

colección:



Los contenidos de este  
Plan pueden consultarse  
en la página de Internet:  
[www.cermi.es](http://www.cermi.es)

La edición de esta publicación  
ha contado con el patrocinio de:



Plan integral de salud para las personas con discapacidad

nº 10

# Plan integral de salud para las personas con discapacidad

nº10



# **Plan integral de salud para las personas con discapacidad**

Aprobado por el Comité Ejecutivo  
del CERMI Estatal el 12 de mayo de 2004

Colección:



Director: Luis Cayo Pérez Bueno

La edición de esta publicación  
ha contado con el patrocinio de:



Edición no venal

Edita: Comité Español de Representantes de  
Personas con Discapacidad - CERMI

Edición: Mayo 2004

Realización: Galenas

D.L.: M-

ISBN: 84-609-1274-4

Imprime:

**ÍNDICE**

## ÍNDICE

---

PRÓLOGO DE LA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO .....	5
I. INTRODUCCIÓN .....	9
II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES .....	15
III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS .....	25
IV. PLAN INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD .....	51
ANEXO. MARCO DE COLABORACIÓN MSC-CERMI .....	73

**PRÓLOGO DE LA MINISTRA  
DE SANIDAD Y CONSUMO**

**Elena Salgado Méndez**  
**Ministra de Sanidad y Consumo**



Sin duda, la atención a la discapacidad es uno de los mayores retos a los que tiene que hacer frente el sistema sanitario, Tanto desde un punto de vista asistencial y rehabilitador como, muy especialmente, desde la óptica de la investigación y la prevención.

Por ello, es para mí una satisfacción poder prologar este Plan Integral que ha elaborado el CERMI. Se trata de un estudio bien estructurado, que aborda el problema de la discapacidad desde una perspectiva amplia analizando la situación actual, las necesidades, los objetivos y, lo que es más importante, aportando soluciones e ideas innovadoras.

En consecuencia, esta publicación que tengo el honor de prologar ha de sernos de gran utilidad a todos en nuestro objetivo de atender de la mejor manera posible a las personas con discapacidad porque ha llegado el momento de afrontar este fenómeno social y sanitario con decisión, con voluntad de avanzar y mejorar y con la cooperación directa entre los poderes públicos, la iniciativa privada, las asociaciones, las familias y las ONGs.

Más de tres millones y medio de personas, de acuerdo con la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, nos obligan a ello. Pero, además, se trata de una situación en evolución creciente. Como todos sabemos, y como nos confirman los datos aportados por la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, convocada en Madrid hace dos años por Naciones Unidas, España contará en el año 2050 con un 44%

de la población que habrá cumplido 60 o más años. Si no hacemos nada por evitarlo, un 32% de los mayores de 65 años serán personas afectadas por una discapacidad y muchas de ellas serán, además, dependientes.

Hoy día se vive mejor y se vive más. Pero eso también supone una mayor predisposición a la dependencia en las edades más avanzadas, que puede afectar, y de hecho afecta, a aspectos fundamentales de la vida. Aspectos relacionados con las actividades cotidianas más elementales como la higiene personal, la realización de tareas domésticas, el desplazamiento, la relación con familiares y amigos... es decir a cuestiones básicas de la vida cotidiana.

Enfermedades tales como el Alzheimer o las demencias seniles son cada vez más frecuentes y tienen mayor dificultad para ser atendidas exclusivamente en el ámbito familiar. Ello es debido a los cambios en la estructura de la familia derivados de la incorporación de las mujeres al mercado laboral. Pero, también, a la creciente necesidad de cuidados de las personas con este tipo de dependencia. La fatiga del cuidador, generalmente la esposa o hija del dependiente, requiere asimismo ser comprendida y tratada.

Obviamente, en este entorno la dependencia va a ser, con toda probabilidad, el gran desafío del siglo XXI y no sólo en España sino en toda la Unión Europea. Los sistemas sanitarios trabajan para evitar y corregir los defectos anatómicos y funcionales, para disminuir o eliminar las secuelas de las enfermedades y de los accidentes. Cuando, por desgracia, ello no es posible buscan y aplican soluciones para prevenir que estos defectos evolucionen hacia la discapacidad. Y, si ésta aparece, trabajan conjuntamente con los servicios sociales para que ésta sea lo menos limitante posible. Para evitar y cuando ello no es posible paliar la dependencia.



