

# I PLAN NACIONAL PARA EL BIENESTAR SALUDABLE DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2022-2026

(I PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN  
DE LAS DEFICIENCIAS Y DE LA INTENSIFICACIÓN  
DE LAS DISCAPACIDADES)



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030



Plan de Recuperación,  
Transformación  
y Resiliencia





**Financiado por  
la Unión Europea**  
NextGenerationEU



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA  
DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES

DIRECCIÓN GENERAL  
DE DERECHOS  
DE LAS PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD



**Plan de Recuperación,  
Transformación  
y Resiliencia**

Edita:

© MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA  
CENTRO DE PUBLICACIONES  
PASEO DEL PRADO, 18-20  
28014 MADRID

NIPO: 129-23-004-0

Maquetación y diseño: DIN IMPRESORES, S.L.

<https://cpage.mpr.gob.es/>

*Proteger y promover la salud de  
las personas con discapacidad  
desde un enfoque exigente de los  
derechos humanos.*



# CONTENIDOS



1. PRESENTACIÓN .....	.8
I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad 2022-2026 Presentación del Secretario de Estado de Derechos Sociales	
2. LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS .....	.10
3. METODOLOGÍA DE AMPLIA PARTICIPACIÓN EN SU ELABORACIÓN .....	.13
4. BASES JURÍDICAS, CIENTÍFICAS Y COMPROMISO GLOBAL .....	.16
5. REALIDADES Y RETOS EN LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD .....	.26
6. DIMENSIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN TANTO DE DEFICIENCIAS COMO DE INTENSIFICACIÓN DE DISCAPACIDADES. ....	.32

6.1 Promoción de la salud .....	.34
6.2 Prevención primaria: promoción general de la salud y protección específica para evitar las causas de la deficiencia .....	.35
6.3 Prevención secundaria: detección, diagnóstico y atención precoz de carácter integral .....	.35
6.4 Prevención terciaria: apoyo al desarrollo vital y prevención de la intensificación de las discapacidades .....	.37
<b>7. MISIÓN, OBJETIVOS Y PRINCIPIOS RECTORES .....</b>	<b>.38</b>
<b>8. LÍNEAS DE ACTUACIÓN .....</b>	<b>.42</b>
8.1 Prevención y apoyo al desarrollo infantil en entornos familiares y comunitarios saludables .....	.43
8.2 Igualdad y no discriminación, accesibilidad universal y participación en el acceso a los servicios y programas de salud y sociales, con especial consideración a las mujeres y niñas con discapacidad .....	.44
8.3 Promoción de la salud y prevención de enfermedades y otros factores causantes de limitaciones .....	.45
8.4 Promoción del envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida .....	.47
8.5 Prevención de la intensificación de discapacidades en concordancia con los principios y derechos reconocidos por la Convención .....	.48
8.6 Investigación, formación y toma de conciencia .....	.50

9. GOBERNANZA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LA CALIDAD DE LOS PROCESOS Y EL IMPACTO DE LOS RESULTADOS .....	<b>.52</b>
10. FINANCIACIÓN DEL PLAN .....	<b>.57</b>
11. GLOSARIO .....	<b>.60</b>
12. BIBLIOGRAFÍA .....	<b>.68</b>
<b>ANEXOS</b>	
I. RESUMEN EJECUTIVO DEL PLAN .....	<b>.73</b>
II. RESUMEN EJECUTIVO DEL PLAN EN LENGUA DE SIGNOS ESPAÑOLA .....	<b>.81</b>
III. RESUMEN EJECUTIVO DEL PLAN EN LECTURA FÁCIL ...	<b>.83</b>
<b>CRÉDITOS FOTOGRÁFICOS .....</b>	<b>.99</b>





1.

**PRESENTACIÓN  
DEL SECRETARIO  
DE ESTADO  
DE DERECHOS  
SOCIALES**



La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin ningún tipo de distinción. En este sentido, el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano; el derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la necesidad de contar con servicios de salud de calidad, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

Sobre esta premisa pivota el I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad, una política pública que además de dar cumplimiento a los mandatos de la Ley General de la Discapacidad, responde al compromiso de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales con la salud como derecho universal, accesible y asequible a todas las personas.

A través de una metodología participativa, con personas con discapacidad, familias, organizaciones, personas expertas y responsables públicos, hemos diseñado una hoja de ruta certera en materia de atención temprana y desarrollo infantil, en accesibilidad a los servicios sanitarios, en envejecimiento saludable y en investigación, innovación y toma de

conciencia. Y lo hemos hecho, incorporando los aprendizajes de la Pandemia de la COVID-19 con el pleno convencimiento de que este Plan será catalizador de nuevos derechos y, en particular, garante del goce y disfrute del derecho a la salud entre las personas con discapacidad.

Éste es el primer Plan adyacente de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030, presidido por el enfoque de género para garantizar el acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad efectiva a todas las personas usuarias, con especial atención a las mujeres y las niñas con discapacidad. Asimismo, cuenta con perspectiva de infancia, como el mayor capital de cualquier Estado y donde invertiremos para que su desarrollo sea sano y feliz. El Plan también incorpora medidas para asegurar un envejecimiento autónomo, saludable y en compañía de las personas mayores.

En definitiva, desde el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 queremos construir un país en el que la sanidad y la inclusión social vayan de la mano precisamente para que el derecho a salud atraviese la cotidianeidad de las personas con discapacidad y sus familias.

**Ignacio Álvarez Peralta**

*Secretario de Estado de Derechos Sociales*

**F**

**2.**

**LA PREVENCIÓN Y  
LA PROMOCIÓN  
DE LA SALUD EN  
RELACIÓN CON  
LA DISCAPACIDAD  
DESDE UN  
ENFOQUE DE  
DERECHOS  
HUMANOS**



**E**l Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, establece en su artículo 11 que “La prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades constituye un derecho y un deber de la ciudadanía 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”.

De la misma manera, la disposición adicional sexta de esta Ley estipula: “Sin perjuicio de las competencias que puedan corresponder a las demás administraciones públicas, el Gobierno, en el ámbito de sus respectivas competencias, elaborará cuatrienalmente un plan nacional de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades. El plan se presentará a las Cortes Generales para su conocimiento, y se les informará anualmente de su desarrollo y grado de cumplimiento”.

No obstante, la denominación que otorgaba dicha disposición adicional al Plan ha suscitado no pocas dudas de interpretación ya que podía entenderse que el este tenía como objetivo la intensificación de discapacidades y no su prevención. Por lo anterior, se ha considerado adecuado modificar su denominación entendiendo que este I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad responde al mandato legal de elaboración de un plan nacional de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades.

En este sentido, la Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad, del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, presenta el

I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad en cumplimiento de los mandatos legales y con la convicción de extender el derecho a la salud y promover el derecho de las personas con discapacidad, sin discriminación alguna, a través de la intensificación de los servicios necesarios, y de aquellos que permitan prevenir y reducir la aparición o el agravamiento de las necesidades de apoyo.

Este Plan se concreta en medidas eficaces acordes con el conjunto de derechos de las personas con discapacidad y da respuesta a los mandatos de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como imperativo legal y norma de obligado cumplimiento para el Estado español. Así, el artículo 26, la Convención determina la necesidad de la detección y la prevención para reducir la aparición de discapacidades, la habilitación o rehabilitación cuando estas aparezcan, la formación de los profesionales y la promoción y la disponibilidad de los productos de apoyo. También los artículos 25, derecho a la salud, y 19, derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad, son fundamento esencial de este Plan.

Prevenir significa anticiparse a un inconveniente, problema o dificultad, hacer los preparativos para evitar un riesgo. A la hora de su ejecución, esto se concreta en un conjunto de actividades tendentes a evitar que algo ocurra.

En este mismo sentido, la prevención de las deficiencias y de la intensificación de discapacidades se refiere al conjunto de acciones que tratan de evitarlas, primero, procurando impedir que se constituyan y, en segundo lugar, una vez ocurridas, buscando minimizar su influencia sobre la autonomía, calidad de vida y oportunidades de ejercer la plena ciudadanía de las personas con discapacidad. De este

modo, la tarea de prevención de deficiencias no concluye con las acciones preventivas concernientes a las manifestaciones anatómicas, fisiológicas o intelectuales de las discapacidades, sino que se extiende a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, lleven a la intensificación de las situaciones de discapacidad o empeoren las condiciones de salud, de autonomía, de bienestar y de calidad de vida de las personas.

Pero, además, la necesidad de instaurar medidas de prevención no puede reducir las intervenciones individuales. Teniendo en cuenta la influencia decisiva del conjunto social sobre la vida de la persona, resulta indispensable, además, la intervención con acciones de alcance colectivo, lo que significa ocuparse de un ámbito mucho más extenso y heterogéneo, como son los contextos familiar, educativo o laboral.

De esta manera, este Plan se extiende más allá de las personas que tengan un reconocimiento oficial del grado de discapacidad, pues la prevención y la promoción de la salud han de atravesar a todas las personas, con especial atención en la etapa infantil, en el proceso de envejecimiento o bien en otros procesos sobrevenidos o de enfermedad. El Plan plantea así el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a la promoción de la autonomía personal.

El Gobierno de España entiende que cualquier política pública de la discapacidad tiene que hablar

de manera indisoluble de personas y de derechos, por eso resulta imprescindible insertar este Plan en el marco de la Estrategia Española de Discapacidad 2022-2030. Un documento que se proyecta como una hoja de ruta posibilista, para que el Estado español, a través de sus administraciones y poderes públicos, contribuya a hacer efectivos el derecho a la salud, la educación y la autonomía de las personas con discapacidad.

Para ello, el Plan se despliega en 6 líneas de acción, que se corresponden con sus objetivos generales, y que recorren los ámbitos señalados por el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, conformando, a la vez, un firme compromiso institucional del Gobierno de España.

Para la elaboración de este Plan se ha tenido en cuenta la configuración competencial de las distintas administraciones sobre las materias que lo articulan. Así el ámbito material del Plan se circunscribe al de las competencias de la Administración General del Estado (AGE), con independencia de los acuerdos que se realicen con las Comunidades Autónomas en el seno de los correspondientes consejos territoriales. Este Plan seguirá vigente hasta la aprobación del próximo plan de carácter cuatrienal. La elaboración del Plan ha contado con la asistencia técnica del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).



**3.**

**METODOLOGÍA  
DE AMPLIA  
PARTICIPACIÓN  
EN SU  
ELABORACIÓN**



**E**ste Plan se apoya sobre el principio de diálogo civil, que se ha materializado con un alto nivel de participación de las personas con discapacidad, sus familias y sus organizaciones representativas, así como de las organizaciones de pacientes y de profesionales vinculados a la vida de las personas con discapacidad. En su proceso se han utilizado fuentes documentales y referenciales de valor, entre las que destacan la legislación en materia de discapacidad y derechos humanos y las fuentes de conocimiento sobre discapacidad. Se señalan las más destacadas:

- › La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- › La Convención para la Eliminación de toda forma de violencia contra la Mujer.
- › La Convención sobre los Derechos del Niño.
- › El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- › La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible de la ONU.
- › La Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030.
- › El Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre.
- › La Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- › La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- › La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- › El Real Decreto 1030/2006, 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.
- › Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- › La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- › La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. (EPSP).
- › Estrategia Española de Salud Mental 2022-2026.
- › Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad).
- › El acervo del movimiento social de la discapacidad.
- › El Observatorio Estatal de la Discapacidad, OED.
- › El Centro Español de Documentación e Investigación sobre Discapacidad, CEDID.

Se ha utilizado un enfoque mixto, cuantitativo a través una amplia encuesta a la ciudadanía sobre aspectos relevantes de una política de prevención y promoción de salud en relación con la discapacidad, la cual se ha realizado en un formato digital

universalmente accesible y en la que han participado un total de 968 personas.

Asimismo, se ha abordado la recogida de la información desde una perspectiva cualitativa a través de grupos de discusión, conformados por personas con los siguientes perfiles: Mujeres y hombres con y sin discapacidad de entre 34-60 años, que incluyen también profesionales y familias de personas con discapacidad.

Como principio rector en toda la elaboración del Plan se ha aplicado una metodología participativa en toda su preparación, acorde con los criterios de accesibilidad universal, el enfoque de género e interseccional, la consideración específica de las mujeres y niñas con discapacidad, y las madres y cuidadoras de personas con discapacidad. Asimismo, se ha contemplado la diversidad de las personas con discapacidad, las particularidades de cada tipo de discapacidad y de los casos de pluridiscapacidad. Para la realización de los grupos de discusión se ha contado con las siguientes estructuras de apoyo del CERMI, elegidas por ser las más directamente concernidas con el objeto de la asistencia técnica:

- › Comisión de Atención Temprana y Desarrollo Infantil.
- › Comisión de Familias.
- › Comisión de Salud y Espacio Socio sanitario.
- › Comisión de Autonomía Personal y Vida Independiente.
- › Comisión de Derechos Sociales y Bienestar de las Personas.
- › Comisión de Personas con Discapacidad Mayores.
- › Comisión de Agenda 2030/Discapacidad.
- › Comisión de Igualdad y Género.

En estos grupos han participado personas expertas y representativas de las entidades miembro del CERMI, así como personal de la Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad y del Real Patronato sobre Discapacidad. También se han integrado otras personas vinculadas al Grupo de Atención Temprana (GAT), la Plataforma de Pacientes (POP) y otros centros directivos de la Administración General del Estado. Para ello se han realizado entrevistas en profundidad a los directores y las directoras del Real Patronato sobre Discapacidad, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, la Dirección General de Derechos de la Infancia y la Adolescencia y la Dirección General de Diversidad Familiar y Servicios Sociales. Asimismo, el importante componente sanitario de esta política pública se ha armonizado con la acción del Ministerio de Sanidad a través de la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.

Como se ha indicado, el I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad, se concibe como un Plan adyacente de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030, aprobada en el Consejo de Ministros y Ministras del 3 de mayo de 2022.





# 4.

## **BASES JURÍDICAS, CIENTÍFICAS Y COMPROMISO GLOBAL**



Los artículos **9.2, 10, 14** y **49** de la **Constitución Española** constituyen el referente obligado en el desarrollo normativo y en las acciones para asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad. En este sentido, resulta necesario recordar que la **Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad** (en adelante la Convención) es jurídicamente vinculante y compromete al Estado español y todos sus poderes públicos a adoptar las medidas normativas, administrativas y políticas que materialicen los derechos reconocidos en este tratado.

La Convención es la base fundamental de este Plan, siendo diversos los artículos de esta que inspiran, orientan y fundamentan los ejes estratégicos y las acciones previstas. 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.). En materia de prevención y promoción de la salud, desde un enfoque de derechos, se consideran principalmente los siguientes artículos:

**Art. 5.** Igualdad y no discriminación.

**Art. 6.** Mujeres con discapacidad.

**Art. 7.** Niños y niñas con discapacidad.

**Art. 9.** Accesibilidad.

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

**Art. 25.** Salud.

**Art. 26.** Habilitación y rehabilitación.

La Convención, entre otros mandatos, determina la necesidad de la detección y la prevención para reducir la aparición de discapacidades, la habilitación o rehabilitación cuando estas aparezcan, la formación de los profesionales y la promoción y la disponibilidad de los productos de apoyo y/o sistemas y personas de apoyo, la accesibilidad universal y la vida independiente y la inclusión en la comunidad.

Así, en relación con la prevención, en su artículo 25, dedicado a la salud, determina que los estados parte “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”.

En el artículo 26, dedicado a la habilitación y rehabilitación, este Tratado dispone:

**“1.** Los Estados Parte adoptarán medidas efectivas y pertinentes (...) para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, (...) organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, 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 Parte 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 Parte 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”.

También la **Convención sobre los Derechos del Niño**, aprobada por las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, considera el desarrollo pleno y armonioso de la infancia como una responsabilidad colectiva de todas las instituciones públicas, de todas las organizaciones que configuran la sociedad donde vivimos y de toda la ciudadanía mundial. Así, desarrollar tanto como se pueda la personalidad, el talento y la capacidad mental y física de las niñas y niños y adolescentes es uno de sus mandatos esenciales.

Esta Convención señala el interés primordial de la infancia en todas las acciones que lleven a cabo las instituciones de bienestar social públicas o privadas, los tribunales de justicia, las autoridades administrativas o los cuerpos legislativos, señalando, en su artículo 6, el mandato imperativo de que “los Estados Parte garanticen, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño”.

Asimismo, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, en su artículo 12 establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y compromete a los Estados Parte a tomar las medidas necesarias para: “a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra

índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

En el ámbito interno, se encuentra el Texto Refundido de la **Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social** aprobado mediante Real Decreto 1/2013, de 29 de septiembre, que establece las condiciones en que las administraciones públicas protegerán de manera especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en todos aquellos ámbitos que les permitan alcanzar una igualdad efectiva y real. 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 comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación (art. 1.a)”.

El texto legal unifica, aclara y armoniza la normativa básica preexistente en relación con la discapacidad. En su Título I, dedicado a los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad, se garantiza la protección de los derechos en todos los ámbitos, desde la igualdad de oportunidades hasta las prestaciones sociales y económicas, la protección de la salud, la educación o el empleo.

En un plano general, “el derecho a la protección de la salud incluye la prevención de la enfermedad y la promoción y la recuperación de la salud, sin discriminación por motivo o por razón de discapacidad, con especial atención a la salud mental, sexual y reproductiva (art. 10)”.

Más en concreto, la Ley señala que “la prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades constituye un derecho y forma parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública y de los servicios sociales. En la aplicación de este derecho deberá tenerse en cuen-

ta la diversidad de las personas con discapacidad, ofreciéndoles un tratamiento adecuado a sus necesidades (art. 11.1)”.

Actuando consecuentemente con esta obligación, las administraciones públicas competentes deben promover planes para la prevención de deficiencias y para la prevención de la intensificación de discapacidades, actividad en la que habrán de tener en cuenta lo previsto en el artículo 21 de la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**.

La Ley trata de delimitar los ámbitos de acción de tales planes, para lo cual propone una relación amplia de espacios para tener en cuenta. Así, determina que en ellos “se concederá especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica, incluida la salud mental infanto-juvenil, asistencia geriátrica, así como a la seguridad y salud en el trabajo, a la seguridad en el tráfico vial, al control higiénico y sanitario de los alimentos y a la contaminación ambiental (art. 11.3)”.

La amplitud de los ámbitos citados en la Ley, que no excluye otras incorporaciones, observa el mismo criterio amplio descrito en la introducción de este Plan, cuando se refiere a que las actividades de prevención deben extenderse en el tiempo y en el espacio, es decir, a todas las etapas de la vida de las personas, en todos los espacios en los que se desarrollan las actividades individuales y en aquellos otros que tienen impacto en el colectivo.

Las actividades preventivas son actividades de protección social que tienen su presencia entre los derechos de protección social recogidos en la Ley, cuyo objetivo se describe en su artículo 51.3 diciendo que “los servicios de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades y promoción de la autonomía personal tienen como finalidad prevenir la aparición o la intensificación de discapacidades y de sus consecuencias, mediante

actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, apoyo en el entorno y programas específicos de carácter preventivo”.

En el artículo 57 de la Ley se indican las obligaciones respecto a las actividades de prevención que tienen los poderes públicos, que son las de garantizar “la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, los apoyos adecuados, la educación, la orientación, la inclusión social y laboral, el acceso a la cultura y al ocio, la garantía de unos derechos económicos, sociales y de protección jurídica mínimos y la Seguridad Social”. En la consecución de estos objetivos han de participar las administraciones públicas en función de su ámbito competencial y los interlocutores sociales y asociaciones.

