



Colección Inclusión y Diversidad
Número 19

POR UN ESPACIO SOCIO-SANITARIO
INCLUSIVO – INFORME CERMIN

Déficits, retos y propuestas de mejora





Colección Inclusión y Diversidad
Director: Luis Cayo Pérez Bueno

Con el apoyo de:



PRIMERA EDICIÓN: noviembre 2016

© CERMI Navarra (CERMIN), 2016

© DE LA ILUSTRACIÓN DE CUBIERTA: David de la Fuente Coello, 2016

Reservados todos los derechos.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo se puede realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en las obras de la Colección Inclusión y Diversidad editadas por Ediciones Cinca, S. A., incumbe exclusivamente a sus autores y su publicación no significa que Ediciones Cinca, S. A. se identifique con las mismas.

DISEÑO DE COLECCIÓN

Juan Vidaurre

PRODUCCIÓN EDITORIAL,
COORDINACIÓN TÉCNICA E IMPRESIÓN:

Grupo Editorial Cinca

C/ General Ibáñez Ibero, 5A

28003 Madrid

Tel.: 91 553 22 72

grupoeditorial@edicionescinca.com

www.edicionescinca.com

DEPÓSITO LEGAL: M. 39233-2016

ISBN: 978-84-16668-24-3

POR UN ESPACIO SOCIO-SANITARIO INCLUSIVO – INFORME CERMIN

Déficits, retos y propuestas de mejora

Informe realizado con la
financiación de:



Este informe se ha realizado de manera acorde con la reivindicación del CERMIN por un espacio socio-sanitario inclusivo en Navarra y, a partir del trabajo realizado por su Comisión Socio-sanitaria, recoge los principales déficits y retos por superar en las distintas etapas vitales y durante el continuo de la atención, así como las propuestas de mejora prioritarias y las referencias jurídicas, científicas y prácticas más relevantes. Han participado en su redacción, mediante diversos seminarios:

- Mariluz Sanz Escudero (EUNATE)
- Francisco Fernández Nistal (ADACEN)
- Manuel Arellano Armisen (ALCER, COCEMFE Navarra)
- Sonia Ibáñez Ocáriz (ASPACE Navarra)
- Cristina Salvador Echavarren (ANADI, COCEMFE Navarra)
- Myriam Flores Quesada (ANADI, COCEMFE Navarra)
- Dani García Almoguera (IBILI)
- Miriam Nepote Ayensa (ACODIFNA)
- Asunción Iraizoz Medina (Plena Inclusión)
- Eugenia Oroz Zubiri (Plena Inclusión)
- Sara Díaz de Cerio Ayesa (ANAPAR, COCEMFE Navarra)
- Carmen Burgui (CERMIN)
- Nerea Arana Baztan (CERMIN)
- Víctor Bayarri Catalán (Consultor social)

ÍNDICE

Presentación	
POR UN ESPACIO SOCIO-SANITARIO INCLUSIVO PARA TODAS LAS PERSONAS A LO LARGO DE TODA SU VIDA.....	9
Capítulo I	
DÉFICITS Y RETOS POR SUPERAR EN LAS DISTINTAS ETAPAS VITALES Y DURANTE EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA	23
Capítulo II	
PROPUESTAS DE MEJORA POR UN ESPACIO SOCIO-SANITARIO INCLUSIVO EN NAVARRA.....	29
Capítulo III	
REFERENCIAS JURÍDICAS, CIENTÍFICAS Y PRÁCTICAS.	47
Capítulo IV	
CONCLUSIONES: MÁS SALUD Y BIENESTAR PARA EL CONJUNTO DE LA CIUDADANÍA NAVARRA	51
Anexo 1	
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA, JURÍDICA Y POLÍTICA	35
Anexo 2	
REFERENCIA DE ALGUNOS AVANCES PRÁCTICOS	103

PRESENTACIÓN

POR UN ESPACIO SOCIO-SANITARIO INCLUSIVO PARA TODAS LAS PERSONAS A LO LARGO DE TODA SU VIDA

El Comité de Representantes de Personas con Discapacidad de Navarra (CERMIN) reivindica el diseño y despliegue en Navarra de un espacio socio-sanitario inclusivo, que se caracterice por su calidad prestacional, eficacia preventiva, accesibilidad universal y plena igualdad en la atención a las personas con discapacidad.

Un espacio socio-sanitario con una clara orientación a resultados efectivos en la salud y la calidad de vida, con una financiación pública suficiente y una gobernanza transparente y colaborativa que reconozca y garantice la aportación del movimiento social de la discapacidad y de sus estructuras asociativas como un agente social cualificado y legitimado al servicio del bien común. Creando para ello marcos estables de colaboración en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas de salud y de bienestar.

El espacio socio-sanitario comprende para el CERMIN: los servicios, programas o apoyos que se prestan, de manera integrada y personalizada, a cualquier persona con discapacidad en los sistemas

de atención social y sanitaria. Estos programas se diseñan, prestan y evalúan según las necesidades de la persona y su familia, en cada momento de sus vidas y en función de su evolución.

CERMIN considera que una adecuada cartera socio-sanitaria ha de incluir, entre otras actuaciones garantizadas:

- La prevención.
- La (re)habilitación funcional/cognitiva.
- La promoción de vida autónoma.
- La participación y la inclusión en la comunidad.
- La asistencia personal.
- La facilitación de espacios de convivencia (residencias o pisos tutelados, ...).
- Los productos de apoyo (ayudas técnicas).

Todo ello en base a los principios de autodeterminación, planificación centrada en la persona, accesibilidad universal, igualdad de oportunidades, equidad en el acceso, inclusión social e igualdad de género real y efectiva.

Un análisis de nuestra realidad y unas propuestas que se realizan desde una concepción social de la discapacidad y, por tanto, en base a



la convicción de que las situaciones de discriminación que sufren las personas con discapacidad tienen su principal causa en las barreras y los déficits de aquellas sociedades que no están adaptadas para que estas personas puedan ejercer sus derechos.

En este sentido, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece *“que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”* y que este derecho incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Pero es que, además, define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Plantea, por tanto, un concepto holístico, integral y no segregado de la salud, en estas tres dimensiones: física, mental y social.

En esta misma línea, la propia OMS plantea, en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001), que el funcionamiento de una persona *“se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)”*. Los factores contextuales interactúan con la persona con una condición de salud y determinan el nivel y la extensión de su funcionamiento.

La CIF utiliza y sistematiza un enfoque “biopsicosocial” proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social. En este sentido, se observa entre las personas con discapacidad una alta prevalencia de

enfermedades crónicas que requieren un abordaje integral por parte de los sistemas de salud y de servicios sociales.

Así mismo, la OMS incorpora en el concepto de calidad de vida, la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno. Abundando en ello, científicos de reconocido prestigio en este ámbito, como el profesor Robert Schalock, han formulado ocho dimensiones centrales de la calidad de vida de una persona:

- Bienestar emocional.
- Relaciones interpersonales.
- Bienestar Material.
- Desarrollo personal.
- Bienestar físico.
- Autodeterminación.
- Inclusión Social.
- Derechos.

Por su parte, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce el derecho de estas



personas a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad (art. 25 —Salud—), así como a lograr y mantener la máxima independencia, capacidad, inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida en igualdad de oportunidades (art. 26 —Habilitación y rehabilitación—).

De manera consecuente, el Real Decreto 1/2013, de 29 de septiembre, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social, establece en su artículo 7.3, que las Administraciones Públicas protegerán de manera especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en materia de salud y en todos aquellos ámbitos que les permitan alcanzar una igualdad efectiva y real.

También, en esa misma Ley General de Derechos de las personas con discapacidad, se definen dos condiciones básicas que ha de cumplir todo espacio público:

a. Accesibilidad Universal, entendida como *“La condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse”*.

b. Igualdad de oportunidades, como *“La ausencia de discriminación, directa o indirecta, que tenga su causa en una discapacidad, así*

como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social”.

Por último, el “Libro Blanco sobre la Gobernanza Europea” orienta un marco de democracia y gobernanza avanzadas, dirigido a asociar a las personas y las organizaciones representativas en la formulación y aplicación de las políticas, con una mayor transparencia y compromiso de todos/as los/as participantes.

Esta visión, sin embargo, contrasta con la realidad actual de los sistemas de salud y de servicios sociales en Navarra, los cuales muestran, aún hoy en día, importantes déficits y asignaturas pendientes para conseguir que ese espacio socio-sanitario inclusivo esté al alcance de todas las personas a lo largo de toda su vida.

Una realidad que se caracteriza por un conjunto de factores con graves consecuencias para la salud y el bienestar de las personas con discapacidad y sus familias, así como para otros grupos de población que, por causa de la cronicidad de sus enfermedades o síndromes, del envejecimiento o de determinadas realidades sociales, sufren las carencias e insuficiencias de los citados sistemas y de su escasa coordinación e integración funcional.

Entre estos factores, se observan importantes déficits y retos en el diseño, articulación y desarrollo del espacio socio-sanitario inclusivo que reivindicamos desde el CERMIN. Sin entrar en detalles, y como apunte inicial, citamos algunos de ellos:



- Se produce un grave déficit de coordinación entre los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales en la atención a las personas usuarias, además de grandes diferencias en los niveles de desarrollo de ambos Sistemas. Causando con ello grandes diferencias en las respuestas que obtienen personas con tipos de necesidad similar, en función de los canales de atención y otras circunstancias aleatorias.
- Faltan dispositivos, herramientas y procedimientos para un conocimiento mutuo y una mejor coordinación entre ambos Sistemas. Entre otras cuestiones señalamos:
 - La inexistencia de una historia unificada o expediente único socio-sanitario que facilite la coordinación, el conocimiento y el seguimiento integrado de las necesidades de salud y sociales de las personas con discapacidad, en condiciones de derecho a esa información unificada, por parte de la persona con discapacidad.
 - No existe un circuito común de registro de la información entre ambos Sistemas. Esto dificulta el trabajo en red e implica, entre otros efectos, intervenciones inconexas, duplicidad de recursos, etc. La falta de comunicación entre los servicios sociales y de salud incrementa la desorientación, obliga a duplicar informaciones y gestiones, y alarga los periodos de espera para acceder a los recursos.
 - Una intensa ausencia de protocolos específicos de comunicación y colaboración entre los servicios sanitarios, ser-

vicios sociales y demás agentes que intervienen como las asociaciones, centros educativos u otros recursos comunitarios.

- Una excesiva delimitación de los ámbitos de atención, sin tener en cuenta que las necesidades de las personas no responden a trámites diferenciados, sino a situaciones globales. No se produce un abordaje con equipos multi e interdisciplinares con presencia de ambos Sistemas.
- Faltan figuras profesionales de enlace que informen, orienten y acompañen (profesional de referencia) y posibiliten una coordinación efectiva entre ambos Sistemas (social y sanitario) como referencia única que gestione el acceso y funcionamiento de todos los recursos.
- Se produce una escasa delimitación de funciones y responsabilidades de los/as profesionales para una adecuada colaboración de ambos ámbitos social y sanitario.
- Falta de adecuación curricular de los/as profesionales de la salud y de los servicios sociales, para una respuesta integral y con capacidad de gestión de la gran diversidad que suponen las realidades de la discapacidad y la cronicidad.
- Observamos un desarrollo asimétrico e incomunicado de los Sistemas de Información del ámbito sanitario y social. Aún así, los avances en el campo sanitario son más apreciables que los pro-



ducidos en el ámbito social, o en la coordinación socio-sanitaria. En este sentido destacamos que:

- En el sector sanitario se cuenta con información de la actividad, de los recursos, del producto final y su complejidad y hasta del grado de satisfacción, calidad de la prestación y necesidades de las personas usuarias. Se dispone de una historia clínica integrada que recoge los episodios de atención del paciente, tanto en el ámbito de atención especializada como primaria, así como también de otras herramientas informáticas que acompañan la gestión de los episodios asistenciales.
- Sin embargo, en el ámbito de lo social no se dispone de una situación similar y es notoria la diferencia con el sector sanitario. La LAPAD, en su artículo 37, señala la necesidad de contar con un sistema de información para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Pero se corre el riesgo de complicarlo aún más si se siguen desarrollando unos servicios de información no integrados, perpetuando los espacios diferenciados y no comunicados en los que viven instalados ambos sistemas.
- No existe una garantía de acceso a la información en condiciones de accesibilidad universal por parte de las personas y familias —ni en el sistema de salud, ni en el de servicios sociales—, sin integración de información entre ambos sistemas.
- Se produce una clara insuficiencia en el apoyo público en ayudas técnicas y orto-protésicas. En este sentido, consideramos

que los/as usuarios/as finales de los productos y servicios de la ortopedia son en última instancia, la referencia y medida de todos los esfuerzos que implica disponer de un sistema de prestaciones orto-protésicas de calidad, adaptadas a sus necesidades, de manera que se consigan resultados más efectivos en su autonomía, independencia y calidad de vida, a la vez que se minimiza el grado de dependencia y con ello el coste de otras ayudas o prestaciones económicas.

- Déficits en la información y orientación a las personas con discapacidad y sus familias, sobre aspectos relevantes para su salud y calidad de vida, como, cuáles son las diversas condiciones discapacitantes, su prevención, su tratamiento, los servicios existentes, el personal especializado, los establecimientos para la venta y alquiler de artículos e implementos para la (re)habilitación, las tecnologías de apoyo para una vida independiente, las prestaciones y ayudas existentes, etc.

