectivo de las personas con discapacidad que incluirá: la asistencia sanitaria y prestación farmacéutica; el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte; la recuperación profesional; y la rehabilitación y habilitación profesionales. Además, el art. 9 TRLGDPD exonera de la aportación por el consumo de la prestación farmacéutica.

[9] Monereo Pérez, J.L. y Molina Navarrete, C.: "El derecho a la protección de las personas con minusvalías", en VV.AA.: *Comentario a la Constitución socio-económica de España,* Monereo Pérez, J.L. *et al.* (Dir.), Granada, Comares, 2002, pp. 1757 y ss.

[10] Véase, Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El sistema multinivel de asistencia sanitaria: tensiones y desafíos en su articulación,* Comares, Granada, 2017.

[11] El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, refunde la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad; la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad; y la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad; conforme al mandato de la disposición final segunda de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, en la redacción dada por la disposición final quinta de la Ley 12/2012, de 26 de diciembre, de medidas urgentes de liberalización del comercio y de determinados servicios.

En tercer lugar, el capítulo II del Título I TRLGDPD, rubricado "derecho a la protección de la salud", por un lado, se ocupa de reconocer en el art. 10 que "las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de la salud, incluyendo la prevención de la enfermedad y la protección, promoción y recuperación de la salud, sin discriminación por motivo o por razón de discapacidad, prestando especial atención a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva. Las actuaciones de las administraciones públicas y de los sujetos privados prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad, conforme a la legislación sanitaria general y sectorial vigente".

Además, el art. 10.3 TRLGDPD incluye un mandato a las Administraciones Públicas para que, por una parte, desarrollen las actuaciones necesarias para la coordinación de la atención de carácter social y de carácter sanitario, de forma efectiva y eficiente, dirigida a las personas que por problemas de salud asociados a su discapacidad tienen necesidad simultánea o sucesiva de ambos sistemas de atención, y, por otra parte, para que promuevan las medidas necesarias para favorecer el acceso de las personas con discapacidad a los servicios y prestaciones relacionadas con su salud en condiciones de igualdad con el resto de ciudadanos.

Por otro lado, también destacan otros artículos del TRLGDPD como el art. 11 dedicado a la prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades; la garantía de equipos multiprofesionales de atención a la discapacidad en el art. 12; y el art. 13 que establece la atención integral como aquellos "procesos o cualquier otra medida de intervención dirigidos a que las personas con discapacidad adquieran su máximo nivel de desarrollo y autonomía personal, y a lograr y mantener su máxima independencia, capacidad física, mental y social, y su inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, así como la obtención de un empleo adecuado". Atención integral que si atendemos a la definición de salud adoptada por la OMS en su Constitución[12] como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" es plenamente coherente con el derecho a la salud de las personas con discapacidad. De este modo, los programas de atención integral comprenden: la habilitación o rehabilitación médico-funcional (art. 14); la atención, tratamiento y orientación psicológica (art. 15); educación (art. 16) y apoyo para la actividad profesional (art. 17).

En concreto, la habilitación o rehabilitación médico-funcional (art. 14), cuyo objetivo es conseguir la máxima funcionalidad de las capacidades físicas, sensoriales, mentales o intelectuales, se inicia con la detección e identificación de las deficiencias y necesidades psicosociales de cada persona y continuará hasta la consecución y mantenimiento del máximo desarrollo y autonomía posible. Para ello, se le reconoce un derecho a toda persona que presente alguna deficiencia en sus estructuras o funciones corporales o psicosociales, de la que se derive o pueda derivarse una limitación en la actividad calificada como discapacidad según lo dispuesto en esta ley, por el que se podrá beneficiar de los procesos de habilitación o rehabilitación médico-funcional necesarios para mejorar y alcanzar la máxima autonomía personal posible y poder lograr con los apoyos necesarios su desarrollo personal y participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que las demás[13]. Estos programas se complementarán con el suministro, la adaptación, conservación y renovación de tecnologías de apoyo, prótesis y órtesis, dispositivos, vehículos, y otros elementos auxiliares para las personas con discapacidad cuyas circunstancias personales lo aconsejen.

En cuanto a la legislación sanitaria, integrada principalmente por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional

[12] Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

[13] El artículo 14.3 TRLGDPD especifica que: "el proceso habilitador o rehabilitador que se inicie en servicios específicos se desarrollará en intima conexión con los centros de intervención en donde deba continuarse y proseguirá, si fuera necesario, como tratamiento domiciliario o bien en el entorno en el que la persona con discapacidad desarrolla su vida, con los recursos comunitarios existentes".

de Salud (en adelante, LSNS); y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, esta se aplica, como no podía ser de otro modo, a las personas con discapacidad por la vía del principio de la igualdad[14]. En concreto, la LSNS en su art. 7 recoge el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Catálogo[15] que está integrado por los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos, y que se individualiza en las siguientes prestaciones de: salud pública; atención primaria; atención especializada; atención sociosanitaria; atención de urgencias; prestación farmacéutica; prestación ortoprotésica; prestación de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Una vez presentada la normativa básica reguladora del derecho a la protección de la salud de las personas con discapacidad, a lo largo de las siguientes páginas se abordará un estudio con el objetivo de determinar si este derecho efectivamente se cumple. Para ello se abordará un estudio de la accesibilidad universal como requisito esencial para garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas con discapacidad y, por tanto, se analizará el propio concepto de accesibilidad universal y se diferenciará de otras figuras como las medidas de accesibilidad, el diseño universal para todas las personas y los ajustes razonables. Seguidamente, se recogerán las principales referencias normativas acerca de la accesibilidad universal en la norma internacional general, comunitaria e interna, para posteriormente determinar las principales barreras a las que siguen enfrentándose las personas con discapacidad para ejercer su derecho a la salud. Por otro lado, se desarrollará un estudio de la accesibilidad universal en la normativa autonómica, así como se presentarán las diferentes estrategias de la discapacidad en diferentes niveles, con especial atención al III Plan de Acción Integral para las personas con discapacidad en Andalucía. Por último, se abordará la importante evaluación de la calidad de los centros, actividades y servicios sanitarios públicos en relación con la accesibilidad, así como se elaborarán una serie de conclusiones críticas para responder al objetivo del estudio aquí presentado.

II. LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL COMO REQUISITO NECESARIO PARA GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

A pesar de la ingente normativa que se ocupa de reconocer el derecho a la protección de la salud de las personas con discapacidad (de forma expresa la CDPD y el TRLGDPD), es palmario que dichas personas tienen mayores dificultades en el acceso al sistema sanitario con el fin de satisfacer su derecho a la salud en general y el derecho a la asistencia sanitaria en particular[16]. En efecto, las personas con discapacidad tienen menor acceso a los servicios de asistencia sanitaria, lo cual provoca que en muchas ocasiones sus necesidades asistenciales o bien sean desatendidas, o bien que cuando

[14] Véase, entre otros, el artículo 10.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, por el que todos tienen derecho respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

[15] El catálogo de prestaciones del SNS cumple una doble función: por un lado, define y delimita, a nivel prestacional, los elementos comunes de aplicación homogénea de asistencia sanitaria en todo el sistema sanitario español; y, por otro lado, sirve de guía necesaria para los usuarios y/o pacientes del mismo, pues en este catálogo se contiene la oferta prestacional pública y las condiciones para su ejercicio, Hernández Bejarano, M.: "Reflexiones críticas sobre el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud", *Temas laborales,* N.º 88, 2007, p. 56.

[16] Véase en este mismo sentido Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial: *Informe Mundial sobre la Discapacidad,* Ginebra, OMS, 2011.

consigan acceder al sistema sean objeto de discriminación y estigmatización, recibiendo servicios sanitarios de calidad deficiente[17].

El *Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad* (adoptado por la OMS en su 66ª Asamblea Mundial de Salud) pone de relieve importantes disparidades en relación con la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad: tienen más del doble de probabilidades de verse confrontadas con proveedores de atención de la salud insuficientemente capacitados y con instalaciones sanitarias inadecuadas; casi el triple de probabilidades de quedar privadas de asistencia sanitaria; y el cuádruple de posibilidad de recibir un tratamiento deficiente. En concreto, este Plan de la OMS fija tres objetivos fundamentales: eliminar obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud; reforzar y ampliar los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario; y mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos[18].

En este sentido, aunque la mayoría de las personas con discapacidad no son ni se sienten enfermas, en la mayor parte de las ocasiones este colectivo se encuentra desprovisto de la atención a la salud más intensa que les corresponde por su discapacidad y los problemas de salud asociados a ella, como usuarios y/o consumidores más cualificados de servicios y prestaciones sanitarias. Si bien muchas personas con discapacidad no se encuentran enfermas, en muchas ocasiones la discapacidad proviene de una enfermedad previa e incluso puede dar lugar a comorbilidades que, junto con otras barreras o factores contextuales, provoca la demanda de una atención a la salud específica, adaptada a sus necesidades[19].

En efecto, se trata de un colectivo muy vulnerable con un grado de protección menor frente a las enfermedades que puedan padecer, ya sea debido a la falta de información y de resortes de alarma, o por la escasa o nula capacidad para percibir su enfermedad, como es el caso de las personas con discapacidad intelectual; ya sea porque las personas con discapacidad motora tampoco pueden fácilmente percibir su enfermedad, por carencia de movilidad y de autonomía para responder por sí solo a la alarma o por su dependencia de otras personas. De ahí que las personas con discapacidad requieran, por lo general, una atención a su salud más continuada e intensa, situándolos como usuarios más cualificados de los servicios sanitarios[20].

Como apunta la doctrina más autorizada, "en la mayor parte de las veces, la discapacidad que presenta la persona que recibe atención sanitaria no es tenida en cuenta, pues los sistemas de salud no saben cómo abordarla. La discapacidad resulta así un elemento "perturbador" para los sistemas tradicionales de salud, que introduce perplejidad e incertidumbre, en un sistema poco flexible, concebido para el canon de usuario medio"[21]. Algunos grupos, como puede ser el ejemplo paradigmático de las personas con discapacidad intelectual, son discriminados por el sistema sanitario ya que, pese a presentar más problemas de salud que la población en general, acuden con menor

[17] Nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud: *Discapacidad y salud*, entrada de 24 de noviembre de 2021, disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health

[18] Moreno Vida, M.N.: op. cit., pp. 1019 y 1020.

[19] Véase las estadísticas recogidas por Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial: op. cit., pp. 35 y ss. y Marbán Gallego, V. *et al*.: *El sector de la discapacidad: realidad, necesidades y retos futuros. Análisis de la situación de la población con discapacidad y de las entidades del movimiento asociativo y aproximación a sus retos y necesidades en el horizonte de 2020*, Rodríguez Cabrero, G. (Dir.), Madrid, CERMI, 2012, pp. 67 y ss.

[20] Beltrán Aguirre, J.L.: "La atención sanitaria a las personas con discapacidad", en VV.AA.: *Atención y protección jurídica de la discapacidad*, Beltrán Aguirre, J.L. y Ezquerra Huerva, A. (Dir.), Navarra, Aranzadi, 2015, pp. 187 y 188.

[21] Pérez Bueno, L.C.: *Discapacidad y asistencia sanitaria. Propuestas de mejora*, Madrid, CERMI, 2006, p. 8.

frecuencia a los servicios sanitarios, habida cuenta de la innumerable cantidad de barreras con las que se encuentran[22].