También son relevantes las funciones del **Real Patronato sobre Discapacidad**, como institución participante en la elaboración de este Plan. El artículo 3 de su Estatuto regulador establece la función de: “promover la aplicación de la perspectiva de derechos humanos, de los ideales humanísticos, los conocimientos científicos y los desarrollos técnicos al perfeccionamiento de las acciones públicas y privadas sobre discapacidad en los campos de: a) La prevención de deficiencias. b) Las disciplinas y especialidades relacionadas con el diagnóstico, la rehabilitación y la inserción social. c) La igualdad de oportunidades. d) La promoción de apoyos para la toma libre de decisiones”.

En materia de salud, la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** promulga en sus principios generales que “los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades (art. 3.1)”.

Esta ley también establece, respecto de las actuaciones sanitarias del sistema de salud, que las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones: “Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección

frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas (art. 18.5) y también la promoción, extensión y mejora de los sistemas de detección precoz de discapacidades y de los servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades o la intensificación de las preexistentes (art. 18.18)".

Se destaca, asimismo, la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública** como una de las principales bases jurídicas de este Plan, sobre todo en lo relativo a la promoción de la salud y la prevención, de manera acorde con el principio de equidad expuesto en su artículo 3.a): "Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto. Se considerará la equidad en todos los informes públicos que tengan un impacto significativo en la salud de la población. Igualmente, las actuaciones en materia de salud pública incorporarán la perspectiva de género y prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad". También en el artículo 19.1, se establece que: "la prevención tiene por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar o eliminar en la medida de lo posible sus consecuencias negativas mediante políticas acordes con los objetivos de esta ley".

Asimismo, este Plan viene a responder a las **Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, de 9 de abril de 2019, sobre todo con el objeto de superar algunos de los déficits en las políticas públicas, como el relativo a los niños y niñas con discapacidad (artículo 7 de la Convención) cuando el Comité manifestó que le preocupaba: "Que los niños y niñas con discapacidad sean sometidos a la institucionalización en el Estado parte, y que sigan siendo insuficientes las medidas adoptadas para asegurar la plena desinstitucionalización

de todos los niños y niñas con discapacidad"; o "La falta de acceso a servicios de atención a la salud universales y accesibles de los niños y niñas con discapacidad, en particular en las zonas rurales".

Y en relación con el artículo 5 de la Convención, sobre igualdad y no discriminación: "Al Comité le preocupa la falta de un reconocimiento explícito y de una prohibición explícita de la discriminación múltiple y la discriminación interseccional por motivo de discapacidad, sexo, edad, origen étnico, identidad de género y orientación sexual, así como por motivo de cualquier otra condición en todos los ámbitos de la vida. El Comité lamenta que varios trastornos de salud mental no se consideren discapacidades según el derecho español. Asimismo, al Comité le inquieta que no se reconozca que la denegación de ajustes razonables constituye una forma de discriminación en todos los ámbitos de la vida".

Como ya se ha apuntado, este Plan se enmarca en la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030**. Esta estrategia ha considerado todas las dimensiones de la salud en su diagnóstico, en el que constata la necesidad de seguir avanzando en la incorporación del enfoque de derechos de la Convención y en la perspectiva holística de la salud (de acuerdo con la propia definición de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) sobre la salud: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"), superando en el ámbito sanitario el enfoque médico-rehabilitador centrado, en muchos casos, en las limitaciones y en los diagnósticos. En línea con lo anterior, el Plan también aborda la coordinación del sistema sanitario con otros sistemas (prioritariamente el de servicios sociales) y el aseguramiento de la accesibilidad universal al sistema sanitario.

En este sentido, la Estrategia contempla objetivos y acciones específicas vinculadas a la salud, precisamente porque se entiende como un derecho que debe llegar también a las personas con discapacidad, y entre las que se encuentra la puesta en marcha de este Plan.

El plan se alinea con la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS)** en el marco del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Aborda de forma integral los principales determinantes y factores de riesgo con mayor importancia desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad: alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol, sumando también el bienestar emocional y la seguridad del entorno con el objetivo de prevenir lesiones no intencionales. Esta Estrategia es una oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados, desde un enfoque positivo, poblacional, de equidad y curso de vida, mediante el abordaje por entornos (sanitario, educativo y comunitario).

Asimismo, este Plan responde y se alinea con la **Estrategia Española de Salud Mental 2022-2026**. Una estrategia que incorpora principios clave en el abordaje de la salud mental, como el enfoque de género, la defensa de la autonomía y los derechos, la lucha contra el estigma o el protagonismo de los pacientes y sus familias, el modelo comunitario de atención en salud mental o la toma de decisiones compartidas y acordadas entre profesionales y personas usuarias.

Además, este Plan tiene en cuenta las actuaciones que, en el marco de la **Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad)**, se llevan a cabo para revertir la tendencia de la prevalencia de la obesidad mediante el fomento de una alimentación saludable y de la práctica de la actividad física, contribuyendo así a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad atribuibles a las enfermedades crónicas.

En otra dimensión de fundamentación, desde una perspectiva **científica y conceptual**, se destaca la OMS, como fuente primordial para este Plan. 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 solo como el derecho a estar sano.

De forma más específica la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001, OMS)** aporta una concepción renovadora de la discapacidad y la salud e integra los modelos utilizados para definir la discapacidad: el modelo médico basado en el tratamiento y el modelo social fundamentado en la inclusión plena en la vida social.

Por otro lado, se debe considerar como cuestión clave el envejecimiento saludable y activo. En este sentido, la Unión Europea declaró el año 2012 como del "envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional", con numerosas iniciativas relacionadas con la promoción de la salud y la prevención. Entre ellas, el Partenariado Europeo de Innovación para el Envejecimiento Activo y Saludable (EIP-AHA), uno de cuyos pilares de acción es la prevención, cribado y diagnóstico precoz de la fragilidad y déficit funcional. En torno a este tema, en el documento del Consejo de la Unión Europea *Conclusiones del Consejo - Envejecimiento sano a lo largo del ciclo vital (2012/C 396/02)* se recomienda a los Estados Miembros, entre otras medidas, que "adopten un planteamiento que traslade el centro de atención hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz y una mejor gestión de las condiciones de salud desde los primeros años de vida y durante todo el ciclo vital, como estrategia para mejorar la calidad de vida y reducir la carga de las enfermedades crónicas, la fragilidad y la discapacidad".

Estas bases normativas y científicas se complementan con la posición política del conjunto de Institu-

ciones Europeas y de Estados que forman parte de la UE que, en su declaración sobre el **Pilar Europeo de Derechos Sociales**, adquieren el compromiso de trabajar para la plena inclusión de las personas con discapacidad, mediante medidas de apoyo en rentas garantizadas, acceso al empleo y a la sociedad y apoyos de larga duración preferentemente en el propio hogar y entorno comunitario.

También la **Agenda 2030 de los Objetivos para el Desarrollo Sostenible** supone una referencia fundamental en la elaboración y futura aplicación de este Plan. Esta fue aprobada el 25 de septiembre de 2015, contando con el respaldo de 193 países, los cuales se han comprometido con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas y su cumplimiento para el año 2030. Los objetivos persiguen erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todas las personas como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible.

De forma más específica, el **Objetivo 3 de la Agenda 2030**, sobre Salud y Bienestar, se corresponde de lleno con los siguientes derechos reconocidos por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad: 10. Derecho a la vida, 16. Protección contra la explotación, la violencia y el abuso, 25. Salud y 26. Habilitación y rehabilitación.

Como colofón de estas bases destacadas en el fundamento del Plan se considera la **Estrategia Europea de los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021-2030**. Esta estrategia establece iniciativas clave en torno a tres temas principales: derechos, vida independiente y autonomía y no discriminación e igualdad de oportunidades.

Se destacan por su correlato con este plan los objetivos siguientes:

- Las personas con discapacidad, jóvenes y mayores tienen el mismo derecho a vivir de forma independiente y a formar parte de la comunidad, con las mismas opciones que las demás

en cuanto a su lugar de residencia y con quién y cómo vivir.

- En los últimos diez años, la financiación de la Unión ha supuesto una importante contribución a la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad. La independencia requiere de un panorama diferenciado de servicios de calidad, accesibles, basados en la comunidad y en la familia, centrados en la persona y asequibles, que incluyan asistencia personal y médica y la intervención de trabajadores sociales, con el fin de facilitar las actividades cotidianas y ofrecer alternativas a las personas con discapacidad y a sus familias.
- Los servicios de apoyo generales deben ser inclusivos y accesibles en la infancia y la senectud y deben tener en cuenta el género y la cultura.

La Comisión insta a los Estados miembros a:

- Implementar **buenas prácticas de desinstitutionalización** en el ámbito de la salud mental y en relación con todas las personas con discapacidad, en particular los niños y las niñas, con el fin de reforzar la transición de la asistencia institucional a los servicios que ofrecen apoyo en la comunidad.
- Promover y garantizar la financiación para la obtención de una vivienda social **accesible e inclusiva en materia de discapacidad**, especialmente en el caso de las personas mayores con discapacidad, y hacer frente a los desafíos que plantean las personas sin hogar con discapacidad.

Las personas con discapacidad tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, que incluya la rehabilitación y la prevención y la accesibilidad universal tanto en el acceso a espacios físicos como a la información relativa a su salud. La Comisión insta a los Estados miembros a:

- › Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a **todos los servicios de asistencia sanitaria**, especialmente los servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios de prevención, en particular aplicando las orientaciones de la Comisión sobre el acceso a la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad basadas en una asistencia sanitaria inclusiva, accesible de manera universal (física, sensorial y cognitiva) y centrada en la persona y en el consentimiento libre e informado.
- › La toma de conciencia y el desarrollo de estrategias de apoyo para los pacientes con **alguna discapacidad relacionada con enfermedades raras** y a buscar y analizar formas de facilitar el acceso a tratamientos de vanguardia, especialmente mediante el uso de innovaciones digitales en todos los Estados miembros.

Asimismo, este Plan, cuenta con una base análoga de fundamentación a la de la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030**. Destacando, entre otros elementos clave, la fundamentación acorde con:

- a)** El enfoque basado en los derechos y en su efectiva aplicación.
- b)** La extensión de la accesibilidad universal y el diseño para todas las personas.
- c)** La coordinación entre sistemas y niveles competenciales, con una implicación transversal de los actores.
- d)** La innovación y la digitalización.
- e)** El avance en contar con mejores sistemas de información.
- f)** La reforma en la normativa sobre valoración y reconocimiento de la discapacidad.
- g)** El modelo comunitario en los cuidados y apoyos.

- h)** La vida independiente.
- i)** La promoción y defensa de los derechos de las mujeres con discapacidad.
- j)** La prioridad de la atención temprana y el apoyo al desarrollo infanto-juvenil.

Este Plan no puede obviar el contexto de pandemia, en este sentido se debe considerar las conclusiones del Estudio sobre el Impacto de la pandemia COVID-19 en las personas con discapacidad impulsada por la Dirección General de Derechos de las personas con Discapacidad.

En este sentido en lo vinculado a la salud y atención sanitaria, las consecuencias del “estado de alarma” motivado por el COVID-19 tuvieron un impacto inmediato en la salud de buena parte de las personas con discapacidad consultadas. De acuerdo con los resultados de una encuesta lanzada al efecto entre las personas con discapacidad y sus familias, con carácter previo a marzo de 2020, cerca de ocho de cada diez personas con discapacidad participantes en el estudio (78,7%) tenían programada o prevista al menos una consulta con algún/a profesional de la salud para los días en los que la población estuvo confinada en sus casas, principalmente, con un/a médico especialista en un hospital (53,6%), el/la médico de atención primaria (27,0%) o un/a rehabilitador/a o fisioterapeuta (24,3%). De entre todas las personas con alguna cita programada, solo recibieron atención el 21,9%. La proporción de personas con citas no cubiertas fue mayor entre las mujeres, la población joven de menos de 24 años, entre las personas con varios tipos de discapacidad y con discapacidad de salud mental y psicosocial, así como entre la población con un mayor grado de dificultad para llegar a fin de mes y con un grado de discapacidad mayor.

Entre aquellas personas que consideran que el trato a las personas con discapacidad no ha sido igualitario, siete de cada diez afirman que conocen a alguna persona con discapacidad que ha tenido problemas para ponerse en contacto con algún



profesional de la salud (72,2%). Seis de cada diez conocen a alguien que no ha recibido el tratamiento que necesitaba (59,4%) y considera que no ha existido accesibilidad en los teléfonos y aplicaciones móviles de atención y consulta e las autoridades sanitarias (57,1%). La situación provocada por el COVID-19 ha tenido importantes consecuencias en la salud y el bienestar físico y emocional de las personas con discapacidad. De hecho, la gran mayoría de las personas participantes (68,1%) considera que la situación vivida por el coronavirus ha tenido un efecto negativo o muy negativo para su salud y bienestar. En concreto, cabe destacar el impacto en los siguientes ámbitos: En el ámbito de la salud, cerca de la mitad de las personas participantes en la encuesta considera que, durante estos meses, su estado de ánimo (52,3%), su calidad de vida (47,7%) y su estado de salud mental (47,0%) han empeorado. A nivel del bienestar emocional, seis de cada diez personas encuestadas reconocen que, debido a la situación provocada por la pandemia de COVID-19, en los últimos meses han estado con más nervios e intranquilidad que habitualmente (59,9%) y han experimentado la falta de ánimo en mayor grado (58,3%). En torno a la mitad de los y las participantes se han sentido más tristes que normalmente (56,8%) y han percibido miedo o angustia en mayor medida que antes de la pandemia (47,9%). Respecto a los cambios en los hábitos de vida, uno de los principales cambios experimentados se refleja en un aumento del tiempo transcurrido frente a las pantallas (63,8%), así como en la falta de ejercicio físico (51,9%). Estos cambios de hábitos han conllevado un aumento de peso durante la pandemia (41,7%) y, en menor medida, el consumo de medicación para calmar los nervios, la ansiedad o para poder dormir (23,4%). Entre las medidas que se consideran prioritarias a adoptar en los hospitales y en los centros de salud para mejorar la situación de las personas con discapacidad debido al COVID-19 las personas consultadas manifiestan una preferencia clara. En concreto, cuatro de cada diez consideran que se debería destinar más profesionales de la salud con el objetivo de asegurar una atención adaptada a las necesidades de cada persona (40,7%). En segundo y tercer lugar las

personas consultadas mencionan que se garantice que las personas con discapacidad puedan tener como acompañante a una persona cercana cuando reciben atención médica, van a urgencias o ingresan en un hospital (25,6%), y ofrecer más ayudas y más personas que faciliten la comunicación entre el personal sanitario y las personas con discapacidad (22,7%).

Junto a la encuesta, de la que se han extraído sus principales resultados, se desarrollaron, en el ámbito del estudio señalado, una serie de entrevistas a expertos. Entre los principales problemas que estos identificaron se encontraban el aplazamiento o suspensión de tratamientos a pacientes crónicos, de servicios de rehabilitación y atención temprana o la deficiente respuesta ofrecida a personas con problemas de salud mental. En esta misma línea, también han destacado, durante la fase inicial de la pandemia, las dificultades de algunas personas con discapacidad para acceder a medicamentos, productos ortoprotésicos y materiales sanitarios básicos para su cuidado diario. En este ámbito, la brecha digital y los problemas de accesibilidad han vuelto a identificarse como un problema fundamental. Consideran que aquellas personas que no han tenido acceso o tenían dificultades en el uso de las TIC se han visto en una situación de mayor vulnerabilidad. Si bien la telemedicina ha podido agilizar o facilitar la atención a consultas de carácter leve, en el caso de las personas con discapacidad y, sobre todo, en el de aquellas con discapacidad intelectual o con dificultades de comprensión, esta ha implicado grandes barreras y ha supuesto a estas personas importantes dificultades para trasladar sus síntomas o entender cómo debían proceder. La accesibilidad universal ha sido la principal asignatura pendiente. A modo de ejemplo, las personas con discapacidad auditiva han tenido grandes dificultades para poder recibir atención telefónica. Pero esta falta de accesibilidad no solo ha afectado a las TIC y la atención telefónica, cabe hacerla extensible al acceso integral al sistema sanitario. En este sentido hay que destacar la falta de accesibilidad en los protocolos de atención y detención de COVID-19 (mascarillas transparentes no homologadas, etc.); en las instala-

ciones provisionales creadas para la crisis sanitaria (hospitales de campaña no accesibles, etc.) y en la propia organización sanitaria (entradas habilitadas no accesibles o en lugares con dificultad de acceso a personas con discapacidad, etc.). Junto con estas fórmulas de discriminación indirecta, las personas expertas advierten de que también se han producido situaciones de discriminación hacia las personas con discapacidad. Así, se han advertido impedimentos en el acceso al servicio de urgencias sanitarias, en el acceso al transporte sanitario y en el ingreso en UCIs por razón de su discapacidad.

**F**

**5.**

**REALIDADES Y  
RETOS EN LA  
PREVENCIÓN Y LA  
PROMOCIÓN DE  
LA SALUD DE LAS  
PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD**



**E**n el marco de la elaboración del I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad se ha realizado una encuesta para incorporar la visión, valoración y prioridades propuestas por las propias personas con discapacidad, familiares y organizaciones del sector.

La encuesta se ha desarrollado mediante un formulario en línea universalmente accesible, llevado a cabo entre el 15 de octubre y el 2 de noviembre de 2021. Se recibieron 968 respuestas al cuestionario, con una diversa distribución de variables socio demográficas, que le otorga un valor significativo.

Los resultados de la encuesta evidencian la importancia que las personas participantes otorgan al impulso y desarrollo de políticas de prevención.

La prevención se considera muy importante en todas las dimensiones de impacto planteadas en relación con la vida de las personas, **siendo la atención temprana y el desarrollo infantil y la rehabilitación las que reciben una valoración más alta**. Pero la diferencia entre los índices de valoración es limitada, por lo que todas las dimensiones pueden considerarse determinantes. Las tres que muestran un porcentaje más elevado de valoración en la opción de puntuación más elevada son:

- › El cumplimiento de los mandatos de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- › El apoyo a la investigación y la formación.
- › El apoyo a la salud de las personas mayores.

El Plan, teniendo en cuenta el orden dado por las personas encuestadas, y sin perjuicio del valor singular de cada una, establece las siguientes prioridades:

1. Apoyo a la salud y a prevenir enfermedades.
2. Apoyo al desarrollo infantil para que niñas, niños y adolescentes puedan tener una vida saludable.
3. Dar respuesta a los mandatos de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
4. Apoyo a la investigación y a la formación.
5. Apoyo a la salud de las personas mayores.
6. Garantía en el acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad efectiva a todas las personas usuarias.
7. Apoyo al trabajo en equipo y coordinado.

Estas consideraciones sobre la importancia y la prioridad de los focos valorados en los **grupos de discusión y las entrevistas en profundidad**, referenciados en capítulo 2, han sido una de las principales fuentes de aportación en la fundamentación y las propuestas de acción de este Plan.

Las medidas preventivas, al evitar las ocasiones productoras de limitaciones o necesidades de apoyo, tienen en primer lugar un gran impacto sobre la integridad y la salud de las personas, pero además comportan una gran repercusión económica, tanto sobre la sociedad en general como sobre el ámbito personal y familiar de las personas con discapacidad.

En la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud**, en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013,

se cita la Recomendación del Consejo de la Unión Europea del 31 de mayo de 2007 sobre prevención de lesiones y la promoción de la seguridad, en la que se destaca que las lesiones son evitables si se aplican medidas de prevención de eficacia probada, siendo sus beneficios superiores a los costes generados por la intervención preventiva. En dicha Estrategia se incluyen diversos análisis sobre la repercusión económica de determinados hábitos o comportamientos y también la repercusión económica que tiene su origen en las lesiones no intencionales (caídas accidentales, fuego, accidentes de ocio, etc.), que comporta costes sanitarios y laborales debidos a la pérdida de actividad.