No se trata de un problema de futuro, la cuestión la tenemos ya planteada en la actualidad, son muchas personas y muchas familias esperando una respuesta y una solución. Es indispensable, pues, tomar decisiones al respecto y establecer medidas adecuadas desde todos los niveles; nacional, autonómico y local, teniendo en cuenta en todo caso que si no actuamos coordinadamente corremos un serio riesgo de que no se alcance la finalidad perseguida.

Por todo ello, este Plan Integral de Salud para las Personas con Discapacidad debe ser bienvenido en su especial contribución a nuestra obligación de atender desde el punto de vista sanitario a un colectivo tan necesitado.

Para el Ministerio de Sanidad y Consumo va a ser un documento de gran utilidad y una ayuda eficaz, porque, además, procede de quien más puede saber de este tema; el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), con quién el Ministerio mantiene una relación directa y constante, auspiciada por el Convenio Marco y los Protocolos sectoriales de colaboración suscritos conjuntamente.

Debemos, pues, felicitar al CERMI por este Plan Integral de Salud para las Personas con Discapacidad, fruto de un trabajo bien planteado y bien llevado a cabo, con el ánimo y el deseo de que continúen en su trascendente labor, en la que en todo momento saben que pueden contar con la colaboración y el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

## I. INTRODUCCIÓN



La Constitución española<sup>1</sup> reconoce, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud; y, en su artículo 49, encomienda a los poderes públicos la realización de una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que el título I de la Constitución otorga a todos los ciudadanos.

La Ley de Integración Social de los Minusválidos<sup>2</sup> establece en el artículo 3 que los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos que la Constitución reconoce a las personas con discapacidad, constituyendo una obligación del Estado, entre otras, la prevención, los cuidados médicos y psicológicos y la rehabilitación adecuada.

La muy reciente Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad<sup>3</sup> establece en su artículo 5 que, con el fin de garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad, los poderes públicos establecerán medidas contra la discriminación y medidas de acción positiva.

La Ley General de Sanidad<sup>4</sup> dispone en su artículo 1 que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles; en su artículo 3 que los medios y actuaciones del

<sup>1</sup> Constitución española, de 27 de diciembre de 1978; BOE de 28 de diciembre.

<sup>2</sup> Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos; BOE de 30 de abril.

<sup>3</sup> Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad; BOE de 3 de diciembre.

<sup>4</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; BOE de 29 de abril.

## PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades; y en el apartado 5 del artículo 18 establece que las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán 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.

A su vez, la reciente Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>5</sup> tiene como principio informante, según establece en su artículo 2, la prestación de una atención integral a la salud comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad. Y en línea con lo dispuesto, regula en su capítulo VII los planes integrales de salud respecto de los cuales establece que, sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con las sociedades científicas, elaborarán planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Tanto las disposiciones constitucionales como los textos legales que se refieren específicamente a las personas con discapacidad se funda-

<sup>5</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; BOE de 29 de mayo.

## I. INTRODUCCIÓN



mentan en la situación de partida, de objetiva desventaja, de dicho grupo social a la hora de disfrutar de los derechos que se reconocen a todos los españoles. Esa situación de desventaja inicial objetiva convierte al citado grupo en un referente singularizado que debe ser tenido en cuenta de manera transversal a la hora de definir, planificar, programar y ejecutar las líneas de actuación en el ámbito de la protección de la salud y de la prevención y atención de la enfermedad.

Por ello, y al amparo de la previsión legal de que los servicios de salud desarrollarán programas de atención dirigidos a los grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a los factores de riesgo, así como programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas, se considera necesario elaborar un programa integral de salud para personas con discapacidad que refuerce, en el ámbito de la salud, las líneas de actuación que se vienen desarrollando en la actualidad.

Este plan integral tiene por finalidad mejorar, a través de la coordinación e impulso de los programas de investigación médica y sanitaria aplicada a las deficiencias y discapacidades, la prevención de los factores discapacitantes, así como el diagnóstico precoz de enfermedades y deficiencias que causan discapacidad, la atención temprana y la rehabilitación funcional y psicosocial integral. Asimismo, el plan integral debe prestar atención singular a la formación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud en los referente a las deficiencias y discapacidades, así como a las características y necesidades específicas de las personas con discapacidad; a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y su conexión con las personas con discapacidad; al contenido del catálogo ortoprotésico y el procedimiento de concesión

## PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



de ortoprótesis y ayudas técnicas a dicho grupo, y, señaladamente, al fomento de la accesibilidad y diseño para todos de modo que se garantice el acceso y uso por los ciudadanos con problemas de movilidad o comunicación o comprensión de los edificios, centros dependencias, instalaciones, informaciones y espacios virtuales del Sistema Nacional de Salud. Además, se recoge en este plan integral la promoción de medidas directas e indirectas orientadas al cumplimiento de las previsiones legales en materia de empleo de las personas con discapacidad dentro del Sistema Nacional de Salud<sup>6</sup>, así como previsiones de contratación administrativa que pueden favorecer la accesibilidad y la integración laboral de las personas con discapacidad.