En este plano, una de las causas principales de la defectuosa asistencia sanitaria que se presta a la discapacidad proviene de la falta de accesibilidad (junto con el déficit de financiación del sistema público sanitario). Una falta de accesibilidad que impide el acceso a los servicios sanitarios por multitud de factores físicos (v.gr.: existencias de barreras arquitectónicas, tales como escaleras, suelos deslizantes, puertas o pasillos estrechos, etc.); sensoriales (v.gr.: inadecuados sistemas de señalización o de aviso en las salas de espera, información en imágenes o textos pequeños, falta de información en braille, ausencia de intérpretes en lengua de signos, etc.); o cognitivos (v.gr.: información inaccesible a través de mensajes confusos o pobres, excesivos tecnicismos, etc.). También se habla de barreras sociales (aquellas que en muchos casos sirven de fundamento a todas las barreras anteriores y que expresan una minusvaloración de las personas, tales como la desconsideración, el trato paternalista, etc.)[23].

1. Conceptuación de la accesibilidad universal y diferenciación con figuras afines

A rasgos generales la falta de accesibilidad a productos, entornos, servicios, bienes, derechos, etc., puede producir situaciones de discriminación o, simplemente, situaciones de insatisfacción de derechos. Es más, en el ámbito de las personas con discapacidad, la inexistencia o falta de accesibilidad en el ejercicio de sus derechos o la existencia de barreras de cualquier tipo es lo que determina precisamente la condición de persona discapacitada[24]. Se llega incluso a decir que la accesibilidad es un elemento esencial del discurso de la discapacidad, pues la discapacidad es una situación que surge por la falta de accesibilidad[25], algo que tiene mucho que ver con el modelo social de la discapacidad que ya no mira al individuo con discapacidad sino a la sociedad en su conjunto como culpable de tal condición.

En efecto, es un hecho constatable que el ejercicio efectivo de los derechos de las personas discapacitadas depende en buena medida del grado de accesibilidad de los entornos, entendidos estos en el sentido más amplio posible. En función de si un entorno reúne o no condiciones de accesibilidad, un mismo derecho reconocido normativamente, podrá ejercitarse o no por una persona, dependiendo de si esta presenta o no una discapacidad (hecho que se ha podido constatar con el análisis del derecho a la salud de las personas con discapacidad). La ausencia de accesibilidad, que frustra de ordinario el ejercicio regular de los derechos a las personas con discapacidad, se reputa en este sistema como discriminación que atenta contra la igualdad y por ende ha de ser prohibida, y las situaciones de hecho que la desencadenan, erradicadas[26].

A) La Accesibilidad Universal

Una vez que nos adentramos en la definición del término de la accesibilidad universal, esta se puede entender como la posibilidad de acceder a determinados productos, bienes o entornos, al

[22] Leturia Arrazola, F.J. et al.: "La atención sanitaria a las personas con discapacidad", *Revista Española de Discapacidad*, N.º 1, 2014, p. 152.

[23] Una clasificación general sobre las diferentes barreras de accesibilidad en De Asís Roig, R., Barranco Avilés, M.C. y Cuenca Gómez, P.: "Derechos: accesibilidad", en VV.AA.: *Fundamentos del Derecho de la Discapacidad,* Lorenzo García, R. y Pérez Bueno, L.C., Navarra, Aranzadi, 2020, p. 286.

[24] Véase, el Preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, cuando se indica 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".

[25] De Asís, R.: "Sobre el sentido, contenido y configuración jurídica de la accesibilidad", *Universitas,* N.º 32, 2020, p. 8.

[26] Pérez Bueno, L.C.: "La configuración jurídica de los ajustes razonables", en VV.AA.: *2003-2012, 10 años de legislación sobre no discriminación de personas con discapacidad en España. Estudios en homenaje a Miguel Ángel Cabra de Luna,* Madrid, Cinca, 2012, p. 181.

igual que también se puede entender como la posibilidad de ejercitar los derechos inherentes a la persona[27]. Todo ello, por supuesto, en igualdad de condiciones y de oportunidades en comparación con el resto de la población. En este sentido, el concepto de la accesibilidad ha evolucionado desde un término que se refería solamente a la mejora de los entornos físicos para eliminar cualquier barrera física o arquitectónica, hasta una concepción de la accesibilidad universal o integral que se refiere a cualquier barrera de tipo físico, cognitivo o sensorial que impida o bien el legítimo disfrute de bienes o servicios, o bien el ejercicio de derechos en igualdad de oportunidades[28].

En el plano internacional, la CDPD no define directamente el concepto de accesibilidad en su art. 2, el cual está dedicado precisamente a las definiciones. En cambio, el art. 9 CDPD sí que se refiere a este concepto por medio de un mandato que le otorga a los Poderes Públicos: "a fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales".

Por otro lado, la TRLGDPD en su artículo 2 sí que define el término de la accesibilidad, al cual añade el adjetivo "universal", en clara sintonía con lo dispuesto en la CDPD: "es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible". Además, añade que el término de la accesibilidad universal "presupone la estrategia de «diseño universal o diseño para todas las personas», y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse".

Definición contenida en el art. 2 TRLGDPD que ha sido modificada por la Ley 6/2022, de 31 de marzo, con el fin de resaltar la importancia de la accesibilidad cognitiva: "en la accesibilidad universal está incluida la accesibilidad cognitiva para permitir la fácil comprensión, la comunicación e interacción a todas las personas. La accesibilidad cognitiva se despliega y hace efectiva a través de la lectura fácil, sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, pictogramas y otros medios humanos y tecnológicos disponibles para tal fin".

Accesibilidad que, como recoge expresamente el TRLGDPD, presupone el "diseño universal para todos" y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables. Dos términos, diseño universal y ajustes razonables, que actúan, por tanto, como mecanismos de expresión de la accesibilidad, con sus correspondientes diferencias.

B) El Diseño Universal o Diseño para todos

El diseño universal para la CDPD es el "diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado" (art. 2). Para el TRLGDPD el diseño universal o diseño para todas las personas "es la actividad por la que se conciben o proyectan desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, programas, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado" (art. 2.l). Diseño universal que se sitúa,

[27] Para De Asís, R.: op. cit., p. 9 la accesibilidad se puede entender en un sentido restringido cuando se proyecta sobre productos, objetos, instrumentos, herramientas, entornos, servicios, etc.; y se puede en entender en un sentido amplio cuando se proyecta sobre bienes o derechos.

[28] GYG Consultores en Tecnología S.L. y Rodríguez Porrero, C.: *Historia de la accesibilidad en España*, Madrid, CEAPAT-IMSERSO, 2014, acceso electrónico.

por tanto, en el primer plano de la accesibilidad, incluso antes de que se desarrollen los productos, servicios o se ejerciten los derechos.

Sin embargo, el término diseño universal no excluye, a pesar de que no se mencionen expresamente en la CDPD, las denominadas "medidas de accesibilidad". Se trata, en efecto, de actuaciones tendentes a corregir situaciones en las que el diseño universal no ha satisfecho de manera justificada y, por tanto, están dirigidas a convertir el producto, entorno, programa, servicio y/o derechos en utilizable, ejercible, practicable, comprensible (véase, arts. 63, 65 y 66 TRLGDPD). En definitiva, el diseño universal exige que todo sea accesible, tanto lo ya elaborado, configurado o construido, como aquello que está por elaborar, configurar o construir[29].

En este sentido, los principios básicos del diseño universal elaborados por el *Centro para el Diseño Universal de la North Columbia State University de Estados Unidos* también ayudan a comprender el uso correcto de esta técnica: (i) uso universal, para todos; (ii) flexibilidad de uso; (iii) uso simple e intuitivo; (iv) información perceptible; (v) tolerancia para el error o mal uso; (vi) poco esfuerzo físico requerido; (vii) tamaño y espacio para acercamiento, manipulación y uso[30].

C) Los ajustes razonables

Según el art. 2 CDPD, "por "ajustes razonables" se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales". En el mismo sentido el TRLGDPD en su artículo 2.m) define a los ajustes razonables como "las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas del ambiente físico, social y actitudinal a las necesidades específicas de las personas con discapacidad que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular de manera eficaz y práctica, para facilitar la accesibilidad y la participación y para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos".

Con carácter general, los ajustes razonables se justifican cuando la accesibilidad no se puede satisfacer de manera universal, ya sea a través del diseño universal ya sea a través de las medidas de accesibilidad, y, por tanto, se convierten los ajustes razonables en un auténtico derecho destinado a remediar esa situación individual[31]. El sentido de los ajustes razonables reside en que muchas veces la consecución de la accesibilidad universal (incluso en su modalidad de medidas de accesibilidad) supone un objetivo arduo, oneroso y en todo caso de largo plazo -al partir de entornos preexistentes estructural y consolidadamente no accesibles que para ser transformados, si son aptos para ello, requieren de tiempos dilatados-; o bien también puede ocurrir que el diseño para todas las personas no termina de satisfacer todas las necesidades de todas las personas con discapacidad, pues la casuística es innumerable y no todo puede ser previsto y solventado de antemano sobre la base de la accesibilidad universal. Se trata, en fin, de garantías de segundo grado, que operan de forma subsidiaria, y no en todas las situaciones, pues se limitan con las cargas que se constituyan como desproporcionadas o indebidas[32].

De este modo, los ajustes pueden manifestarse a través del apoyo o la asistencia al acceso dirigida a personas concretas en situaciones igualmente concretas. Los apoyos son aquellos que: o bien son necesarios para poder disfrutar de un derecho en igualdad de condiciones (v.gr.: apoyos en el ámbito educativo o empleo con apoyo); o bien suponen la ayuda necesaria para el ejercicio de la capacidad y están relacionados, por tanto, con la toma de decisiones. La asistencia, a su vez, puede

[29] De Asís, R.: op. cit., pp. 6 y 10.

[30] VV.AA.: *Libro Verde de la Accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras,* Alfonso López, F. (Dir. y Coord.), Madrid, IMSERSO, 2002, p. 32.

[31] De Asís, R.: op. cit., pp. 10 y 11.

[32] Pérez Bueno, L.C.: "La configuración jurídica… op. cit., pp. 182 y ss.

manifestarse a través de tres grandes sentidos relacionados con: el ejercicio de los derechos en una vida independiente; las actividades básicas de la vida diaria, según lo que se establece en el art. 2 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; y la atención al desarrollo, lo cual constituye auténticos derechos (de atención temprana, atención socio-educativa y atención socio-sanitaria)[33].

III. ACCESIBILIDAD UNIVERSAL EN LA NORMATIVA INTERNACIONAL GENERAL, COMUNITARIA E INTERNA

La accesibilidad, como elemento esencial para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, aparece reiteradamente en diferentes textos del plano internacional general y regional, así como nacional.

En primer lugar, la CDPD adquiere esta premisa de la accesibilidad como componente indispensable para ejercer los derechos inherentes a la persona cuando ya indica en su Preámbulo que: "observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo", es necesario destacar la "importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales". Además, si se atiende a la definición de discriminación por razón de discapacidad que aporta el art. 2 CDPD ("se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables"), la accesibilidad se puede entender como parte de este tipo de discriminación. Tributario de la importancia que se le concede al concepto de la accesibilidad universal es que el art. 3 de la Convención lo configura como un principio general, así como que el art. 4 lo integra dentro de las obligaciones generales para los Estados.

Como ya se ha comentado, el art. 9 CDPD dedica un artículo específico a la regulación de la accesibilidad con el fin de alcanzar tres derechos más amplios con son: el derecho a la vida independiente, a la participación en la vida social y a la igualdad de oportunidades. La CDPD expresa la obligación de que los Estados Partes garanticen el acceso al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Es destacable indicar que el hecho de que se exija que un entorno sea accesible no se debe a su titularidad pública o privada, sino a que se trata de un entorno que está dispuesto y abierto para la utilización del público[34].