En la suma de los costes citados hasta ahora no están incluidos los intangibles derivados del sufrimiento personal y familiar consecuente a los accidentes y a la enfermedad, ni tampoco los conceptos principales de gasto motivados por las situaciones de discapacidad resumidos en gastos directos para las familias y en el coste de oportunidad por la pérdida de actividad laboral a causa de la atención a un familiar con discapacidad.

De acuerdo con el Estudio sobre el agravio comparativo económico que origina la discapacidad, elaborado por la Universidad Carlos III de Madrid y auspiciado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, entre tales conceptos *“destacan los relacionados con la autonomía personal y con el cuidado de la salud. Los productos de apoyo, las adaptaciones y los gastos para sufragar la asistencia personal, los tratamientos médicos, terapéuticos, habilitadores y rehabilitadores, por una parte, y los fármacos. También es significativo el gasto asociado al transporte y desplazamiento, a la adquisición de ropa y útiles personales de uso común, al equipamiento y suministros del hogar y a la adquisición y adecuación de la vivienda. Los gastos relacionados con la educación, formación, aprendizaje y adiestramiento, con la realización de trámites y gestiones o la administración de los bienes o del patrimonio, con la defensa de los derechos y con la previsión económica voluntaria, tienen menor presencia relativa como partidas principales de gasto monetario directo”*.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2020), un total de 4,38 millones de personas en España afirmaron tener algún tipo de discapacidad, de las que 4,31 se corresponden con la población de 6 y más años sobre la que se ha valorado el estado de salud y enfermedades diagnosticadas. De estas, un 41,16% (un total de 1.770.600 personas) afirmó que su estado de salud era regular, seguido de un 27,44% que considera que es buena, un 19,18% que opina que es mala, un 7,12% muy mala y un 5,10% muy buena.

Por grupos de edad, son mayoría quienes tienen entre 6 y 44 años y valoran que tienen un estado de salud muy bueno (16,33%) o bueno (43,12%). Por su parte, la población de 80 y más años destaca entre quienes consideran tener un estado de salud regular (44,79%) o muy malo (8,57%) y la población de 45 a 64 años es mayoría entre quienes consideran que su estado de salud es malo.

En cuanto al sexo, un 42,24% de mujeres y un 39,61% de hombres (1.072.200 mujeres y 698.300 hombres con discapacidad) respondieron que su estado de salud es regular, frente a un 23,85% de mujeres y un 32,6% de hombres que respondieron que es bueno, un 21,45% de mujeres y un 15,91% de hombres que dijeron que es malo, un 8,15% de mujeres y un 5,63% de hombres que respondieron que es muy malo y un 4,31% de mujeres y un 6,24% de hombres que respondieron que es muy bueno. En general, en las respuestas sobre su estado de salud las mujeres respondieron con valoraciones más negativas que los hombres.

En relación con el tipo de discapacidad destacan, entre las personas que aseguran que su estado de salud es regular, las personas con problemas de movilidad (42,39%, 1.015.300 personas), seguido de quienes tienen dificultades en la vida doméstica (40,08%) y quienes tienen discapacidades que afectan a la visión (39,35%). Entre quienes respondieron que su estado de salud es malo, se encuentran un 27,7% de personas con discapacidades relacionadas con el autocuidado, un 26,82% de

personas con dificultades en la vida doméstica y un 25,41% de personas con problemas de movilidad. En las respuestas sobre un estado de salud bueno destacan sobre todo las personas con problemas de audición (31,90%), las personas con dificultades para las interacciones y relaciones personales (27,85%) y las personas con problemas de comunicación (26,02%). Un 14,19% de personas con discapacidades asociadas a las interacciones y relaciones personales aseguraron que su estado de salud es muy malo, seguido de un 13,6% de personas con dificultades para el autocuidado y un 13,62% de quienes tienen problemas de aprendizaje, aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas. Por último, tan solo un 6,11% de personas con discapacidades auditivas aseguraron tener un estado de salud muy bueno, seguido de un 6,07% de personas con dificultades de comunicación y un 5,86% de personas con problemas de aprendizaje, aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas.

En cuanto a las enfermedades crónicas entre la población de 6 y más años con discapacidad, de las que pueden convivir varias en una misma persona, las más comunes son la artrosis (que afecta a un total de 1.961.100 personas), seguida de la artritis, la diabetes, la depresión crónica, la ansiedad crónica, otras enfermedades asociadas a la discapacidad y el cáncer.

A partir de los datos de la EDAD 2020 se establece que en uno de cada cinco hogares españoles (el 20,5% del total) residía al menos una persona con discapacidad en el año 2020.

En más de un millón de hogares la persona con discapacidad vivía sola. Por su parte, en torno a 270.000 hogares con más de una persona tenían todos sus miembros con algún tipo de discapacidad.

En otra dimensión de este análisis sobre la realidad, el incremento de la proporción de personas mayores de 65 años, además de por la mejoría de la esperanza vida, se potencia con el descenso persis-

tente de la natalidad, que no se compensa con el saldo migratorio positivo.

Según estimación del INE, recogida en el estudio *Proyección de la Población de España 2014-2064*, el porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2%, pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064.

De acuerdo con dicho estudio del INE, el aumento de la esperanza de vida al nacimiento permitiría alcanzar en 2029 los 84 años en los varones y los 88,7 en las mujeres, lo que supondría una ganancia respecto a los valores actuales de 4 y de 3 años, respectivamente. De este modo, si se mantuviera la tendencia, la esperanza de vida de los hombres superaría los 91 años en 2064 y la de las mujeres casi alcanzaría los 95.

La consecuencia de esta evolución sobre la pirámide de población sería el engrosamiento de la mitad superior, en la que todos los grupos de edad de más de 70 años verían aumentar el número de sus integrantes. Así, para 2029 habría en España 11,3 millones de personas mayores de 64 años, 2,9 millones más que en la actualidad. En 2064 esta cifra se incrementaría hasta 15,8 millones de personas.

La presión que el crecimiento de la población de más edad ha ejercido sobre los recursos previstos para su atención hace inviable el sistema asistencial existente y ha llevado a la creación de sistemas de atención con mayores recursos materiales y humanos, sistemas de dependencia, sistemas de atención y coordinación socio sanitaria, que tratan de atender las demandas de este sector de la población que crece rápidamente y que se ha sumado al colectivo tradicional de personas con discapacidad o en situación de dependencia para realizar las actividades de la vida cotidiana.

En lo relativo a salud mental, según la **Encuesta Nacional de Salud en España (en adelante ENSE) 2017:**

- En España, más de una de cada diez personas de 15 y más años refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (10,8%).
  - Las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, 14,1% frente a 7,2%. El 6,7% de los adultos refiere ansiedad crónica, 9,1% de las mujeres y 4,3% de los hombres. La depresión se declara en la misma proporción que la ansiedad (6,7%), y es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%).
  - La prevalencia de depresión es 2,5 veces más frecuente entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) que en quienes trabajan (3,1%), y alcanza el 30% entre las personas incapacitadas para trabajar.
  - Tres de cada diez personas de 65 y más años (no institucionalizadas) refirieron algún grado de deterioro cognitivo (31,3%).
  - En población infantil (0-14 años) la prevalencia de trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad) fue de 1,8%, y la prevalencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad) de 0,6%, la misma que la de autismo o trastornos del espectro del autismo (3-14 años): 0,6%, que se recoge por primera vez.
  - La prevalencia de los trastornos de la salud mental infantil estudiados es mayor en varones, excepto la depresión/ansiedad. La mayor diferencia por sexo se declaró en los trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad): 2,8% en niños y 0,7% en niñas.
  - El 3,8% de la población refiere una limitación para las actividades de la vida cotidiana debida a un problema de salud mental. Las diferencias por sexo en la discapacidad percibida son menores que en los otros indicadores (la declara el 3,3% de los hombres y el 4,3% de las mujeres).
  - El 10,7% de la población de 0 y más años consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13,9% en mujeres y 7,4% de los hombres), y el 5,6% de la población de 15 y más años toma antidepresivos o estimulantes (7,9% de las mujeres y 3,2% de los hombres).
  - Un 5,4% de la población de 0 y más años refiere haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses, 6,1% de las mujeres y 4,6% de los hombres.
  - Todos los indicadores de morbilidad neuropsiquiátrica en adultos, procedentes de la ENSE 2017, mostraron un gradiente según la posición socioeconómica, más profundo en mujeres. Esta mayor morbilidad en mujeres y en las clases bajas se refleja perfectamente en el consumo de psicofármacos, pero no así en el uso y acceso a los servicios de salud mental.
- Asimismo, a modo de breve resumen, se observan intensas evoluciones sobre cronicidad y salud:
- Siguiendo el Informe del SNS 2019 los problemas de salud crónicos más frecuentes son dolor de espalda lumbar, la hipertensión arterial, la artrosis, artritis o reumatismo, el hipercolesterolemia y el dolor cervical crónico. Algunos han aumentado significativamente: en las últimas 2 décadas la hipertensión pasó de afectar al 11,2% de la población adulta al 17%, la diabetes del 4,1% al 7% y las amputaciones del miembro inferior por razón de diabetes alcanza el 10%.
  - 3 de cada 10 personas en España presenta algún trastorno mental, aumentando al 4 cuando se trata de mayores de 65 años.
- Desde otra perspectiva, la del grupo de **pacientes con cronicidad compleja y enfermedades avanzadas**, y de acuerdo con los datos aportados en el 38º Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria, celebrado en el año 2021, se observa lo siguiente:

- Los y las pacientes con cronicidad compleja y enfermedades avanzadas representan el 5% de la población atendida por el sistema sanitario español y consumen cerca de la mitad del presupuesto en salud.
- El 70% de las personas mayores de 65 años sufren enfermedades crónicas y, de media, se ven afectadas por cuatro tipos de enfermedad crónica por persona.





**F**

**6.**

**DIMENSIONES  
EN MATERIA DE  
PREVENCIÓN  
TANTO DE LAS  
DEFICIENCIAS  
COMO DE LA  
INTENSIFICACIÓN  
DE  
DISCAPACIDADES**

La prevención de deficiencias y la prevención de la intensificación de discapacidades se refieren al conjunto de acciones que tratan de evitarlas, primero, procurando impedir que se constituyan y, en segundo lugar, una vez ocurridas, buscando minimizar su desarrollo e impacto sobre la vida de las personas. De este modo, la tarea de prevención de limitaciones no concluye con las acciones preventivas concernientes a las manifestaciones anatómicas, fisiológicas o psíquicas de las discapacidades, sino que se extiende a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, lleven a la intensificación de las situaciones de discapacidad o empeoren las condiciones de salud de las personas.

La promoción de la salud y la prevención deben ser pilares fundamentales del abordaje de la salud en todas las políticas, con una perspectiva de curso de vida y equidad, cuyo impacto positivo será fomentar la salud en todas las etapas de la vida, previniendo la aparición de enfermedades que puedan conllevar discapacidad y dependencia y evitando las desigualdades en salud. Del mismo modo la prevención de intensificación de discapacidades es fundamental para que todas las personas puedan vivir en igualdad de condiciones, independientemente de su capacidad funcional, teniendo muy en cuenta el abordaje desde el enfoque de equidad de los derechos y los entornos, los principales impactos positivos serían:

- Mejor nivel de salud y calidad de vida tanto a nivel individual como poblacional, en población general y en particular en la población con discapacidad.
- Menor gasto en salud.
- Mayor productividad.
- Equidad en salud.

- Mayor conciencia y respeto de la población, profesionales y decisores.

Pero, además, la necesidad de instaurar medidas de promoción de la salud y prevención no puede reducir sus límites a las intervenciones individuales. Teniendo en cuenta la influencia decisiva de las condiciones de vida sobre la salud de las personas, resulta indispensable la intervención con acciones de alcance colectivo, lo que significa ocuparse de los diferentes determinantes sociales de la salud. Es decir, las actividades de promoción de la salud y prevención se extienden en el tiempo a todo el ciclo vital de las personas, incluso desde antes del nacimiento y hasta la vejez, y ha de entenderse que son indispensables en cada uno de los ámbitos en los que se desenvuelve la vida: familiar, educativo, laboral, sanitario, de ocio y comunitario entre otros. Además, las actividades de promoción de la salud y prevención han de tener como foco de atención también a la familia, motor esencial para la inclusión, pero también las medidas han de tener un impacto poblacional, como la de toma de conciencia sobre la importancia de llevar un estilo de vida saludable (evitar el tabaco y el alcohol, realizar actividad física y reducir el sedentarismo, procurar una alimentación saludable) y de abordar los determinantes sociales y comerciales de la salud.

La 67ª Asamblea Mundial de la Salud de OMS, celebrada del 19-24 de mayo de 2014, adoptó el “Plan de acción mundial sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad”, instando a los Estados Miembros, con la finalidad general de contribuir a lograr un nivel óptimo de salud, funcionamiento, bienestar y derechos humanos para todas las personas con discapacidad, a que pongan en práctica las acciones propuestas en el Plan, adaptadas a las prioridades y los contextos específicos nacionales, e invita a los asociados internacionales, regionales y nacionales

a que pongan en práctica las acciones necesarias para contribuir al logro de sus tres objetivos:

**a)** *eliminar obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud;*

**b)** *reforzar y extender los servicios de rehabilitación, habilitación, asistencia y productos de apoyo, así como la rehabilitación y la intervención social de ámbito comunitario;*

**c)** *mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos.*

El **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**, aprobado por la Asamblea General de la OMS el 3 de diciembre de 1982, además de presentar la primera conceptualización de las discapacidades (CIDIM), define y estructura las medidas en relación con la prevención, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades del siguiente modo:

- *Prevención significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.*
- *Rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.*
- *Equiparación de oportunidades significa el proceso mediante el cual el sistema general de la*

*sociedad tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo se hace accesible para todos.*

Se trata de tres definiciones en las que ya se anuncia la estructura de la prevención en etapas que la propia OMS impulsaría: primaria, secundaria y terciaria. En principio, se trata de una sistematización pensada en relación con los riesgos de las enfermedades y los traumatismos y, por lo tanto, más relacionada con el concepto de promoción de la salud. También la prevención de las deficiencias o su progreso generador de situaciones de discapacidad pueden encuadrarse naturalmente en esta estructura.

### 6.1. Promoción de la Salud

La promoción de la salud es definida por la OMS como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud”. La promoción de la salud fomenta cambios en los entornos y las condiciones de vida de las personas, usando enfoques de equidad, participativos, intersectoriales y contextualizados, para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todas las personas.

La OMS define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Estos determinantes sociales se distribuyen de forma desigual entre la población, por lo que es necesario incorporar un enfoque de equidad que tenga en cuenta los diferentes ejes de desigualdad en la exposición a los determinantes sociales de la salud (edad, sexo, nivel socioeconómico, capacidad funcional, etnia, rural/urbano, etc.) y sus interacciones y sinergias (interseccionalidad).

Es por tanto de especial relevancia, considerar el papel que pueden desempeñar las políticas públi-

cas en el diseño de entornos que propicien mayores niveles de salud, trabajen sobre los determinantes de la salud y permitan mantener una adecuada capacidad funcional.

La promoción de un envejecimiento saludable debe realizarse a lo largo de todo el curso de vida a través de la promoción de estilos de vida y entornos saludables. Además en las personas mayores, es fundamental fomentar el mantenimiento de una adecuada capacidad funcional, prevenir la fragilidad, y en aquellos casos en los cuales es preciso, la adopción de medidas preventivas respecto a las limitaciones asociadas a la edad o patologías, a fin de prevenir su aparición o su agravamiento y de permitir que las personas mayores conserven, durante el periodo más largo posible, sus capacidades para una vida independiente en condiciones materiales y psicológicas satisfactorias.

## 6.2. Prevención primaria y protección específica para evitar las causas de la deficiencia

La prevención primaria es la que se realiza antes de que surja la limitación o la enfermedad y está dirigida a la neutralización de los riesgos en cualquier edad. Se realiza en el periodo prepatogénico de la enfermedad, siendo su objetivo el fomento de la salud y la evitación de la enfermedad.

Son ejemplo de actividades a incluir en este tipo de intervención: la identificación de la población de riesgo, el desarrollo de programas de inmunización, la vacunación, la prevención y detección oportuna de riesgos en mujeres en edad fértil, la prevención y diagnóstico oportuno de gestantes de alto riesgo en atención prenatal y post natal, el consejo integral en estilos de vida saludable, los programas de parentalidad positiva, la adopción de medidas contra la ingestión de sustancias tóxicas o contra la contaminación ambiental, la contaminación acústica y

la falta de higiene, la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la prevención de fragilidad, la prevención de lesiones y violencia y la aplicación de medidas de prevención de enfermedades y accidentes laborales. También el consejo genético permite la toma de decisiones en una familia con riesgo de transmitir una determinada enfermedad a su descendencia.

## 6.3. Prevención secundaria: detección, diagnóstico y atención precoz de carácter integral

El objetivo de la prevención secundaria es detectar la limitación o enfermedad en sus momentos iniciales para comenzar el tratamiento cuanto antes y de esa manera reducir al mínimo el progreso de los daños causados. La reacción rápida en estos casos tiene gran repercusión sobre las necesidades de apoyo o limitaciones, ya que puede que no se produzcan al mismo tiempo que la enfermedad, el traumatismo o la causa generadora, sino después.

Los programas de cribado y concretamente los programas de cribado prenatal y los programas de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas y de hipoacusia tienen un papel fundamental en la prevención de deficiencias y discapacidades. Estos programas de salud pública tienen como objetivo la detección precoz de enfermedades tanto en el periodo prenatal como neonatal. Las acciones que realizar en esta fase son:

- a. Cribado en fase presintomática.
- b. Diagnóstico precoz.
- c. Tratamiento inmediato efectivo.
- d. Información y orientación a las personas y a sus familias.

La intervención temprana, antes de la aparición de síntomas clínicos previene, en muchos casos, la aparición de deficiencias o disminuye la gravedad de estas en los recién nacidos permitiendo una mejor calidad de vida tanto a los recién nacidos como a sus familias.

Como ejemplo, el hipotiroidismo congénito que es una de las causas más frecuentes de discapacidad intelectual prevenible y tratable. La detección precoz y el tratamiento de estos recién nacidos logra evitar el daño neurológico y estos niños y niñas se desarrollan de forma plena sin ningún tipo de discapacidad. En otros casos, como es el cribado prenatal de cromosopatías, no se puede evitar la discapacidad asociada a estas alteraciones, pero el disponer de información prenatal permite a la familia la toma de decisiones y, además, permite un acceso más rápido a la atención temprana y a las prestaciones sociales, ambas necesarias para el mejor desarrollo de la autonomía de estos niños y niñas con discapacidad. Por otra parte, estos programas en la mayoría de los casos llevan asociado un programa de consejo genético que permite a la familia de un niño o niña con una de estas enfermedades contar con el asesoramiento necesario para tomar decisiones sobre sus opciones reproductivas.

En conclusión, las actividades a considerar en la prevención secundaria son: ampliar los programas de detección precoz y cribado, como el prenatal o el poblacional neonatal, con adecuados sistemas de información e informes de evaluación anuales; avanzar en la implantación del cribado prenatal de anomalías cromosómicas y del cribado prenatal de enfermedades infecciosas como programas de salud pública, tal y como se recogerá en la futura modificación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, actualmente en tramitación; reforzar e implantar la consulta preconcepcional para la detección precoz de problemas o enfermedades en la mujer que quiere quedarse embarazada para actuar precozmente y evitar enfermedades prevenibles que conllevan discapacidades en el recién nacido (rubéola o toxoplasmosis congénitas, etc.); reforzar la información a los ciudadanos sobre los programas

de cribado, especialmente a las mujeres embarazadas o que quieren quedarse embarazadas para que puedan acceder a los programas de consulta preconcepcional y al cribado prenatal de forma equitativa; detección temprana de limitaciones tanto en el entorno sanitario como en el educativo mediante protocolos de seguimiento a infancia con antecedentes de riesgo que hubiesen padecido hipoxia al nacer, bajo peso o prematuridad, infecciones maternas durante el embarazo o parto vaginal operatorio –instrumental–, entre otros, así como aquellos que presenten señales de alerta en el desarrollo de procesos neurocognitivos, u otros problemas que pudieran repercutir sobre el proceso de desarrollo y maduración del sistema nervioso central u otros.