Algunos ejemplos:

- En el acceso a servicios especializados de salud y a procesos diagnósticos se producen graves situaciones de trato desigual con graves consecuencias de falta de equidad.
- La persona que solicita ser valorada en su grado de discapacidad debe aportar todo el expediente médico con informes, etc., pues los/as valoradores/as de los centros de base no tienen acceso al historial de la persona que lo solicita. En la historia clínica no



aparecen los datos relativos a la discapacidad de una persona salvo que lo comunique la propia persona.

- Muchas personas son atendidas en el espacio sanitario, precisando apoyos sociales que desconocen y a los que no acceden por no existir un enlace de información/comunicación entre ellos.
- Las personas con determinados tipos de discapacidad pueden no reconocer los déficits cognitivos que padecen (atención, memoria, planificación, toma de decisiones, etc.) y, aunque legalmente pueden recibir el asesoramiento de profesionales expertos en el proceso de valoración, la gran mayoría lo ignora.

Todo ello supone, en muchas ocasiones, una falta de aplicación efectiva de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, al igual que los de la propia legislación en materia de accesibilidad, igualdad y no discriminación, en diversos ámbitos relativos a la salud, el bienestar y la plena ciudadanía de las personas con discapacidad.

De hecho, las personas con discapacidad, y también sus familiares, son ciudadanos y ciudadanas que sufren de manera intensa la falta de un espacio socio-sanitario inclusivo, capaz de dar una respuesta integral y eficaz a las necesidades de salud y sociales de cada persona.

Una carencia que, con diaria y grave casuística, entre otros efectos supone “de facto” la exclusión del sistema sanitario de muchas perso-

nas con discapacidad, a las que se sabe salvar la vida pero no apoyar en su desarrollo vital y en la mejora de sus condiciones globales de salud. Carencia que, en otro orden de cosas, acaba ocasionando unos elevados costes humanos, sociales y económicos. En este sentido, algunas necesidades que deben ser satisfechas tanto en la atención a la persona como a su familia son:

- Valoración de las secuelas y déficits con un enfoque multidisciplinar.
- Estimulación y atención temprana.
- (Re)habilitación integral.
- Inclusión social y apoyo al entorno: asesoramiento en ayudas técnicas, adaptaciones en domicilios, utilización de nuevas tecnologías potenciadoras de la autonomía, etc.
- Atención al cuidador/a principal, a las familias y/o a las redes de apoyo del entorno próximo.
- Prevenir otras problemáticas de salud y retrasar la dependencia.
- Potenciar un envejecimiento saludable.
- Apoyo a la vida independiente.
- Concepción de la discapacidad como una condición de derecho a una acción positiva y a la no discriminación.



- Mejora de las herramientas de valoración de la discapacidad y la dependencia.
- Disponer de un/a profesional de referencia.

Por todo lo expuesto, las entidades de iniciativa social que forman el CERMIN han elaborado y acordado una posición común del sector de la discapacidad de Navarra, capaz de orientar una acción continua de participación, reivindicación y monitorización del progreso hacia un espacio socio-sanitario al alcance de todas las personas con discapacidad, sin discriminaciones ni exclusiones de ningún tipo. Un espacio socio-sanitario inclusivo y accesible para todas las personas, en condiciones de plena igualdad, a lo largo de toda su vida. Un espacio que, mediante la mejora en los diversos procesos clave de los respectivos sistemas sanitario y social, suponga un progreso significativo en pro de los derechos y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad y un avance en el conjunto de los sistemas de salud y servicios sociales actuales.

Con todo ello, el espacio socio sanitario que reivindicamos desde el CERMIN ha de reunir 5 condiciones básicas:

- a) Integración funcional de los sistemas de salud y social.
- b) Formulación de un catálogo de prestaciones socio sanitarias.
- c) Condición de derecho subjetivo para aquellas personas que combinen necesidades continuas de apoyo en salud y sociales.
- d) Orientado a promocionar la salud y la vida autónoma en la comunidad.

- e) Diseñado y gobernado contando con las organizaciones representativas de las personas con discapacidad, personas mayores, enfermos/as crónicos, etc., en un marco de cocreación.

En este sentido, los principales objetivos del CERMIN en relación al espacio socio-sanitario son los siguientes:

- Propugnar la creación y el desarrollo de un espacio socio-sanitario en Navarra, coherente con la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en un marco de diálogo y cooperación institucional y con una clara orientación a resultados efectivos en la salud y el bienestar de las personas con discapacidad y del conjunto de la ciudadanía.
- Disponer, en este ámbito socio-sanitario, de un posicionamiento común del sector de la discapacidad de Navarra respecto las Instituciones Públicas competentes y los otros grupos de interés clave, con un sólido fundamento técnico y jurídico.
- Incorporar en su diseño el concepto de calidad de vida como marco referencial, teniendo en cuenta la atención al entorno familiar.
- Contribuir a la sostenibilidad, calidad, eficacia, eficiencia y racionalización de los sistemas de salud y servicios sociales.

De acuerdo con estos objetivos y según ya se expone al inicio de este documento, a continuación vamos a relatar los principales déficits y retos a superar en las distintas etapas vitales y durante el continuo de la atención, así como las propuestas de mejora prioritarias y las referencias jurídicas, científicas y prácticas más relevantes.

Capítulo I

DÉFICITS Y RETOS POR SUPERAR EN LAS DISTINTAS ETAPAS VITALES Y DURANTE EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

En relación a los déficits y retos se consideran aspectos relacionados con las etapas vitales y el *continuum* asistencial, considerando las siguientes franjas de edad:

- 0-6 años
- 6-18 años
- 18-45 años
- 45-65 años
- >65 años

A nivel conceptual, se considerará déficit aquella situación de falta o carencia de un recurso, servicio o dispositivo altamente necesario para la salud y el bienestar de las personas con discapacidad, en condicio-



nes de accesibilidad universal, no discriminación y plena igualdad de oportunidades; y reto aquella situación en la que se cuenta con un tipo de recurso, servicio o dispositivo adecuado para atender una necesidad social o de salud, sin discriminaciones de ningún tipo pero que resulta insuficiente en su dotación, proximidad o nivel de calidad.

En las páginas siguientes se recogen algunos de los déficits y retos más relevantes en los sistemas de salud y social, así como en su coordinación socio-sanitaria, para la consecución de un espacio socio-sanitario inclusivo:

MATRIZ DE DÉFICITS Y RETOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD Y SOCIAL, Y EN LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

Descripción	Etapa vital					Continuum asistencial			Déficit	Reto
	0 - 6 años	6 - 18 años	18 - 45 años	45 - 65 años	> 65 años	Salud	Social	Coordinación socio-sanitaria		
Inexistencia de un espacio socio-sanitario integrado, con capacidad para responder a toda persona a lo largo de toda su vida.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Una atención temprana limitada y sujeta a disponibilidad presupuestaria.	X	X				X	X	X	X	
Falta una (re)habilitación integral al alcance de todas las personas a lo largo de toda su vida.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Graves situaciones de falta de equidad en el acceso a servicios especializados de salud y procesos diagnósticos.	X	X	X	X	X	X	X			X



Descripción	Etapa vital					Continuum asistencial			Déficit	Reto
	0 - 6 años	6 - 18 años	18 - 45 años	45 - 65 años	> 65 años	Salud	Social	Coordinación socio-sanitaria		
Importantes déficits en accesibilidad universal, tanto en el sistema de salud como en el social.	X	X	X	X	X	X	X		X	
Falta de un completo catálogo integrado de productos de apoyo y ayudas técnicas que incluya, entre otras, los apoyos orto-protésicos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Déficits, con carácter general, en la formación, sensibilización y competencias de los/as profesionales sociales y sanitarios sobre el abordaje, la atención y la comunicación con las personas con discapacidad en toda su diversidad.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Falta un sistema de información integrado socio-sanitario.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Falta de coordinación y respuesta integrada entre salud, educación y servicios sociales.	X	X	X			X	X	X	X	
Discriminación por edad de las personas con discapacidad de más de 65 años en acceso a los servicios sociales de atención a la discapacidad.					X		X		X	
Escaso reconocimiento del papel activo de las organizaciones sociales de la discapacidad.	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Falta de profesionales de salud vinculados a centros educativos.	X	X	X			X			X	X
Escasa prevención de conductas de riesgo en la etapa infanto-juvenil.		X				X	X	X	X	
Insuficiente prevención del acoso en ámbito escolar, máxime en personas con discapacidad.		X					X			X
Necesidad de apoyar a los padres y a las madres sobre estilos de crianza que potencien la autonomía.	X	X						X		X
Paso brusco del servicio de salud pediátrico al de adultos: la atención pediátrica, ahora hasta los 14 años, debe extenderse hasta los 18 años.	X	X				X				X
Necesidad de una atención sanitaria flexible que minimice las ausencias laborales y sus graves consecuencias.	X	X	X	X					X	



Descripción	Etapa vital					Continuum asistencial			Déficit	Reto
	0 - 6 años	6 - 18 años	18 - 45 años	45 - 65 años	> 65 años	Salud	Social	Coordinación socio-sanitaria		
Escasos apoyos para poder disponer de un hogar saludable y accesible.	X	X	X	X	X	X	X		X	
En el ámbito de los productos de apoyo y ayudas técnicas, no se dispone de un sistema de estudio personalizado de necesidades, soluciones y seguimiento, con plazos y revisiones adecuados.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Inexistencia de un plan de formación integrado socio-sanitario.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Escasa adaptación y accesibilidad en los procesos diagnósticos.	X	X	X	X	X	X			X	
Trámites y procedimientos excesivamente burocráticos en el acceso a todo tipo de prestaciones sociales y sanitarias.	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Falta de incorporación de determinadas figuras profesionales rehabilitadoras en el sistema de salud.	X	X	X	X	X	X			X	
Falta definir y asignar profesionales socio-sanitarios de referencia.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Se produce un gran desequilibrio en la garantía de derechos y la financiación pública entre los sistemas de salud y de servicios sociales.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Escaso desarrollo de programas de investigación e innovación socio-sanitaria.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
No se dispone de un sistema unificado, con ventanilla única, al espacio socio-sanitario.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Se producen excesos de tiempo y demoras en el acceso a prestaciones sociales y sanitarias de carácter esencial.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Insuficiencia de profesionales sociales en el Sistema de Salud y viceversa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Falta formación de los profesionales de salud (sobre todo en especialidades) sobre cómo tratar a personas con dificultades de expresión y comprensión.	X	X	X	X	X	X			X	



Descripción	Etapa vital					Continuum asistencial			Déficit	Reto
	0 - 6 años	6 - 18 años	18 - 45 años	45 - 65 años	> 65 años	Salud	Social	Coordinación socio-sanitaria		
No existe un trabajo en red, no sólo a nivel socio-sanitario público, tampoco en relación a los/as profesionales de las entidades de iniciativa social del sector de la discapacidad.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
No reconocimiento del trabajo social sanitario.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Abandono socio-emocional en el momento del diagnóstico.	X	X	X	X	X	X		X	X	
Falta de atención sanitaria y social adecuada en zona rural.	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Falta de incidencia en prevención y agravamiento de determinados tipos de discapacidad.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Acceso limitado a determinados derechos reconocidos y en función del juzgado: incapacidades, excedencias pagadas, etc.	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Prestaciones sociales y sanitarias rígidas que no se adaptan a las necesidades reales de las personas y que dependen de dotaciones presupuestarias.	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Déficit en estimulación cognitiva a lo largo de la vida, sobre todo en población de riesgo (por ejemplo: envejecimiento precoz o deterioro de salud de personas con discapacidad).	X	X	X	X	X	X	X		X	
No siempre se respeta la libre elección y el derecho de arraigo de las personas institucionalizadas más allá de 65 años. Graves consecuencias por traslados imperativos.					X	X	X	X		X
No integración de la cronicidad ni de la discapacidad orgánica en área social.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Déficit de atención adecuada tanto en el ingreso como en la hospitalización de personas que presentan déficits cognitivos (discapacidad intelectual, Alzheimer, etc.).	X	X	X	X	X	X			X	
Déficit de apoyo en cuidados e higiene personal en ingresos hospitalario de personas con déficits cognitivos (no se les ducha, depila, etc.).	X	X	X	X	X	X			X	

Capítulo II

PROPUESTAS DE MEJORA POR UN ESPACIO SOCIO-SANITARIO INCLUSIVO EN NAVARRA

Las propuestas de mejora formuladas en este capítulo se dirigen, principalmente, a superar los déficits detectados y afrontar los retos aún activos, desde un enfoque caracterizado por el propósito de universalización, innovación, calidad, proximidad, prevención y eficacia del futuro espacio socio-sanitario inclusivo.

En este sentido, consideramos como principales ámbitos de mejora para la consecución de ese espacio socio-sanitario inclusivo, los siguientes:

1. Accesibilidad universal, igualdad y no discriminación.
2. Atención centrada en la persona en un *Continuum* asistencial.
3. Prevención.
4. Prestaciones:
 - a) Atención personal / Servicios.



- b) Fármacos y tratamientos.
 - c) Productos de apoyo/ Ayudas técnicas.
 - d) Prestaciones económicas.
 - e) Desgravaciones fiscales.
5. Formación.
 6. Investigación.
 7. Gobernanza.