Se incluyen también referencias a grupos o segmentos de personas, como las mujeres con discapacidad, que dentro del grupo mayor de las personas con discapacidad, presentan características de salud o necesidades singulares de atención sanitaria que han de ser tomadas en consideración y a las que hay que dar respuesta satisfactoria.

<sup>6</sup> Aunque este no es un contenido habitual en un plan integral de salud, el CERMI considera que es importante incluir en el plan previsiones que potencien la incorporación laboral de personas con discapacidad dentro del Sistema Nacional de Salud, máxime cuando el fomento de la integración laboral de las personas con discapacidad, tanto a través de medidas directas como indirectas, es uno de los ámbitos de colaboración previstos en el Convenio marco de colaboración suscrito entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Comité Español de Representantes de Minusválidos el 6 de marzo de 2001 (Ver páginas 73 y ss. de esta publicación).

**II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN E  
IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES**



## II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

### La Salud, una de las preocupaciones fundamentales de las personas con discapacidad y de sus familias

Las personas con discapacidad son una parte importante de la población y constituyen, por tanto, una parte también relevante de los usuarios del Sistema de Salud. Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999), en España había 3.528.221 personas con alguna discapacidad o con limitaciones que han causado o pueden llegar a causar discapacidades, lo que, expresado en términos relativos, viene a representar un 9 por ciento de la población total. En dicha Encuesta, hay gran abundancia de datos acerca de la distribución de la población con discapacidad según género y edad, donde son fácilmente observables los datos de población femenina, por un lado, y la incidencia de población de edad avanzada por otro lado, que existe en nuestro país y tiene una significación representativa en cuestiones de salud.

Para las personas con discapacidad y sus familias, la salud es una de las preocupaciones fundamentales. La salud, entendida en sentido amplio, es un elemento de suma importancia para las personas con discapacidad y sus familias, pues la ausencia de salud, las distintas patologías y deficiencias, interactuando con el factor social, están en el origen de la discapacidad, en esa situación de objetiva desventaja de la que parten las personas con discapacidad para participar en el curso ordinario de la vida social.

Aunque las personas con discapacidad generalizadamente no son ni se sienten “enfermos” (hay discapacidades no obstante que tienen una base de salud –o de ausencia de salud- determinante, como, por ejemplo, las personas con enfermedad mental), como reiteradamente han

## PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

inculcado modelos de intervención en discapacidad hoy afortunadamente periclitados, lo cierto es que, muchas de ellas, necesitan, por lo general, una atención de salud más frecuente e intensa que el resto de la población, que tienen necesidades específicas (como las relacionadas con ayudas técnicas para la autonomía personal y el material ortoprotésico) y que, en algunos casos, presentan, debido a su discapacidad, un mayor riesgo de cursar ciertas patologías. Cierto es también, como se ha dicho, que hay discapacidades que por tener por base fundamental una enfermedad (enfermedad mental, enfermedades raras, etc.) posen una dimensión de salud mucho más acusada y precisan de respuestas más intensas.

Nadie puede discutir el importante papel que juegan los avances médicos en la prevención y el tratamiento de las deficiencias y en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Gracias a algunos de estos avances se ha conseguido que enfermedades que inelectualmente eran generadoras de discapacidad en el pasado hoy ya no lo sean, y que personas que hasta hace pocos años estaban abocadas a un deterioro físico o mental progresivo que, precedido de un periodo de grave discapacidad, finalizaba provocándoles la muerte, pueden llevar una vida social y profesional normalizada. La Medicina procura ayuda instrumental, ortopédica, protésica, farmacológica y/o terapéutica, que permite a determinadas personas con discapacidad superar o compensar muchas limitaciones, impuestas tanto por la deficiencia como por el medio social, y poder llevar así una vida lo más autónoma y participativa posible.