En la edad intermedia algunas propuestas de medidas a implementar serían las siguientes: identificación de factores de riesgo, enfermedades o trastornos específicos que causan discapacidad; problemas de salud mental; atención dietética para alteraciones metabólicas; corrección, reducción o sustitución de la función dañada con el fin de disminuir las discapacidades; tratamiento precoz para evitar el proceso degenerativo de una presunta deficiencia y reforzamiento del desarrollo de la capacidad física, psíquica, sensorial, social, comunicativa o emocional del sujeto afectado.

En la etapa de madurez se señalan las siguientes propuestas de actuación: programas de cribado poblacional determinados por la autoridad sanitaria, detección y tratamiento precoz del cáncer, la hipertensión, la diabetes, las enfermedades mentales, la pérdida de audición, la deficiencia visual, etc.; programas de vigilancia sanitaria específica de las personas trabajadoras expuestas a riesgos laborales; o el manejo adecuado de patologías y traumatismos que puedan derivar en limitaciones o necesidades de apoyo.

En prevención secundaria destaca la **aportación de valor de la prevención en el ámbito de la Atención Temprana**, para el pleno desarrollo de los niños y niñas y adolescentes, reduciendo o evitando las

causas de posibles futuras patologías y necesidades de atención en salud.

## 6.4. Prevención terciaria: apoyo al desarrollo vital y prevención de la intensificación de las discapacidades

La prevención terciaria comienza después de que la limitación o enfermedad se ha declarado y trata de la reducción de complicaciones, secuelas y recaídas, de lograr una mejor adaptación psicológica, de ofrecer habilitación y rehabilitación médico-funcional, prestaciones ortoprotésicas, adaptación individualizada de productos de apoyo y recuperación a través de un tratamiento integral en la comunidad. Se orienta no sólo a reducir las consecuencias de las necesidades de apoyo, sino –en lo posible– las propias necesidades. Los grupos de acciones a realizar en esta fase serían:

- a) Promoción y ejecución de la habilitación y rehabilitación integral, incluida la prestación ortoprotésica y otros productos y recursos de apoyo.
- b) Facilitación en la inclusión personal, educativa, socio laboral y política de la persona.
- c) Apoyo y acompañamiento a la familia.

Entre las actividades que forman parte de este escalón se encuentran: los sistemas de apoyo a la inclusión en la comunidad (como en el caso de las discapacidades del desarrollo), los sistemas de apo-

yo a la toma de decisiones y para la capacitación e inserción laboral; la intervención psicológica y habilitación física y de la comunicación; la compensación de la pérdida de la función de alguna parte del cuerpo; la orientación terapéutica al individuo y su familia, determinando las necesidades, aptitudes y posibilidades de rehabilitación para ser incluido en la sociedad; la atención social y psicológica a la persona y sus familiares; la determinación de los productos de apoyo necesarios o la capacitación en la utilización de los mismos, lo que reduce las secuelas de las lesiones y sus efectos funcionales.

Coherentemente con lo expresado hasta aquí, el Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad ha de tener como finalidad, junto a la prevención de las limitaciones y necesidades de apoyo, la promoción y estructuración de una estrategia de intervención integral de modo que las personas alcancen la máxima autonomía, inclusión y participación en todos los ámbitos de la vida y puedan acceder en igualdad de oportunidades a los recursos sociales y al ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones que toda la ciudadanía.

La ejecución de este Plan representa un **beneficio global para todo el conjunto de la sociedad**: personas, familias, profesionales, organizaciones y administraciones públicas. Invertir en prevención es reducir costes para paliar enfermedad, discapacidad y dependencia. **Institucionalizar el proceso de cambio** contando con la **movilización ciudadana** y la participación activa de las personas con discapacidad es un hito imprescindible en el ejercicio de derechos en cualquier espacio de salud, como también lo es **incorporar** transversalmente **la conciencia** personal y social a todos los ámbitos, incluyendo la capacitación en el proceso.



# 7.

## MISIÓN, OBJETIVOS Y PRINCIPIOS RECTORES



**E**ste Plan tiene como **Misión:**

**Promover el derecho de todas las personas y, en particular, de las personas con discapacidad a gozar el más alto nivel de salud posible, sin discriminación alguna, a través de la intensificación de los servicios y apoyos necesarios y de aquellos que permitan prevenir y reducir la aparición o el agravamiento de la discapacidad.**

Esta Misión se despliega en los siguientes **objetivos:**

- 1.** Crear y extender un sistema integral de detección, diagnóstico, atención temprana y apoyo al desarrollo infanto-juvenil en entornos familiares y comunitarios saludables.
- 2.** Alcanzar una plena igualdad, no discriminación, accesibilidad universal y participación de las personas con discapacidad en el acceso y disfrute de los servicios de salud, con prevalencia de la perspectiva de género.
- 3.** Implantar programas innovadores en la creación de unas condiciones sociales y ambientales favorables de la salud y la inclusión social, con especial atención a la prevención de enfermedades, presencia de comorbilidad y otros factores causantes de déficits y limitaciones.
- 4.** Promover un envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida, dando una respuesta prioritaria a las personas con discapacidad que viven un envejecimiento y deterioro de salud prematuros.
- 5.** Prevenir la intensificación de la discapacidad, en concordancia con los mandatos reconocidos por la Convención.

- 6.** Realizar una gobernanza integrada y participativa en la implementación del Plan.
- 7.** Promover la investigación, innovación y formación en política de prevención y promoción de la salud de la ciudadanía y, particularmente, de las personas con discapacidad.
- 8.** Contar con un sistema de seguimiento y evaluación del plan que responda a una efectiva monitorización y un alto nivel de participación de las personas con discapacidad y sus organizaciones representativas.

Este Plan es congruente con otros planes de prevención, como son los referidos a la infancia y la adolescencia, los destinados a evitar las situaciones de dependencia, los del ámbito educativo, atención temprana e inclusión escolar, laboral, los de salud, tráfico o alimentación, entre otros.

De acuerdo, por tanto, con las bases expuestas los **principios rectores** de este plan, tanto en su elaboración como en su futura aplicación, son los siguientes:

- 1. Accesibilidad universal:** como presupuesto irrenunciable para el acceso y disfrute del derecho a la salud.



- 2. Derechos humanos:** enfoque tendente al respeto a la dignidad inherente a todas las personas sin excepciones.
- 3. Universalidad:** La prevención de las deficiencias y la promoción de la salud debe ir encaminada a lograr que la población en general disponga de unos servicios públicos, universales y gratuitos.
- 4. Transversalidad:** presupuesto de las políticas de promoción de salud y la prevención de las deficiencias, para lo que el Plan incluirá medidas de carácter interdepartamental e interinstitucional.
- 5. Evidencia:** Las recomendaciones e intervenciones propuestas tendrán que estar respaldadas por la evidencia de efectividad demostrada desde la ciencia.
- 6. Cooperación y coordinación:** Las administraciones públicas han de actuar de modo coordinado, cooperando en la ejecución de las medidas, tratando de evitar la fragmentación que a menudo se produce como consecuencia de la intervención de múltiples agentes, entidades o profesionales.
- 7. Interdisciplinariedad:** Con el objetivo de garantizar el carácter integral de la acción preventiva prestada y la aplicación racional y eficiente de los recursos públicos, se ha de favorecer la interdisciplinariedad de las intervenciones y promover el trabajo en equipo y la integración de las aportaciones de las diversas profesiones de los ámbitos sanitario, educativo, laboral, social, así como de cualesquiera otros que sean susceptibles de aplicar este principio.
- 8. Diálogo civil:** las organizaciones que defienden los derechos de personas con discapacidad y de sus familias participarán, en los términos que establecen las leyes y demás disposiciones normativas, en la elaboración, ejecución y evaluación de este Plan.
- 9. Enfoque centrado en la persona:** Marco de intervención basado en el principio de la personalización, que considera que los ciudadanos y las ciudadanas pasan de ser meros receptores de los servicios a estar plenamente implicados en las decisiones y planificación de sus apoyos y de su futuro.
- 10. Calidad:** En el desarrollo de las medidas que se recojan en el Plan se facilitará la fijación de criterios comunes para garantizar unos determinados estándares esenciales de calidad. En este sentido, se procurará establecer criterios de seguridad, sistemas basados en el modelo de calidad de vida, guías de buenas prácticas e indicadores que permitan la evaluación del impacto de las actuaciones en la calidad de vida de las personas y sus familias. Las Administraciones fomentarán la mejora de dichos estándares y promoverán el desarrollo de una gestión orientada a la optimización de recursos y a la mejora continua de procedimientos.
- 11. Perspectiva de curso de vida:** incluyendo todas las etapas, entre ellas, también la vida adulta, en relación con la prevención de limitaciones e intensificación de las discapacidades. En las etapas medias de la vida existen condiciones contextuales que pueden condicionar la aparición de enfermedades crónicas que tienen potenciales consecuencias en la pérdida de salud y por tanto de autonomía y aparición de discapacidad. Asimismo, en dicha etapa, por la exposición a siniestros laborales, de tráfico u otros se puede dar la aparición de discapacidades.
- 12. Perspectiva de género e interseccionalidad:** Existen, para la aplicación de estos principios, importantes razones: la esperanza de vida es mayor en las mujeres, pero de manera desigual a la esperanza de vida en buena salud; las mujeres con discapacidad tienen peores condiciones de trabajo y salario, mayor nivel de precarización, temporalidad y sectorización, lo que revierte en peores condiciones

materiales de vida y salud, y por tanto presentan mayor prevalencia de discapacidad. Será necesario también tener en cuenta otros factores, como el origen, la etnia, la orientación sexual, la identidad de género o las características sexuales, las cuales tienen todos ellos un impacto claro en la salud.

- 13. Vida independiente:** Combinación de diversos factores ambientales e individuales que permiten a las personas tener el control sobre sus propias vidas.

**F**

**8.**

**LÍNEAS DE  
ACTUACIÓN**



**E**n este capítulo se detallan las acciones previstas para el cumplimiento de la finalidad y los objetivos antes descritos, en base a **seis grandes líneas de actuación**, contado con una metodología de seguimiento y evaluación que se expone en el capítulo nueve.

Así, **cada línea de actuación** se corresponde con un **objetivo general**, que se concreta, después de una breve exposición inicial, en **medidas** para una aplicación eficaz del Plan desde la Administración General del Estado (AGE), de forma directa o en colaboración con las Comunidades Autónomas o las Administraciones Locales. Asimismo, se incorpora, para cada línea, la referencia a los ministerios responsables de su ejecución e impulso, especificándose en algunas de ellas el órgano competente de la AGE.

## 8.1. Prevención y apoyo al desarrollo infantil en entornos familiares y comunitarios saludables

El conjunto de acciones previstas en este apartado responde al **objetivo general** de: **crear y extender un sistema integral de atención temprana y apoyo al desarrollo infantil en entornos familiares y comunitarios saludables**.

En este sentido, la atención temprana y apoyo integral al desarrollo infantil ha de conformar una de las actuaciones prioritarias para la prevención y la promoción de la salud de aquella infancia que requiere este tipo de apoyos para su pleno desarrollo humano. Un desarrollo siempre diverso y enriquecedor para el conjunto de nuestra sociedad. Para ello, se requiere una respuesta en tiempo oportuno y de

carácter inmediato a todo tipo de necesidades de apoyo, que responda a los criterios de garantía universal, calidad y atención integrada entre los ámbitos de la salud, la educación y los servicios sociales.

Esta respuesta también ha de incorporar actuaciones en relación con:

- › La salud afectivo-sexual y reproductiva,
- › La planificación familiar y el consejo genético,
- › La prevención prenatal y perinatal,
- › La accesibilidad universal y los recursos y los medios de apoyo en el hogar y el entorno vital para el desarrollo infanto-juvenil,
- › El apoyo a las familias.

En esta línea se plantean las siguientes **medidas** y los ministerios que las pondrán en marcha:

- 1.** Reconocer la **atención temprana como un derecho subjetivo** de todas las niñas y los niños. (*Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030*).
- 2.** Impulsar **mecanismos de coordinación estatal en el ámbito de la Atención Temprana** que fomenten, coordine y unifique la respuesta integrada entre los ámbitos de la salud, los servicios sociales y la educación. (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
- 3.** **Consolidar y reforzar la Atención Temprana** en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y avanzar en su coordinación con los servicios sociales y educativos. (*Sanidad y Educación y Formación Profesional*).

4. Impulsar la **puesta en marcha y actualización de los programas de detección precoz de deficiencias**, tanto neonatales como dentro del seguimiento de la salud infantil. Estos programas deberán contar con sistemas de información y monitorización de carácter integrado, que permitan trazar mapas de incidencia y adoptar políticas de prevención y planificación de servicios y recursos, partiendo de un diagnóstico actual del servicio, mejores prácticas y establecimiento de estándares de calidad. *(Sanidad)*.

Las acciones formuladas en esta línea se llevarán a cabo, previo acuerdo en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

## 8.2. Igualdad y no discriminación, accesibilidad universal y participación en el acceso a los servicios y programas de salud y sociales, con especial consideración a las mujeres y niñas con discapacidad

El conjunto de acciones, previstas en este apartado, responden al **objetivo general** de: **alcanzar una plena igualdad, no discriminación, accesibilidad universal y participación de las personas con discapacidad en el acceso y disfrute de los servicios de salud, con una intensa atención a la perspectiva de género.**

Para avanzar hacia una sociedad en la que puedan ejercerse, de manera real y efectiva, los derechos a la salud, a una vida independiente y a ser incluido en la comunidad, es primordial una profunda

transformación de nuestro entorno físico, social y cultural. Esa transformación exige poner el foco en dimensiones clave como la accesibilidad y movilidad universales, la igualdad y no discriminación, y unos valores arraigados en pro del reconocimiento y la valoración de la diversidad centradas en la persona, de tal manera que las acciones se adecuen a las necesidades y preferencias de cada persona respetando su libertad individual.

Así, el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas instaba a España en 2019, a garantizar la accesibilidad y disponibilidad de servicios de atención sanitaria para todas las personas con discapacidad, en particular en zonas rurales; a garantizar que las personas con discapacidad dispongan de información accesible y que los servicios de atención sanitaria se proporcionen con modos alternativos de comunicación; y a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, incluyendo la planificación familiar, información y educación, en particular para las mujeres y niñas con discapacidad e incorpore el derecho a la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, con arreglo a la meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En esta línea se plantean las siguientes medidas y los ministerios que las pondrán en marcha:

1. Incorporar en la Estrategia de Seguridad y Salud en el Trabajo 2022-2027 una línea de **apoyo y promoción a la mejora de la protección de las personas trabajadoras con discapacidad**, en condiciones de plena igualdad y no discriminación, poniendo el foco en la integración de la discapacidad en la gestión de los riesgos. *(Trabajo y Economía Social)*.
2. Incorporar **medidas de accesibilidad y de apoyo en las normativas y planes estatales para que las personas con discapacidad decidan en cuestiones de su salud**, sobre la base del consentimiento informado, poniendo especial atención a la salud ginecológica y

obstétrica de las mujeres. *(Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030)*.

3. Identificar, en el ámbito de la Administración General del Estado, los perfiles profesionales de atención más directa a las personas con discapacidad para incluir en su **formación** herramientas para ejercer eficazmente las funciones del puesto. *(Hacienda y Función Pública)*.
4. Promover el empoderamiento de las mujeres y niñas con discapacidad sobre sus **derechos sexuales y reproductivos y aprobar salvaguardas legales para que los mismos queden garantizados**. *(Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030)*
5. Declarar las **esterilizaciones y los abortos coercitivos** como violencias contra las mujeres. *(Igualdad)*.
6. Mejorar la **accesibilidad en la Cartera Común de Servicios** del Sistema de Salud. *(Sanidad)*.
7. Garantizar a las personas con discapacidad intelectual o psicosocial la **accesibilidad a la información sobre el tratamiento de sus datos personales** y en el ejercicio de los derechos que les reconoce la normativa sobre protección de datos de carácter personal. *(Derechos Sociales y Agenda 2030)*.
8. Incorporar cambios normativos para que la **teleasistencia sea universalmente accesible**. *(Derechos Sociales y Agenda 2030)*.
9. Asegurar que los **servicios de carácter sanitario y de promoción y protección de la salud** cuentan con los elementos y el personal de apoyo necesario para que las personas con discapacidad puedan **acceder en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía a estos servicios y recibir una atención apropiada**. *(Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030)*.

Las acciones formuladas en esta línea se llevarán a cabo, previo acuerdo en el Consejo Interterritorial de Salud y en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD; sin menoscabo de las que competen a las Cortes Generales.

### 8.3. Promoción de la salud y prevención de enfermedades y otros factores causantes de discapacidad

El conjunto de acciones previstas en este apartado responde al **objetivo general de creación de entornos promotores de la salud y la inclusión social con especial atención a la prevención de enfermedades y otros factores causantes de discapacidad**.

Esta línea estratégica está alineada con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, en la que se definen las “intervenciones dirigidas a ganar salud y prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad”.

Según se indica en dicha Estrategia, las enfermedades crónicas suponen el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la OMS y son la principal causa de mortalidad y morbilidad prevenibles. También se dice que, aunque la mortalidad por estas enfermedades desciende progresivamente, la carga de enfermedad que producen va en aumento, lo que en España significa el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad.

Efectivamente, a pesar de que nuestro país ha alcanzado una de las esperanzas de vida más alta del mundo, existen otros países en que es más elevada la esperanza de vida con buena salud, un indicador diferente que expresa un tipo de sociedad más equilibrada y que está relacionado con el aumento de los años de vida sin la presencia de una discapacidad.

La toma de conciencia en la percepción de los riesgos en cualquier ámbito es imprescindible en la prevención de la discapacidad. Al despertar conciencia de los riesgos latentes o consecuentes a las acciones, se fomentan las conductas favorables a adoptar medidas preventivas, para uno mismo, para las personas más cercanas y para los conciudadanos en general.

Es además importante incluir los **contextos, la comunidad y los apoyos sociales como elementos necesarios para fomentar la salud y prevenir la discapacidad**, pues el apoyo social y las buenas relaciones sociales contribuyen de manera importante a la buena salud (Wilkinson y Marmot, 2003). El apoyo social proporciona a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan. Pertenecer a una red de apoyo basada en la comunicación y en el establecimiento de obligaciones mutuas hace que la gente se sienta cuidada, querida, estimada y valorada. Además, las relaciones de apoyo pueden también estimular patrones de conducta más saludables.

En esta línea se plantean las siguientes medidas y los ministerios que las pondrán en marcha:

- 1. Modificar el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad**, acorde al modelo biopsicosocial de la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la OMS y alineado con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y **formar a los equipos de valoración de la discapacidad** sobre los nuevos baremos con especial atención a nuevas situaciones de salud que causan discapacidad, como enfermedades crónicas, raras, procesos oncológicos, enfermedades orgánicas y degenerativas entre otras. (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
- 2. Contribuir a que se despliegue la Estrategia Nacional de Salud Mental y el Plan de Acción 2021-2024 Salud Mental y COVID-19.** (*Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030*).