Con todo ello, a continuación, se formulan las propuestas de mejora de acuerdo con una matriz que relaciona los principales ámbitos de mejora, con las tres dimensiones que entendemos han de configurar un espacio socio-sanitario inclusivo:

- El Sistema de Salud.
- El Sistema Social, entendiendo que el mismo incluye, principalmente, los servicios sociales, pero que también puede implicar otros sectores como la educación, la vivienda o el empleo.
- La Coordinación Socio-Sanitaria integrativa, entendiendo por tal aquellas actuaciones conjuntas del Sistema de Salud y el Sistema Social que permiten garantizar a las personas con discapacidad



un pleno acceso y disfrute de los servicios de salud y sociales, en igualdad de condiciones y sin discriminaciones de ningún tipo.

Éstas se recogen en las páginas siguientes de este documento, en una matriz de propuestas por un espacio socio-sanitario inclusivo. Antes, sin embargo, cabe señalar algunas notas adicionales respecto a diversos conceptos utilizados en esta matriz de propuestas:

1) La accesibilidad universal, igualdad y no discriminación, considera un concepto amplio de comprensión y utilización de espacios, servicios y atención para cualquier persona, basadas en las necesidades de cada persona sin contemplar la edad, el género, la discapacidad o la nacionalidad. Es la puerta de entrada a los servicios y prestaciones sanitarias y sociales de cualquier área de la administración, para todo el mundo.

2) La atención centrada en la persona en un *continuum* asistencial va encaminada a la atención de las necesidades reales, cotidianas y permanentes de la persona en todos los ámbitos y etapas de su vida, y no solo como sujeto pasivo de derechos o como ente con una patología o una discapacidad que hay que tratar.

3) En el ámbito de la prevención se considera:

- La prevención primaria. Evita la adquisición de la enfermedad, eliminando y controlando los riesgos ambientales, promoviendo la educación sanitaria, etc. Previene la enfermedad o daño en personas sanas.

- La prevención secundaria. Va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.
- La prevención terciaria. Comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la (re)habilitación de una enfermedad o déficit, para ralentizar su progresión y, con ello, la aparición o el agravamiento de complicaciones y elementos invalidantes, intentando mejorar la calidad de vida de los/as pacientes.

4) El ámbito prestacional incluye:

- Atención personal / Servicios, entendidas como aquellas prestaciones de asesoramiento, diagnóstico, prescripción o de atención profesional individualizada que puede ofrecerse en el propio hogar, en centros u otros recursos específicos, como son residencias, centros de salud, hospitales, las entidades de iniciativa social del sector de la discapacidad, etc.
- Fármacos y tratamientos, incluyendo en este apartado todo tipo de tratamientos farmacológicos, genéticos o de intervención mediante productos químicos, bioquímicos u orgánicos.
- Productos de apoyo / Ayudas técnicas, entendidas como el conjunto de prótesis, ortesis y productos que permiten mejorar el funcionamiento, la salud y la autonomía personal; así como aquellas intervenciones que permiten optimizar su uso y la mejora de la accesibilidad y la salubridad del propio hogar o del entorno vecinal y comunitario.



- Prestaciones económicas. Se trata de prestaciones de carácter monetario que permiten mejorar las condiciones de salud, calidad de vida y autonomía de la persona, bien sean dirigidas a la propia persona y a sus cuidadores/as.
- Desgravaciones fiscales, cuando se aprecien como alternativa positiva para reforzar actuaciones de la persona directamente relacionadas con la mejora de su salud, calidad de vida y autonomía.

5) La formación podrá estar dirigida a la propia persona —en clave de empoderamiento para una mejor salud, calidad de vida y autonomía—, a los/as familiares, a los/as cuidadores/as no profesionales y a los/as profesionales de los Sistemas de Salud y Social.

6) La investigación y la innovación, en clave de I+D+I, podrá relacionarse con cualquiera de los ámbitos descritos —accesibilidad, farmacéutica, ayudas técnicas, etc.—, así como en la detección y transferencia de experiencias de éxito.

7) En el ámbito de la gobernanza se consideraran, entre otros aspectos:

- La participación efectiva de las organizaciones representantes de las personas con discapacidad y sus familias en todo ámbito de decisión pública que afecte su salud, bienestar y autonomía y de las propias personas con discapacidad, en su condición de usuarias de los respectivos servicios, espacios y dispositivos.



- Los marcos legislativos y normativos, así como cualquier otro aspecto que afecte la ordenación, planificación y programación de los Sistemas de Salud y Social, así como su coordinación integrativa.

- La colaboración y concertación público-privada, con una especial atención por la concertación social entre las instituciones públicas competentes en las respectivas materias y las entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro que, en un ámbito u otro, atienden y procuran la promoción de la salud, la calidad de vida, el bienestar y la autonomía de las personas con discapacidad.

- La financiación de los sistemas de salud y social, así como de los procesos de coordinación socio-sanitaria integrativa, en clave de una continua mejora acorde con las propuestas que se realicen y aprueben.

MATRIZ DE PROPUESTAS POR UN ESPACIO SOCIO-SANITARIO INCLUSIVO

Ámbitos de mejora	Descripción de las propuestas	Salud	Social	Socio-sanitaria
1. Accesibilidad universal, igualdad y no discriminación.	Con carácter general, en este ámbito realizamos las siguientes propuestas:	X		
	a) Garantizar que se cumplan las condiciones de accesibilidad universal, igualdad y no discriminación en todos los centros y servicios de salud y sociales. Tanto en lo relativo a los procedimientos de acceso y uso de los mismos, como en la movilidad, la accesibilidad cognitiva, la comunicación, la comprensión y la expresión en el conjunto de procesos de información, diagnóstico, atención, (re)habilitación y seguimiento. En este sentido, como ejemplo del carácter universal que reivindicamos, toda la información que se ofrezca a una persona usuaria de los servicios sanitarios o sociales ha de realizarse en formatos accesibles y comprensibles.	X	X	



Ámbitos de mejora	Descripción de las propuestas	Salud	Social	Socio-sanitaria
<p>1. Accesibilidad universal, igualdad y no discriminación.</p>	<p>b) Garantizar el reconocimiento de la discapacidad desde el momento del correspondiente diagnóstico, para que las personas no sufran demoras en el acceso completo a los servicios y las prestaciones sociales. Esta actuación es de especial importancia cuando se diagnostican enfermedades crónicas y/o degenerativas de carácter progresivo.</p>	X	X	X
	<p>c) Incorporar la perspectiva de género en la atención socio-sanitaria, adaptando todos los medios, dispositivos, instrumentales y procesos que sean necesarios para una atención integrada, accesible y no discriminatoria de las mujeres y las niñas con discapacidad.</p>	X	X	
	<p>d) Eliminar las discriminaciones en el acceso a servicios sociales de atención a la discapacidad que sufren aquellas personas con discapacidad de más de 65 años.</p>		X	
	<p>A un nivel más concreto, también se realizan las siguientes propuestas:</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la accesibilidad, en sus diversas dimensiones, de los entornos comunitarios en los que se ubican los centros de salud, equipamientos sanitarios, hospitales, centros sociales, etc. Con una especial atención a las zonas rurales y de montaña. • Aplicar avances tecnológicos básicos en accesibilidad, como pueden ser: fácil localización de espacios, información en lenguaje comprensivo y mediante comunicación alternativa, tecnologías de apoyo, etc. • Simplificar los procedimientos administrativos de acceso a todo tipo de prestaciones y recursos de salud y sociales, garantizando que se diseñen y apliquen en condiciones de accesibilidad universal y no discriminación. • Garantizar que la tarjeta sanitaria, y el correspondiente protocolo de uso, mejoren la accesibilidad al Sistema Público de Salud de determinados colectivos de pacientes, entre los cuales se cuentan las personas con discapacidad, favoreciendo el acceso y el acompañamiento en función de sus necesidades específicas (en línea a las tarjetas doble ya creadas en la Rioja, Cantabria y otras CCAA). • Adaptar las consultas a las personas con discapacidad física (usuarios/as de sillas de ruedas). Grúa en centro de salud, en ginecología, etc. 	X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la accesibilidad, en sus diversas dimensiones, de los entornos comunitarios en los que se ubican los centros de salud, equipamientos sanitarios, hospitales, centros sociales, etc. Con una especial atención a las zonas rurales y de montaña. 	X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar avances tecnológicos básicos en accesibilidad, como pueden ser: fácil localización de espacios, información en lenguaje comprensivo y mediante comunicación alternativa, tecnologías de apoyo, etc. 	X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Simplificar los procedimientos administrativos de acceso a todo tipo de prestaciones y recursos de salud y sociales, garantizando que se diseñen y apliquen en condiciones de accesibilidad universal y no discriminación. 	X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que la tarjeta sanitaria, y el correspondiente protocolo de uso, mejoren la accesibilidad al Sistema Público de Salud de determinados colectivos de pacientes, entre los cuales se cuentan las personas con discapacidad, favoreciendo el acceso y el acompañamiento en función de sus necesidades específicas (en línea a las tarjetas doble ya creadas en la Rioja, Cantabria y otras CCAA). 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar las consultas a las personas con discapacidad física (usuarios/as de sillas de ruedas). Grúa en centro de salud, en ginecología, etc. 	X		

Ámbitos de mejora	Descripción de las propuestas	Salud	Social	Socio-sanitaria
<p>2. Continuum asistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un modelo de SEPAP, mediante la incorporación en la cartera socio-sanitaria y aplicación práctica del mismo. 	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar protocolos de atención socio-sanitaria que incorporen el entorno de la persona. 	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pilotajes en experiencias de intervención socio-sanitaria comunitaria. 	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Avanzar en la adecuación curricular y el reconocimiento del perfil sanitario de determinadas figuras profesionales que actúan en el ámbito social. 	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar y aplicar protocolos de derivación a recursos de atención socio-sanitaria continuada, en todos aquellos casos que requieran la misma. 	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar baremos y herramientas adecuadas para la valoración y evaluación integrada de necesidades sociales y de salud. 	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Articular canales formales de comunicación y coordinación entre las diferentes instituciones, dispositivos y profesionales que forman parte del sistema de atención a las personas con discapacidad. 	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un diseño integrativo y coordinado entre los centros de servicios sociales, sanitarios, de salud mental y las entidades de iniciativa social. 	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Unificar en un solo profesional de los centros de salud la coordinación sanitaria y social con los centros residenciales de personas con discapacidad. Sobre todo cuando se da la casuística de acudir periódicamente a un centro de salud con varias personas con discapacidad que viven en un mismo centro. 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Tener la posibilidad de realizar Interconsultas no presenciales con los especialistas, en la atención y seguimiento clínico de personas con discapacidad usuarias de centros residenciales. Esto evitaría desplazamientos innecesarios de las personas a las que se atiende en estos centros y solucionaría muchos problemas de una forma sencilla y contando con toda la información. 	X		
<ul style="list-style-type: none"> • Incluir a las personas con discapacidad usuarias de centros residenciales en el Programa del Paciente Crónico, con el fin de poder hacer, cuando sea necesario, la gestión de casos de manera directa con la enfermería-especialista del hospital y organizar ingresos cuando haga falta sin tener que pasar horas en Urgencias. 	X			

Ámbitos de mejora	Descripción de las propuestas	Salud	Social	Socio-sanitaria	
3. Prevención	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar los modelos de participación como la escuela de pacientes. Con lo cual se puede conseguir una prevención activa, con colaboración y empatía máxima entre profesionales y pacientes. 	X			
4. Prestaciones	4.1. Atención personal / Servicios	<p>Con carácter general, en este ámbito realizamos las siguientes propuestas:</p> <p>a) Modificar el SAD —Servicio de Atención a la Dependencia—, tanto en funciones como en intensidades, para que se adecue a las necesidades de apoyo de la autonomía y la vida independiente de la persona usuaria.</p> <p>b) Enfocar las prestaciones socio-sanitarias hacia la promoción de la autonomía personal y participación en la comunidad, promoviendo el acceso prioritario a servicios en la comunidad (atención domiciliaria, servicios de proximidad, asistencia personal, acompañamiento integral, etc.), de manera que no aislen a las personas y que persigan la recuperación, mantenimiento y desarrollo de sus capacidades y su inclusión en cada etapa vital.</p> <p>c) Ofrecer un apoyo individualizado de atención biopsicosocial y de (re)habilitación integral, en todos los ámbitos de la salud, del funcionamiento y la participación de la persona con discapacidad, como usuaria continua de los sistemas sanitario y social.</p> <p>d) Garantizar programas de apoyo a familiares y cuidadores/as que incluyan: atención psicológica, respiro, grupos de auto-apoyo, el empoderamiento de competencias de cuidado y transversales.</p> <p>e) Alcanzar la gratuidad de los servicios sociales de atención personal, en un marco integrativo de los sistemas social y de salud.</p> <p>f) Elaborar un catálogo de servicios y apoyos socio-sanitarios básicos, que se concrete en una red socio-sanitaria que incluya, entre otros, estos tres tipos de recursos básicos: ambulatorios, centros de referencia para enfermedades crónicas-discapacidades y recursos hospitalarios o residenciales de media y larga estancia. Integrando además la red residencial de apoyo a las personas con discapacidad y las entidades de iniciativa social del sector de la discapacidad</p> <p>También se formulan las siguientes propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar los métodos y prácticas de diagnóstico clínico y agilización de los mismos y los tratamientos. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>