Estas medidas que deben de desarrollar los Estados Partes incluirán la eliminación de obstáculos y barreras de acceso y se aplicarán a los edificios, vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo. Además, también se aplicarán a los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia. Resaltar la importancia que le concede la CDPD a la accesibilidad de las instalaciones sanitarias y a los servicios de información y comunicaciones, entre los que destacan los servicios de emergencia (sanitaria).

[33] De Asís, R.: op. cit., pp. 11 y 12.

[34] Miranda Erro, J.: "Accesibilidad universal: de las leyes a su aplicación efectiva", en VV.AA.: *Avanzando en la inclusión. Balance de logros alcanzados y agenda pendiente en el Derecho español de la discapacidad*, Martínez-Pujalte, A.L. *et al*. (Dir.), Navarra, Aranzadi, 2019, pp. 73 y 74, coincidiendo con la Observación General N.º 2 sobre el art. 9 de la CDPD del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El art. 9.2 CDPD, asimismo, insta a los Estados Parte a que desarrollen las siguientes medidas (con la fórmula de "adoptarán"):

"a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;

b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;

c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;

d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;

e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;

f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;

g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;

h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo".

También se alude a la accesibilidad en otros muchos preceptos de la CDPD en relación con: el acceso a la información (arts. 9 y 21); el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la sociedad (art. 19)[35]; la movilidad personal (art. 20); la educación (art. 24); el empleo (art. 27); la protección social (art. 28); la participación política (art. 29); o la participación en el ocio, la cultura y el deporte (art. 30).

En coherencia con el tema que se analiza el presente capítulo, destaca el art. 25 dedicado a la salud (que ya ha sido referenciado), en el que se reconoce el derecho de las personas discapacitadas a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación, y por el que los Estados Partes deberán de adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud (entre otras medidas: garantizar la sanidad pública y gratuita; proporcionar los servicios de salud específicos que necesiten las personas con discapacidad; dotar de cercanía a los servicios, incluso en zonas rurales; garantizar el consentimiento libre e informado; prohibir la discriminación por discapacidad en seguros de salud y de vida; impedir que se nieguen servicios de salud o de atención o alimentos sólidos y líquidos por razón de discapacidad).

En el ámbito del Derecho social comunitario, además de las referencias del TFUE a la igualdad de oportunidades y a la prohibición de discriminación por razón de discapacidad, el art. 26 CDFUE consagra el paradigma de la integración de las personas con discapacidad[36], por el que: "la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen

[35] Destaca el apartado b) del art. 19 CDPD por el que se reconoce el derecho a que "las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta".

[36] Alenza García, J.F.: "Régimen legal de la atención y protección de las personas con discapacidad", en VV.AA.: *Atención y protección jurídica de la discapacidad,* Beltrán Aguirre, J.L. *et al*. (Dir.), Navarra, Aranzadi, 2015, pp. 41-47.

su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad". En cambio, una referencia expresa a la accesibilidad y a la eliminación de barreras se recoge en la reciente Directiva 2019/882 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de abril de 2019, sobre los requisitos de accesibilidad de los productos y servicios, así como en la Estrategia comunitaria sobre los derechos de las personas con discapacidad para 2021-2030[37], que constituye la continuación de la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020[38].

Por otro lado, en el orden constitucional español (señaladamente, art. 49 CE) no se prevé referencia expresa a la accesibilidad universal, aunque autorizada doctrina propone cuatro posibles construcciones jurídicas de la accesibilidad en relación con la Constitución: como principio jurídico, como parte del derecho a la no discriminación, como un derecho subjetivo o como parte del contenido esencial de los derechos fundamentales[39]. Incluso en cierto modo el TC en su sentencia 18/2017, de 2 de febrero, reconoce la vinculación del art. 49 con el 9.2 CE como mandato a los poderes públicos para que garanticen la plena accesibilidad de las personas con discapacidad[40].

En el plano de la legislación ordinaria española han sido varias las normas que han prestado su atención a la accesibilidad con anterioridad al TRLGDPD. En un primer momento destaca la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad, que fue la primera norma que reguló la atención y los apoyos a las personas con discapacidad y sus familias e incorporó medidas de accesibilidad. Tiempo más tarde, La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad supuso una puesta al día de conceptos como discapacidad y participación y delimitó el papel del Estado como garante del derecho de igualdad de todas las personas a partir de dos mecanismos: la lucha contra la discriminación y la accesibilidad universal[41]. De hecho, es conforme a esta Ley cuando entraron en vigor los principales reales decretos reguladores de la accesibilidad en ámbitos específicos como: las relaciones con la Administración General del Estado[42]; el acceso y la utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones[43]; el acceso a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social[44]; y el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad[45].

El TRLGDPD, siguiendo la estela de la CDPD, concede un espacio esencial a la accesibilidad a lo largo de su articulado. No solo la reconoce como principio (art. 3), sino que reconoce su aplicación al conjunto de los derechos recogidos en el Título I (entre los que figura el derecho a la protección de

[37] *Comunicación de la Comisión: Una Unión de la Igualdad: Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad para 2021-2030, Bruselas, 3.3.2021, COM (2021) 101 final.*

[38] *Comunicación de la Comisión: Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020 [COM (2010) 636 final].*

[39] Cfr., De Asís Roig, R.: "Sobre el concepto de accesibilidad universal", en VV.AA.: *Accesibilidad a los medios audiovisuales para personas con discapacidad - AMADIS 2006*, Madrid, Real Patronato sobre Discapacidad, 2007, pp. 21-23. Sobre la discusión en torno a la reforma constitucional de este precepto, véase, De Asís Roig, R.: "De nuevo sobre Constitución y discapacidad", *Universitas,* N.º 31, 2020, pp. 52-64.

[40] Moreno Brenes, P.: "Accesibilidad en materia de urbanización, edificación y vivienda", en VV.AA.: *Protección jurídico-social de las personas con discapacidad. Un enfoque integral y exhaustivo*, Monereo Pérez, J.L. *et al*. (Dir.) y López Insua, B.M. *et al*. (Coord.), Murcia, Laborum, 2020, pp. 343 y 344.

[41] Pérez Bueno, L.C. y Álvarez Ramírez, G.: "Los principios", en VV.AA.: VV.AA.: *Fundamentos del Derecho de la Discapacidad,* Lorenzo García, R. y Pérez Bueno, L.C., Navarra, Aranzadi, 2020, pp. 171 y 172.

[42] Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado.

[43] Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones.

[44] Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social.

[45] Real Decreto 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad.

la salud) y en relación con determinados ámbitos de aplicación: "a) Telecomunicaciones y sociedad de la información; b) Espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación; c) Transportes; d) Bienes y servicios a disposición del público; e) Relaciones con las administraciones públicas, incluido el acceso a las prestaciones públicas y a las resoluciones administrativas de aquellas; f) Administración de justicia; g) Participación en la vida pública y en los procesos electorales; h) Patrimonio cultural, de conformidad con lo previsto en la legislación de patrimonio histórico, siempre con el propósito de conciliar los valores de protección patrimonial y de acceso, goce y disfrute por parte de las personas con discapacidad; i) Empleo" (art. 5 TRLGDPD).

En concreto, el TRLGDPD concede mayor protagonismo a la accesibilidad en relación con el derecho a la vida independiente (capítulo V) y, por tanto, con el derecho a participar plenamente en todos los aspectos de la vida. Para ello, el art. 22 otorga a los poderes públicos un mandato por el que adoptarán las medidas pertinentes para asegurar la accesibilidad universal, en igualdad de condiciones con las demás personas, en los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, así como los medios de comunicación social y en otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales[46].

Es más, el art. 23 TRLGDPD dispone que el Gobierno, con respeto de las competencias atribuidas a las comunidades autónomas y municipios[47], regulará las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación que garanticen los mismos niveles de igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en todas las áreas contenidas en el mencionado art. 5 (por supuesto, normas básicas que se aplicarán a todas las comunidades autónomas y que podrán ser mejoradas por la legislación autonómica y local)[48]. El mismo artículo 23 indica que se incluirán los siguientes elementos comunes a las condiciones básicas -dirigidas estas a prevenir o suprimir discriminaciones, así como para compensar desventajas o dificultades- con independencia del ámbito específico:

"a) Exigencias de accesibilidad de los edificios y entornos, de los instrumentos, equipos y tecnologías, y de los bienes y productos utilizados en el sector o área. En particular, la supresión de barreras a las instalaciones y la adaptación de equipos e instrumentos, así como la apropiada señalización en los mismos.

b) Condiciones más favorables en el acceso, participación y utilización de los recursos de cada ámbito o área y condiciones de no discriminación en normas, criterios y prácticas.

c) Apoyos complementarios, tales como ayudas económicas, productos y tecnologías de apoyo, servicios o tratamientos especializados, otros servicios personales, así como otras formas de apoyo personal o animal. En particular, ayudas y servicios auxiliares para la comunicación, como sistemas aumentativos y alternativos, braille, lectura fácil, pictogramas, dispositivos multimedia de fácil acceso, sistemas de apoyo a la comunicación oral y lengua de signos, sistemas de comunicación táctil y otros dispositivos que permitan la comunicación.

d) La adopción de normas internas en las empresas o centros que promuevan y estimulen la eliminación de desventajas o situaciones generales de discriminación a las personas con discapacidad, incluidos los ajustes razonables.

[46] La disposición adicional cuarta TRLGDPD reconoce que la AGE promoverá, en colaboración con otras administraciones públicas y con las organizaciones representativas de las personas con discapacidad y sus familias, la elaboración, desarrollo y ejecución de planes y programas en materia de accesibilidad y no discriminación. En virtud de esta disposición, que ya se contenía en la anterior normativa, se aprobó el I Plan Nacional sobre Accesibilidad 2004-2012, elaborado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales en 2004. Asimismo, el apartado dos de la disp. adicional 4ª exhorta al Gobierno para que en un plazo de un año elabore el siguiente plan, plazo que se ha incumplido ya que el II Plan Nacional de Accesibilidad 2022-2030 todavía está en proceso de elaboración.

[47] Sobre esta posibilidad, Moreno Brenes, P.: op. cit., pp. 351 y 352.

[48] Alenza García, J.F.: op. cit., p. 63.

e) Planes y calendario para la implantación de las exigencias de accesibilidad y para el establecimiento de las condiciones más favorables y de no discriminación.

f) Recursos humanos y materiales para la promoción de la accesibilidad y la no discriminación en el ámbito de que se trate".

Asimismo, se presta especial atención a la accesibilidad cognitiva en el art. 29.bis TRLGDPD (referencia incorporada por la Ley 6/2022, de 31 de marzo), entendiendo que sus condiciones básicas de accesibilidad son "son el conjunto sistemático, integral y coherente de exigencias, requisitos, normas, parámetros y pautas que se consideran precisos para asegurar la comprensión, la comunicación y la interacción de todas las personas con todos los entornos, productos, bienes y servicios, así como de los procesos y procedimientos". Condiciones básicas que se extenderán a todos los ámbitos del art. 5.

Sin ánimo de exhaustividad, se procede a detallar la normativa aplicable de aquellos ámbitos específicos de accesibilidad más importantes en relación con el acceso a los servicios sanitarios. Sin perjuicio de que otros aspectos no analizados, como la normativa de accesibilidad de transportes, que también es enormemente útil e influye en el acceso a los sistemas de salud y que participa en el concepto de la cadena de accesibilidad.