- 3. Poner en marcha el teléfono 024 de atención a la conducta suicida universalmente accesible.** Ayuda a las personas con pensamientos, ideaciones o riesgo de conducta suicida, y a sus familiares y allegados a través de la contención emocional por medio de la escucha activa y derivación a los servicios sanitarios del SNS o la derivación al 112 en los casos en los casos necesarios. (*Sanidad*).
- 4. Incorporar protocolos de accesibilidad y garantizar en los productos alimentarios un etiquetado accesible** para todas las personas. (*Consumo y Derechos Sociales y Agenda 2030*).
- 5. Actualizar las competencias de las y los especialistas en Ciencias de la Salud** y analizar las **necesidades de nuevas especialidades** orientadas a la detección precoz de enfermedades que provocan discapacidad, en especial de las enfermedades raras, conforme a lo establecido en el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio. (*Sanidad*).
- 6. Priorizar a las mujeres víctimas de violencia de género en la valoración de la discapacidad** motivada por estas violencias. (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
- 7. Promover programas de salud para personas con Síndrome de Down** en el Sistema Nacional de Salud. (*Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030*).

Las acciones formuladas en esta línea se llevarán a cabo, previo acuerdo en el Consejo Interterritorial de Salud y en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD.

## 8.4. Promoción del envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida

El conjunto de acciones, previstas en este apartado, responden al **objetivo general** de **promover un envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida, dando una respuesta prioritaria a las personas con discapacidad que viven un envejecimiento y deterioro de salud prematuros.**

Una de las principales preocupaciones de las personas mayores y sus familias es seguir viviendo más años con salud, y lo es por las consecuencias en términos de dependencia y de mala calidad de vida en algunas personas mayores.

En este sentido, los sistemas de atención a la dependencia, que son un modo relativamente reciente de recursos de protección social que se ocupan de proporcionar prestaciones y servicios a las personas con discapacidad o personas en situación de dependencia, forman parte del ámbito de los servicios sociales. Pero a la vez, tienen una relación cercana con el sistema sanitario, pues la correcta atención de las personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia requieren simultáneamente la intervención de la sanidad y de los servicios sociales, sobre todo en materia de cuidados y apoyos personales.

Entre las iniciativas destinadas a prevenir o retrasar las situaciones de dependencia se encuentra la de promover el envejecimiento digno y activo, que se refiere al proceso que quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con oportunidades de salud, seguridad y participación. Estas iniciativas procuran alargar no sólo la esperanza de vida en general sino la esperanza de vida saludable en particular, en línea con la década del Envejecimiento Saludable de la OMS, entendiendo el envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar

en la vejez. Existe suficiente evidencia científica de que es posible disminuir en las personas mayores de forma significativa la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y, con ello, de la dependencia, a través de tres acciones fundamentales:

1. Prevención y promoción de la salud con perspectiva de curso de vida.
2. Prevención y control de las enfermedades crónicas.
3. Servicios sanitarios eficientes para las personas mayores.

También las realidades de fragilidad precisan un abordaje integral. Según la OMS, la fragilidad es un estado previo a la discapacidad, relacionado con la edad, que conlleva una mayor vulnerabilidad y aumenta el riesgo de resultados sanitarios adversos. La importancia del abordaje de la fragilidad se debe a su mayor prevalencia con la edad, por lo que se puede prevenir, detectar y revertir. El edadismo es el conjunto de estereotipos y prejuicios existentes en relación con la edad y forma parte de nuestra comprensión del propio envejecimiento y nuestras relaciones intergeneracionales. El edadismo perpetúa conceptos estereotipados de las personas mayores limitando la comprensión de la diversidad existente en la vejez y transformándose en una actitud común en nuestras relaciones familiares, personales y nuestras prácticas profesionales, con consecuencias tanto en las personas mayores como en la sociedad.

Entre los efectos del edadismo para las personas mayores y la sociedad se encuentran el estrés cardiovascular, la reducción de la esperanza de vida en 7,5 años menos en los adultos mayores con actitudes negativas frente al envejecimiento, la percepción negativa de los adultos mayores, retrasando la realización, por ejemplo, de adaptaciones estructurales de la vivienda o el riesgo de autoexclusión. En relación con la prevención del edadismo cabe destacar la puesta en marcha de una campaña



mundial contra el edadismo por parte de la OMS y la publicación del correspondiente informe. Ante la realidad del deterioro prematuro de salud y el envejecimiento precoz de las personas con discapacidad, se ha de evitar cualquier tipo de discriminación que impida el acceso a servicios específicos o intervenciones sanitarias universalmente accesibles, lo que incluye la accesibilidad de la información para una respuesta temprana y eficaz. En esta línea se plantean las siguientes medidas y los ministerios que las pondrán en marcha:

1. Incorporar la situación de la discapacidad en la Estrategia Nacional de Lucha contra la **Sole-dad no Deseada**. (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
2. Aprobar **criterios comunes de acreditación y calidad de centros y servicios del SAAD** centrados en la persona. (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
3. Impulsar el desarrollo de **soluciones de promoción de la salud y la autonomía personal** basadas en las TIC, que cumplan las condiciones de diseño para todas las personas y accesibilidad universal, para ayudar a que las personas mantengan su autonomía, actividad y movilidad durante más tiempo. (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
4. Promover la prevención **del edadismo**, a través, entre otras medidas y herramientas, de campañas de toma de conciencia ciudadana. (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
5. Investigar y adoptar medidas para **prevenir y erradicar las violencias** en cualquiera de sus formas contra las personas mayores con deficiencias adquiridas asociadas a la edad y, en especial contra las mujeres mayores. (*Igualdad y Derechos Sociales y Agenda 2030*).
6. Fomentar la implantación de **cribados poblacionales** de aquellas enfermedades o causas de discapacidad de mayor prevalencia entre

la **población mayor de 50 años**, en base a la evidencia científica disponible y en el marco del procedimiento establecido en la normativa vigente. (*Sanidad*).

Las acciones formuladas en esta línea se llevarán a cabo, previo acuerdo en el Consejo Interterritorial de Salud y en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD.

## 8.5. Prevención de la intensificación de discapacidades en concordancia con los principios y derechos reconocidos por la Convención

El conjunto de acciones previstas en este apartado responde al **objetivo general de prevenir la intensificación de la discapacidad, en concordancia con los principios y derechos reconocidos por la Convención**.

La persona con discapacidad es la que tiene que decidir cómo, dónde y con quién quiere vivir. El **derecho a vivir de forma independiente** debe estar en el centro de toda política pública que suponga primar los derechos, sin segmentar y mantener la relación que se da orgánicamente.

En este sentido cabe recordar el mandato del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas en interpretación del derecho a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad. El Comité plantea a los Estados parte de la Convención –y en consecuencia a las Instituciones Públicas competentes– que tomen todas las medidas a su alcance para garantizar a todas las personas con discapacidad el ejercicio del derecho a vivir de forma independiente disponiendo de

los apoyos necesarios para garantizar su calidad de vida.

Se debe subrayar aquí que, en relación con el artículo 7 de la Convención, el Comité ha recomendado a España que adopte medidas inmediatas para poner fin a la institucionalización de las personas con discapacidad, y en particular de los niños y niñas con discapacidad, mediante el desarrollo y la aplicación de una estrategia encaminada a promover entornos familiares seguros y con apoyos en el seno de la comunidad, que conste de plazos específicos y un presupuesto suficiente. Por otro lado, se debe garantizar el acceso universal a los servicios de atención sanitaria primaria, incluidos los servicios de intervención temprana, para todos los niños y niñas con discapacidad, y velar porque éstos puedan expresar libremente su opinión sobre todos los asuntos que les afectan, entre otras cosas asegurando que se les preste una asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad.

En todos los casos, los servicios de habilitación, rehabilitación, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario (como la intervención social comunitaria), deben promover la autonomía de las personas con discapacidad y sus familiares, y permitir su participación activa. En este sentido el despliegue de esta línea se concretará en las siguientes medidas y los ministerios que las pondrán en marcha:

1. Desarrollar proyectos piloto de desinstitucionalización de personas con discapacidad y personas mayores que ofrezcan evidencias sólidas para el despliegue de una **estrategia estatal de desinstitucionalización y apoyo a la vida independiente y ofrezcan modelos de viviendas accesibles y comunitarias**. (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
2. Desarrollar la **prestación de asistencia personal aprobando una regulación estatal con criterios unificados**, desde la personalización y flexibilización, para facilitar la vida indepen-

diente en la comunidad. (*Derechos Sociales y Agenda 2030*)

3. Incorporar un abordaje de los servicios sociales como actores en los procesos de habilitación, rehabilitación y promoción a la salud de las personas con discapacidad en la **Ley de servicios sociales**. (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
4. Elaborar un **Libro Blanco de Empleo y Discapacidad**, que sea palanca para un nuevo marco legislativo y de política pública del Empleo y Derecho al Trabajo de las Personas con Discapacidad en España, en base a la decencia, la igualdad y no discriminación, la salud laboral y la no precarización. (*Derechos Sociales y Agenda 2030 y Trabajo y Economía Social*).
5. Poner en marcha actuaciones en materia de **cuidados de larga duración para personas con grandes necesidades de apoyo**, con especial atención a las enfermedades degenerativas. Dichas actuaciones deberán diseñarse desde la perspectiva de los derechos humanos (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
6. Realizar un estudio y la evaluación sobre el **despliegue e implantación de las medidas de prevención** existentes en el Estado español en materia de **enfermedades raras**. (*Sanidad*).
7. Implantar un **indicador/código al alta hospitalaria** a nivel estatal que permita identificar las secuelas diagnosticadas a la persona con daño cerebral y sirva como alerta para prescribir y garantizar la rehabilitación funcional cuando sea necesaria. Además, este indicador podría utilizarse como guía para dimensionar los recursos especializados necesarios en cada territorio. (*Sanidad*).

Las acciones formuladas en esta línea se llevarán a cabo, previo acuerdo en el Consejo Interterritorial de Salud y en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD.

## 8.6. Investigación, formación y toma de conciencia

El conjunto de acciones, previstas en este apartado, responden al **objetivo general** de **crear y dotar una línea de investigación, innovación y formación en política de prevención y promoción de la salud de las personas con discapacidad.**

Para cimentar las políticas y programas sobre discapacidad y asignar los recursos con eficacia es indispensable contar con datos e investigaciones rigurosas sobre el tema. En este sentido, como ámbitos prioritarios de investigación sobre la discapacidad en relación con la salud se pueden incluir los siguientes: cuantificación de la discapacidad y sus determinantes, así como el conocimiento riguroso de datos acerca de situación de comorbilidad; identificación de los obstáculos que dificultan la prestación de servicios de asistencia sanitaria y rehabilitación, así como el suministro de productos de apoyo, y de estrategias para superarlos; factores de éxito de las intervenciones de promoción de la salud para personas con discapacidad; detección precoz y derivación de problemas médicos en la atención primaria de salud; relación entre necesidades de rehabilitación, servicios dispensados, resultados sanitarios (funcionamiento y calidad de vida) y costes; modelos de prestación de servicios, métodos de desarrollo de los recursos humanos y modalidades de financiación; y relación coste-eficacia de las medidas de rehabilitación, en particular los programas de rehabilitación de ámbito comunitario.

Las investigaciones relativas a la discapacidad deben dar cabida a las propias personas interesadas, que también deben tomar parte activa, ya sea directamente o a través de las organizaciones que las representan, en la definición de las grandes líneas de investigación sobre el tema. Para esta línea se plantean las siguientes medidas y los ministerios que las pondrán en marcha:

1. **Elaborar estudios de investigación sobre la prevención de discapacidades de mayor prevalencia en la población.** (*Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030*).
2. Fomentar la **investigación en el envejecimiento, en la prevención de dependencia y en la fragilidad, con especial atención a las personas con discapacidad.** (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
3. Impulsar la **toma de conciencia y la formación** de las y los profesionales de los servicios sociales en materia de atención a las personas con discapacidad, con especial atención a los profesionales vinculados a la atención temprana. Dichas acciones deberán responder a criterios de accesibilidad universal, incluir el enfoque de género y prestar especial atención a las víctimas de violencias, incluyendo a los niños y niñas con discapacidad cuyas madres sean víctimas de violencias. (*Sanidad*).
4. Promover una **línea de investigación e innovación sobre accesibilidad universal y el diseño para todas las personas en productos y tecnologías de apoyo en el ámbito de la salud,** con especial foco en la dimensión digital. En dicha línea deberá priorizarse su transferencia y aplicación en el conjunto del Estado a través del Real Patronato sobre Discapacidad, del Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas y del Instituto de Salud Carlos III. (*Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030*).
5. Promover estudios sobre la situación de la discapacidad derivadas de **síndromes tóxicos.** (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).
6. Impulsar una investigación sobre la situación de las personas con **discapacidades orgánicas y psicosociales que permitan visibilizarlas en las normativas y las políticas públicas.** (*Derechos Sociales y Agenda 2030*).

7. Promover estudios acerca de la sobremedicación y tratamientos involuntarios en personas con discapacidad (*Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030*).
8. Realizar estudios sobre el **impacto del ruido en la salud**. (*Sanidad*).
9. Velar por que los miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, del poder judicial, y de los servicios de atención sanitaria y servicios sociales reciban **formación periódica y actualizada en prevención y detección de violencias hacia las personas con discapacidad**, en especial hacia las niñas y las mujeres. (*Interior, Justicia, Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030*).



**9.**

**GOBERNANZA,  
SEGUIMIENTO Y  
EVALUACIÓN EN  
UN MARCO DE  
DIÁLOGO CIVIL. LA  
TRANSVERSALIDAD  
Y OTROS ACTORES  
RELEVANTES, CON  
ESPECIAL ATENCIÓN  
A LA CALIDAD DE  
LOS PROCESOS Y  
EL IMPACTO DE LOS  
RESULTADOS**



**E**l conjunto de acciones previstas en este apartado tiene por objeto establecer **un sistema de seguimiento y evaluación del Plan que responda a una efectiva monitorización y un alto nivel de participación de las personas con discapacidad, sus familias y sus organizaciones representativas.**

Uno de los aspectos clave de cualquier plan de acción es el de establecer los mecanismos de evaluación y seguimiento de las medidas incluidas en el mismo. Para ello, anualmente se realizará un seguimiento del grado de cumplimiento alcanzado para cada una de las líneas de actuación, en relación con los respectivos objetivos e indicadores, y respecto a la realización de las acciones acordadas.

El seguimiento se llevará a cabo de acuerdo con los criterios de pertinencia, validez, fiabilidad, eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad. Estos criterios permitirán racionalizar el uso de los recursos, mejorar la calidad de los servicios y visibilizar mejor la transparencia en sus actuaciones.

Este tipo de evaluación es de gran importancia porque permitirá aplicar las medidas correctoras que sean necesarias a partir de las posibles desviaciones que se vayan detectando en su aplicación.

La tarea descrita en los párrafos anteriores se encomienda a una **Comisión de Seguimiento en el marco de Consejo Nacional de la Discapacidad**, en la que participarán los ministerios y organismos competentes en materias relacionadas con la ejecución de este y, en su caso, representantes del movimiento asociativo de personas con discapacidad, a la que se sumará el **Real Patronato sobre Discapacidad** como organismo público experto en esta materia. Esta Comisión se reunirá al menos anualmente o siempre que sea convocada por quien ostente la presidencia de esta.

En este sentido, la evaluación del Plan se llevará a cabo en base a los **indicadores descritos para cada una de las líneas de actuación y objetivos generales**, siguiendo las directrices marcadas por la legislación vigente en materia de institucionalización de la evaluación de políticas públicas en la Administración General del Estado. Asimismo, las actividades de evaluación que recoge el Plan se diseñarán asegurando su evaluabilidad, siguiendo la citada ley. En consecuencia, de manera acorde con diversas acciones previstas en este plan, se procederá a la actualización de los respectivos indicadores, en la medida que se cuente con mejores sistemas de información, que incluyan una más detallada recopilación y tratamiento de datos sobre las deficiencias y sus causas, las personas con discapacidad y la realización de sus derechos en los ámbitos relacionados con la finalidad y objetivos de prevención y promoción de la salud.

Los indicadores definidos cumplen las siguientes características: ser relevantes, útiles, medibles, accesibles, comprensibles, sensibles, fiables y rentables. Además, deberán tener asociados objetivos que sirvan de referencia para conocer el grado de cumplimiento de las acciones llevadas a cabo.

Por otra parte, se deben diseñar indicadores tanto de gestión como de calidad, para medir los cambios significativos que el presente plan de acción está suponiendo para las personas con discapacidad y sus familias.

La información obtenida a través de la aplicación de indicadores será pública y transparente.

Con periodicidad anual se realizará un informe de seguimiento, que permitirá actualizar los resultados y las recomendaciones del Plan. A la conclusión del periodo de aplicación del Plan se elaborará un informe final que será el compendio de las actuaciones.

nes realizadas. Se encomienda a la **Comisión**, en un marco de coordinación con el **Real Patronato sobre Discapacidad**, contando con la colaboración del **Observatorio Estatal de la Discapacidad** la elaboración tanto de los informes anuales como del informe final.

Este Plan, y los correspondientes informes de seguimiento y evaluación serán públicos. Además, estos se presentarán a las Cortes para su conocimiento, de acuerdo con lo establecido en la Disposición Adicional Sexta de la Ley General, y en su caso, si así lo aprueban, para la promulgación de aquellas leyes que permitan el desarrollo de las acciones que se corresponden con ese rango normativo.

Entre las finalidades que se persiguen con el seguimiento y la evaluación de este Plan se encuentran la rendición de cuentas a la sociedad y control de responsabilidades públicas, así como la eficacia en la asignación y utilización de los recursos públicos.

### LÍNEA 8.1.

#### Prevención y apoyo al desarrollo infantil en entornos familiares y comunitarios saludables

##### Objetivo:

Crear y extender un sistema integral de detección, diagnóstico, atención temprana y apoyo al desarrollo infanto-juvenil en entornos familiares y comunitarios saludables.

##### Indicadores:

- a) Porcentaje de niños y niñas, adolescentes y jóvenes con necesidades de atención temprana que cuentan con apoyo de servicios y apoyo integral en su desarrollo sobre el total de población. Se desagregará en las siguientes franjas de edad: 0 a 3 años, 4 a 6 años, 7 a 12 años, 13 a 18 años.
- b) Número de profesionales que trabajan en los servicios de atención temprana y apoyo al desarrollo infantil –particularmente profesionales de

la salud y de servicios sociales– sobre el total de estos profesionales.

- c) Impacto y retorno socioeconómico de los servicios de atención temprana y apoyo al desarrollo infantil, mediante la aplicación de metodologías tipo SROI.
- d) Indicadores de calidad de la atención temprana y el apoyo al desarrollo infantil, en base a los estándares de calidad publicados.
- e) Prevalencia de la prematuridad.
- f) Número de acciones aprobadas y aplicadas dentro del período temporal previsto en este Plan.

### LÍNEA 8.2.

#### Igualdad y no discriminación, accesibilidad universal y participación en el acceso a los servicios y programas de salud y sociales, con intensa atención especial consideración a las mujeres y niñas con discapacidad

##### Objetivo:

Alcanzar la plena igualdad, no discriminación, accesibilidad universal y participación de las personas con discapacidad en el acceso y disfrute de los servicios de salud, con una intensa atención a la perspectiva de género.

##### Indicadores:

- a) Número de herramientas de planificación en materia sanitaria que incorpora la garantía de derechos de las personas con discapacidad, con especial referencia a la perspectiva de género.
- b) Número de procedimientos judiciales instados en materia de derechos sexuales y reproductivos y evolución a lo largo de la vigencia del Plan.
- c) Número de denuncias instadas en materia de protección de datos de personas con discapacidad.

- d) Número de denuncias en materia de accesibilidad registradas en el ámbito sanitario. e) Número de acciones aprobadas y aplicadas dentro del período temporal previsto en este Plan.

### LÍNEA 8.3.

#### Promoción de la salud y prevención de enfermedades y otros factores causantes de discapacidad

##### Objetivo:

Creación de entornos promotores de la salud y la inclusión social, con especial atención a la prevención de enfermedades y otros factores causantes de discapacidad.