Ámbitos de mejora	Descripción de las propuestas	Salud	Social	Socio-sanitaria
4. Prestaciones	4.1. Atención personal / Servicios	X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Articular las unidades mixtas de información y orientación socio-sanitaria en los diversos centros de salud, hospitales, etc., en un marco colaborativo con las entidades de iniciativa social de la discapacidad. 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar, de manera garantizada, aquellas prestaciones necesarias de (re)habilitación y de mantenimiento, tanto fisiológicas como psicológicas, ante dolencias discapacitantes. 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir la actividad física como un servicio sanitario. Se está prescribiendo por parte de los/as médicos/as como parte de los tratamientos pero no se acompaña al paciente en ese proceso. 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilizar los horarios de atención tanto en servicios sociales como sanitarios para posibilitar la conciliación de cuidadores/as y favorecer la inclusión laboral de personas con discapacidad. Evitando, de esta manera, el absentismo laboral de los/as cuidadores/as, que principalmente son mujeres. 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una coordinación socio-sanitaria integral con el sistema educativo en toda la etapa escolar, de acuerdo con el "Protocolo de colaboración entre educación, salud y servicios sociales en la atención a la infancia y la adolescencia." 	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar al facultativo de los centros de salud la posibilidad de prescripción en receta electrónica. 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la comunicación inicial a las personas y a las familias ante una situación de discapacidad. 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un servicio de psicología en neonatos y de orientación a las familias. 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un estudio personalizado de las necesidades que presenta una persona con discapacidad, de perfil socio-sanitario en ingreso hospitalario y desplegar los apoyos que precise (aumento de ratios, implementación de coordinación socio-sanitaria). 	X		X
<ul style="list-style-type: none"> • Reorientar los servicios de asistencia personal para personas con discapacidad y dependencia con un proyecto de vida independiente, basados en un plan de vida independiente y no solamente en la prestación asignada por la ley actual. 		X		
<ul style="list-style-type: none"> • Crear una figura laboral que recoja las especificidades de la asistencia personal. 		X		



Ámbitos de mejora	Descripción de las propuestas	Salud	Social	Socio-sanitaria
4. Prestaciones	<p>4.2. Fármacos y tratamientos</p> <p>Con carácter general, en este ámbito realizamos las siguientes propuestas:</p> <p>a) Garantizar, en cada caso, el tratamiento farmacológico más eficaz y saludable, incluyendo medicamentos y tecnologías de última generación y terapias no farmacológicas.</p> <p>b) Alcanzar la gratuidad de los tratamientos en el caso de personas con enfermedades crónicas.</p> <p>También se realizan estas propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar los tratamientos sustitutivos a los psicofármacos. • Mejorar la atención al paciente y realizar un seguimiento continuo de los efectos secundarios y riesgos en la prescripción de fármacos a personas con enfermedades crónicas. • Dotar los recursos necesarios para el diagnóstico genético pre-implantacional. • Promover programas de cribado en función de la prevalencia de patologías asociadas a cada discapacidad o síndrome. • En altas hospitalarias, adelantar el tratamiento y ciertas dosis de medicación (sobre todo en caso de personas del ámbito residencial) con el fin de tener preparada la medicación para cuando la persona se reincorpore a centro. • Implementar el sistema de receta electrónica, asimilando a las personas con discapacidad en activo o no, a los pensionistas. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p>X</p> <p></p> <p>X</p> <p>X</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p>X</p> <p></p> <p>X</p> <p>X</p>
	<p>4.3. Productos de apoyo / Ayudas Técnicas</p> <p>Con carácter general, en este ámbito realizamos las siguientes propuestas:</p> <p>a) Crear un sistema integrado, universal y gratuito de acceso a los productos de apoyo y ayudas técnicas. Contando con un dispositivo de ventanilla única para un correcto nivel de información y asesoramiento. En este sentido, se propone pasar del actual modelo de adjudicación a través de conciertos a que la persona usuaria tenga oportunidad de elegir entre tres opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entidades homologadas para la dispensación de los productos • Reintegro de la compra, lo cual posibilita la compra en cualquier entidad nacional y/o internacional, incluso la compra on-line. • Cheque-servicio garantizado que posibilite la compra en cualquier entidad nacional y/o internacional previamente acreditada. 	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>



Ámbitos de mejora	Descripción de las propuestas	Salud	Social	Socio-sanitaria
4.3. Productos de apoyo / Ayudas Técnicas	<p>b) Elaborar y publicar un completo catálogo socio-sanitario de productos de apoyo y ayudas técnicas, que amplíe e incluya el actual catalogo orto-protésico en condiciones de universalidad, calidad y gratuidad.</p> <p>Además realizamos estas propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la utilización de productos de apoyo y ayudas técnicas, como medio para una mayor autonomía personal y en la prevención de deterioros de salud y de procesos de dependencia. • Disponer de figuras profesionales especializadas en la prescripción y asesoramiento en el uso de productos de apoyo y ayudas técnicas. • Mejorar la coordinación socio-sanitaria en este ámbito de los productos de apoyo y las ayudas técnicas para conseguir una plena universalización de las mismas. 	X	X	X
4. Prestaciones económicas	<p>Con carácter general, en este ámbito realizamos las siguientes propuestas:</p> <p>a) Adecuar las condiciones normativas y mejorar la orientación y el asesoramiento para que las prestaciones económicas vinculadas a la discapacidad, a la promoción de la autonomía personal o a la dependencia, sean compatibles con la actividad laboral.</p> <p>b) Garantizar la compatibilidad de prestaciones existentes para la discapacidad y dependencia a tres niveles; en el ámbito social entre sí (Centro día, SAD y ADD), en el ámbito sanitario entre sí, y entre ambos ámbitos.</p> <p>c) Apoyar las mejoras del hogar en materia de accesibilidad, salud y autonomía personal.</p>	X	X	X
4.5. Desgravaciones fiscales	<p>Con carácter general, en este ámbito realizamos la siguiente propuestas:</p> <p>a) Introducir todas aquellas deducciones y desgravaciones fiscales pertinentes en relación a los sobre costes que asumen las personas con discapacidad y/o sus familias, en la atención a su salud o la mejora de las condiciones, para su autonomía personal y calidad de vida. Entre las cuales proponemos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción en la base imponible por donación efectuada a hijos/as y descendientes de cantidades destinadas a la adquisición vivienda habitual. 		X	



Ámbitos de mejora	Descripción de las propuestas	Salud	Social	Socio-sanitaria
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">4. Prestaciones</p> <p>4.5. Desgravaciones fiscales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exención de las adquisiciones de bienes y derechos que correspondan a las aportaciones al patrimonio protegido de la persona con discapacidad. • La devolución del gravamen sobre hidrocarburos a las entidades de iniciativa social, sin ánimo de lucro, que atienden personas con discapacidad y utilizan vehículos propios para el transporte de estas personas a servicios de atención socio-sanitaria o de integración laboral. • La devolución del gravamen sobre hidrocarburos a las personas que padezcan una discapacidad en grado igual o superior al 65%, invalidez absoluta o gran Invalidez, hasta 40.000 euros de base liquidable. 			
<p>5. Formación</p>	<p>Con carácter general, en este ámbito realizamos las siguientes propuestas:</p> <p>a) Realizar una adecuación curricular y formación obligatoria de los/as profesionales de salud para una mejor atención de la diversidad que suponen las personas con discapacidad, con una especial atención en lo relativo a la comunicación, expresión y comprensión, así como a las enfermedades minoritarias y sus tratamientos.</p> <p>b) Realizar una adecuación curricular y formación obligatoria de todos los profesionales de los Sistemas de Salud y Social en el conocimiento, uso y aplicación de la accesibilidad universal en el conjunto de sus áreas de actuación.</p> <p>c) Apoyar el empoderamiento de las personas con discapacidad y de sus familias, en el uso y reivindicación de unos servicios sociales y de salud de calidad.</p> <p>d) Apoyar la formación de los familiares y los cuidadores/as no profesionales en aspectos básicos de la atención y el apoyo a la autonomía y la salud de la persona.</p> <p>Así mismo se realizan las siguientes propuestas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la formación de los/as profesionales sanitarios que prescriben los productos orto-protésicos. • Dar acceso al personal sanitario de los centros a las plataformas de formación online del SNS para profesionales de la salud. • Extender la formación presencial que se hace en los centros de salud para familiares o pacientes, a los centros y programas de entidades sin ánimo de lucro, dirigido al personal de atención directa. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p></p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p></p> <p></p>	<p></p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p></p> <p></p>

Ámbitos de mejora	Descripción de las propuestas	Salud	Social	Socio-sanitaria
5. Formación	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer formación continua desde los servicios de salud a todos los profesionales sanitarios, sobre enfermedades neurológicas, neurodegenerativa, síndromes minoritarios, etc. Esta formación deberá ir dirigida no solo a los profesionales de los centros o residencias, sino a los profesionales de la salud pública. Sería una formación dirigida a conocer mejor: causas, síntomas, tratamiento de las distintas afecciones que presentan, tratamientos rehabilitadores que frenen la evolución de las alteraciones, etc. 	X		
6. I+D+I (Investigación, Desarrollo e Innovación)	<p>Con carácter general, en este ámbito realizamos las siguientes propuestas:</p> <p>a) Promover e impulsar la investigación en todas aquellas dimensiones que puedan aportar mejoras a la salud y la calidad de vida de las personas con discapacidad. Así en investigación básica, como epidemiológica, clínica o socio-sanitaria. Contando, en su diseño, aplicación y evaluación, con las propias personas con discapacidad, sus familias y las entidades de iniciativa social del sector de la discapacidad.</p> <p>b) Realizar una mayor inversión en la investigación sobre las enfermedades crónicas y/o minoritarias. Con prioridad en la investigación orientada a la innovación en el ámbito de fármacos y otros tratamientos.</p> <p>c) Desarrollar programas innovadores que permitan el testeo, por parte de personas con discapacidad con perfil adecuado, de nuevas tecnologías aplicadas a la (re)habilitación, la autonomía y la vida independiente.</p> <p>d) Desarrollar pilotajes de puesta en marcha de modelos de atención socio-sanitaria, sobre todo en el ámbito ambulatorio o de promoción de vida independiente, que puedan suponer experiencias escalables y replicables</p> <p>También realizamos las siguientes propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar una nueva filosofía de la I+D+I en este ámbito, con indicadores integren el paradigma de atención a la discapacidad a lo largo de la vida y los modelos de atención a crónicos. • Desarrollar programas de compra pública innovadora para el testeo de nuevas tecnologías potenciadoras de la autonomía, pudiendo realizar ensayos para que sean trasladadas sus conclusiones y aplicación a más número de personas. 	X	X	X



Ámbitos de mejora	Descripción de las propuestas	Salud	Social	Socio-sanitaria
<p>7. Gobernanza</p>	<p>Con carácter general, en este ámbito realizamos las siguientes propuestas:</p> <p>a) Garantizar que exista una información clara y accesible sobre los derechos y los deberes de las personas usuarias, de las condiciones de acceso y uso de los diversos recursos sociales y sanitarios y de los procedimientos administrativos para realizar sugerencias y reclamaciones, en un marco de creciente transparencia y participación.</p> <p>b) Mejorar los sistemas de participación, consulta y financiación de entidades sociales, partícipes en los Sistemas de Salud y Social, como agentes clave para su calidad, innovación, universalización y sostenibilidad.</p> <p>c) Establecer un sistema concertado de colaboración público-privado con las entidades de iniciativa social del sector de la discapacidad, que garantice su función representativa y, en su caso, la calidad y adecuación de los servicios que prestan.</p> <p>d) Priorizar la concertación social y la subcontratación con entidades de iniciativa social expertas en el ámbito de la discapacidad, de aquellos servicios de marcado perfil socio-sanitario como pueden ser los de atención temprana, (re)habilitación, atención comunitaria y promoción de la autonomía, apoyo a los cuidadores/as y familiares, etc.</p> <p>Además realizamos las siguientes propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer y garantizar la aportación del movimiento social de la discapacidad y de sus estructuras asociativas, como un operador cualificado y legitimado en la planificación, ordenación y desarrollo del espacio socio-sanitario. • Realizar el diseño del espacio socio-sanitario y su regulación legal y administrativa, de manera coherente con la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las Personas con Discapacidad. Reconociendo el derecho de las personas a gozar de la máxima salud sin discriminación por motivos de discapacidad (Art. 25) y lograr la máxima independencia, inclusión y rehabilitación (Art. 26). • Incorporar en los sistemas sanitarios y sociales cauces reales de participación y control, en los que puedan participar las personas con discapacidad y las organizaciones que les representan. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p>X</p> <p></p> <p>X</p> <p>X</p> <p></p>

Capítulo III

REFERENCIAS JURÍDICAS, CIENTÍFICAS Y PRÁCTICAS

En el proceso de elaboración de este Informe se han tenido en cuenta, como principal referencia jurídica, las disposiciones pertinentes de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como 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. Así mismo se consideran, entre otras, las siguientes referencias:

- La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) OMS 1999.
- La legislación navarra en materia de salud, servicios sociales, accesibilidad e igualdad de oportunidades y no discriminación.
- El catálogo de prestaciones sanitarias de Navarra.
- La cartera de servicios sociales de Navarra.
- La nueva y reciente estrategia estatal de la cronicidad.

- El Libro Blanco de la coordinación socio-sanitaria.
- Diversas iniciativas recientes de planificación y actuación socio-sanitaria en CCAA.
- Los análisis y propuestas ya realizadas por CERMIN y el CERMI estatal en este ámbito.
- Los análisis y propuestas que realizan las organizaciones representativas de pacientes crónicos y personas con discapacidad.