En cuanto a los espacios públicos urbanizados y edificaciones y sus requisitos de accesibilidad, la regulación parte del art. 25 TRLGDPD que establece los plazos de exigibilidad máximos (por remisión a la disposición adicional tercera y que finalizaron el 4 de diciembre de 2017)[49]. El art. 26 TRLGDPD, a su vez, especifica que "las normas técnicas sobre edificación incluirán previsiones relativas a las condiciones mínimas que deberán reunir los edificios de cualquier tipo para permitir la accesibilidad de las personas con discapacidad. Todas estas normas deberán ser recogidas en la fase de redacción de los proyectos básicos, de ejecución y parciales, denegándose los visados oficiales correspondientes, bien de colegios profesionales o de oficinas de supervisión de las administraciones públicas competentes, a aquellos que no las cumplan". Estas previsiones son desarrolladas reglamentariamente en el Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones, con el fin de hacer efectiva la igualdad de oportunidades y la no discriminación de las personas con discapacidad. Además, la Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación recoge entre sus requisitos básicos de la edificación la accesibilidad, "de tal forma que se permita a las personas con movilidad y comunicación reducidas el acceso y la circulación por el edificio en los términos previstos en su normativa específica" (art. 3). Por último, el Código Técnico de la Edificación[50] también establece en el art. 12 las exigencias básicas de seguridad de utilización y accesibilidad, consistente en "reducir a límites aceptables el riesgo de que los usuarios sufran daños inmediatos en el uso previsto de los edificios, como consecuencia de las características de su proyecto, construcción, uso y mantenimiento, así como en facilitar el acceso y la utilización no discriminatoria, independiente y segura de los mismos a las personas con discapacidad" (aspectos desarrollados por el *Documento Básico-SUA. Seguridad de utilización y accesibilidad*)[51].

En el ámbito de los productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social, además del art. 24 TRLGDPD y el Real Decreto 1494/2007, de 12 de

[49] Además, el art. 25.2 TRLGDPD establecía un plazo de dos años para realizar estudios integrales sobre la accesibilidad a los espacios públicos urbanizados y edificaciones, mandato que ha sido cumplido a través del informe: Real Patronato sobre Discapacidad*: Estudio de accesibilidad universal en espacios públicos urbanizados y en la edificación en España, 2017*, Madrid, RPD, 2017.

[50] Véase, Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación y sus sucesivas modificaciones, entre las que destaca el Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.

[51] Para un mayor análisis de la normativa, véase, De Asís Roig, R., Barranco Avilés, M.C. y Cuenca Gómez, P.: op. cit., pp. 287-292.

noviembre, destaca el Real Decreto 1112/2018, de 7 de septiembre, sobre accesibilidad de los sitios web y aplicaciones para dispositivos móviles del sector público, donde se establece el conjunto de principios y técnicas que se deben respetar al diseñar, construir, mantener y actualizar los sitios web y aplicaciones para dispositivos móviles con el fin de garantizar la igualdad y no discriminación en el acceso de las personas usuarias (particularmente personas con discapacidad o personas mayores)[52]. Última regulación que parte de la Directiva (UE) 2016/2102, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de octubre de 2016, y que es fundamental para garantizar el acceso de las personas con discapacidad a las *Apps* dedicadas a la salud (también llamadas *m-Health*)[53].

En cuanto al acceso a los bienes y servicios a disposición del público, entre los que se encuentran, lógicamente, los servicios sanitarios, es necesario partir del art. 29 TRLGDPD por el que "todas las personas físicas o jurídicas que, en el sector público o en el privado, suministren bienes o servicios disponibles para el público, ofrecidos fuera del ámbito de la vida privada y familiar, estarán obligadas, en sus actividades y en las transacciones consiguientes, al cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, evitando discriminaciones, directas o indirectas, por motivo de o por razón de discapacidad". No obstante, el desarrollo reglamentario de las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación en el ámbito de los bienes y servicios a disposición del público no se ha producido por parte del Gobierno, incumpliendo el plazo de dos años previsto en la disposición final tercera TRLGDPD (al igual que ocurrió con el plazo predispuesto en la Ley 51/2003, de 2 de diciembre). Omisión posiblemente motivada por la amplitud que debe tener esta regulación, por la complejidad de las cuestiones implicadas y sectores afectados (servicios de salud, seguros, servicios bancarios, ocio, cultura, deporte, etc.), así como por su evidente impacto en el ámbito privado[54]. Reglamento que se encuentra a la espera de aprobación tras el recurso contencioso-administrativo que presentó el CERMI con el objeto de que se obligara al Gobierno a elaborar esta reglamentación, y que fue estimado por la STS 384/2019, de 20 de marzo[55]. Igualmente se trata de un reglamento muy importante si tenemos en cuenta los plazos de exigibilidad de la D. adicional 3ª TRLGDPD, lo cuales están vinculados a la entrada en vigor del Real Decreto.

Por último, entre otras referencias normativas a la accesibilidad es necesario citar, de un lado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y, de otro, la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas, que recoge la obligación de las Administraciones Públicas competentes en materia de sanidad de dotar de servicios de intérpretes en lengua de signos, siempre que así se solicite previamente por los usuarios, así como deberán promover los medios de apoyo a la comunicación oral de los usuarios (también se adoptarán las medidas respectivas en las campañas informativas y preventivas en materia de salud para que sean accesibles a personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas). Por otro lado, entre la legislación sanitaria, destaca el art. 23 y 28 de la LSNS que reconoce como garantías de las prestaciones sanitarias tanto la accesibilidad en general, como la calidad y servicios de referencia, expresando que "la accesibilidad de los centros, servicios y prestaciones de carácter sanitario para personas con discapacidad constituye un criterio de calidad que ha de ser garantizado por el Sistema Nacional de Salud". Asimismo, en referencia al diseño universal "los centros sanitarios de nueva creación deberán cumplir las normas vigentes en materia de promoción de la accesibilidad y de eliminación de barreras de todo tipo que les sean de aplicación". Y en materia de medidas de accesibilidad: "las Administraciones públicas sanitarias promoverán programas para la eliminación de barreras en los

[52] Moreno Brenes, P.: op. cit., pp. 356-358.

[53] Véase otras referencias a la accesibilidad en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

[54] De Asís Roig, R., Barranco Avilés, M.C. y Cuenca Gómez, P.: op. cit., 312.

[55] Un análisis en Morcillo Moreno, J.: "El reto de la accesibilidad y su incumplimiento por los poderes públicos: consecuencias de la inactividad reglamentaria", *Revista de Administración Pública*, N.º 210, 2019, pp. 287-318.

centros y servicios sanitarios que, por razón de su antigüedad u otros motivos, presenten obstáculos para los usuarios con problemas de movilidad o comunicación".

IV. PRINCIPALES BARRERAS Y RETOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD

Tal y como ya se ha mencionado, la falta de accesibilidad es lo que determina precisamente la configuración de la discapacidad. Según el modelo social, la causa del problema de la discapacidad no reside en las limitaciones individuales que cada persona pueda tener, sino en las limitaciones (o barreras) que impone la sociedad a la hora de prestar los servicios apropiados y de garantizar que las necesidades de estas personas sean cubiertas. De este modo, los entornos sociales y en concreto los entornos sanitarios deben de diseñarse y organizarse de modo que se adecuen a las necesidades de las personas con discapacidad. Ahora bien, la perspectiva biopsicosocial (subtipo del modelo social), que es la que se incorpora a la *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud* de la OMS en 2001 e, incluso, a la CDPD[56], recuerda que, aunque muchas personas con discapacidad no se sienten ni están enfermas, no es menos cierto que en la mayoría de los casos la discapacidad es el resultado de la interacción de un factor individual (un problema de salud) y de un factor o factores sociales[57].

Habida cuenta de lo anterior, una vez más, es necesario reseñar la importancia de eliminar o suprimir las barreras y garantizar la accesibilidad universal, en sus diferentes variantes. Según el *Libro Verde de la Accesibilidad en España* elaborado por el IMSERSO en 2002, son barreras aquellas que en el plano de los derechos dificultan su ejecución y que en el plano genérico de lo social limitan la participación del individuo, generando sensación de falta de libertad e independencia, incluso un sentimiento de inseguridad y de desvalorización que conduce a situaciones de ansiedad, desánimo en la participación y aislamiento.

El citado *Libro Verde* elabora una clasificación general de las citadas barreras que puede ser expresiva[58]:

- Barreras intrínsecas: vinculadas al conocimiento de la persona discapacitada; vinculadas a los problemas de salud; o bien a la dependencia física o psicológica que esta persona tenga respecto a terceras.
- Barreras ambientales: impuestas específicamente por las condiciones físicas del medio, tales como barreras arquitectónicas, urbanísticas, del medio natural, del transporte o relacionadas con las reglas y regulaciones.
- Barreras interactivas propias a la habilidad requerida para determinadas actividades (v.gr.: dificultad en el uso de máquinas); relativas a las necesidades de comunicación (limitaciones cognitivas o del habla, la audición o la vista).

En concreto, del estudio elaborado en el *Libro Verde* se infiere que las personas con discapacidad se enfrentan a las siguientes barreras con mayor habitualidad[59]:

- Para las personas discapacitadas físicas: desniveles en aceras, transportes, edificios con escaleras; altura de los mostradores, taquillas, cabinas telefónicas, buzones; estrechez de pasillos, ascensores, vagones de tren; puertas pesadas, giratorias, estrechas, no

[56] Moreno Vida, M.N.: op. cit., pp. 1005-1008.
[57] Beltrán Aguirre, J.L.: op. cit., pp. 178-180.
[58] VV.AA. *Libro Verde de*... op. cit., pp. 27-30 con cita en Smith, R.W.: "Leisure of disable tourists: barriers to participation", *Annals of Tourism Research,* N.º 3, 1987, pp. 376-389.
[59] Resultados resumidos en López Cala, G. *et al*.: "Discapacidad y accesibilidad universal. La unión perfecta", *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, Monográfico 3, 2018, pp. 52 y 53.

automáticas; aseos no adaptados en edificios y locales públicos; pavimentos rotos, nulos o demasiado resaltados; obstáculos continuos en la vía pública, fijos o móviles.

- Para las personas discapacitadas visuales: mala señalización (letra pequeña, no textos en Braille); obstáculos continuos en la vía pública, fijos o móviles; demasiada gente hace perder sus puntos de referencia; pavimentos en mal estado; cristales en puertas o en separación de ambientes; objetos situados a baja altura (papeleras, ramas de árboles); escaleras no señalizadas.
- Para las personas discapacitadas auditivas: falta de paneles y carteles informativos; deficiente comunicación con el personal (no conocen la lengua de signos); ausencia de video portero y avisadores luminosos de timbres; no hay teléfonos de texto o fax públicos; carencia de sistemas de alarma sonoros y luminosos; pocas películas y cine subtitulado.