##### Indicadores:

- a) Número de acciones desarrolladas en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.
- b) Número de acciones desplegadas en el marco de la Estrategia Española de Salud Mental y el Plan de Acción 2021-2024.
- c) Reducción, en días, de las listas de espera autonómicas en el reconocimiento del grado de discapacidad con la aplicación del modelo biosociosocial de la CIF.
- d) Porcentaje de plazas de las nuevas especialidades sanitarias cubiertas (de entre las orientadas a la detección precoz de enfermedades que provocan discapacidad).
- e) Número de acciones aprobadas y aplicadas dentro del período temporal previsto en este Plan.

### LÍNEA 8.4.

#### Promoción del envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida

##### Objetivo:

Promover un envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida, dando una respuesta prioritaria a las

personas con discapacidad que viven un envejecimiento y deterioro de salud prematuros.

##### Indicadores:

- a) Número de acciones desarrolladas en el marco de la Estrategia Nacional de Lucha contra la Soledad no Deseada.
- b) Porcentaje de residencias en el medio rural con menos de 75 plazas sobre el total de residencias (evolución anual).
- c) Porcentaje de residencias en zonas de densidad media de población con menos de 90 plazas sobre el total de residencias (evolución anual).
- d) Porcentaje de residencias en zonas urbanas con menos de 120 plazas sobre el total de residencias (evolución anual).
- e) Índice de prevalencia de aquellas enfermedades en las que se apliquen cribados poblacionales a la población mayor de 50 años.
- f) Número de acciones aprobadas y aplicadas dentro del período temporal previsto en este plan.

### LÍNEA 8.5.

#### Prevención de la intensificación de discapacidades en concordancia con los principios y derechos reconocidos por la Convención

##### Objetivo:

Prevenir la intensificación de la discapacidad.

##### Indicadores:

- a) Número de proyectos piloto de desinstitucionalización que se llevan a la práctica una vez probada su eficacia y porcentaje sobre el total de proyectos piloto implantados.
- b) Número de actuaciones implementadas en materia de cuidados de larga duración para personas con grandes necesidades de apoyo.



- c) Evolución del indicador al alta hospitalaria sobre las secuelas del daño cerebral a lo largo de la vigencia del Plan.
- d) Número de acciones aprobadas y aplicadas dentro del período temporal previsto en este plan.
- e) Impacto de las acciones del plan de en la normativa estatal y autonómica.
- b) Presupuesto consolidado en todo el Estado destinado a formación en los ámbitos de prevención y promoción de la salud.
- c) Número de acciones aprobadas y aplicadas dentro del período temporal previsto en este plan.
- d) Número de investigaciones realizadas en el ámbito de la prevención y promoción de la salud de las personas con discapacidad.

### LÍNEA 8.6.

#### Investigación, formación y toma conciencia

##### Objetivo:

Crear y dotar una línea de investigación, innovación y formación en política de prevención y promoción de la salud de las personas con discapacidad.

##### Indicadores:

- a) Presupuesto consolidado en todo el Estado destinado a investigación e innovación en los ámbitos de prevención y promoción de la salud.
- e) Número de investigaciones generales en prevención y promoción de la salud que recogen indicadores específicos en materia de discapacidad que permita conocer la realidad de este grupo social.
- f) Número de acciones formativas en políticas de prevención y promoción de la salud de las personas con discapacidad.



# 10.

## FINANCIACIÓN DEL PLAN



**E**l presupuesto asignado a este Plan alcanza los 137.452.192,29 euros.

La distribución del presupuesto por líneas es la siguiente:

LÍNEA DE ACTUACIÓN	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
<b>8.1.</b> Prevención y apoyo al desarrollo infantil en entornos familiares y comunitarios saludables.	12.047.400,00€	19.951.613,88€	8.086.458,00€	0,00 €	0,00 €	40.085.471,88€
<b>8.2.</b> Igualdad y no discriminación, accesibilidad universal y participación en el acceso a los servicios y programas de salud y sociales, con especial consideración a las mujeres y niñas con discapacidad.	0,00 €	26.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	31.000,00 €
<b>8.3.</b> Promoción de la salud y prevención de enfermedades y otros factores causantes de discapacidad.	28.193.475,01€	3.576.446,47 €	66.143,13 €	50.000,00 €	50.000,00 €	31.936.064,61€
<b>8.4.</b> Promoción del envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida.	6.000.000,00 €	6.003.000,00 €	18.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	12.027.000,00€
<b>8.5.</b> Prevención de la intensificación de discapacidades en concordancia con los principios y derechos reconocidos por la Convención.	36.999.964,00€	1.910.964,00 €	1.910.964,00€	1.910.964,00€	1.925.964,00€	44.658.820,00€
<b>8.6.</b> Investigación, formación y toma de conciencia.	525.000,00 €	5.065.325,80 €	1.008.950,00€	1.015.080,00€	1.099.480,00€	8.713.835,80 €
<b>TOTAL</b>	<b>83.765.839,01€</b>	<b>36.533.850,15€</b>	<b>11.092.015,13€</b>	<b>2.980.544,00€</b>	<b>3.079.944,00€</b>	<b>137.452.192,29€</b>

La puesta en marcha de las actuaciones que contribuyan a la consecución de los objetivos del plan se dotará presupuestariamente fundamentalmente a través de los créditos propios asignados a cada centro gestor así como de los fondos procedentes del Instrumento Europeo de Recuperación (Next Generation EU), a través de las asignaciones del Marco de Recuperación y Resiliencia que, en el caso concreto de España se recogen en los distintos componentes del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en los ámbitos de los cuidados, la atención temprana, la accesibilidad y la desinstitucionalización.

Así como a través del Fondo Social Europeo Plus correspondiente a actividades vinculadas con la Garantía Infantil Europea.

No obstante lo anterior, las medidas incluidas en este Plan respetarán el principio de adicionalidad, y no incurrirán en doble financiación, en escrupuloso respecto de las disposiciones vigentes.

Todos los compromisos que se deriven de la aplicación de este Plan quedan condicionados a las disponibilidades presupuestarias existentes en el ejercicio en curso y en los ejercicios siguientes, de acuerdo con la senda de consolidación fiscal fijada por el Gobierno, en cumplimiento de lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 7 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, sin que

hayan de precisarse recursos adicionales para su realización.

Por su parte el I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad, no prevé gasto adicional en el capítulo destinado a personal, por lo que las actuaciones contempladas en el mismo se realizarán con cargo a los recursos propios existentes.

Si bien el Plan no se encuentra directamente previsto en las actuaciones del Plan de recuperación, transformación y resiliencia, ciertas medidas, que dan respuesta a actuaciones recogidas en el PRTR se financian con cargo a fondos provenientes del Plan de recuperación. Es el caso de aquellas relacionadas con:

- Proyectos piloto de nuevas políticas de desinstitucionalización de los cuidados.
- Desarrollo e implementación de herramientas tecnológicas específicas para la mejora de los sistemas de información y gestión de los servicios sociales.
- Diseño y desarrollo de programas formativos dirigidos al personal técnico sanitario.
- Innovación y medidas de toma de conciencia en el ámbito de la accesibilidad.

**F**

# 11. GLOSARIO



**A**ccesibilidad universal: es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño universal o diseño para todas las personas», y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse. La accesibilidad universal comprende también la accesibilidad cognitiva para permitir la fácil comprensión, la comunicación e interacción a todas las personas. La accesibilidad cognitiva se despliega y hace efectiva a través de la lectura fácil, sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, pictogramas y otros medios humanos y tecnológicos disponibles para tal fin.

*Fuente: España. 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. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673.*

**Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** son las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

*Fuente: España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.*

**Asistencia personal:** servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependen-

cia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

*Fuente: España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.*

**Atención/Enfoque Centrado en la Persona:** es un marco de intervención basado en el principio de la personalización, que considera que la ciudadanía pasa de ser mera receptora de los servicios a estar plenamente implicados en las decisiones y planificación de sus apoyos y de su futuro. Se basa en centrar los cuidados y apoyos en lo que es importante para las personas, sus fortalezas y necesidades. Hay un conjunto de metodologías que están en el marco de la personalización y de los enfoques preventivos, como son: la planificación centrada en la persona, la planificación centrada en las familias, el apoyo activo, el apoyo conductual positivo y el empleo personalizado, entre otras.

La atención integral y centrada en la persona es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

*Fuente: Rodríguez, P., y Vila i Mancebo, A. (coords.) (2014). Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Tecnos.*

**Atención temprana:** conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben consi-

derar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

**Fuente:** Grupo de atención temprana (2011). Libro Blanco de la Atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad.

**Atenuación:** Comporta la disminución comprobable de la intensidad o gravedad de un estado o situación previos y, específicamente, en el ámbito de la prevención de las deficiencias, hace referencia al proceso o resultado orientado a la reducción de éstas tanto por la minimización de las condiciones y factores intrínsecos de la persona como del impacto de los obstáculos o barreras estructurales ambientales en el desarrollo y participación social de las personas con discapacidad.

**Autodeterminación:** se refiere a las capacidades y actitudes requeridas para que uno actúe como el principal agente causal en su propia vida, así como para realizar elecciones con respecto a las propias acciones, libre de interferencias o influencias externas indebidas. Según Wehmeyer, hay cuatro características que definen las acciones auto determinadas: autonomía, autorregulación, desarrollo psicológico (capacitación) y autorrealización.

**Fuente:** Wehmeyer, M. L. (1996). *Self-determination as an educational outcome*. En D. J. Sands y M. L. Wehmeyer, *Self-determination across the life span* (pp. 17-36). Paul H. Brookes.

**Autonomía personal:** la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

**Fuente:** España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.

**Bienestar:** término general que engloba todo el universo de dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que com-

ponen lo que se considera como tener una “buena vida”.

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

**Calidad de vida:** percepción de la persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Es un concepto que refleja los deseos de una persona sobre su calidad de vida respecto a ocho dimensiones centrales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

**Fuente:** Schallock, R. L.

**Deficiencias:** son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

**Dependencia:** es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con disca-

pacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

**Fuente:** España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.

**Desinstitucionalización:** Según las Directrices Comunes Europeas para la transición de la atención institucional a la atención comunitaria el término desinstitucionalización es, en ocasiones, malinterpretado y entendido simplemente como el cierre de instituciones. No es así, se trata del proceso de desarrollo de una gama de servicios comunitarios que, desde un enfoque preventivo, reduzcan o eliminen la necesidad de cuidado institucional y segregado. UNICEF define a su vez la desinstitucionalización como todo el proceso de planificación de una transformación hacia la reducción en tamaño o el cierre de las instituciones residenciales, a la vez que se establecen otra serie de servicios diversos de cuidados dirigidos a menores, según una orientación a resultados y de acuerdo con sus derechos.

**Fuente:** San Román, A. et al. (2021). Apoyos 2030. Un viaje para avanzar hacia apoyos personalizados y en la comunidad. Plena Inclusión.

**Discapacidad:** es una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

**Fuente:** España. 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. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673.

**Discapacidad auditiva:** pérdida o anomalía de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo que minora la capacidad de audición y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír. Las pérdidas de audición pueden ser congéni-

tas, progresivas o adquiridas y presentarse a cualquier edad. Se considera que existe una pérdida auditiva cuando la disminución de la audición es igual o superior a 25 decibelios.

**Fuente:** FIAPAS: <http://www.fiapas.es/que-es-la-sordera>

**Discapacidad visual:** La discapacidad visual es la consideración a partir de la disminución total o parcial de la vista. Se mide a través de diversos parámetros, como la capacidad lectora de cerca y de lejos, el campo visual o la agudeza visual.

**Fuente:** ONCE: <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual>

**Discapacidad del desarrollo:** Este término se utiliza para todas aquellas discapacidades que se originan en el tiempo del desarrollo; generalmente, en nuestra cultura, este tiempo se ciñe a los primeros 18 años de vida de la persona. Indica que existen limitaciones en áreas relevantes de la vida tales como el lenguaje, la movilidad, el aprendizaje, el autocuidado y la vida independiente.

**Fuente:** Plena Inclusión: <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/discapacidad-del-desarrollo/>

**Discapacidad física:** hace referencia a la disminución o ausencia de funciones motoras o físicas, que a su vez repercute en el desenvolvimiento o forma de llevar a cabo determinadas actividades en una sociedad que presenta severas limitaciones y barreras. Por ello, las personas con discapacidad física encuentran dificultades en la realización de movimientos o en la manipulación de objetos y les puede afectar a otras áreas como el lenguaje.

**Fuente:** COCEMFE: <https://www.cocemfe.es/informate/discapacidad-fisica-organica/>

Se da cuando una persona tiene un estado físico que le impide de forma permanente e irreversible moverse con la plena funcionalidad de su sistema motriz. Las personas con discapacidad física son aquellas que presentan una disminución importante en la capacidad de movimiento de una o varias partes del cuerpo. Puede referirse a la disminución o



incoordinación del movimiento, trastornos en el tono muscular o trastornos del equilibrio.

**Fuente:** PREDIF: <https://www.predif.org/discapacidad-fisica/>

**Discapacidad intelectual:** La discapacidad intelectual implica una serie de limitaciones en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder ante distintas situaciones y lugares. La discapacidad intelectual se expresa en la relación con el entorno. Por tanto, depende tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que tiene alrededor. Si se logra un entorno más fácil y accesible, las personas con discapacidad intelectual tendrán menos dificultades, y por ello, su discapacidad parecerá menor. A las personas con discapacidad intelectual les cuesta más que a los demás aprender, comprender y comunicarse. La discapacidad intelectual generalmente es permanente, es decir, para toda la vida, y tiene un impacto importante en la vida de la persona y de su familia.

**Fuente:** Plena Inclusión: <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/discapacidad-intelectual/>

**Discapacidad orgánica:** es aquella producida por la pérdida de funcionalidad de algunos sistemas corporales, que suelen relacionarse con los órganos internos o procesos fisiológicos, ya sean de forma congénita o adquirida. Es el caso de enfermedades renales (riñón), hepáticas (hígado) cardiopatías (corazón), fibrosis quística (pulmones), enfermedad de Crohn y enfermedades metabólicas (aparato digestivo); Linfedema (sistema linfático), hemofilia (coagulación de la sangre), lupus (sistema inmune); y cefaleas, migrañas, alzhéimer, párkinson, trastornos del sueño, fibromialgia o síndrome de fatiga crónica (sistema nervioso central). A la invisibilidad y la incompreensión familiar, social y laboral se suman problemáticas diferentes en cada una de ellas que suponen importantes obstáculos en la vida diaria e influyen en la calidad de vida.

**Fuente:** COCEMFE: <https://www.cocemfe.es/informate/discapacidad-fisica-organica/>

**Discapacidad psicosocial:** este término se refiere a las personas que han recibido un diagnóstico de salud mental y que han experimentado factores sociales negativos como el estigma, la discriminación y la exclusión. Las personas que viven con discapacidades psicosociales son exusuarios y usuarios actuales de servicios de salud mental, así como como personas que se identifican como supervivientes de estos servicios o de la propia discapacidad psicosocial.

**Fuente:** World Health Organization (2021). *Mental Health Atlas 2020*. World Health Organization.

**Edadismo:** El edadismo fue un término acuñado por Robert Butler en la década de los 60 para referirse a los estereotipos y prejuicios existentes con relación a la edad.

**Fuente:** Ministerio de Sanidad.

**Enfermedad:** alteración y desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

**Fuente:** OMS.

**Enfermedad rara:** una enfermedad es considerada rara cuando afecta a un número limitado de la población total, definido en Europa como menos de 5 por cada 10.000 habitantes. Afectan a entre el 3,5 y el 5,9% de la población mundial. Las enfermedades raras son, en su mayor parte, crónicas y degenerativas. De hecho, el 65% de estas patologías son graves e invalidantes y se caracterizan por comienzo precoz en la vida, dolores crónicos, el desarrollo de déficit motor, sensorial o intelectual en la mitad de los casos, que originan una discapacidad en la autonomía y en casi la mitad de los casos el pronóstico vital está en juego.

**Fuente:** Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER): <https://enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras/preguntas-frecuentes>

**Habilitación funcional:** conjunto de tratamientos encaminados a eliminar o reducir un déficit o disfunción física, intelectual o sensorial de la persona con discapacidad, así como, mantener habilidades

adquiridas en aquellos casos en los que por sus características especiales se requiera, con el objeto de lograr el máximo grado de autonomía personal e integración social.

*Fuente: Extremadura. Decreto 151/2006, de 31 de julio, por el que se regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX). Diario Oficial de Extremadura, 8 de agosto de 2006, núm. 93, pp. 14120-14193.*

**Igualdad de oportunidades:** es la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por motivo de o por razón de discapacidad, incluida cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones por las personas con discapacidad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, laboral, cultural, civil o de otro tipo. Asimismo, se entiende por igualdad de oportunidades la adopción de medidas de acción positiva.

*Fuente: España. 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. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673.*

**Intensificación:** Comporta adquirir mayor intensidad y, específicamente en el ámbito de la prevención de deficiencias hace referencia a que dentro de las medidas destinadas a evitar la aparición de deficiencias deben estar incluidas también aquellas dirigidas a detener el avance y empeoramiento de las discapacidades y de sus consecuencias.

**Interseccionalidad:** entendida como la confluencia de factores que se potencian al experimentar discriminación. La interseccionalidad es un enfoque que subraya que el género, la etnia, la discapacidad, la clase social u orientación sexual, como otras categorías sociales como la condición de migrante, lejos de ser "naturales" o "biológicas", son construidas y están interrelacionadas.

**Personas con grandes necesidades de apoyo:** son aquellas que precisan de apoyos extensos y generalizados en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, cuya provisión les permite la toma propia de decisiones, el ejercicio de su autonomía personal y la participación comunitaria. En todo caso, se consideran como tales aquellas que cuenten con declaración oficial de dependencia, con arreglo a lo dispuesto en la Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y las que tengan reconocida la necesidad de concurso de tercera persona.

*Fuente: Navas, P. y Verdugo, M. (2018). Todos somos todos: análisis de los apoyos recibidos por personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo. Real Patronato sobre Discapacidad.*

**Prestación ortoprotésica:** utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función; comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente; se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las administraciones sanitarias competentes.

*Fuente: Anexo VI del Real Decreto 1030/2006, 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.*

**Prevención de la enfermedad:** medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

*Fuente: Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo.*

**Productos de apoyo:** Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad

destinado a: facilitar la participación, proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades, o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

**Fuente:** Asociación Española de Normalización y Certificación (2005). UNE-EN ISO 9999:2012 V2. *Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología (ISO 9999:2011)*. AENOR.

**Promoción de la salud:** proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

**Fuente:** et al. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Organización Mundial de la Salud.

**Rehabilitación:** conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno.

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

**Salud:** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

**Salud mental:** el concepto de salud mental está relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento, rehabilitación y la recuperación de las personas afectadas. Se puede decir, por tanto, que la salud mental es un aspecto más del bienestar de cada persona, algo que tenemos que cuidar, prestar atención y afrontar si es preciso. Todos tenemos posibilidades de tener un trastorno mental. De hecho, según la OMS, una de cada cuatro personas presentará un trastorno mental a lo largo de su vida. Al contrario de lo que se suele pensar tener un problema de salud men-

tal no impide tener una vida plena, conseguir un trabajo, formar una familia o disfrutar de cualquier aspecto de la vida.

**Fuente:** Confederación Salud mental España: <https://consaludmental.org/informate/>

**Ser incluido en la comunidad:** se refiere al principio de inclusión y participación plenas y efectivas en la sociedad consagrado, entre otros, en el artículo 3.c) de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas. Incluye llevar una vida social plena y tener acceso a todos los servicios que se ofrecen al público, así como a los servicios de apoyo proporcionados a las personas con discapacidad para que puedan ser incluidas y participar plenamente en todos los ámbitos de la vida social.

**Fuente:** Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2017). *Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*, CRPD/C/GC/5 (27 de octubre de 2017). Naciones Unidas.