En este sentido destacamos los documentos de referencia que podemos disponer en los siguientes enlaces:

- Plan de salud de Navarra 2014-2020:
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/
- Estrategia Navarra de atención integrada pacientes crónicos y pluripatológicos:
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
- Plan Integral de Atención a las Personas con Discapacidad 2010-2013: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Publicaciones/Discapacidad/



- Plan foral de atención sociosanitaria:
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/2AA8B822-615B-43B8-A8AE-EA94D7EA09E7/76271/PlanForaldef.pdf>
- Planes dirigidos a personas mayores: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Publicaciones/PersonasMayores/#header1
- Documento técnico elaborado por CERMI Estatal titulado “Espacio socio-sanitario inclusivo”: <http://www.cermi.es/ES/BIBLIOTECA/Paginas/Inicio.aspx?TSMEIdPub=334>

También señalamos la extensa referencia científica, legislativa y práctica que se recoge en los dos anexos de este documento.

Capítulo IV

CONCLUSIONES: MÁS SALUD Y BIENESTAR PARA EL CONJUNTO DE LA CIUDADANÍA NAVARRA

La creación de un espacio socio-sanitario inclusivo con una clara orientación a resultados efectivos en la salud y la calidad de vida, que cuente con una financiación pública suficiente y una gobernanza transparente y colaborativa, va a suponer un gran avance para el progreso humano, social y económico del conjunto de Navarra. Porque una comunidad que invierte en desarrollo humano y en cohesión social, es siempre una sociedad que asienta firmes pilares para su futuro colectivo.

De hecho, como se puede observar en las propuestas realizadas, conseguir un espacio socio-sanitario inclusivo —o en otras palabras: alcanzar un mejor desarrollo de nuestros sistemas de salud y del bienestar para que todas las personas puedan disfrutar de los mismos— no se basa solamente en una mejor coordinación socio-sanitaria, imprescindible en cualquier caso, sino que también requiere actuaciones sectoriales innovadoras en las áreas de salud, servicios sociales, educación, vivienda, hacienda y en el conjunto de la Administración Pública Foral.

En este sentido, el conjunto de las entidades de iniciativa social del sector de la discapacidad de Navarra, que conforman el CERMIN, se comprometen a ser un agente activo en la consecución del espacio socio-sanitario inclusivo que propugnan en este informe. Un compromiso que se llevará a cabo en un marco de colaboración con las Instituciones Públicas de nuestra Comunidad y con todos aquellos otros agentes implicados en la mejora de nuestros sistemas de salud y bienestar. Así mismo, se llevarán a cabo todas aquellas acciones de concienciación y de activación de nuestras bases sociales y del conjunto de la ciudadanía navarra que contribuyan a alcanzar los objetivos propuestos.

Para ello realizaremos una labor continua de diálogo, seguimiento, monitorización y reivindicación de las propuestas realizadas. Unas propuestas que hacemos extensivas al conjunto de la sociedad navarra y que iremos mejorando, en futuros informes, con todo aquello que suponga una mejora en salud, calidad de vida y plena igualdad para todas las personas, sin exclusiones ni discriminaciones de ningún tipo.

Será por tanto, desde una amplia participación de responsables públicos, representantes del sector de la discapacidad, profesionales y ciudadanía en general, que podremos alcanzar ese espacio socio-sanitario inclusivo. Un espacio innovador y creativo que, con toda seguridad, generará un impacto social positivo y un alto retorno para el desarrollo futuro de nuestra Comunidad.

Anexo 1

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA, JURÍDICA Y POLÍTICA

Este documento se basa y fundamenta de forma prioritaria en las siguientes referencias científicas, jurídicas y políticas:

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Organización Mundial de la Salud

La OMS define, desde 1948, la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”¹.

Puedes encontrar o profundizar en un mayor nivel de información a través de este link a la web de la OMS: <http://www.who.int/es/>

¹ Fuente: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue 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

La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano.

A partir de esta definición, algunos analistas² circunscriben la salud a tres áreas distintas:

- La salud física, que corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene la persona, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.
- La salud mental, el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.

Estados (Official Records of the World Health Organization, n.º 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

² Fuente: Floreal Ferrara. <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>



- La salud social, que representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que la persona pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001. Organización Mundial de la Salud)

Según la CIF, el funcionamiento de una persona se entiende como “*una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)*”. Los factores contextuales interactúan con la persona con una condición de salud y determinan el nivel y la extensión de su funcionamiento.

Puedes acceder al contenido completo de la CIF a través de este link:
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

Se basa en la integración de dos modelos utilizados para definir la discapacidad: (1) El modelo médico, que considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de un cambio de su conducta. La atención sanitaria es a la persona y lo considera la cuestión primordial. En el

ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

(2) El modelo social de la discapacidad, que considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y, principalmente, como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.

Para la CIF un “estado de salud” es el nivel de funcionamiento dentro de un determinado “dominio de salud” de la CIF. Los “dominios de salud” indican áreas de la vida que se incluyen en el concepto de “salud”, como aquellas que cuando se definen los objetivos de los sistemas de salud, se consideran como su responsabilidad prioritaria (funciones corporales, estructuras corporales, áreas vitales, etc.).

La CIF está basada en la integración de estos dos modelos opuestos. Utiliza un enfoque “biopsicosocial”. Intenta conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.



FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA

Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³

Su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente (art. 1.1.).

Puedes acceder al contenido completo de la Convención a través de este link: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

En materia de salud y servicios sociales, los principales contenidos de este texto normativo que se han de considerar se recogen en el siguiente articulado:

Art. 5 – Igualdad y no discriminación:

1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

³ La Convención fue aprobada el 13 de diciembre de 2006. El Reino de España ha firmado y ratificado esta Convención, más su Protocolo facultativo, por lo que desde el 3 de mayo de 2008 este cuerpo normativo internacional forma parte del ordenamiento jurídico español.

2. *Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.*

3. *A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.*

4. *No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.*

Art. 6 — Mujeres con discapacidad:

1. *Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.*

2. *Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.*



Art. 7 – Niños y niñas con discapacidad:

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.

2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.

3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

Art. 9 – Accesibilidad:

1. 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 tec-

nologías 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. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;*
 - b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.*
- 2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:*
- 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.*

Art. 19 — Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad:

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad

a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;*
- b) 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;*
- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.*

Art. 25 — Salud:

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. Los Estados Partes adoptarán



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. 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.*

Art. 26 — Habilitación y rehabilitación:

1. Los Estados Partes adoptarán 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.

2. 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.

3. Los Estados Partes 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.

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

En materia de salud y servicios sociales, los principales contenidos de la Constitución que se han de tener en cuenta son los siguientes:

Puedes acceder al contenido completo de la Constitución Española a través de este link:

<http://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

Art. 9.2.

Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o

dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Art. 14

Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

Artículo 43

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Artículo 49

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sen-



soriales 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.

Artículo 50

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

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

Su objeto es garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la

Puedes acceder al contenido completo de este RDL 1/2013 a través de este link:

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-12632

comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación (art. 1.a).

Destacamos algunos contenidos prioritarios en materia de salud y servicios sociales de este texto normativo:

Artículo 7. Derecho a la igualdad.

1. Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que los demás ciudadanos conforme a nuestro ordenamiento jurídico.

2. Para hacer efectivo este derecho a la igualdad, las administraciones públicas promoverán las medidas necesarias para que el ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos de las personas con discapacidad sea real y efectivo en todos los ámbitos de la vida.

3. Las administraciones públicas protegerán de forma especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en materia de igualdad entre mujeres y hombres, salud, empleo, protección social, educación, tutela judicial efectiva, movilidad, comunicación, información y acceso a la cultura, al deporte, al ocio así como de participación en los asuntos públicos, en los términos previstos en este Título y demás normativa que sea de aplicación.

4. Asimismo, las administraciones públicas protegerán de manera singularmente intensa a aquellas personas o grupo de personas especialmente vulnerables a la discriminación múltiple como las ni-



ñas, niños y mujeres con discapacidad, mayores con discapacidad, mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género, personas con pluridiscapacidad u otras personas con discapacidad integrantes de minorías.

Artículo 10. Derecho a la protección de la salud.

1. 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.

2. 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.

3. Las administraciones públicas desarrollarán 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 promoverán 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.

Artículo 11.1. Prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades

La prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades constituye un derecho y un deber de todo ciudadano y de la sociedad en su conjunto y formará parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública y de los servicios sociales. La prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades atenderá a la diversidad de las personas con discapacidad, dando un tratamiento diferenciado según las necesidades específicas de cada persona.

Artículo 12.1. Equipos multiprofesionales de atención a la discapacidad

Los equipos multiprofesionales de atención a la discapacidad de cada ámbito sectorial deberán contar con la formación especializada correspondiente y serán competentes, en su ámbito territorial, para prestar una atención interdisciplinaria a cada persona con discapacidad que lo necesite, para garantizar su inclusión y participación plena en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.

Artículo 13.1. Atención integral

Se entiende por atención integral los 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.

Artículo 14. Habilitación o rehabilitación médico-funcional

1. La habilitación o rehabilitación médico-funcional tiene como objetivo conseguir la máxima funcionalidad de las capacidades físicas, sensoriales, mentales o intelectuales. Este proceso 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 personal posible.

2. A estos efectos, 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, tendrá derecho a beneficiarse 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 con las demás.

3. El proceso habilitador o rehabilitador que se inicie en servicios específicos se desarrollará en íntima conexión con los centros de intervención en donde deba continuarse y proseguirá, si fuera ne-

cesario, como tratamiento domiciliario o bien en el entorno en el que la persona con discapacidad desarrolla su vida, con los recursos comunitarios existentes.

4. Los programas de habilitación y rehabilitación 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.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y su normativa de desarrollo (estatal y autonómica)

Su objeto es regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado, de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español (art. 1.1.).

Puedes acceder al contenido completo de esta Ley 39/2006 a través de este link:

<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>



Entre los principios de esta Ley, se recoge el de *colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios/as del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales* (art. 3.1).

Según su artículo 15, *la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos:*

- a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.*
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.*

Por su parte, el artículo 37.1. (Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) prevé que *el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del organismo competente, establecerá un sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Públicas, así como la compatibilidad y articulación entre los distintos sistemas.*

Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de servicios sociales

Este Catálogo recoge, identifica y define las prestaciones de referencia del Sistema público de servicios sociales, parte del concepto de “Sistema público de servicios sociales” como un conjunto de servicios y prestaciones que insertándose con otros elementos de

Protección Social, tiene como finalidad la promoción y el desarrollo pleno de todas las personas y grupos dentro de la sociedad para la obtención de un mayor bienestar social y una mejor calidad de vida, en el entorno de la convivencia, y la prevención y la eliminación de las causas que conducen a la exclusión social.

Puedes acceder al contenido completo del Catálogo de referencia de servicios sociales a través de este link: <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/catalogoRefServSociales.pdf>



Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

Su objeto es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud (art. 1.1.).

Puedes acceder al contenido completo de esta Ley 16/2003 a través de este link: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

Entre sus principios informantes se recoge *la prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública* (art. 2.d).

Son destacables, además, las siguientes disposiciones:

Artículo 2.a) y c). Entre los principios que informan esta Ley destacan:

- a) *La prestación de los servicios a los usuarios/as del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.*

- c) *La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud.*

Artículo 4.C. Derechos de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud

- c) A recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma.

Artículo 19. Prestación de transporte sanitario

El transporte sanitario, que necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte.

Artículo 23. Garantía de accesibilidad

Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta Ley en condiciones de igualdad efectiva.

Artículo 26.1. Garantías de información

Los servicios de salud informarán a la ciudadanía de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema



Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en la Ley General de Salud Pública y en las correspondientes normas autonómicas, en su caso.

Artículo 28.1. Párrafo 4. Garantías de calidad y servicios de referencia

La accesibilidad de los centros, servicios y prestaciones de carácter sanitario para personas con discapacidad constituye un criterio de calidad que ha de ser garantizado por el Sistema Nacional de Salud. Los centros sanitarios de nueva creación deberán cumplir las normas vigentes en materia de promoción de la accesibilidad y de eliminación de barreras de todo tipo que les sean de aplicación. Las Administraciones públicas sanitarias promoverán programas para la eliminación de barreras en los centros y servicios sanitarios que, por razón de su antigüedad u otros motivos, presenten obstáculos para los usuarios con problemas de movilidad o comunicación.

Artículo 29. Ámbito de las garantías de seguridad y calidad

Las garantías de seguridad y calidad son aplicables a todos los centros, públicos y privados, independientemente de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento, siendo responsabilidad de las Administraciones públicas sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento.

Artículo 71.1.j). Funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud

El Consejo Interterritorial, entre sus funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud, conocerá, debatirá y emitirá recomendaciones sobre los criterios de seguridad y accesibilidad del sistema de información.

Artículo 76.2.f). Funciones y actividades de la Alta Inspección

Una de las funciones que corresponden a la Alta Inspección es la de *verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en los sistemas de administración y regímenes de prestación de los servicios sanitarios, así como de los sistemas o procedimientos de selección y provisión de sus puestos de trabajo.*

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

Su objeto es la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

Puedes acceder al contenido completo de esta Ley 16/2003 a través de este link:

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499

Destacamos de la misma las siguientes disposiciones:



Artículo 3.2.