En el ámbito específico del acceso a los servicios de salud, la OMS destaca las siguientes barreras que más dificultan el acceso, diferenciando entre[60]:

- Barreras ligas a cuestiones de actitud: prejuicios o estigmatización sobre las personas discapacitadas; falta de conocimiento por parte de los proveedores de servicios de salud acerca de los derechos y necesidades de salud de las personas con discapacidad, así como deficiente formación y experiencia profesional en la materia; ausencia de políticas que tengan en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, como horarios de cita más prolongados y flexibles, prestación de servicios periféricos o costos reducidos para las personas con discapacidad; obstáculos referidos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad ya que a menudo los operadores de la salud presuponen, erróneamente, que las mujeres con discapacidad son asexuales o inaptas para la maternidad; ausencia de demanda de opinión o participación en la prestación de servicios de salud.
- Barreras físicas: lejanía de los servicios de salud y ausencia de medios de transporte de fácil acceso; entradas de los edificios con escaleras o servicios y actividades ubicados en pisos a los que no se llega en ascensor y son inaccesibles por definición; instalaciones de aseo inaccesibles con pasillos, puertas y salas en los que no cabe un usuario en silla de ruedas o con problemas de movilidad; dificultades para utilizar muebles de altura fija, como camillas de exploración o sillas; mal iluminación de los establecimientos de salud, señalización deficiente o distribución confusa, dificultando la orientación del usuario.
- Barreras que dificultan la comunicación: escasez de material escrito o de intérpretes de lengua de signos que dificultan el acceso a las personas con deficiencia auditiva; información sobre salud o recetas médicas que no se entregan en formato accesible, como puede ser el sistema braille o papel impreso en letra grande, lo que supone una barrera para las personas con discapacidad visual; información aportada de modo complicado o con abundante jerga médica, sin emplear métodos accesibles como emplear el lenguaje sencillo o recurrir a imágenes u otras referencias visuales, lo cual provoca el difícil acceso de las personas con trastornos cognitivos a los servicios de salud.
- Barreras económicas: en los países de renta baja, más de la mitad de las personas con discapacidad no puede pagarse una atención de salud adecuada. Los servicios de transporte, medicamentos y sobre todo el costo de la consulta no pueden ser pagados por muchas personas con discapacidad.

El *Estudio de accesibilidad de los bienes y servicios a disposición del público en España de 2017*, elaborado por el Real Patronato sobre Discapacidad a raíz del mandato contenido en el

[60] Barreras que se recogen en la citada Nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud: *Discapacidad y salud*.

art. 29.5 TRLGDPD, parte del estudio del Observatorio Estatal de la Discapacidad titulado *Espacio socio-sanitario inclusivo* del año 2014 para esbozar el estado de la accesibilidad a la salud en España y, en concreto, sus déficits: (i) ausencia del carácter transversal de la accesibilidad universal y en la estrategia de diseño para todas las personas; (ii) subsistencia de barreras de todo tipo (arquitectónicas, de comunicación, de orientación, de comprensión y actitudinales); (iii) atención sanitaria deficiente a las mujeres con discapacidad (especialmente en relación con la atención ginecológica) por falta de medios adaptados como camillas hidráulicas, máquinas de mamografía accesibles para mujeres en silla de ruedas, etc.; (iv) falta de accesibilidad a la información y de adaptaciones para garantizar una comunicación directa con la persona, tomándose en muchas ocasiones decisiones sin tener en cuenta a la persona; (v) déficit en la accesibilidad de toda la información relativa a los derechos como pacientes y como usuarios del Sistema de Salud y de Servicios Sociales como a la historia unificada o documentos y procedimientos para prestar el consentimiento informado, habida cuenta de que los sistemas de información y comunicación son de difícil comprensión e interpretación ya que no se incorpora la lectura fácil u otras adaptaciones; (vi) inadecuación del medio de transporte sanitario, sobre todo en el medio rural, que afecta en mayor medida a las personas con limitación funcional motora (en especial personas usuarias de sillas de ruedas electrónicas) y a personas con discapacidad intelectual, ya que muchas de ellas no tienen permiso de conducir (se añade que la dotación de ambulancias es bastante deficitaria en algunos territorios, sobre todo para traslados para una necesidad esporádica no urgente, y que existe falta de formación en el personal encargado del transporte sanitario); (vii) respuestas no adaptadas a las necesidades específicas de apoyo y atención, como pudiera ser en tiempos, protocolos, dispositivos de apoyo, intervalos de tiempos en la atención superiores a los necesarios para una adecuada atención, etc.; (viii) falta de accesibilidad en Lengua de Signos Española a través de servicios de interpretación u otros sistemas tecnológicos; (ix) sistemas de citación a través de pantallas pero que no locutan ni hacen visible la numeración, así como carencia de señalización en braille o a través de sistemas luminosos, además de megafonía que no se escucha nítidamente; (x) estancias de más de una hora en espera a niños y niñas con limitaciones funcionales cognitivas de muy diversa tipología que, por sus características, deberían tener un acceso preferente a consultas en atención primaria; (xi) en personas con limitaciones funcionales para la movilidad las consultas (oftalmológicas, odontológicas, ginecológicas…) no están adaptadas a sus necesidades, ni disponen de personal de apoyo para realizar transferencias y facilitar el vestido/desvestido de la persona en aquellos casos que fuese necesario; (xii) en la mayoría de los centros sanitarios no existen en las zonas de espera sillas adaptadas para personas con discapacidad[61].

El Real Patronato sobre Discapacidad en este mismo estudio realiza una encuesta para valorar la accesibilidad en temas sanitarios, algo que para el propio órgano resulta novedoso habida cuenta de los escasos estudios en la materia. Sobre la valoración de la accesibilidad la media se sitúa en 5,6 sobre 10 para los centros de atención sanitaria y en 5,5 sobre 10 para el caso de los hospitales. De los datos extraídos se puede observar que el colectivo que peor puntúa la accesibilidad es la persona con discapacidad visual (3,9 en centros de salud o de especialidades y 4,4 en hospitales), mientras que las personas con discapacidades mental y orgánica otorgan las valoraciones más positivas. En cuanto a las dimensiones de accesibilidad (se valora, además de las mencionadas a continuación, la información sobre accesibilidad y la atención personalizada), la que obtiene una menor valoración es el uso de los espacios, productos o servicios en igualdad de condiciones que el resto de usuarios, mientras que la valoración más alta la obtiene el acceso, desplazamiento y localización de espacios[62]. En todo caso, la valoración media se sitúa en torno al 5,5, dato que puede mostrar avances pero que todavía queda muy lejos de garantizar la accesibilidad universal, sobre todo si tenemos en cuenta los altos estándares de exigencia en materia de accesibilidad que ordena la legislación.

[61] Real Patronato sobre Discapacidad: *Estudio de accesibilidad de los bienes y servicios a disposición del público en España de 2017,* Madrid, RPD, 2017, pp. 34 y 35.

[62] *Ibidem,* véase, figura 10, tabla 11 y 12 en pp. 73 y 74.

Otro estudio, elaborado por la Fundación ONCE y Vía Libre[63], no difiere mucho del anterior al analizar los datos obtenidos de una encuesta online (la puntuación ronda el 6 sobre 10 cuando se valora la consulta médica, las pruebas diagnósticas, las urgencias y la hospitalización) y de diferentes grupos de discusión, tanto con personas usuarias con discapacidad, así como con profesionales del sector sanitario. A modo de conclusiones: (i) se resalta la importancia de que los servicios y procesos sanitarios sean plenamente usables por cualquier persona independientemente de sus capacidades (desde la concertación de una cita, la utilización de los espacios sanitarios, pasando por la comunicación con los profesionales médicos, etc.); (ii) localizar las consultas, utilizar los sistemas de gestión de turnos y/o acceder a la consulta desde la sala de espera son los momentos en los que los usuarios tienen mayores dificultades, y especialmente las personas discapacidad visual o auditiva ya que, por ejemplo, en muchas ocasiones dichas personas no tienen posibilidad en la sala de espera de saber cuándo y dónde les toca pasar; (iii) el entorno de las urgencias es uno de los espacios menos accesible por sus valoraciones, sobre todo en los momentos anteriores y posteriores al triaje; (iv) las carencias de accesibilidad física en los centros de salud y hospitales siguen encontrándose, por la falta de adecuación de la altura de mostradores, la ausencia de grúas o camillas adaptadas, pasillos estrechos o falta de señalización; (v) sigue sin garantizarse el acceso la información por parte de los usuarios de los servicios de salud en situación con discapacidad mediante sistemas de lectura fácil, braille, lengua de signos, medios de apoyo a la comunicación oral, entre otros, ya que la información antes de las pruebas, los consentimientos informados o los informes únicamente se facilitan en texto y con un lenguaje a veces demasiado técnico que no todas las personas pueden entender; (vi) el servicio de atención personal ofrecido por los centros de salud u hospitales más demandado es el de acompañamiento a pacientes, aunque las personas con discapacidad suelen recurrir a familiares o asistentes personales; (vii) las personas sordas signantes tienen muchas dificultades para comunicarse con el personal sanitario ya que existe una carencia de intérpretes de lengua de signos; (viii) las personas con discapacidad que han participado en el estudio manifiestan que aún hay bastantes barreras actitudinales del personal sanitario por falta de conocimiento o formación (más del 50% de los profesionales del ámbito sanitario que han participado en la consulta declaran que no han recibido ningún tipo de formación sobre accesibilidad)[64].

Una última barrera de accesibilidad que merece nuestra atención es la relacionada con la brecha digital, no solo en el acceso, sino en el uso, esto es, en las capacidades y habilidades que se necesitan para manejar correctamente las TIC, en relación con la salud según el caso aquí expuesto. Brecha digital que ha sido más palpable con la revolución en materia de *eSalud* a causa de la COVID-19, con mayor uso de las aplicaciones relacionadas con la salud, las tele-consultas, etc. Para algunos autores[65], las aplicaciones de salud digital y telemonitorización deben de tener en cuenta las siguientes consideraciones para con las personas con discapacidad: (i) lectores de pantalla, contraste de colores, cambio del tamaño de fuente, etc. que emplean las personas ciegas y con dificultades visuales; (ii) programas de reconocimiento de voz, botones grandes, etc., que emplean personas con dificultades de motricidad fina/destreza manual; (iii) alternativa a los avisos acústicos mediante vibración, mensajes de textos; (iv) en general, necesidad de facilidad de comprensión y de uso, tolerancia al error, que necesitan los distintos perfiles, incluyendo a las personas mayores; (v) el uso de dispositivos "wereables" para el uso de aplicaciones en salud plantea requerimientos de diseño específicos para proporcionar la máxima autonomía personal en su manejo a los diferentes perfiles. No obstante, estas condiciones de accesibilidad a las aplicaciones y plataformas digitales relacionadas

[63] Fundación ONCE y Vía Libre: *Accesibilidad e innovación social en la atención sanitaria. Las TIC como facilitador para un uso eficiente de la sanidad,* 2020, documento electrónico disponible en: https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/colecciones-propias/coleccion-accesibilidad/accesibilidad-e-innovacion-social-en-la

[64] *Ibidem,* tabla 21, p. 43.

[65] Bascones Serrano, L.M. *et al*.: *Accesibilidad en las aplicaciones y dispositivos de telemonitorización de la salud. Un acercamiento a la realidad*, Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, 2021, pp. 20 y 21, disponible en: https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/colecciones-propias/coleccion-accesibilidad/accesibilidad-en-las-aplicaciones-y-0

con la salud se incumplen en la mayoría de las ocasiones, lo cual dificulta considerablemente el acceso a la protección de la salud de las personas con discapacidad[66].

V. ACCESIBILIDAD EN LA NORMATIVA AUTONÓMICA ANDALUZA: ESPECIAL REFERENCIA AL SISTEMA SANITARIO ANDALUZ

La accesibilidad universal también ha penetrado en la legislación de las diferentes comunidades autónomas[67]. En Andalucía, la norma fundamental en materia de accesibilidad reside en la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía. Norma que sustituye a la anterior (la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con discapacidad en Andalucía) y que se promulga con el fin de incorporar los nuevos planteamientos basados en el enfoque de garantía de los derechos de la CDPD de la ONU.