**Servicios de apoyo en la comunidad:** Según las "Directrices Comunes Europeas para la transición de la Atención Institucional a la Atención Comunitaria" los servicios de apoyo comunitarios o de apoyos basados en la comunidad, son un espectro de servicios que posibilitan a las personas vivir en la comunidad, y en el caso de la infancia, crecer en un ambiente familiar en vez de en una institución. [...] Estos servicios no se restringen a servicios dentro de casa, sino también deben poder extenderse a las esferas del empleo, la educación, la participación política y cultural. Abarca los servicios generales, como la vivienda, la atención sanitaria, la educación, el empleo, la cultura y el ocio, que deben ser accesibles para todos, independientemente de la naturaleza del nivel de apoyo requerido por la persona. También se refiere a los servicios especializados, como la asistencia personal a las personas con discapacidad y otro tipo de apoyos. Además, el término incluye el cuidado de los niños, niñas y adolescentes en entornos familiares.

**Fuente:** European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012).

*The Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. EEG.*

**Síndrome:** conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o un estado determinado.

**Fuente:** Real Academia Española. Diccionario de la lengua española: <https://dle.rae.es/s%C3%ADndrome>

**Síndrome de Down:** es la principal causa de discapacidad intelectual y la alteración genética humana más común. Esta anomalía cromosómica no se considera una enfermedad. Las personas con síndrome de Down muestran algunas características comunes pero cada individuo es singular, con una apariencia, personalidad y habilidades únicas. Con la debida estimulación, pueden estudiar, trabajar y vivir de forma autónoma con los apoyos necesarios.

**Fuente:** Down España: <https://www.sindrome-down.net/lf/sindrome-down/>

**Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD):** con la entrada en vigor el 1 de enero de 2007 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia nace un nuevo derecho para todos los ciudadanos. A través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que la Ley crea, todas las personas mayores o con discapacidad que no puedan valerse por sí mismas serán atendidas por las administraciones públicas, garantizándoles el acceso a los servicios sociales públicos y a las prestaciones económicas más adecuadas a sus necesidades. La Ley establece una serie de mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas, entre las que sobresale la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

**Fuente:** IMSERSO: <http://www.dependencia.imsero.es/>

**Sistemas de vida independiente:** vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad son conceptos que se refieren a entornos para vivir fuera de las instituciones residenciales de todo tipo.

No se trata “simplemente” de vivir en un edificio o lugar particular; significa, sobre todo y, ante todo, no perder la capacidad de elección y la autonomía personales como resultado de la imposición de una forma y unos sistemas de vida determinados.

**Fuente:** Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2017). Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, CRPD/C/GC/5 (27 de octubre de 2017). Naciones Unidas.

**Transversalidad:** proceso político a través del cual se integran las necesidades y los derechos de las mujeres y hombres con discapacidad en la normativa, el diseño, el desarrollo y en la implementación de las políticas.

**Fuente:** *Ámbito Jurídico.* [www.ambitojuridico.com](http://www.ambitojuridico.com)

**Transversalización de discapacidad:** acción que va a permitir aplicar la perspectiva de discapacidad a todas las políticas públicas, según la terminología de la Unión Europea y que es la que persigue este I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad, en el marco de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030.

**Trastorno del Espectro del Autismo:** es un trastorno de origen neurobiológico que afecta a la configuración del sistema nervioso y al funcionamiento cerebral, dando lugar a dificultades en dos áreas del desarrollo evolutivo: la comunicación e interacción social y la flexibilidad del pensamiento y de la conducta.

**Fuente:** Confederación Autismo España: <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA>

**Trastorno mental:** alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

**Fuente:** Confederación Salud Mental España: <https://consaludmental.org/informate/>

**R**

**12.**

**BIBLIOGRAFÍA**



- UNICEF Comité Español (2015). *Convención sobre los derechos del niño*. UNICEF. [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelasDerechosdelNino\\_0.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelasDerechosdelNino_0.pdf)
- España. 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. *Boletín Oficial del Estado*, 3 de diciembre de 2013, núm. 289, pp. 95635-95673. <https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- España. Real Decreto 946/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Estatuto del Real Patronato sobre Discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de septiembre de 2001, núm. 214, pp. 33528-33531. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-16975-consolidado.pdf>
- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 15207-15224. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- España. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, 5 de octubre de 2011, núm. 240, pp. 104593-104626. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2019). *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España, CRPD/C/ESP/CO/2-3 (13 de mayo de 2019)*. Naciones Unidas. <https://bit.ly/3ITjEay>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
- Ministerio de Sanidad (2022). *Notas de prensa*. <https://www.sanidad.gob.es/va/gabinete/notasPrensa.do>
- Organización Mundial de la Salud (2022) *¿Cómo define la OMS la salud?* Preguntas frecuentes. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf>
- Consejo de la Unión Europea (2012). *Declaración del Consejo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional (2012): estrategia futura 16592/12 SOC 948 SAN 289 (7 de diciembre de 2012)*. Consejo de la Unión Europea. <https://data.>

- consilium.europa.eu/doc/document/ST-17468-2012-INIT/es/pdf
- Parlamento Europeo *et al.* (2017). *Pilar Europeo de Derechos Sociales*. Comisión Europea. [https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSR-booklet\\_es.pdf](https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSR-booklet_es.pdf)
  - Naciones Unidas (2022). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
  - Delegación del CERMI Estatal para los Derechos Humanos y la Convención ONU (2019). *Un círculo virtuoso. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Agenda 2030*. Fundación CERMI Mujeres. [https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/coleccion/es/gui%CC%81a\\_ods.pdf](https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/coleccion/es/gui%CC%81a_ods.pdf)
  - Jiménez, A. y Huete, A. (2011). *Estudio sobre el agravio comparativo económico que origina la discapacidad*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <https://consaludmental.org/publicaciones/Estudioagravioeconomicodiscapacidad.pdf>
  - Instituto Nacional de Estadística (28 de octubre de 2014). *Proyección de la población de España 2014-2064* [Nota de prensa]. <https://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
  - Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*. Serie informes monográficos #1, Salud Mental. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf)
  - EsCrónicos (s.a.). *La cronicidad en cifras*. EsCrónicos. <http://www.esronicos.com/images/las-cifras/las-cifras.pdf>
  - Ministerio de Sanidad (26 de abril de 2021). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2019*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
  - Agencia EFE (10 de mayo de 2018). El 5% de la población presenta cronicidad compleja y enfermedades avanzadas. *La Vanguardia*. <https://bit.ly/3iSiUHT>
  - Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
  - Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
  - Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
  - Naciones Unidas (1988). *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
  - Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
  - Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants*

- of health. *Final Report*. World Health Organization. [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de enero de 2015*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo\\_Integral\\_EstiloVida\\_en\\_AtencionPrimaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf)
  - Vélez, C. y Vidarte, J. A. (2014). Discapacidad y determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios: diferencias por género. *Ciencia e Innovación en Salud*, 2(2), 63-69. <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/42/2803>
  - Ceapat. [https://ceapat.imserso.es/ceapat\\_01/index.htm](https://ceapat.imserso.es/ceapat_01/index.htm)
  - Instituto de Salud Carlos III. <https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx>
  - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Resumen ejecutivo*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://bit.ly/3LrV9To>
  - Wilkinson, R. y Marmot, M. (eds.) (2003). *Los determinantes sociales de la salud: los hechos probados*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
  - España. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Oficial del Estado*, 26 de enero de 2000, núm. 22, pp. 3317-3410. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-1546-consolidado.pdf>
  - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) (2021). *Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025*. Ministerio de Consumo et al. [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad\\_alimentaria/pncoca/2021-2025/DOC\\_4\\_PNCOCA\\_2021\\_2025\\_Espana.pdf](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/pncoca/2021-2025/DOC_4_PNCOCA_2021_2025_Espana.pdf)
  - Organización Mundial de la Salud (s. a.). *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3DqtC1O>
  - Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)
  - Levy B. R. et al. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
  - Bailey, C. et al. (2019). "What? That's for old people, that". Home adaptations, ageing and stigmatisation: A qualitative inquiry. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(24), 4989. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244989>
  - World Health Organization (2021). *Global Report on Ageism. Toolkit*. World Health Organization. <https://bit.ly/3lWjMGe>
  - World Health Organization (2021). *Global Report on Ageism*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1336324/retrieve>



- Ministerio de Sanidad (2021). *Promoción del buen trato. Prevención del edadismo*. [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/Envejecimiento-Saludable\\_Fragilidad/BuenTrato\\_Edadismo.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/Envejecimiento-Saludable_Fragilidad/BuenTrato_Edadismo.htm)
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Informe Mundial sobre el Edadismo. Resumen*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1336320/retrieve>
- Comisión Europea (21 de abril de 2021). *Nuevas normas sobre la inteligencia artificial: preguntas y respuestas*. [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/qanda\\_21\\_1683](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/qanda_21_1683)
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2021). *Discapacidad*. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/discapacidad/index.htm>
- Real Patronato sobre Discapacidad. <https://www.rpdiscapacidad.gob.es/>
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/>



# ANEXO I

## RESUMEN EJECUTIVO

### I PLAN NACIONAL PARA EL BIENESTAR SALUDABLE DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



## ANEXO 1

---

### I PLAN NACIONAL PARA EL BIENESTAR SALUDABLE DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

2022-2026

(I PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS Y DE LA INTENSIFICACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES)

---

## 1. INTRODUCCIÓN

El Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, establece en su artículo 11 que “[l]a prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades constituye un derecho y un deber de la ciudadanía 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”.

De la misma manera, la disposición adicional sexta de esta Ley establece: “Sin perjuicio de las competencias que puedan corresponder a las demás administraciones públicas, el Gobierno, en el ámbito de sus respectivas competencias, elaborará cuatrienalmente un plan nacional de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades. El plan se presentará a las Cortes Generales para su conocimiento, y se les informará anualmente de su desarrollo y grado de cumplimiento”.

No obstante, la denominación que otorgaba dicha disposición adicional al Plan ha suscitado no pocas dudas de interpretación ya que podía entenderse que este tenía como objetivo la intensificación de discapacidades y no su prevención. Por lo anterior, se ha considerado adecuado modificar su denominación entendiendo que este I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad responde al mandato legal de elaboración de un plan nacional de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades.

El Gobierno de España entiende que cualquier política pública de la discapacidad tiene que hablar de manera indisoluble de Personas y de Derechos, por eso resulta imprescindible insertar este Plan en el marco de la Estrategia Española de Discapacidad 2022-2030. En este sentido, la Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad, del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, presenta el primer **Plan Nacional para el Bienestar Saludable de la Personas con Discapacidad 2022-**

**2026** en cumplimiento de los mandatos legales y con la convicción de extender el derecho a la salud y promover el derecho de las personas con discapacidad, sin discriminación alguna, a través de la intensificación de los servicios necesarios, y de aquellos que permitan prevenir y reducir la aparición o el agravamiento de las necesidades de apoyo.

Este Plan se concreta en medidas eficaces acordes con el conjunto de derechos de las personas con discapacidad y da respuesta a los mandatos de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como imperativo legal del Estado español. El Plan, además, se extiende más allá de las personas que tengan un reconocimiento oficial de grado de discapacidad, pues la prevención y la promoción de la salud ha de atravesar a todas las personas, con especial atención en la etapa infantil, en el proceso de envejecimiento o bien en otros procesos sobrevenidos o de enfermedad, y supondrá el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a la promoción de la autonomía personal y a prevenir la discapacidad.

## 2. METODOLOGÍA

Este Plan se apoya sobre el principio de diálogo civil, que se ha materializado con un alto nivel de participación de las personas con discapacidad, sus familias y sus organizaciones representativas, así como de las organizaciones de pacientes y de profesionales vinculados a la vida de las personas con discapacidad. En su elaboración se han utilizado fuentes documentales y referenciales de valor, entre las que destacan la legislación en materia de discapacidad y derechos humanos y las fuentes de conocimiento sobre discapacidad.

Se ha utilizado un enfoque mixto. La vertiente cuantitativa se ha desarrollado a través de una amplia

Para ello, el Plan se despliega en 6 líneas de acción, que se corresponden con sus objetivos generales, y que recorren los ámbitos señalados por el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, conformando, a la vez, un firme compromiso institucional del Gobierno de España.

Para la elaboración de este Plan se ha tenido en cuenta la configuración competencial de las distintas administraciones sobre las materias que lo articulan. No obstante, el ámbito material del Plan se circunscribe al de las competencias de la Administración General del Estado (AGE), con independencia de los acuerdos que sea realicen con las Comunidades Autónomas en el seno de los correspondientes consejos territoriales. Este Plan seguirá vigente hasta la aprobación del próximo plan de carácter cuatrienal.

La elaboración del Plan ha contado con la asistencia técnica del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).

encuesta a la ciudadanía sobre aspectos relevantes de una política de prevención y promoción de salud en relación con la discapacidad, la cual se ha realizado en un formato digital universalmente accesible y han participado un total de 968 personas.

Asimismo, se ha abordado la recogida de la información desde una perspectiva cualitativa a través de grupos de discusión, conformados por personas con los siguientes perfiles: Mujeres y hombres con y sin discapacidad entre 34-60 años, incluyendo profesionales y familiares de personas con discapacidad.

### 3. MISIÓN Y PRINCIPIOS RECTORES

Este plan tiene la misión de *"promover el derecho de todas las personas y, en particular, de las personas con discapacidad a gozar el más alto nivel de salud posible, sin discriminación alguna, a través de la intensificación de los servicios y apoyos necesarios y de aquellos que permitan prevenir y reducir la aparición o el agravamiento de la discapacidad"*.

Establece como principios rectores: **la accesibilidad universal, los derechos humanos, la universalidad,**

**la transversalidad, la evidencia, la cooperación y coordinación, la interdisciplinariedad, el diálogo civil, el enfoque centrado en la persona, la calidad, la perspectiva de curso de vida, la perspectiva de género, la interseccionalidad y la vida independiente.**

### 4. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Se establecen seis **líneas de actuación**, correspondiendo a cada una de ellas un **objetivo general** que se concreta a su vez en **medidas** para una eficaz aplicación del plan por la AGE con la colaboración de las Administraciones Autonómicas y locales. Asimismo, se incorpora, para cada línea, la referencia a los ministerios responsables de su ejecución e impulso. Finalmente, para cada línea se formulan los **tipos de indicadores** para evaluar los avances del respectivo objetivo general con relación a las acciones previstas.

A continuación, se desglosan las líneas de actuación junto con sus medidas más destacadas:

#### 1. Prevención y apoyo al desarrollo infantil en entornos familiares y comunitarios saludables.

Medidas destacadas:

- a) Reconocer la **atención temprana como un derecho subjetivo** de todas las niñas y los niños.
- b) Impulsar **mecanismos de coordinación estatal en el ámbito de la Atención Temprana** que fomenten, coordinen y unifiquen la respuesta inte-

grada entre los ámbitos de salud, los servicios sociales y la educación.

- c) Impulsar la **puesta en marcha y actualización de los programas de detección precoz de deficiencias**, tanto neonatales como dentro del seguimiento de la salud infantil. Estos programas deberán contar con sistemas de información y monitorización de carácter integrado, que permitan trazar mapas de incidencia y adoptar políticas de prevención y planificación de servicios y recursos, partiendo de un diagnóstico actual del servicio, mejores prácticas y establecimiento de estándares de calidad.

#### 2. Igualdad y no discriminación, accesibilidad universal y participación en el acceso a los servicios y programas de salud y sociales, con especial consideración a las mujeres y niñas con discapacidad.

Medidas destacadas:

- a) Incorporar **medidas de accesibilidad y de apoyo en las normativas y planes estatales para que las personas con discapacidad decidan en cuestiones de su salud**, sobre la base del consentimiento informado, poniendo especial

atención a la salud ginecológica y obstétrica de las mujeres.

- b) Promover el empoderamiento de las mujeres y niñas con discapacidad sobre sus **derechos sexuales y reproductivos y aprobar salvaguardas legales para que los mismos queden garantizados.**
- c) Declarar las **esterilizaciones y los abortos coercitivos** como violencias contra las mujeres.
- d) Incorporar cambios normativos para que la **teleasistencia sea universalmente accesible.**

### 3. Promoción de la salud y prevención de enfermedades y otros factores causantes de discapacidad.

Medidas destacadas:

- a) Modificar **el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad**, acorde al modelo biopsicosocial de la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la OMS y alineado con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y **formar a los equipos de valoración de la discapacidad** sobre los nuevos baremos con especial atención a nuevas situaciones de salud que causan discapacidad, como enfermedades crónicas, raras, procesos oncológicos, enfermedades orgánicas y degenerativas entre otras.
- b) Contribuir a que se despliegue la **Estrategia Nacional de Salud Mental y el Plan de Acción 2021-2024 Salud Mental y COVID-19.**
- c) Poner en marcha el **teléfono 024 de atención a la conducta suicida universalmente accesible.** Ayuda a las personas con pensamientos, ideas o riesgo de conducta suicida, y a sus familiares y allegados a través de la contención emocional por medio de la escucha activa y la

derivación a los servicios sanitarios del SNS o al 112 en los casos necesarios.

- d) Incorporar **protocolos de accesibilidad** y garantizar en los productos alimentarios un **etiquetado accesible para todas las personas.**

### 4. Promoción del envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida.

Medidas destacadas:

- a) Incorporar la situación de la discapacidad en la **Estrategia Nacional de Lucha contra la Soledad no Deseada.**
- b) Aprobar criterios comunes de acreditación y calidad de centros y servicios del SAAD centrados en la persona.
- c) Investigar y adoptar medidas para **prevenir y erradicar las violencias** en cualquiera de sus formas contra las personas mayores con deficiencias adquiridas asociadas a la edad y, en especial contra las mujeres mayores.
- d) Fomentar la implantación de **cribados poblacionales** de aquellas enfermedades o causas de discapacidad de mayor prevalencia entre la **población mayor de 50 años**, en base a la evidencia científica disponible y en el marco del procedimiento establecido en la normativa vigente.

### 5. Prevención de la intensificación de discapacidades en concordancia con los principios y derechos reconocidos por la Convención.

Medidas destacadas:

- a) Desarrollar proyectos piloto de desinstitucionalización de personas con discapacidad y personas mayores que ofrezcan evidencias sólidas para el despliegue de una **estrategia estatal de desinstitucionalización y apoyo a la vida in-**

dependiente y ofrezcan modelos de viviendas accesibles y comunitarios.

**b)** Desarrollar la prestación de asistencia personal aprobando una regulación estatal con criterios unificados, desde la personalización y flexibilización para facilitar la vida independiente en la comunidad.

**c)** Elaborar un **Libro Blanco de Empleo y Discapacidad**, que sea palanca para un nuevo marco legislativo y de política pública del empleo y derecho al trabajo de las personas con discapacidad en España, en base a la decencia, la igualdad y no discriminación, la salud laboral y la no precarización.

**d)** Poner en marcha actuaciones en materia de **cuidados de larga duración para personas con grandes necesidades de apoyo**, con especial atención a las enfermedades degenerativas. Dichas actuaciones deberán diseñarse desde la perspectiva de los derechos humanos.

## 6. Investigación, formación y toma de conciencia.

Medidas destacadas:

**a)** Promover una **línea de investigación e innovación sobre accesibilidad universal y el diseño para todas las personas en productos y tecnologías de apoyo en el ámbito de la salud**, con especial foco en la dimensión digital. En dicha línea deberá priorizarse su transferencia y aplicación en el conjunto del Estado a través del Real Patronato sobre Discapacidad, del Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas y del Instituto de Salud Carlos III.

**b)** Impulsar una investigación sobre la situación de las personas con **discapacidades orgánicas y psicosociales que permitan visibilizarlas en las normativas y las políticas públicas**.

**c)** Promover estudios acerca de la **sobremedicación y tratamientos involuntarios** en personas con discapacidad.

**d)** Velar por que los miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, del poder judicial, y de los servicios de atención sanitaria y servicios sociales reciban **formación periódica y actualizada en prevención y detección de violencias hacia las personas con discapacidad**, en especial hacia las niñas y las mujeres.