La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

Artículo 6

1. Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

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

2. En la ejecución de lo previsto en el apartado anterior, las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del

principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando su igual derecho a la salud.

Artículo 10.2.

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: 2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.

Artículo 12

Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución.

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

Puedes acceder al contenido completo de esta Ley 41/2002 a través de este link:

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188

Destacamos de la misma las siguientes disposiciones:



Artículo 4. (Derecho a la información asistencial):

Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma... La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículos 5.2. y 5.3. (Titular del derecho a la información asistencial):

El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización

Con el fin de garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, este Real Decreto:

Puedes acceder al contenido completo de este RD 1030/2006 a través de este link:

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-16212

1. Establece el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotesica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

2. Fija las bases del procedimiento para la actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Ley 27/2007 por la que se reconocen y regulan 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

Tiene por objeto reconocer y regular la lengua de signos española como lengua de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas en España que li-

Puedes acceder al contenido completo de esta Ley 27/2007 a través de este link:

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-18476



brememente decidan utilizarla, sin perjuicio del reconocimiento de la lengua de signos catalana en su ámbito de uso lingüístico, así como la regulación de los medios de apoyo a la comunicación oral (art. 1.1.).

También es objeto de esta Ley, la regulación de los medios de apoyo a la comunicación oral destinados a las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas (art. 1.4.).

Su artículo 10.c) establece que *las Administraciones Públicas competentes promoverán la prestación de servicios de intérpretes en lengua de signos española y/o en las lenguas de signos propias de las comunidades autónomas si las hubiera, en el caso de que así se solicite previamente, para los usuarios que lo necesiten en aquellos centros sanitarios que atiendan a personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Igualmente adoptarán las medidas necesarias para que las campañas informativas y preventivas en materia de salud sean accesibles a las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas en lenguas de signos españolas.*

Su artículo 19.c) establece que *las Administraciones sanitarias promoverán los medios de apoyo a la comunicación oral de los usuarios que los necesiten en aquellos centros sanitarios que atiendan a personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Igualmente adoptarán las medidas necesarias para que las campañas informativas y preventivas en materia de salud sean accesibles a las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas mediante la incorporación de la subtitulación y de otros recursos de apoyo a la comunicación oral.*

FUNDAMENTACIÓN POLÍTICA

Europa 2020: Una Estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. COM(2010) 2020

El núcleo de Europa 2020 debería estar constituido por tres prioridades:

- Crecimiento inteligente: desarrollo de una economía basada en el conocimiento y la innovación.
- Crecimiento sostenible: promoción de una economía que utilice más eficazmente los recursos, que sea verde y más competitiva.
- Crecimiento integrador: fomento de una economía con un alto nivel de empleo que redunde en la cohesión económica, social y territorial.

Puedes acceder al contenido completo de la Estrategia a través de este link: http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/president/news/documents/pdf/20100303_1_es.pdf

Sitúa el envejecimiento de la población como uno de los retos que se han de afrontar y, dentro de su iniciativa emblemática “Unión por la innovación”, la Estrategia se plantea recentrar la política de I+D+i en los retos a los que se enfrenta nuestra sociedad: cambio climático, energía y uso eficaz de los recursos, salud, evolución demográfica, etc. Cada uno de los eslabones de la cadena de innova-



ción debería ser reforzado, desde la investigación sin límites hasta la comercialización.

Entre las actuaciones que se plantean a los Estados miembros en su iniciativa emblemática “Una agenda digital para Europa”, se recoge la de promover el despliegue y uso de servicios en línea modernos (por ejemplo: Administración electrónica, salud en línea, hogar inteligente, cualificaciones digitales, seguridad).

Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras

Prevé lo siguiente en los ámbitos de participación y sanidad:

Participación

Puedes acceder al contenido completo de la Estrategia a través de este link: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:ES:PDF>

Persisten múltiples obstáculos que impiden que las personas con discapacidad puedan ejercer plenamente sus derechos fundamentales —en especial sus derechos como ciudadanos de la Unión— y que limitan su participación en la sociedad en las mismas condiciones que otras personas. Estos derechos incluyen el derecho a la libre circulación, a elegir dónde y cómo se quiere vivir, y a tener pleno acceso a las actividades culturales, recreativas y deportivas.

La actuación de la UE apoyará actividades nacionales destinadas a:

- *lograr la transición de una asistencia institucional a una asistencia de carácter local, también mediante la utilización de los Fondos Estructurales y el Fondo de Desarrollo Rural, a efectos de la formación de recursos humanos y la adaptación de las infraestructuras sociales, el desarrollo de sistemas de financiación para ayudas personalizadas, la promoción de condiciones laborales adecuadas para los cuidadores/as profesionales y el apoyo a las familias y a los cuidadores/as no profesionales;*
- *facilitar la accesibilidad de organizaciones y actividades en los campos del deporte, el ocio, la cultura y la diversión, y acogerse a las excepciones que admite la Directiva sobre derechos de autor.*

Lograr una plena participación en la sociedad de las personas con discapacidad:

- *permitiéndoles disfrutar de todos los beneficios de la ciudadanía de la UE;*
- *suprimiendo las trabas administrativas y las barreras actitudinales a la participación plena y por igual;*
- *proporcionando servicios de calidad de ámbito local que comprendan el acceso a una ayuda personalizada.*



Sanidad

Las personas con discapacidad pueden tener un acceso limitado a los servicios sanitarios, incluidos los tratamientos médicos ordinarios, lo que puede revertir en desigualdades respecto a la salud independientes de su discapacidad. Estas personas tienen derecho al mismo acceso a la asistencia sanitaria que el resto de la población, también a la asistencia de carácter preventivo, y a beneficiarse de unos servicios sanitarios y de rehabilitación específicos que sean asequibles, de calidad y que tengan en cuenta sus necesidades, incluidas las derivadas del género. Esta tarea es competencia básicamente de los Estados miembros, que son responsables de la organización y la prestación de servicios sanitarios y de asistencia médica. La Comisión apoyará el desarrollo de medidas encaminadas a la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria que comprendan unos servicios sanitarios y de rehabilitación de calidad diseñados para las personas con discapacidad. También prestará una atención especial a las personas con discapacidad a la hora de poner en práctica medidas destinadas a luchar contra las desigualdades en el campo de la salud; promoverá la adopción de medidas en el ámbito de la salud y la seguridad en el trabajo para reducir los riesgos de sufrir una discapacidad durante la vida laboral y mejorar la reinserción laboral de los trabajadores con discapacidad; y se dedicará a prevenir estos riesgos.

La actuación de la UE apoyará las medidas nacionales cuyo objeto sea proporcionar unos servicios y unas instalaciones sanitarias accesibles y no discriminatorias; fomentar la sensibilización hacia las discapacidades en las escuelas de medicina y en los planes de estudios

de los profesionales de la salud; ofrecer unos servicios adecuados de rehabilitación; promover la asistencia sanitaria psíquica y el desarrollo de servicios de intervención temprana y de evaluación de necesidades.

Potenciar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios y a las instalaciones vinculadas para las personas con discapacidad.

La Gobernanza Europea: un Libro Blanco. Comisión de las Comunidades Europeas. COM (2001) 428 final

El Libro Blanco sobre la Gobernanza Europea se refiere a la manera en que la Unión utiliza los poderes que le otorgan sus ciudadanos. Propone abrir el proceso de elaboración de las políticas de la UE con el fin de asociar a un mayor número de personas y organizaciones en su formulación y aplicación, lo que se traducirá en una mayor transparencia y en una mayor responsabilización de todos los participantes. Esto debería permitir a los ciudadanos comprobar cómo los Estados miembros, actuando de manera conjunta en el marco de la Unión son capaces de responder más eficazmente a sus preocupaciones.

Puedes acceder al contenido completo de la Comunicación a través de este link:

<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:19137&dsID=GbzaEurLBco.pdf>

Cinco son los principios que constituyen la base de una buena gobernanza y de los cambios propuestos en el presente Libro Blanco: apertura, participación, responsabilidad, eficacia y coherencia. Cada



uno de estos principios resulta esencial para la instauración de una gobernanza más democrática.

Los cambios propuestos se dividen en cuatro secciones. La primera se centra en los medios de reforzar la participación en la elaboración y aplicación de las políticas de la UE. La segunda se refiere a la mejora de la calidad y aplicación de las políticas comunitarias. La tercera tiene por objeto reforzar la vinculación entre la gobernanza europea y el lugar de la Unión en el mundo. Por último, la cuarta sección aborda el papel de las Instituciones.

Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020

En su plan de acción relativo a salud (6.8.), se plantea el objetivo *de reforzar los servicios e instalaciones sanitarias accesibles y no discriminatorias; fomentar la sensibilización hacia las discapacidades en las escuelas de medicina y en los planes de estudios de los profesionales de la salud; ofrecer unos servicios adecuados de rehabilitación; promover la asistencia sanitaria psíquica y el desarrollo de servicios de intervención temprana y de evaluación de necesidades.*

Puedes acceder al contenido completo de la Estrategia a través de este link:

<http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/estrategiaEspanolaDiscapacidad.htm>

Entre las medidas estratégicas para conseguir este objetivo prevé:

1. *Fomentar, junto con las demás unidades competentes, la puesta en marcha de una Estrategia Sociosanitaria, que integren los recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad y de sus familias.*
2. *Promover medidas que faciliten el uso de medios técnicos de apoyo con vistas a garantizar la vida independiente.*
3. *Desarrollar programas de detección y diagnóstico precoz de discapacidades.*
4. *Desarrollar medidas preventivas, incluyendo la adaptación ortoprotésica y la rehabilitación funcional, para reducir los riesgos de discapacidades sobrevenidas y el agravamiento de discapacidades preexistentes.*
5. *Diseñar medidas específicas para el colectivo de personas con autismo en sus diferentes enfoques y afecciones.*
6. *Aplicar el enfoque de género en las políticas sociosanitarias, que permita tomar en consideración las necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad.*
7. *Establecer medidas en el ámbito sanitario dirigidas a detectar violencia o malos tratos contra mujeres con discapacidad.*



Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011

Parte de la afirmación de que la atención integral de la salud y la mejora del bienestar es la base del Sistema Nacional de Salud y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SNS y SAAD) y apunta la necesidad de ofrecer una respuesta integral ante los retos del envejecimiento y la presencia de enfermedades crónicas y de la necesidad de cuidados personales de quienes las padecen.

Puedes acceder al contenido completo del Libro Blanco a través de este link:

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>

Además, los cambios demográficos y sociales, un entorno cambiante y un contexto marcado por la crisis económica, constituyen un reto para la mejora e, incluso, para la sostenibilidad de los sistemas públicos sanitario y social tal y como están configurados hoy día. Se deben abordar de manera decidida planteamientos de fondo que vengan a flexibilizar nuestros sistemas y les permitan adaptarse a las nuevas realidades a las que han de hacer frente.

De cara al futuro más inmediato, mejorar la salud de los ciudadanos y hacerlo de forma viable, pasa por cinco elementos fundamentales:

- *primar la salud y la autonomía de las personas;*

- *responsabilizar al ciudadano de su salud;*
- *garantizar la calidad de las prestaciones ofrecidas a las personas con enfermedades crónicas que requieran cuidados continuados;*
- *compatibilizar la gestión de los servicios de atención a la dependencia con el sistema sanitario,*
- *y desarrollar medidas orientadas a mejorar la coordinación de los sistemas sanitario y social para ofrecer una atención integral y no fragmentada a las personas que presenten simultáneamente enfermedades crónicas y dependencia.*

Entre sus conclusiones sobre la situación de la coordinación socio-sanitaria en España, cabe destacar lo siguiente:

- *La interrelación entre patología crónica y situaciones de dependencia da lugar a la necesidad de reformular los sistemas de gestión, distribución de los recursos y la financiación, entre otros, y en concreto a la necesidad de organizar y coordinar los servicios sanitarios y sociales para proporcionar una respuesta más eficaz y sostenible a las necesidades de la población.*
- *Los elementos identificados que favorecen la coordinación tienen en cuenta el sistema normativo, organizacional, asistencial, de gestión, de formación de los profesionales, de financiación, de sistemas de información y de evaluación de la calidad.*



- *La creciente demanda de cuidados profesionales desde los sistemas sanitarios y sociales precisa, para responder a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia y con enfermedades crónicas, modificar la forma de organización de los servicios sanitarios y sociales y en consecuencia, buscar nuevas fórmulas para abordar las respuestas sociosanitarias que demandan estos colectivos.*
- *El desafío al que se enfrenta el sistema sanitario y social es garantizar la doble dirección y la continuidad de los cuidados a través de un modelo flexible que sea capaz de responder a las necesidades de las personas a lo largo de todo el proceso asistencial. Es necesario que nuestros sistemas cambien el modelo de atención actual centrado en el episodio agudo a un modelo centrado en el paciente y su familia, que permita una valoración integral del usuario, que garantice el abordaje interdisciplinar y que dé prioridad a la calidad de vida y a la calidad de la atención.*
- *La coordinación sociosanitaria se puede definir como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia y enfermedad crónica”. El concepto de coordinación sociosanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y facilitar la continuidad de los cuidados.*

En definitiva, concluye que: *“teniendo como base una cultura de innovación, mediante el liderazgo político y la implicación de los profesionales en el cambio, teniendo al paciente como centro del sistema y dentro del marco de una visión conjunta, conseguiremos una atención integral y de calidad en un sistema eficiente y sostenible”*.