De este modo, desde el mismo art. 1 de la Ley 4/2017, dedicado a su objeto, se incorpora la condición de la accesibilidad universal como principio, pues la Ley pretende "impulsar el desarrollo de una sociedad inclusiva y accesible que permita a las personas con discapacidad, poniendo un énfasis especial en la situación de mujeres y niñas, el pleno desarrollo de sus capacidades en igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía". El art. 4 incorpora entre sus definiciones la accesibilidad universal, el diseño universal o diseño para todas las personas, así como los ajustes razonables en idénticos términos a los que se recogen en el TRLGDPD. No obstante, la Ley 4/2017 sí que define expresamente la accesibilidad cognitiva como "la propiedad que tienen aquellos entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos que resultan de comprensión o entendimiento sencillos para las personas con discapacidad intelectual", así como recoge una previsión específica acerca de los apoyos complementarios como "aquella condición básica de accesibilidad y no discriminación que incluye ayudas económicas, productos y tecnologías de apoyo, servicios o tratamientos especializados, otros servicios personales, así como otras formas de apoyo personal o animal", especificando que en particular se refiere a "ayudas y servicios auxiliares para la comunicación, como sistemas aumentativos y alternativos, braille, dispositivos multimedia de fácil acceso, sistemas de apoyo a la comunicación oral y lengua de signos, sistemas de comunicación táctil y otros dispositivos que permitan la comunicación". Como se puede observar, la legislación autonómica en comparación con la normativa estatal ha prestado más atención a la accesibilidad cognitiva (esta se ha incorporado al TRLGDPD por la Ley 6/2022, de 31 de marzo), al igual que ha detallado más los apoyos complementarios.

Asimismo, el art 5 de la Ley 4/2017 recoge entre sus fines, además de garantizar la igualdad de oportunidades y garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, "facilitar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y la comunicación, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público"; "promover el valor de la accesibilidad universal como factor de calidad de vida en la sociedad andaluza" y "promover un aprendizaje inclusivo y reducir las desigualdades en salud de las personas con discapacidad". De forma significativa, el art. 6 sitúa entre los principios de actuación de la Administración Pública de Andalucía a la hora de fijar sus políticas públicas dirigidas a las personas con discapacidad la accesibilidad universal.

En lo que aquí respecta, el Título III de la presente Ley se ocupa de la salud. En este sentido, el art 15, bajo la rúbrica "protección del derecho a la salud", establece que "las Administraciones Públicas de Andalucía, para garantizar el derecho a la salud de las personas con discapacidad y promover su nivel más alto de salud y bienestar (expresión análoga a la recogida en la CDPD), prevenir situaciones de discapacidad o su agravamiento, desarrollarán y establecerán programas,

[66] En este sentido, Bascones Serrano, L.M. *et al*.: op. cit., p. 24 y Fundación ONCE y Vía Libre: op. cit., p. 44 y 48.

[67] En Moreno Brenes, P.: op. cit., pp. 348-351 se recogen sintéticamente las principales referencias legislativas en materia de accesibilidad de las diferentes comunidades autónomas.

procesos asistenciales y actuaciones específicas". Y de forma contundente en su apartado segundo se expone que "los servicios de salud o de atención a la salud asegurarán la accesibilidad a las personas con discapacidad".

El art. 16, dedicado a las medidas del sistema sanitario público de Andalucía, recoge las siguientes medidas particularmente significativas desde el punto de vista de la accesibilidad: (i) asegurar la dotación de los medios, apoyos y recursos, así como la realización de los ajustes razonables necesarios en los programas de salud pública y de atención sanitaria para tener en cuenta las necesidades individuales de las personas con discapacidad (teniendo en cuenta el enfoque de género y a las personas con mayores necesidades de apoyo, formando sobre pautas de atención e interacción con personas con especiales dificultades sociales y comunicativas); (ii) realización de los ajustes necesarios en la gestión sanitaria, recursos de información y emergencias, que faciliten la accesibilidad al sistema sanitario de las personas con discapacidad con especiales necesidades y de sus personas cuidadoras; (iii) garantizar que la información y el consentimiento en el ámbito sanitario resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad de acuerdo con el principio del diseño universal, incluidas las adaptaciones a lectura fácil y comprensible, así como con las medidas de apoyo necesarias; (iv) incluir la accesibilidad y el diseño universal entre los estándares o criterios a tener en cuenta en la evaluación de calidad de los centros, actividades y servicios sanitarios públicos de Andalucía; o bien (v) garantizar la accesibilidad en los sistemas de emergencias sanitarias a las personas con discapacidad auditiva.

El Título VIII, denominado "de la vida independiente, de la accesibilidad universal y el diseño para todas las personas", en un esquema similar al TRLGDPD, reconoce los preceptos que se dedican especialmente a la accesibilidad en diferentes ámbitos: espacios públicos urbanizados y edificaciones; espacios naturales; instalaciones temporales de espectáculos públicos, actividades recreativas y, en general, de cualquier otra actividad de carácter cultural o social; medios de transporte público; acceso y utilización de bienes y servicios a disposición del público; relaciones con las Administraciones Públicas de Andalucía; perros de asistencia. De este modo, "las Administraciones Públicas de Andalucía promoverán el derecho de las personas con discapacidad a llevar una vida independiente, y participar plenamente en todos los ámbitos sociales a través de la adopción de medidas de accesibilidad universal, y diseño para todas las personas", teniendo en cuenta asimismo en el diseño para todas las personas aquellas con capacidades o funcionalidades diferentes a las de la mayoría (art. 44.1 Ley 4/2017).

Al igual que se reconoce en la legislación estatal, "la Administración de la Junta de Andalucía regulará, sin perjuicio de las condiciones básicas estatales, incluyendo los apoyos complementarios, las condiciones de accesibilidad y no discriminación a los diferentes entornos físicos y a la información y comunicación, bienes, productos y servicios, que permitan su uso por el mayor número de personas posible, con independencia de cuáles sean sus capacidades funcionales y garantizando la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad" (art. 45).

Así, entre los diversos ámbitos específicos de accesibilidad, el que ha tenido más desarrollo en la normativa autonómica (y que mayor relación tiene con el acceso a los servicios de salud[68]) son las condiciones básicas autonómicas dedicadas a los espacios públicos urbanizados y edificaciones, esbozadas en el art. 46 de la Ley 4/2017 y desarrolladas por el Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía.

En coherencia con lo anterior, el art. 46 establece que las edificaciones de uso público y privado deberán de cumplir las condiciones de accesibilidad universal y diseño para todas las personas. En este

[68] El art. 50 Ley 4/2017, dedicado al acceso y utilización de bienes y servicios a disposición del público, a diferencia de lo dispuesto en la normativa nacional, solo se ocupa de la venta de bienes a través de máquinas expendedoras o suministradoras automáticas y sus requisitos de accesibilidad.

sentido, "el cumplimiento de las condiciones de accesibilidad será exigible para el visado y supervisión de los proyectos y documentos técnicos cuando sean exigibles conforme a la normativa vigente, así como para la aprobación de los instrumentos de planeamiento, proyectos y documentos técnicos, para la concesión de las preceptivas licencias de edificación y uso del suelo y para el otorgamiento de cualquier concesión, calificación o autorización administrativa que tenga por objeto actuaciones en espacios públicos urbanizados o edificaciones que estén sujetas a la normativa de accesibilidad" (art. 46.2). Como se decía, el Decreto 293/2009, de 7 de julio, es donde se detallan, entre otras, las condiciones de accesibilidad de las edificaciones y, por tanto, de los centros dedicados a la asistencia sanitaria (véase, el Capítulo I del Título II del citado Decreto, dedicado a la accesibilidad en los edificios, establecimientos e instalaciones, así como al anexo III, tabla 3, en el que se desarrollan los requisitos técnicos de accesibilidad específicos para hospitales y clínicas, para centros de atención primaria y de especialidades y para centros de rehabilitación)[69].

Junto con la anterior legislación, destaca la Ley 11/2011, de 5 de diciembre, por la que se regula el uso de la lengua de signos española y los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y con sordoceguera en Andalucía, que desarrolla lo establecido en la Ley 27/2007, de 23 de octubre a nivel autonómico. Su objeto es regular las medidas necesarias para garantizar y hacer efectivo en Andalucía el respeto, protección, enseñanza y uso en condiciones de igualdad de la lengua de signos española, como lengua de aquellas personas que decidan libremente utilizarla, así como de la lengua oral a través de los medios de apoyo a la comunicación oral (art. 1). Es más, "la LSE y los medios de apoyo a la comunicación oral, a efectos de esta Ley, se consideran condición básica de accesibilidad y no discriminación para las personas con discapacidad auditiva usuarias, bien de la lengua de signos, bien de la lengua oral en Andalucía, tanto en su acceso a la información, en la comunicación como en las telecomunicaciones, en todos los ámbitos de participación". Sin ánimo de exhaustividad, la accesibilidad universal y el diseño para todos y todas en materia de LSE y medios de apoyo a la comunicación oral[70] se incorporan como principios generales (art. 7), así como en materia de salud (uno de los ámbitos de aplicación de la Ley *ex* art. 4, integrada dentro de los bienes y servicios a disposición del público) se reconoce que "la Administración sanitaria adoptará las siguientes medidas para el acceso a la salud en igualdad de oportunidades: a) potenciar la formación en LSE del personal de la Administración sanitaria; b) promover la accesibilidad tanto a los servicios sanitarios como a los planes, procesos y programas, mediante la incorporación de ayudas técnicas y la tecnología necesaria" (art. 11).

Por otro lado, también destaca la Ley 11/2021, de 28 de diciembre, por la que se regulan los perros de asistencia a personas con discapacidad en Andalucía. Una Ley que, en el ámbito que aquí interesa, se ocupa de regular el derecho de acceso de las personas con discapacidad usuarias de perros de asistencia al entorno que, entre otros lugares, se reconoce para los centros sanitarios y sociosanitarios (art. 7.j), a excepción de quirófanos, zonas de cuidados intensivos y cualquier otra área de un centro sanitario que, por su función o por las condiciones de salud de las personas que se atienden, deba mantener unas condiciones higiénicas especiales (art. 11.b). De hecho, "esta limitación no podrá extenderse, en ningún caso, a las áreas de los centros sanitarios en las que se permita el acceso general o las visitas en los horarios establecidos" (art. 11.b).

En cuanto a la legislación sanitaria andaluza, de un lado, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía incorpora referencias poco precisas en torno a la accesibilidad de las

[69] También puede consultarse el *Documento técnico sobre el Decreto Andaluz de Accesibilidad*, elaborado por el Departamento de Accesibilidad de la Dirección General de Personas con Discapacidad de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía en abril de 2012.

[70] "Diseño para todos y todas en materia de LSE y medios de apoyo a la comunicación oral: La actividad estratégica por la que se conciben o proyectan, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, que incluyan la LSE y los medios de apoyo a la comunicación oral, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas en Andalucía" (art. 7.e) Ley 11/2011, de 5 de diciembre).

personas con discapacidad al Servicio Andaluz de Salud. En su art. 2.1 incorpora como principio la "universalización y equidad en los niveles de salud e igualdad efectiva en las condiciones de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía", que podría entenderse como una garantía de la accesibilidad de las personas con discapacidad a la asistencia sanitaria. Más allá de aquí, la accesibilidad puede subsumirse dentro del derecho a la información suficiente, adecuada y comprensible de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios (art. 9.1 y 10.1); así como dentro lo que se establece en el art. 48.1: "el área de salud constituye el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, debiendo disponer de la financiación y dotaciones necesarias para prestar los servicios de atención primaria y especializada, asegurando la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la accesibilidad a los servicios del usuario". En concreto, "la zona básica de salud es el marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, en el que se ha de tener la capacidad de proporcionar una asistencia continuada, integral, permanente y accesible". Por último, entre otras referencias, el art. 52, dedicado a la atención primaria de salud, indica que esta "se prestará a demanda de la población en los correspondientes centros de salud y consultorios, bien sea de carácter programado o bien con carácter urgente, y tanto en régimen ambulatorio como domiciliario, de manera que aumente la accesibilidad de la población a los servicios".