# 5. GOBERNANZA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

**Anualmente**, se realizará un seguimiento del grado de cumplimiento alcanzado para cada una de las líneas de actuación, en relación con los respectivos objetivos e indicadores, y respecto la realización de las acciones acordadas.

El seguimiento se encomienda a una **Comisión creada al efecto en el marco de Consejo Nacional de la Discapacidad**, en la que participarán los ministerios competentes en materias relacionadas con la ejecución del Plan, las entidades específicas de

ámbito estatal y, en su caso, representantes del movimiento asociativo de personas con discapacidad. Se sumará también a la Comisión el **Real Patronato sobre Discapacidad** como organismo público experto en esta materia. Esta Comisión se reunirá, al menos, anualmente o siempre que sea convocada por quien ostente la presidencia de esta.

Se realizará un informe de seguimiento y a la conclusión del periodo de aplicación del Plan se elaborará un informe final que será el compendio de las

actuaciones realizadas. Se encomienda a la **Comisión**, en coordinación con el **Real Patronato sobre Discapacidad**, y particularmente con el **Observatorio Estatal de la Discapacidad**, la elaboración tanto de los informes anuales como del informe final.

Este Plan, y los correspondientes informes de seguimiento y evaluación, serán públicos. Además, se presentarán a las Cortes para su conocimiento.

## 6. FINANCIACIÓN DEL PLAN

El presupuesto asignado a este Plan alcanza los 137.452.192,29 €.

La distribución del presupuesto por líneas es la siguiente:

LÍNEA DE ACTUACIÓN	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
<b>8.1.</b> Prevención y apoyo al desarrollo infantil en entornos familiares y comunitarios saludables.	12.047.400,00€	19.951.613,88€	8.086.458,00€	0,00 €	0,00 €	40.085.471,88€
<b>8.2.</b> Igualdad y no discriminación, accesibilidad universal y participación en el acceso a los servicios y programas de salud y sociales, con especial consideración a las mujeres y niñas con discapacidad.	0,00 €	26.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	31.000,00 €
<b>8.3.</b> Promoción de la salud y prevención de enfermedades y otros factores causantes de discapacidad.	28.193.475,01€	3.576.446,47 €	66.143,13 €	50.000,00 €	50.000,00 €	31.936.064,61€
<b>8.4.</b> Promoción del envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida.	6.000.000,00 €	6.003.000,00 €	18.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	12.027.000,00€
<b>8.5.</b> Prevención de la intensificación de discapacidades en concordancia con los principios y derechos reconocidos por la Convención.	36.999.964,00€	1.910.964,00 €	1.910.964,00€	1.910.964,00€	1.925.964,00€	44.658.820,00€
<b>8.6.</b> Investigación, formación y toma de conciencia.	525.000,00 €	5.065.325,80 €	1.008.950,00€	1.015.080,00€	1.099.480,00€	8.713.835,80 €
<b>TOTAL</b>	<b>83.765.839,01€</b>	<b>36.533.850,15€</b>	<b>11.092.015,13€</b>	<b>2.980.544,00€</b>	<b>3.079.944,00€</b>	<b>137.452.192,29€</b>



La puesta en marcha de las actuaciones que contribuyan a la consecución de los objetivos del plan se dotará presupuestariamente a través de los créditos propios asignados a cada centro gestor así como de los fondos procedentes del Instrumento Europeo de Recuperación (Next Generation EU), que, en el caso concreto de España se recogen en los distintos componentes del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en los ámbitos de los cuidados, la atención temprana, la accesibilidad y la desinstitutionalización. Además, una parte de las actuaciones, más concretamente las correspondientes a la Garantía Infantil Europea, se financia a través del Fondo Social Europeo Plus.

Todos los compromisos que se deriven de la aplicación de este Plan quedan condicionados a las disponibilidades presupuestarias existentes en el ejercicio en curso y en los ejercicios siguientes, de acuerdo con la senda de consolidación fiscal fijada por el Gobierno, en cumplimiento de lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 7 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, sin que hayan de precisarse recursos adicionales para su realización.



# ANEXO II

RESUMEN  
EJECUTIVO  
DEL PLAN  
EN LENGUA  
DE SIGNOS  
ESPAÑOLA



## ANEXO 2

---

### RESUMEN EJECUTIVO DEL PLAN EN LENGUA DE SIGNOS ESPAÑOLA

---

Enlace de acceso a vídeo explicativo del Plan en  
lengua de signos española:

<https://youtu.be/PrusGwT7h7w>

QR de acceso:





# ANEXO III

RESUMEN  
EJECUTIVO  
DEL PLAN EN  
LECTURA FÁCIL



## ANEXO 3

---

### RESUMEN EJECUTIVO DEL PLAN EN LECTURA FÁCIL

---

## Plan Nacional para el Bienestar de las Personas con Discapacidad

Este Plan lo pone en marcha el Gobierno para conseguir que las personas con discapacidad necesiten cada vez menos apoyos.

Y para evitar que la discapacidad sea más grave.

Este **Plan** es independiente de los acuerdos que se realicen en las Comunidades Autónomas sobre este tema.

### Introducción:

La Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social dice que es un derecho y un deber de la ciudadanía y de la sociedad, conseguir que las personas con discapacidad necesiten cada vez menos apoyos

Plan
Conjunto de actuaciones que se van a hacer para conseguir algo.

y cuidar de su salud.

La Ley también dice que el Gobierno elaborará cada 4 años un plan para conseguir este objetivo.

Este Plan se presentará en las Cortes Generales y allí se informará de las actuaciones hechas cada año.

El Plan habla de personas y de derechos, por eso está dentro de la Estrategia Española de Discapacidad del año 2022 al año 2030. Y cumple con la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad. En su elaboración ha participado el CERMI que es el Comité Español de Personas con Discapacidad.

Pero el Plan no es sólo para personas con un reconocimiento del grado de discapacidad de forma oficial.

Este plan que cuida de la salud y el bienestar, es para todas las personas.

Como, por ejemplo, niños y niñas, personas mayores que envejecen o personas enfermas.

El Plan quiere conseguir que todas las personas tengan más autonomía y que las personas con discapacidad necesiten cada vez menos apoyos.

## 2. Metodología

Para realizar este Plan se ha pedido la opinión de personas con discapacidad, familias y asociaciones. También de profesionales de la discapacidad. Y se han utilizado las leyes que existen sobre temas de discapacidad y derechos y otros documentos importantes.

Se ha realizado una encuesta a la ciudadanía sobre temas de salud y prevención de la discapacidad. En la encuesta han participado 968 personas.

También se han realizado grupos de discusión con mujeres y hombres con y sin discapacidad de edades entre los 34 y los 60 años. En los grupos de discusión han participado profesionales y familiares de personas con discapacidad.

### 3. Misión

La misión de este Plan es conseguir que todas las personas, sobre todo, las personas con discapacidad, se beneficien de su derecho a tener una buena salud. Y a tener los apoyos y servicios necesarios para que cada vez necesiten menos apoyos. Y para evitar que la discapacidad sea más grave.

Por eso, el Plan debe tener en cuenta estos principios:

- Debe ser accesible a nivel universal.
- Debe cumplir los derechos humanos.
- Debe ser universal, para todo el mundo.
- Debe ser transversal.  
esto es que afecte a todos los ámbitos de la vida.
- Debe hacerse de forma coordinada y organizada.
- Debe estar centrado en lo que necesita cada persona.
- Debe tener en cuenta la opinión de las personas.
- Debe ser de calidad.
- Debe tener en cuenta la perspectiva de género.
- Debe promover la vida independiente.



## 4. Actuaciones

El Plan tiene 6 áreas de actuación.

En cada área hay acciones para conseguir los objetivos del Plan.

En estas acciones participan Administraciones Autonómicas y locales junto con los ministerios.

También hay que evaluar cómo va avanzando el Plan.

Por eso se va a hacer un seguimiento de las actuaciones.

Éstas son las áreas de actuación y las acciones de cada área:

### 1. Prevención y apoyo al desarrollo infantil tanto en las familias como en la comunidad.

Acciones de esta área:

- Reconocer la atención temprana como un derecho de los niños y niñas.
- Coordinar las áreas de salud, educación y servicios sociales para mejorar la **atención temprana**.
- Poner en marcha programas para detectar problemas en los niños y niñas pronto. Y hacer un seguimiento de su salud.

#### Atención temprana

Es la atención que se da a los niños y niñas entre 0 y 3 años cuando tienen algún problema en su desarrollo.

De esta manera, la Administración podrá planificar acciones y mejorar el servicio.

## **2. Igualdad, no discriminación y accesibilidad universal. Participación de mujeres y niñas con discapacidad en el acceso a los servicios y programas sociales y de salud.**

Acciones de esta área:

- Hacer accesibles las normas y planes para que las personas con discapacidad puedan decidir sobre su salud. Sobre todo, sobre la salud ginecológica de las mujeres.
- Empoderar a las mujeres y niñas con discapacidad sobre sus derechos sexuales y de reproducción. Y aprobar leyes que les protejan en este sentido.

- Las **esterilizaciones forzosas** y los **abortos obligados** se considerarán violencias contra las mujeres.
- Cambiar la **teleasistencia** para que sea accesible.

<b>Esterilización forzosa</b>
-------------------------------

Es operar a una persona sin su permiso, para que no pueda tener hijos e hijas.
--

<b>Aborto obligado</b>
------------------------

Es cuando a una mujer le obligan a interrumpir su embarazo y ella no está de acuerdo.
---

### 3. Cuidado de la salud y prevención de las enfermedades.

Acciones de esta área:

- Cambiar el procedimiento para valorar

<b>Teleasistencia</b>
-----------------------

Servicio de ayuda ante una situación de emergencia. Sobre todo para personas mayores o con discapacidad que viven solas.
--

el grado de discapacidad.

Con este cambio se cumplirá lo que dice la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

También formarán a los equipos de personas que tienen que hacer estas valoraciones de los grados de discapacidad.

- Apoyar que se pongan en marcha las acciones del plan que se llama Estrategia Nacional de Salud Mental y el Plan de Acción de Salud Mental y COVID-19 que durará hasta el 2024.
- Poner en marcha un teléfono de atención a las personas con ideas suicidas y a sus familiares, que sea accesible. Este teléfono será el 024.

- Conseguir que las etiquetas de los productos de alimentación sean accesibles.

#### 4. Envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida.

Acciones de esta área:

- Tener en cuenta la discapacidad en la Estrategia Nacional de Lucha contra la Soledad no Deseada.
- Poner criterios de calidad para los centros de atención a personas en situación de dependencia. Vigilar que los servicios que prestan se centran en las personas y sus necesidades.
- Investigar y prevenir las violencias contra las personas mayores, sobre todo, de las mujeres mayores.
- Investigar las enfermedades o causas

de discapacidad entre las personas mayores de 50 años.

### **5. Prevención para que las personas con discapacidad necesiten cada vez menos apoyos.**

Acciones de esta área:

- Desarrollar proyectos de prueba para desinstitucionalizar a personas con discapacidad y personas mayores. Esto es apoyarles en su vida independiente fuera de residencias, con modelos de vida en la comunidad más accesibles.
- Dar ayudas económicas para la asistencia personal. Aprobar una norma para pedir esta asistencia.
- Elaborar un Libro Blanco de Empleo y Discapacidad. Esto es un documento con las actuaciones para lograr mejorar las condiciones de empleo

de las personas con discapacidad.

- Poner en marcha acciones que duren en el tiempo para personas con grandes necesidades de apoyo.

## 6. Investigación, formación y sensibilización.

Acciones de esta área:

- Investigar e innovar en tecnología de apoyo a la salud que sea accesible a nivel universal y cumpla con el diseño para todas las personas. Estas tecnologías deberán poder aplicarse en toda España a través del Real Patronato sobre Discapacidad, el Centro de Referencia estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas y el Instituto de Salud Carlos III.
- Investigar sobre la situación

### **Discapacidad orgánica y psicosocial**

Es la pérdida de alguna función del cuerpo por temas de salud o porque hay barreras sociales que le impiden participar en la sociedad.

Por ejemplo, si una persona sufre una parálisis después de un accidente.

O si una persona con silla de ruedas tiene dificultad para acceder a algún sitio.

de las personas con discapacidad orgánica y psicosociales para que sus necesidades aparezcan en las leyes y las normas que hagan los gobiernos.

- Promover estudios acerca de la sobremedicación o dar tratamientos a personas con discapacidad sin su consentimiento.
- Formar a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado sobre la prevención de violencias hacía las personas con discapacidad, sobre todo, hacía mujeres y niñas. También formar a los jueces y juezas, a los servicios de atención sanitaria y a los servicios sociales.



## 5. Seguimiento y evaluación

Cada año se hará un seguimiento de las acciones que se van cumpliendo y de los objetivos conseguidos. Ese seguimiento lo hará una Comisión que se ha creado para eso dentro del Consejo Nacional de la Discapacidad.

En esta comisión participan los ministerios que tienen relación con el tema, las entidades estatales y representantes del movimiento asociativo de personas con discapacidad. También participará el Real Patronato Sobre Discapacidad. Esta comisión se reunirá al menos 1 vez al año.

La Comisión realizará un informe de seguimiento y un informe final de las actuaciones hechas. Participará también el Observatorio

Estatut de la Discapacitat.  
Estos informes serán públicos  
y se presentarán en las Cortes.

## 6. Financiación del plan

Para poder realizar las actuaciones del Plan se necesita un **presupuesto**.

El presupuesto es de casi 137 millones y medio de euros.

Cada año, desde el 2022 al 2026 que acaba el plan, se dedicará una cantidad de dinero.

Durante los años 2022 y 2023 es cuando más dinero se dedicará a las actuaciones del plan.

En total, más de 120 millones de euros.

### Presupuesto

Es el dinero que se va a destinar para llevar a cabo las actuaciones planteadas.

Y el área a la que se le va a dedicar más dinero es la de prevención, para que las personas con discapacidad necesiten cada vez menos apoyos. En total, más de 44 millones de euros.

En cantidad de dinero le sigue el área de prevención y apoyo al desarrollo infantil tanto en las familias como en la comunidad. A esta área se dedicarán más de 40 millones de euros.

El dinero para el Plan viene de ayudas de diferentes Fondos europeos, como, por ejemplo, los Fondos Next Generation.



# CRÉDITOS FOTOGRAFICOS

**CONTENIDOS:** [www.freepik.es/foto-gratis/invidente-leyendo-casa\\_22632825.htm](http://www.freepik.es/foto-gratis/invidente-leyendo-casa_22632825.htm)

**PRESENTACIÓN, del Secretario de Estado de Derechos Sociales:** <https://cpage.mpr.gob.es/>

**LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN  
CON LA DISCAPACIDAD DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS:**

[www.freepik.es/foto-gratis/enfermera-ayudando-al-paciente-caminar\\_14447064.htm](http://www.freepik.es/foto-gratis/enfermera-ayudando-al-paciente-caminar_14447064.htm)

**METODOLOGÍA DE AMPLIA PARTICIPACIÓN EN SU ELABORACIÓN:** [www.freepik.es](http://www.freepik.es)

**BASES JURÍDICAS, CIENTÍFICAS Y COMPROMISO GLOBAL:**

[www.freepik.es/fotos-premium/mama-pasa-tiempo-su-hijo-mientras-terapia\\_26538005.htm](http://www.freepik.es/fotos-premium/mama-pasa-tiempo-su-hijo-mientras-terapia_26538005.htm)

**REALIDADES Y RETOS EN LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN  
DE LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:**

[www.freepik.es/foto-gratis/vista-frontal-fisioterapeuta-hombre-mujer-haciendo-ejercicios\\_11379169.htm](http://www.freepik.es/foto-gratis/vista-frontal-fisioterapeuta-hombre-mujer-haciendo-ejercicios_11379169.htm)

**DIMENSIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN TANTO**

**DE DEFICIENCIAS COMO DE INTENSIFICACIÓN DE DISCAPACIDADES:**

[www.freepik.es/foto-gratis/traumatizar-al-fisioterapeuta-visitante\\_5535620.htm](http://www.freepik.es/foto-gratis/traumatizar-al-fisioterapeuta-visitante_5535620.htm)

**MISIÓN, OBJETIVOS Y PRINCIPIOS RECTORES:**

[www.freepik.es/fotos-premium/nina-linda-que-sienta-silla-ruedas-su-doctor\\_2523180.htm](http://www.freepik.es/fotos-premium/nina-linda-que-sienta-silla-ruedas-su-doctor_2523180.htm)

**LÍNEAS DE ACTUACIÓN:** [www.freepik.es/foto-gratis/tiro-medio-hombre-abrazar-mujer\\_16621861.htm](http://www.freepik.es/foto-gratis/tiro-medio-hombre-abrazar-mujer_16621861.htm)

**GOBERNANZA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN, CON ESPECIAL ATENCIÓN  
A LA CALIDAD DE LOS PROCESOS Y EL IMPACTO DE LOS RESULTADOS:**

[www.freepik.es/fotos-premium/nino-paralisis-cerebral-fisioterapia-centro-terapia-infantil\\_12337267.htm](http://www.freepik.es/fotos-premium/nino-paralisis-cerebral-fisioterapia-centro-terapia-infantil_12337267.htm)

**FINANCIACIÓN DEL PLAN:**

[www.freepik.es/foto-gratis/doctora-sosteniendo-otoscopio-hacer-consulta-oido-anciano-cita-medica-otologo-instrumento-otologia-realizar-examenes-dar-consejos-medicos-al-paciente-enfermo\\_20982487.htm](http://www.freepik.es/foto-gratis/doctora-sosteniendo-otoscopio-hacer-consulta-oido-anciano-cita-medica-otologo-instrumento-otologia-realizar-examenes-dar-consejos-medicos-al-paciente-enfermo_20982487.htm)

**GLOSARIO:** [www.freepik.es/foto-gratis/hombre-que-tiene-control-oftalmologia\\_17827844.htm](http://www.freepik.es/foto-gratis/hombre-que-tiene-control-oftalmologia_17827844.htm)

**BIBLIOGRAFÍA:** [www.freepik.es/foto-gratis/anciana-invalida-silla-ruedas-haciendo-entrenamiento-rehabilitacion-apoyo-medico-anciano-discapacitado-discapacitado-recuperando-ayuda-profesional-enfermera-tratamiento-rehabilitacion-hogar-ancianos\\_15934525.htm](http://www.freepik.es/foto-gratis/anciana-invalida-silla-ruedas-haciendo-entrenamiento-rehabilitacion-apoyo-medico-anciano-discapacitado-discapacitado-recuperando-ayuda-profesional-enfermera-tratamiento-rehabilitacion-hogar-ancianos_15934525.htm)

**ANEXO I:** [www.freepik.es/fotos-premium/hombre-joven-necesidades-especiales-ropa-informal-que-trabaja-computadora-portatil-inalambrica-hombre-independiente-que-trabaja-casa-mientras-sentado-silla-ruedas\\_23977033.htm](http://www.freepik.es/fotos-premium/hombre-joven-necesidades-especiales-ropa-informal-que-trabaja-computadora-portatil-inalambrica-hombre-independiente-que-trabaja-casa-mientras-sentado-silla-ruedas_23977033.htm)

**ANEXO II:** [www.freepik.es/fotos-premium/concepto-seguro-salud-arreglando-apilamiento-bloques-madera-icone-atencion-medica\\_8550533.htm](http://www.freepik.es/fotos-premium/concepto-seguro-salud-arreglando-apilamiento-bloques-madera-icone-atencion-medica_8550533.htm)

**ANEXO III:** [www.freepik.es/foto-gratis/mujer-andando-enfermera-asilo-ancianos\\_2014248.htm](http://www.freepik.es/foto-gratis/mujer-andando-enfermera-asilo-ancianos_2014248.htm)





Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030



Plan de Recuperación,  
Transformación  
y Resiliencia