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012

Se plantea con la visión de *adaptar el Sistema Nacional de Salud para poder responder a los cambios en las necesidades de atención sanitaria y sociosanitaria que ocasionan el envejecimiento de la población y el incremento de la cronicación de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad, garantizando la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social*.

Puedes acceder al contenido completo de esta Estrategia a través de este link:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

La misión de esta Estrategia es *establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral*.



En el diseño de esta estrategia se contemplan dos fases. En la primera fase se trabajará en torno a cinco ejes: las situaciones personales que requieren de esta asistencia integral (perfil de las personas con necesidades de atención sociosanitaria), la cartera y el catálogo de servicios sociosanitarios y dispositivos de atención, los requisitos básicos y comunes que deben cumplir estos dispositivos (con el establecimiento de un sistema común de autorización y acreditación en todo el territorio nacional, con criterios homogéneos), los instrumentos de coordinación y los sistemas de información. En la segunda fase se abordarán los trabajos relativos a la financiación de la estrategia.

Sus líneas y objetivos estratégicos son los siguientes:

1. Promoción de la salud:

- a) *Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud a través del principio “Salud en Todas las Políticas”.*
- b) *Facilitar la participación social en la priorización, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias relativas al abordaje de la cronicidad.*
- c) *Impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables.*

2. Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico:

- a) *Disminuir la prevalencia de los factores de riesgo que determinan la aparición o evolución de las condiciones de salud y*

limitaciones en la actividad de carácter crónico: tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, inactividad física, alimentación no saludable y otros.

- b) Disminuir las lesiones y accidentes como causantes de condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.*
- c) Detectar, diagnosticar y tratar precozmente las condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico.*
- d) Prevenir, en los pacientes con condiciones de salud crónicas, la pérdida funcional, las complicaciones asociadas a su enfermedad y la aparición de nuevas enfermedades.*

3. Continuidad asistencial:

- a) Garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios y definiendo, de forma flexible y polivalente, las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad.*
- b) Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre niveles asistenciales.*



- c) *Garantizar la atención continuada de las personas cuyas condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico requieran atención sanitaria y social, impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo.*
4. Reorientación de la atención sanitaria:
- a) *Identificar en cada paciente su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad.*
 - b) *Garantizar intervenciones sanitarias efectivas, seguras, eficientes, sostenibles y proporcionadas, basadas en la mejor evidencia científica disponible.*
 - c) *Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados.*
5. Equidad en salud e igualdad de trato:
- a) *Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de los problemas de salud crónicos, con especial énfasis en las desigualdades de género.*
 - b) *Mejorar el acceso (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) a los sistemas sanitarios y sociales y optimizar los procesos*

de atención a fin de que se consigan resultados equitativos en los diferentes grupos sociales.

- c) Eliminar cualquier tipo de discriminación o trato desigual a personas por el hecho de presentar cualquier enfermedad o problema de salud, trastorno en el desarrollo, discapacidad o dependencia.*

6. Investigación e innovación:

- a) Promover la investigación integral en salud que permita profundizar en el conocimiento de los mecanismos que influyen en la génesis de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, con el objetivo de establecer las estrategias de intervención más efectivas para su abordaje.*
- b) Promover la innovación tecnológica, su evaluación y su utilización práctica, racional y basada en la evidencia, para soporte de los procesos de abordaje de la cronicidad desde las necesidades de los ciudadanos, los profesionales y las organizaciones sanitarias.*
- c) Promover la innovación en servicios y modelos organizativos que facilite los cambios en el modelo de prestación de servicios en salud y sociales relacionados con la cronicidad.*
- d) Promover la innovación en el proceso de evaluación, planificación y provisión de servicios con el fin de garantizar la equidad,*



eficiencia y sostenibilidad de la atención a los pacientes con condiciones de salud crónicas.

IMSERSO. Propuestas para el desarrollo de las orientaciones del Consejo de la Unión Europea relativas a las Personas Mayores (febrero 2014)

De forma paralela a la Estrategia, el IMSERSO ha abordado también la construcción del espacio sociosanitario en este documento. En su apartado 4.1.28 se propone impulsar la aprobación de una normativa estatal que sirva, entre otras cosas, para los siguientes fines:

Puedes acceder al contenido completo de este documento a través de este link:

http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/20140227_propdcconsejoue.pdf

1. Establecer una cartera de servicios sociosanitarios.
2. Establecer estructuras estables, como los equipos de gestión de casos, que garanticen la complementariedad de dichos servicios.
3. Establecer un procedimiento de entrada única para el acceso a los cuidados sociosanitarios.
4. Establecer un modelo de proceso continuado en la atención, con seguimiento y responsabilidad compartidos por parte de las distintas Administraciones públicas.

5. Establecer un código único de identificación personal a efectos de garantizar la continuidad asistencial. Aprobar protocolos de actuación vinculantes.

6. Facilitar la comunicación permanente entre los profesionales de salud y de servicios sociales, articulando la interconexión e interoperabilidad de la historia clínica digital y la historia que recoja las actuaciones de los servicios sociales.

7. Establecer programas formativos conjuntos para los profesionales que participan en procesos de atención sociosanitaria, a fin de propiciar una cultura organizativa común, sensible a las necesidades y demandas de las personas mayores.

8. Establecer programas de formación e información para personas mayores, con el fin de fomentar hábitos saludables y de prevención de enfermedades. Fomentar su implicación en la puesta en marcha de medidas de atención socio-sanitaria.

9. Establecer programas especiales de atención socio-sanitaria para los cuidadores/as familiares, de información, respiro familiar y otros análogos.

10. Establecer garantías en lo que se refiere a condiciones de equidad en el acceso a los cuidados sociosanitarios, valoración de las circunstancias personales, económicas y familiares de las personas mayores.



11. Implantar unidades territoriales de atención sociosanitaria, con servicios de psicología, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, coordinados por el médico de atención primaria, para atender la cronicidad de las personas mayores, con o sin discapacidad, en el medio rural.

OTRAS REFERENCIAS:

Coordinación y atención sociosanitaria. Informe del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio. Marzo 2013.

Puedes acceder al contenido completo de este Informe a través de este link:

http://www.enfermeriasoria.com/docs/descargas_alberca/DossierEspecialVersionDefinitivaInformeAtencionSociosanitariaConsejoAsesor.pdf

Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013.

Puedes acceder al contenido completo de este Informe a través de este link:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSalud-yPrevencionSNS.pdf>



La E-salud. Prioridad estratégica para el Sistema Sanitario. Informe del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio. Abril 2014.

Puedes acceder al contenido completo de este Informe a través de este link:

http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/E_Salud.pdf

Anexo 2

REFERENCIA DE ALGUNOS AVANCES PRÁCTICOS

Al margen de las iniciativas normativas y de planificación que se explicitan en el Anexo 1, a continuación se recogen distintas referencias de iniciativas y buenas prácticas que se han venido desarrollando en distintos lugares de España, gracias a la implicación y compromiso de distintos agentes (administraciones públicas, organizaciones sociales, etc.), en la planificación y despliegue de actuaciones de corte socio-sanitario para personas con discapacidad y familias:

EN MATERIA DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

- En Madrid se ha inaugurado pero aún no está en funcionamiento, una consulta ginecológica adaptada en el Hospital Universitario de la Paz.
- Servicio de intérpretes de lengua de signos, al amparo del Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la CNSE para la realización de un progra-

ma dirigido a facilitar la comunicación con las personas sordas a través de intérpretes de lengua de signos: este convenio tiene por finalidad hacer posible que las personas sordas dispongan de los servicios de intérpretes para aquellas gestiones relacionadas con el ejercicio de los derechos básicos de los ciudadanos (por ejemplo, accesibilidad a la comunicación en los sistemas de salud y de servicios sociales). En Navarra existe un convenio similar con ASORNA con ANDP.

- SVIsual es el primer servicio de video-interpretación en lengua de signos española que existe en nuestro país. Esta plataforma supone un importante avance en la mejora de la calidad de vida de este colectivo, ya que hace posible la eliminación de las barreras comunicativas que encuentran en su vida diaria y facilita la apertura hacia nuevas oportunidades laborales y profesionales. Un servicio de video-interpretación al alcance de todos, que da respuesta a las necesidades de comunicación que surgen entre personas sordas o con discapacidad auditiva y personas oyentes en el día a día. En Navarra lo realiza ASORNA mediante una subvención de ANDP.

En este momento se ha puesto en marcha un proyecto piloto en el Hospital Público de Príncipe Felipe del Alcalá de Henares de Madrid, implantando dicho servicio para la atención, sin barreras, a las personas sordas en urgencias y hospitalizaciones. En Navarra se ha realizado un pilotaje en el Hospital Reina Sofía de Tudela.



- El Servicio de Apoyo a la Accesibilidad - FIAPAS (SAC) da una cobertura integral a las necesidades de las personas sordas en relación con la accesibilidad en espacios y actos públicos a través de recursos de apoyo a la audición y la comunicación oral: bucle magnético y subtulado en directo. Así como la posibilidad de la retransmisión on-line accesible del acto (vía streaming). Además, presta un servicio de subtulado para contenidos audiovisuales, así como la instalación y/o validación de sistemas de inducción magnética, conforme a los criterios de las normas de calidad existentes.

El SAC se puso en marcha en 2010 gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad y Política Social, actual Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con cargo a la asignación tributaria IRPF, y de la Fundación ONCE.

En Navarra existe un proyecto similar de acceso a la información y la comunicación de todas las personas sordas, ACCISOR, independientemente del sistema de comunicación que utilicen. Este servicio está en marcha desde el año 2010 financiado por ANDP, F.Once y Fundación Caja Navarra. Se realiza la accesibilidad en espacios y actos públicos a través de bucle magnético, subtulado en directo e intérpretes de lengua de signos. Además, presta un servicio de subtulado para contenidos audiovisuales, así como la instalación y/o validación de sistemas de inducción magnética, conforme a los criterios de las normas de calidad existentes, prestamos de emisoras FM, entre otras cosas.

EN ATENCIÓN

- En todo el Estado: Programa de Detección Precoz de la Sordera Infantil aprobado en 2003 por el Ministerio competente, junto con las Comunidades Autónomas. En el momento actual está implantado en todo el Estado.
- En Cantabria: algunas experiencias que se han desarrollado en Cantabria, pero que actualmente no se mantienen con la sistematicidad que las ha caracterizado en algún momento: Centro de Planificación Familiar “La Cagiga”, Servicio de salud buco-dental de Liencres...
- En Navarra: programa de trastorno mental grave y programa de atención temprana.
- Proyecto Piloto “Envejeciendo juntos” de Fundación Adacen. Experiencia dirigida a personas mayores con afectación neurológica, que pretende dar respuesta a sus necesidades mediante una atención personalizada, cercana y flexible que favorezca su autonomía y permita su permanencia en el domicilio. Establece una estrecha colaboración con los centros de salud y servicios sociales del área de residencia de la persona atendida. Además esta experiencia incorpora en de manera efectiva las nuevas tecnologías como soporte para la promoción de la autonomía y la rehabilitación a lo largo de la vida.

Puedes acceder al contenido de esta iniciativa a través de este link:
<http://www.feafes.org/publicaciones/TratamientoAsertivoComunitarioJoseMariaFernandez.pdf>



- Tratamiento asertivo comunitario personas con trastorno mental grave.
- FEAPS: Informe estratégico sobre la atención a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental o de la conducta.
- En Andalucía, la atención temprana infantil se realiza por parte de los servicios sanitarios en coordinación con los servicios sociales y educativos.
- En Andalucía, en la atención a las personas con trastornos mentales graves hay creada una Fundación Pública para la integración social de estas personas, FAISEM, que, coordinada con el sistema público sanitario presta los apoyos sociales necesarios a este grupo de población.
- En Andalucía, este año se pone en marcha la consulta, desde los centros de valoración y orientación que reconocen oficialmente la discapacidad, del sistema informático que recoge la historia clínica de las personas usuarias del sistema sanitario público, con lo que se hacen más eficientes los recursos públicos al evitar tener que pedir informes y pruebas que acrediten enfermedades y deficiencias en las personas que solicitan el reconocimiento de su discapacidad.

Puedes acceder al contenido de esta iniciativa a través de este link:

http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc_download/301-trastornos-de-la-salud-mental-en-las-personas-con-discapacidad-intelectual-declaracion-feaps-e-informe-tecnico.html

- En Castilla la Mancha el espacio sociosanitario se plasma en los siguientes servicios y prestaciones:
 - Atención temprana (artículo 38 del Anteproyecto de Ley Anteproyecto de Ley de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad).
 - Contrato de ayudas técnicas.
 - Orden de subvenciones para la financiación de ayudas técnicas, productos de apoyo y material orto protésico no previsto en el sistema público de salud (última convocatoria DOCM nº 126 de 2 de julio de 2013).
 - Ordenes de convocatoria de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a entidades tanto privadas de iniciativa social como entidades locales, para el mantenimiento de centros, servicios y desarrollo de programas destinados a la atención de las personas con discapacidad en Castilla-La Mancha y se efectúa su convocatoria para el ejercicio 2014. En el marco de la convocatoria de la orden de entidades privadas de iniciativa social se realiza la financiación del servicio de intérprete de lenguaje de signos y otros de análoga naturaleza.
 - Por último destacar que se está realizando la integración de personas con problemas de salud mental mayores de 60 años en recursos residenciales para personas mayores normalizados a través de protocolos específicos de actuación.