Por último, la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, también recoge algunas consideraciones relacionadas con la accesibilidad en materia del principio de transparencia (art. 4.f); en relación con la promoción, por las Administraciones públicas competentes, de espacios públicos que permitan realizar actividades físicas, deportivas o lúdicas, en condiciones de seguridad y accesibilidad en las ciudades y pueblos de Andalucía (art. 12.j); y en materia de accesibilidad a la información de salud pública (art. 20). También es destacable el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad (entre las que figuran las personas con discapacidad) a programas de salud pública específicos o adaptados a sus necesidades especiales (art. 14), así como la vigilancia de las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de salud que puedan tener su origen en la discapacidad como una de las prestaciones de salud pública (art. 60.2.a).

VI. LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS SOBRE LA DISCAPACIDAD Y SU INCIDENCIA EN LA ACCESIBILIDAD A LA ASISTENCIA SANITARIA. EL III PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ANDALUCÍA

A lo largo de las últimas décadas se han venido desarrollando diferentes estrategias para garantizar la defensa de los derechos de las personas con discapacidad, su inclusión social y lograr la real y efectiva igualdad de oportunidades. En el ámbito de la ONU, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible plantea 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (los llamados ODS, que sustituyen a los anteriores Objetivos de Desarrollo del Milenio), entre los que figuran el N.º 3 dedicado a "Salud y bienestar", el N.º 10 dedicado a la "Reducción de las desigualdades" y el N.º 11 a las "Ciudades y comunidades sostenibles", que pueden suponer una mayor atención a la discapacidad y a la garantía de la accesibilidad. También es necesario citar el *Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad.*

En el ámbito de la Unión Europea destaca la Estrategia Europea sobre Discapacidad (2021-2030)[71] que pretende superar la Estrategia de 2010-2020 y establece la accesibilidad, dentro de su conjunto de acciones e iniciativas emblemáticas, como una herramienta para ejercer los derechos y como un requisito previo para la plena participación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás, marcando diferentes acciones a desarrollar por parte de la Comisión. En materia de igualdad de acceso y no discriminación, la Estrategia afirma que el número de personas con discapacidad que denuncian que no se satisfacen sus necesidades de asistencia sanitaria es 4

[71] *Comunicación de la Comisión: Una Unión de la Igualdad: Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad para 2021-2030, Bruselas, 3.3.2021, COM(2021) 101 final.*

veces mayor al de las personas sin discapacidad. Por ello, dedica un apartado específico al "acceso sostenible y equitativo a la asistencia sanitaria", donde se muestran las principales deficiencias en materia de accesibilidad a la asistencia sanitaria, las acciones desarrolladas y que se desarrollarán por la Comisión, así como dos mandatos dirigidos a los Estados miembros: (i) "mejorar el acceso de las personas con discapacidad a todos los servicios de asistencia sanitaria, especialmente los servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios de prevención, en particular aplicando las orientaciones de la Comisión sobre el acceso a la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad basadas en una asistencia sanitaria inclusiva, accesible y centrada en la persona y en el consentimiento libre e informado"; (ii) "sensibilizar y desarrollar estrategias de apoyo para los pacientes con alguna discapacidad relacionada con enfermedades raras y a buscar y analizar formas de facilitar el acceso a tratamientos de vanguardia, especialmente mediante el uso de innovaciones digitales en todos los Estados miembros".

En el plano nacional, destaca la Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020, que previsiblemente será renovada por la misma estrategia para los años 2022-2030[72]. Se trata, por tanto, de una estrategia que buscar ser el elemento troncal de una visión y una acción consolidadas a largo plazo, que sirva como marco de referencia integral y directriz para la definición de todas las políticas públicas en materia de discapacidad en España, así como del resto de políticas públicas que tengan incidencia sobre las personas con discapacidad. En este sentido, la Estrategia se divide en ámbitos primordiales de actuación (entre los que figuran la accesibilidad o la sanidad), concretados en tareas y actuaciones, que se desarrollan conforme al Plan de Acción[73], que se estructura en dos etapas de ejecución (2012-2015 y 2016-2020).

Dentro de la estrategia andaluza relacionada con la discapacidad destaca el III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía[74], aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía el 22 de marzo de 2022, junto con diversos planes: I Plan Andaluz de Atención Integral para personas Menores de seis años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla 2017-2020; I Primer Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia 2016-2020; I Plan de Acción Integral para las Mujeres con Discapacidad en Andalucía 2008-2013.

Centrándonos en el III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía, este se ocupa de ofrecer la línea estratégica para el desarrollo de las políticas públicas a favor de la inclusión real y plena de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la sociedad hasta 2026. El plan cuenta con 8 objetivos fundamentales que están relacionados con la reducción de tiempos y simplificación de trámites, autonomía y salud, educación y formación, inclusión social y laboral y accesibilidad universal. Estos objetivos responden, a su vez, a 4 líneas estratégicas como son: Comunicación y sensibilización, Participación e Inclusión Social, Accesibilidad universal, y Coordinación y simplificación administrativa. Para ello, se han diseñado 24 programas que abordan de manera transversal los distintos ámbitos competenciales de la Junta de Andalucía.

Y entre todos los programas es necesario resaltar el que se dedica a la "accesibilidad universal a servicios sanitarios públicos en condiciones de igualdad" (código CSAFA01) que se apoya sobre la línea estratégica de la accesibilidad universal y que busca contribuir a los siguientes objetivos estratégicos: (i) reducir el agravamiento de las situaciones de discapacidad y de dependencia y su impacto sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus cuidadoras; (ii) incrementar

[72] Tras la realización del presente escrito fue aprobada, por el Consejo de Ministros de 3 de mayo de 2022, la Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030.

[73] *Plan de Acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020,* aprobado por Acuerdo del Consejo de Ministros del día 12 de septiembre de 2014.

[74] Este Plan sustituye al II Plan de Acción Integral para Personas con Discapacidad en Andalucía 2011-2013 y I Plan de Acción Integral para Personas con Discapacidad en Andalucía 2003-2006.

la accesibilidad universal en los edificios públicos utilizados por la Junta de Andalucía y por las entidades locales y en los edificios de viviendas, así como en los espacios y servicios públicos que se prestan a la ciudadanía.

Del mismo modo, los objetivos generales del Programa pasan por: (i) incrementar la accesibilidad cognitiva a los servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía; (ii) incrementar la accesibilidad a edificios e infraestructuras de asistencia primaria, hospitales y otros servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se trata, en fin, de un programa que persigue favorecer la plena accesibilidad universal a servicios, prestaciones e infraestructuras del Sistema Sanitario Público de Andalucía de forma autónoma e independiente y en condiciones equiparables a las de acceso de personas sin discapacidad, y para ello se establecen las siguientes medidas a desarrollar:

1. Implementar actuaciones para asegurar la accesibilidad cognitiva de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo al Sistema Sanitario Público de Andalucía (I): Edición y distribución de pictogramas de accesibilidad cognitiva para personas con TEA y discapacidad intelectual.

2. Implementar medidas que permitan incrementar la accesibilidad arquitectónica en los centros sanitarios (I): Revisión de las actuaciones realizadas, necesidades detectadas y medidas a realizar.

3. Elaboración de documentos de información y de consentimiento en el ámbito sanitario que sean de lectura fácil y en formato comprensible a las personas con discapacidad.

4. Revisar y detectar la necesidad e implementación de medios materiales y aparatajes para el tratamiento de los diferentes tipos de discapacidad.

5. Incluir parámetros de accesibilidad y el diseño universal entre los criterios a considerar para la evaluación de calidad de los centros.

6. Fomentar la accesibilidad en los sistemas de emergencias sanitarias a las personas con discapacidad auditiva y otras discapacidades.

7. Diseñar e implantar un protocolo para la comunicación efectiva del personal sanitario con los pacientes con distintos tipos de discapacidad. Se asegurará un tratamiento especializado a aquellos colectivos especialmente vulnerables, ej: mujeres con discapacidad y personas inmigrantes con discapacidad.

8. Elaborar un Plan de formación a personal sanitario sobre accesibilidad, autoprotección y evacuación para personas mayores o con discapacidad en casos de emergencias.

9. Implantar y facilitar el uso de nuevas tecnologías en los centros sanitarios. (ej: sistema de citas de especialistas online, consultas por videollamadas para pacientes que no puedan desplazarse y que les permitan consultar determinada información). Estudio e informe que permita la implantación de diferentes medidas en función de las necesidades y los recursos.

Asimismo, el Plan también establece la financiación, temporalización, indicadores de realización e indicadores de resultados para las mencionadas medidas a desarrollar dentro del programa de accesibilidad universal a servicios sanitarios públicos en condiciones de igualdad.

VII. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CENTROS, ACTIVIDADES Y SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS DE ANDALUCÍA EN MATERIA DE ACCESIBILIDAD

La evaluación de la accesibilidad en relación con la asistencia sanitaria constituye un elemento fundamental pues, como se ha defendido a lo largo de estas páginas, sin una verdadera accesibilidad universal no es posible garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas con discapacidad. En este mismo plano de importancia se sitúa el art. 16.g) de la Ley 4/2017, de 25

de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, cuando establece como una medida del sistema sanitario público andaluz "incluir la accesibilidad y el diseño universal entre los estándares o criterios a tener en cuenta en la evaluación de calidad de los centros, actividades y servicios sanitarios públicos de Andalucía". Es más, el art. 97.3 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía recoge que "la Administración sanitaria pública de Andalucía establecerá criterios de calidad aplicados a las webs dedicadas a la salud, entre los que figura la accesibilidad universal". Por último, no se olvide que "incluir parámetros de accesibilidad y el diseño universal entre los criterios a considerar para la evaluación de calidad de los centros" constituye una de las medidas a desarrollar por el programa dedicado a la "accesibilidad universal a servicios sanitarios públicos en condiciones de igualdad" del III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad de Andalucía.

En este sentido, la observancia de las normas UNE 170001-1:2007 ("Accesibilidad Universal. Parte 1: Criterios DALCO para facilitar la accesibilidad en el entorno") y, sobre todo, UNE 170001-2:2007 ("Accesibilidad Universal. Parte 2: Sistema de gestión de la accesibilidad"), ambas de 19 de diciembre de 2007, pueden suponer la obtención del Certificado AENOR de Accesibilidad Universal registrada tras una evaluación positiva de la calidad de la accesibilidad universal en el centro sanitario.

En concreto, los criterios DALCO es un acrónimo que se refiere a los siguientes aspectos relacionados con la accesibilidad:

- Deambulación: tanto horizontal y vertical, y a través de los medios propios del individuo o a través de ayudas técnicas, como sillas de ruedas o muletas, así como a través de los medios de transporte. Toma mayor protagonismo el acceso, pues la condición primordial para poder disfrutar de un servicio es poder acceder a él.
- Aprehensión: se refiere a las capacidades de aprender, alcanzar y agarrar (cualquier tipo de objeto como pasamanos, manivelas, botoneras, interruptores, etc.) y engloba no solo el alcance manual, sino también el alcance auditivo (avisos por megafonía, señales de alarma o mostradores de atención al público) y visual (señalética, elección de colores, tamaño de textos, ect.).
- Localización: de lugares en general o de consultas en particular. El usuario debe de conocer en todo momento en dónde se encuentra y dónde encontrar información para encontrar algo o alguien.
- Comunicación: procesos de emitir, recibir e intercambiar información a través de distintos canales como el oral, escrito, visual o auditivo. En este apartado estaría incluido todo lo relacionado con señalética, cartelería, sistemas de avisos, folletos, planos, interfaces, con especial incidencia en zonas de atención al público, mostradores o taquillas[75].