- En enfermedades raras (EERR), algunas buenas prácticas que han posibilitado una respuesta más adecuada a las necesidades y problemas del paciente:

- Firma de un Convenio con la Universidad de Valencia por el que se crea una asignatura optativa con 12 créditos sobre EERR.
- Máster sobre atención psicológica a pacientes y familiares con EERR en la Universidad de Sevilla.
- Convenio con la Dirección General de Dependencia de la Consejería de Asuntos Sociales de Madrid que permite: la información y formación de los profesionales encargados de la valoración de la dependencia impartido por profesionales de Feder y enriquecer el expediente de solitudes de dependencia, en casos de urgencia, con un informe de los profesionales de Feder.
- Acuerdo con la Dirección General de Asuntos Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales de Madrid por el que se crean grupos de trabajo para formación e intercambio entre profesionales evaluadores de la discapacidad y profesionales de Feder con el objetivo de lograr una interpretación más homogénea y cercana a las necesidades del paciente en el día a día.

EN FORMACIÓN A PROFESIONALES DE AMBOS SISTEMAS (SALUD Y SOCIAL):

- Guías de FEAPS para la adecuada atención y trato a personas con discapacidad intelectual en el ámbito de salud. Entre otras, se han elaborado las siguientes:
 - *Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud para elaborar un perfil de necesidades de apoyo a una persona con parálisis cerebral*
 - *Apoyo Conductual Positivo. Algunas herramientas para afrontar conductas difíciles*
 - *Caídas y fracturas en el anciano: una aproximación a la discapacidad intelectual con necesidades de apoyo generalizado*
 - *Claves para solicitar el consentimiento informado a una persona con discapacidad intelectual. Guía para profesionales*
 - *Consentimiento informado. Guía para personas con discapacidad intelectual*

Puedes acceder al contenido completo de estas Guías de FEAPS a través de este link:

http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/cat_view/85-salud.html



- *Diagnóstico psiquiátrico, discapacidad intelectual y criterios de diagnóstico para trastornos psiquiátricos en adultos con discapacidad de aprendizaje*
 - *En consulta con una persona con discapacidad intelectual*
 - *Entrenamiento en control de esfínteres en personas con discapacidad intelectual*
- En Cataluña, Dincat ha publicado la Guía de salud: “Cuando estoy enfermo... escúchame”.
 - En Madrid: formación en hospitales sobre lesión medular a profesional sanitario, y entrenamiento en transferencias y movilizaciones a personal auxiliar. Este tipo de buena práctica se lleva a cabo desde ASPAYM Madrid con la colaboración de la Dirección General de Atención al Paciente.
 - En Alicante: Programa de formación a psiquiatras diseñado e impartido por personas con enfermedad mental. Grup docent Alacant 2008:

Puedes acceder al contenido de esta Guía de DINCAT a través de este link:
http://www.dincat.cat/es/dincat-presenta-la-gu%C3%ADa-de-salud-cuando-estoy-enfermo-esc%C3%BAchame-_189450

Puedes acceder a más información sobre esta iniciativa a través de este link:
<http://www.diarioinformacion.com/alicante/2010/10/14/enfermos-mentales-forman-psiquiatras/1053825.html>

EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN:

- En Cantabria: el sistema de participación, información y formación que se están desarrollando en algunos hospitales comarcales encaminados a una participación bidireccional.

EN PLANIFICACIÓN Y PROGRAMAS:

- En Cataluña: el programa “Vida als anys” como primera iniciativa en el Estado, creada en 1986 a partir de las recomendaciones de la OMS para el año 2000.

Puedes acceder al contenido de este Programa a través de este link:
http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/at_sociosanit_catalunya_2003.pdf

- En Castilla y León: II Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León. 2003.

Puedes acceder al contenido de este Plan a través de este link:
<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/planes-sociosanitarios-estrategias/planes-sociosanitarios/ii-plan-atencion-sociosanitaria-castilla-leon>

- En Extremadura: Plan Marco de atención sociosanitaria 2005-2010. Apostó por la creación de un espacio sociosanitario que integrara prestaciones sociales y sanitarias de forma continuada, delimitando las competencias de cada sector y materializando



un espacio compartido mediante la constitución de la Consejería de Sanidad y Dependencia.

Puedes acceder al contenido de este Plan a través de este link: <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/jext-plan-marco.pdf>

- En Navarra:

- Plan Foral de atención sociosanitaria:

Puedes acceder al contenido de este Plan a través de este link: <http://www.navarra.es/NR/rdon-lyres/2AA8B822-615B-43B8-A8AE-EA94D7EA09E7/76271/PlanForaldef.pdf>

- Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.

Puedes acceder al contenido de esta Estrategia a través de este link: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

- En País Vasco,
 - Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016.
 - Documento Marco para la elaboración de las Directrices de la Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca. Diciembre 2010.

Puedes acceder al contenido de este Documento Marco a través de este link:
http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/atencion_sociosanitaria/es_atencion/adjuntos/Atencion%20Sociosanitaria%20-castellano-%20LOGOS-28-2-11.pdf
 - Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2010.

Puedes acceder al contenido de esta Estrategia a través de este link:
http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
 - Además, tanto a nivel de la CAPV como de los Territorios Forales cabe destacar las siguientes iniciativas y referencias:
 - 1989: Acuerdo entre la Diputación Foral de Bizkaia y Osakidetza —Servicio Vasco de Salud, para la puesta en fun-



cionamiento de un centro residencial destinado al cuidado de personas afectadas por VIH.

- 1991: Acuerdo para la puesta en funcionamiento de Villa Betaña. Acuerdo entre la Diputación Foral de Gipuzkoa, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Caritas Diocesana de Gipuzkoa.
- 10/12/1992: Convenio de colaboración con la Diputación Foral de Gipuzkoa, en materia de ejercicio de la acción concertada de servicios de asistencia sanitaria y servicios sociales con la Fundación José Matía Calvo, de Donostia - San Sebastián.
- 9/3/1993: Convenio de Cooperación para Mejorar y Racionalizar la Cobertura de la Atención Psicogeriátrica en Álava.
- 20/10/1994: Convenio de Cooperación entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y Osakidetza para la Asistencia Sanitaria en las residencias de la Tercera Edad.
- 20/5/1996: Acuerdo marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad/Osakidetza y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de las necesidades sociosanitarias del Territorio Histórico de Gipuzkoa.
- Octubre de 1996: Protocolo de coordinación entre los centros de atención primaria de la Comarca Álava y los Servicios Sociales de Base.

- 1997: Convenio de cooperación para mejorar la rehabilitación y fisioterapia en la Rioja Alavesa.
- 23/4/1999: Acuerdo Marco para la concertación de camas para uso sociosanitario en el Hospital Psiquiátrico de Álava.
- 14/7/1999: Convenio de colaboración para la realización de necropsias clínicas a personas fallecidas en las residencias de personas mayores del IFBS de la Diputación Foral de Álava y en el centro Etxebidea.
- 2000: Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos.
- 11/5/2000: Acta de seguimiento del Acuerdo marco de colaboración entre el Departamento de Sanidad/Osakidetza y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa para la cobertura de las necesidades sociosanitarias del Territorio Histórico de Gipuzkoa.
- 1/12/2000: Protocolo de actuación entre el Departamento de Sanidad/Osakidetza y Gizartekintza para la atención sociosanitaria de personas mayores institucionalizadas con trastornos psiquiátricos en Gipuzkoa.
- 1/12/2000: Protocolo de actuación entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, junto con Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Gizartekintza para la integración



en trabajo protegido de los enfermos mentales crónicos de Gipuzkoa.

- 28/12/2000: Convenio de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad/Osakidetza para la asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros ocupacionales para enfermos mentales en Gipuzkoa.
- 2001: I Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual.
- 6/07/2001: Convenio de Colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Gobierno Vasco/Osakidetza para la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores de Gipuzkoa.
- 10/2001: “Plan Sociosanitario de la CAPV. Informe de Situación de Partida”.
- 31/05/2002: Convenio de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco/Osakidetza para la asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros de día psicosociales para enfermos mentales crónicos.
- 5/11/2002: Decreto Foral 57/2002 de 5 de noviembre, por el que se regula el régimen de acceso a recursos socio

sanitarios de las personas en situación de exclusión social y/o dependencia.

- 30/1/2003: Convenio de Colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- 2/07/2003: Convenio de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad /Osakidetza para la asistencia sanitaria en las unidades residenciales sociosanitarias.
- 14/06/2004: Protocolo regulador del sistema de acceso a la unidad creada por el Instituto de Asistencia Social en la residencia de Leioa para la atención residencial a personas en estado vegetativo persistente v. permanente.
- 17/02/2005: CVAS. Acuerdo respecto a la adopción de un instrumento común de valoración de la dependencia y su modelo de gestión.
- 17/02/2005: CVAS. Directrices y recomendaciones para la reubicación de personas ingresadas en hospitales psiquiátricos de gestión pública o privados concertados en disposición favorable para ser insertadas en la sociedad.



- 6/04/2005: CVAS. Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco (2005-2008).
- 2006: Acuerdo para la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico de Álava.
- 2006: Atención psiquiátrica a personas sin techo en Bizkaia.
- Decreto Foral 231/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se acuerda la aplicación y se regula el precio público del servicio asistencial en las unidades residenciales sociosanitarias de la red foral de residencias para personas mayores.
- Decreto Foral 234/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se crea y regula la Comisión técnica de valoración y orientación sociosanitaria en materia de personas mayores del Territorio Histórico de Bizkaia.
- Decreto Foral 235/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el régimen de acceso a las unidades residenciales sociosanitarias de la red foral de residencias para personas mayores y las condiciones de prestación del servicio asistencial.
- 14/03/2007: Convenio de Colaboración con la Diputación Foral de Bizkaia y Osakidetza para la prestación de los

servicios sociosanitarios en las unidades residenciales sociosanitarias del Territorio Histórico de Bizkaia.

- 14/03/2007: Convenio de Colaboración con la Diputación Foral de Bizkaia y Osakidetza para la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores de Bizkaia.
- 19/03/2007: Protocolo de actuación del sistema sanitario con los niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección atendidos por el servicio de infancia del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia.
- 2009: II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual.
- 11/02/2009: Modelo de Atención Temprana para la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- 17/02/2009: Convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad y Consumo del GV y el Departamento de Política Social y Servicios Sociales de la DFA para la prestación de servicios sociosanitarios en las Unidades Residenciales Sociosanitarias.
- 25/02/2009: Convenio de Colaboración para la Mejora del Uso de la Medicación en Personas Atendidas por los Servicios de Ayuda Domiciliaria.



- 2009-2010: Procedimientos para la coordinación entre el Hospital Donostia y la Sección de Valoración, Orientación y Calificación de la Dirección General de la Atención a la Dependencia.

- 2012-2014: Comité Estratégico de Organizaciones del Tercer Sector Sanitario”: plataforma debate / trabajo administración-organizaciones tercer sector, en temas salud, sociosanitarios...

- En Andalucía:

- Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. 2012-2016

Puedes acceder al contenido de esta Estrategia a través de este link:
<http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>

- II Plan de Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad. 2011-2013.

Puedes acceder al contenido de este Plan a través de este link:
http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Personas_Discapacidad/HTML/plan_accion_integral/IIpaipda.html

- En Castilla la Mancha: II Plan de Acción para personas con discapacidad en Castilla-La Mancha 2011-2020.

Puedes acceder al contenido de este Plan a través de este link:
<http://www.mindbank.info/item/4560>

OTRAS REFERENCIAS:

- “Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España” de Antares Consulting apuesta por la organización del espacio sociosanitario como un área

de convergencia de los servicios sociales y sanitarios, en la que ambos sistemas deben encontrar fórmulas para integrar la provisión de un paquete conjunto de servicios las personas usuarias. Propone la creación de un sistema de financiación común entre sanidad y servicios sociales destinado a la compra de servicios sociosanitarios, que retribuya el sobreesfuerzo que deben realizar los centros y recursos existentes para adaptarse a las necesidades de la persona usuaria. Un planteamiento similar es el defendido por Rafael Bengoa, exconsejero vasco de Sanidad (El País, 27/01/2014), que cree que no es necesaria una única agencia que gestione lo sociosanitario, pero sí un presupuesto único y una planificación conjunta.

Puedes acceder al contenido de este documento a través de este link:
<http://www.asociacion-aeste.es/comun/documentacion/claves.pdf>

- La Fundación Economía y Salud apuesta en su informe Evolucionando hacia un modelo sociosanitario de salud por iniciativas para avanzar en el recorrido por la conversión del actual Sistema de Salud en un Sistema de Salud

Puedes acceder al contenido de este documento a través de este link:
<http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n200/En-portada.pdf>



Sociosanitario, que no sólo debería cubrir los aspectos básicos de la atención sanitaria sino también de la atención social a la dependencia, garantizando la gratuidad no sólo para las prestaciones sanitarias, sino también para la atención a la cronicidad y la dependencia bajo el paraguas del mismo Sistema. A cambio, las necesidades no indispensables o complementarias deberían ser cofinanciadas por el ciudadano, no sólo en los servicios sociales, sino también en los sanitarios, siempre en función del nivel de renta. Entiende que se impone la necesidad de un nuevo modelo, apostando por el equilibrio entre la promoción de la salud, el autocuidado, el diagnóstico precoz, los tratamientos curativos y los cuidados de larga duración a procesos crónicos.