Con relación a la evaluación de accesibilidad de los centros, actividades y servicios sanitarios públicos de la comunidad autónoma andaluza, es importante destacar la labor que ejerce la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Se trata de una organización pública adscrita a la Consejería de Salud y Familia de la Junta de Andalucía, que recibe soporte de gestión de la Fundación Progreso y Salud, y que se ocupa de impulsar la cultura de la calidad y la mejora continua de los servicios que prestan las organizaciones y los profesionales sanitarios y de servicios sociales[76]. Entre sus principales actividades, ACSA se encarga de certificar a las organizaciones que prestan sus servicios a la salud y al bienestar social de la población. En concreto, a la hora de evaluar la calidad de las organizaciones sanitarias, esta Agencia tiene en cuenta las medidas implantadas para garantizar la accesibilidad en todos los niveles (véase, los diferentes manuales de estándares recogidos en su página web).

[75] Explicación de los criterios DALCO ofrecida por López Cala, G. *et al*.: op. cit., p. 53.

[76] https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/quienes-somos/

En el campo de la salud digital, como se ha observado también existen numerosas barreras que pueden impedir el acceso a los servicios de salud. Por ello, no es solo necesario que se cumpla íntegramente la normativa de accesibilidad relacionada con la *eSalud*, sino que se cumplan, entre otras, las pautas o recomendaciones de accesibilidad web elaboradas por el grupo internacional e independiente, que define los protocolos y estándares, conocido como W3C (*Web Accessibility Initiative*).

De este modo, las agencias evaluadoras cumplen un papel fundamental al evaluar las diferentes tecnologías sanitarias y comprobar si se garantizan las pautas de accesibilidad universal. En el ámbito internacional destaca *The International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INAHTA) y la Red Europea de evaluación de Tecnologías Sanitarias (EUnetHTA); en el ámbito nacional la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedETS) y en la Comunidad Autónoma de Andalucía la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)[77].

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía también desarrolla una importante labor en favor de la accesibilidad de las Apps relacionadas con la salud con la concesión del *Distintivo AppSaludable*. En efecto, se trata del primer distintivo en español, gratuito y abierto a cualquier aplicación de iniciativa pública o privada, que reconoce la calidad y seguridad de las Apps de salud. Para ello, han de seguirse las 31 recomendaciones publicadas en la *Guía de recomendaciones para el diseño, uso y evaluación de apps de salud*, que se estructura en 4 bloques (diseño y pertinencia; calidad y seguridad de la información; prestación de servicios y confidencialidad y privacidad). En concreto, la recomendación 2, perteneciente al bloque diseño y pertinencia, establece que la App de salud debe de seguir los principios del Diseño Universal, así como todos los estándares y recomendaciones de accesibilidad de referencia (incluidos los de las diferentes plataformas y fabricantes) para permitir que dichas aplicaciones puedan ser usadas, en la medida de lo posible, por todas las personas, sin necesidades de adaptaciones o diseños especiales[78].

Por último, también destacan diferentes proyectos y ensayos clínicos autonómicos en el campo de la telemedicina y de la telemonitorización que pueden mejorar la accesibilidad universal de determinados pacientes: Programas de Atención a Pacientes Crónicos COMPARTE en el Hospital San Juan de Dios de Aljarafe (Sevilla); Telemonitorización a pacientes con marcapasos y holter inyectables en Hospital Costa del Sol (Marbella); y Telemonitorización de pacientes EPOC y Trastornos Respiratorios del Sueño en Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)[79].

VIII. CONCLUSIONES CRÍTICAS

A pesar de la garantía de la protección del derecho a la salud de las personas con discapacidad y del amplio reconocimiento del derecho a la accesibilidad universal y el diseño para todas las personas en diversas normativas a nivel internacional, nacional e incluso autonómico, se puede llegar a la conclusión de que estos mandatos están siendo incumplidos. Hoy en día siguen existiendo diversas barreras -de las que ya se han dado cuenta en el apartado IV- que dificultan el acceso a los centros, actividades y servicios sanitarios públicos, precisamente a aquellas personas que necesitan en la mayoría de las ocasiones una atención sanitaria más cualificada.

Nos encontramos, por tanto, ante normas simplemente retóricas, desprovistas de garantías reales y efectivas para que en la práctica se hagan realidad las directrices normativas que enfáticamente y de forma exigente proclaman la accesibilidad universal a los sistemas sanitarios. De este modo, no es tanto un problema de regulación, sino de voluntad política, por supuesto de financiación pública,

[77] Bascones Serrano, L.M. *et al*.: op. cit., pp. 22 y 23.
[78] http://www.calidadappsalud.com/
[79] Bascones Serrano, L.M. *et al*.: op. cit., pp. 26-29.

y de responsabilidad de los gerentes de los servicios de salud autonómicos[80]. Aunque ello no obsta a que se regule con urgencia a nivel nacional, una vez que se ha incumplido el plazo previsto, el Real Decreto que desarrolla las condiciones básicas de acceso y no discriminación a los bienes y servicios a disposición del público.

Con este objetivo de garantizar la accesibilidad universal a la asistencia sanitaria destaca en el plano andaluz el III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía, que incorpora una serie de medidas concretas a desarrollar en orden a la consecución del fin, con una temporalización y financiación precisada, y que aporta una serie de criterios de realización y de resultados muy útiles para valorar la mejora en el acceso a los servicios sanitarios públicos andaluces en condiciones de igualdad. No obstante, ello previsiblemente no será suficiente pues se seguirá requiriendo una mejora continua de la accesibilidad en diversos ámbitos, como son, por ejemplo, los relacionados con las personas con discapacidad sensorial y la mejora de los sistemas de comunicación a través del uso de la lengua de signos.

Es más, el déficit del que adolece la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad, lejos de quedar resuelto, puede verse empeorado con los nuevos retos que se les plantean a los sistemas sanitarios, significativamente por el previsible aumento de las personas con discapacidad a causa del incremento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas asociadas a la vejez[81]. En definitiva, ante este reto es más que necesario garantizar la accesibilidad universal como vía para garantizar el derecho a la salud de todas las personas en igualdad de condiciones. Para ello, entre otras cuestiones, habrá que invertir en la formación de los profesionales; garantizar la intervención en el proceso de diseño universal de las personas con discapacidad y de sus entidades representantes; prestar especial atención a los espacios rurales, la despoblación y no desmerecer la ayuda que pueda suponer las TIC, siempre que, de nuevo, estas sean accesibles.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Bascones Serrano, L.M. *et al*.: *Accesibilidad en las aplicaciones y dispositivos de telemonitorización de la salud. Un acercamiento a la realidad*, ONCE, 2021.

Biel Portero, I.: *Los derechos humanos de las personas con discapacidad*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2011.

De Asís, R.: "Sobre el sentido, contenido y configuración jurídica de la accesibilidad", *Universitas,* N.º 32, 2020.

Fundación ONCE y Vía Libre: *Accesibilidad e innovación social en la atención sanitaria. Las TIC como facilitador para un uso eficiente de la sanidad,* 2020, documento electrónico.

Leturia Arrazola, F.J. et al.: "La atención sanitaria a las personas con discapacidad", *Revista Española de Discapacidad*, N.º 1, 2014.

López Cala, G. *et al*.: "Discapacidad y accesibilidad universal. La unión perfecta", *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, Monográfico 3, 2018.

Miranda Erro, J.: "Accesibilidad universal: de las leyes a su aplicación efectiva", en VV.AA.: *Avanzando en la inclusión. Balance de logros alcanzados y agenda pendiente en el Derecho español de la discapacidad*, Martínez-Pujalte, A.L. *et al*. (Dir.), Navarra, Aranzadi, 2019.

[80] En este sentido, Beltrán Aguirre, J.L.: op. cit., pp. 222 y 223.

[81] Sobre los diferentes retos que se plantean a los sistemas de salud, véase, Moreno Vida, M.N.: "Retos ante el impacto de la COVID-19 en la sanidad en Europa y en España. Hacia un sistema de salud resiliente basado en la equidad, eficiencia, sostenibilidad, enfoque biosocial y digitalización", en VV.AA.: *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19,* Monereo Pérez, J.L. *et al*. (Dir.), Tomo 1, Navarra, Aranzadi, 2021, pp. 261-338.

Monereo Pérez, J.L. y Molina Navarrete, C.: "El derecho a la protección de las personas con minusvalías", en VV.AA.: *Comentario a la Constitución socio-económica de España,* Monereo Pérez, J.L. *et al.* (Dir.), Granada, Comares, 2002.

Monereo Pérez, J.L.: "Artículo 35. Protección de la salud", en VV.AA.: *La Europea de los derechos. Estudio sistemático de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea,* Monereo Pérez, J.L. y Monereo Atienza, C. (Dir. y Coord.), Granada, Comares, 2012, pp. 939-988.

"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, El Pacto Internacional De Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Textos Internacionales Concordantes,* Monereo Pérez, J.L. y Monereo Atienza, C. (Dir. y Coord.), Granada, Comares, 2014, pp. 595-623.

"La garantía jurídica del derecho social fundamental a la salud y la asistencia sanitaria", en VV.AA.: *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar. Una visión nacional y europea*, Moreno Vida, M.N. y Díaz Aznarte, M.T. (Dir.), Granada, Comares, 2019.

Moreno Vida, M.N.: "Retos ante el impacto de la COVID-19 en la sanidad en Europa y en España. Hacia un sistema de salud resiliente basado en la equidad, eficiencia, sostenibilidad, enfoque biosocial y digitalización", en VV.AA.: *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19,* Monereo Pérez, J.L. *et al*. (Dir.), Tomo 1, Navarra, Aranzadi, 2021, pp. 261-338.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial: *Informe Mundial sobre la Discapacidad,* Ginebra, OMS, 2011.

Organización Mundial de la Salud: *Discapacidad y salud*, entrada de 24 de noviembre de 2021, disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health

Pérez Bueno, L.C.: *Discapacidad y asistencia sanitaria. Propuestas de mejora*, Madrid, CERMI, 2006,

Real Patronato sobre Discapacidad: *Estudio de accesibilidad de los bienes y servicios a disposición del público en España de 2017,* Madrid, RPD, 2017.

Real Patronato sobre Discapacidad*: Estudio de accesibilidad universal en espacios públicos urbanizados y en la edificación en España 2017*, Madrid, RPD, 2017.

Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El sistema multinivel de asistencia sanitaria: tensiones y desafíos en su articulación,* Comares, Granada, 2017.

Ruiz Santamaría, J.L.: *Vacíos e insuficiencias en la adaptación y protección adecuada a las personas trabajadoras con discapacidad,* Navarra, Aranzadi, 2019.

VV.AA.: *Atención y protección jurídica de la discapacidad,* Beltrán Aguirre, J.L. *et al*. (Dir.), Navarra, Aranzadi, 2015.

VV.AA.: *Fundamentos del Derecho de la Discapacidad,* Lorenzo García, R. y Pérez Bueno, L.C., Navarra, Aranzadi, 2020,

VV.AA.: *Libro Verde de la Accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras,* Alfonso López, F. (Dir. y Coord.), Madrid, IMSERSO, 2002.

VV.AA.: *Protección jurídico-social de las personas con discapacidad. Un enfoque integral y exhaustivo,* Monereo Pérez, J.L. *et al*. (Dir.) y López Insua, B.M. *et al*. (Coord.), Murcia, Laborum, 2020.