La práctica médica actual permite detectar precozmente, en la mayoría de los casos, las alteraciones de salud que pueden aparecer en

## II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES



cada etapa de la vida de las personas con discapacidad. La aplicación de programas de medicina preventiva, que respeten escrupulosamente las normas éticas básicas, mediante controles y exploraciones periódicas y sistemáticas, es especialmente importante, pues con ellos se pueden evitar, aliviar o corregir los problemas o desórdenes de salud tan pronto como vayan apareciendo.

La aplicación de programas de salud, atención temprana y educación adecuados ha mejorado radicalmente las perspectivas de calidad de vida para las personas con discapacidad. Estas mejoras, en concreto, se traducen en:

- Una mayor esperanza de vida y un mejor estado de salud a lo largo de toda la vida.
- Un mejor desarrollo intelectual de las personas con discapacidades intelectuales.
- Una mayor destreza y capacidad para realizar un trabajo útil y remunerado, que procure autonomía a la persona y aumente su ámbito de decisión, sin dependencias de elementos ajenos.
- Un mayor grado de independencia y de autonomía personal.
- Una mayor capacidad para vivir una vida plenamente integrada en la comunidad.
- Un mejor y mayor ajuste emocional y control de los síntomas de los trastornos mentales.

Sin embargo, la relación entre los avances médicos y la discapacidad es compleja. El desarrollo de la medicina también puede causar un incremento en la incidencia de la discapacidad, como consecuencia del alargamiento de la esperanza de vida y de la mayor supervivencia

## PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



de personas con grandes secuelas discapacitantes. La capacidad de la medicina actual para salvar vidas contrasta, muchas veces, con la falta de recursos y de previsiones para atender de forma adecuada las necesidades sociosanitarias de las personas cuya vida se ha salvado en la instancia puramente médica.

### Los objetivos deseables

Para lograr que los avances médicos procuren una mayor calidad de vida a las personas con discapacidad y favorezcan su inclusión social es necesario alcanzar una serie de objetivos, algunos de los cuales resultan comunes a cualquier área que se intente mejorar en el terreno de la discapacidad.

El primero de estos objetivos es evitar un entorno discapacitante y/o estigmatizador. Para las personas con discapacidad, es mucho más limitante la imposibilidad de interacción e integración armónica con el entorno, pensado para el patrón medio de persona, que la discapacidad en sí misma. No hay que olvidar que la calidad de vida de las personas con discapacidad se mide no sólo en términos económicos y de predicciones médicas, sino también en función de las actitudes sociales.

El segundo gran objetivo es prevenir los efectos de la discapacidad. Es necesario adoptar estrategias generales orientadas a la prevención, a combatir las enfermedades, a garantizar la seguridad en las carreteras y los lugares de empleo o a promover cambios en los estilos de vida que reduzcan la incidencia de las deficiencias. No hay que olvidar que la falta de previsión es, junto con los accidentes y las infecciones, una de las

## II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

---



mayores causas que originan discapacidades. No hay que pasar por alto, en el terreno de la prevención, las conexiones que esta cuestión tiene con la ética y con los derechos humanos de las personas con discapacidad, valores prevalentes en todo caso a los que hay que supeditar y por cuya criba ha de pasar cualquier práctica o discurso preventivo.

El tercer objetivo es mejorar los servicios y la atención médica prestada a las personas con discapacidad. Para ello es esencial fomentar la investigación para la prevención y rehabilitación de discapacidades y la formación de recursos humanos especializados, y lograr un mayor nivel de participación de las personas con discapacidad y de sus familias en el diseño, la organización y la evaluación de los servicios de salud y de rehabilitación. Se hace preciso conocer exhaustivamente las alteraciones patológicas que con frecuencia acompañan a determinadas situaciones de discapacidad o van apareciendo en el transcurso de la vida, con el fin de prevenirlas o de reconocerlas tan pronto aparezcan, para poder ser convenientemente tratadas.

Es indispensable que tanto las personas con discapacidad, en sus familias, como la población en general reciba información y orientación en materia de discapacidad y de rehabilitación, sobre aspectos como cuáles son las diversas condiciones discapacitantes, su prevención, su tratamiento, los servicios existentes, el personal especializado, los establecimientos para la venta y alquiler de artículos e implementos para la rehabilitación, las tecnologías de apoyo para una vida independiente, las prestaciones y ayudas existentes, etc.

## PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

---

### Las necesidades no cubiertas



Las organizaciones integradas en el CERMI han expresado por diversas vías las necesidades no cubiertas de las personas con discapacidad en materia de salud.

Buena parte de estas necesidades tienen que ver con la forma en que las necesidades de los diversos grupos de personas con discapacidad se reflejan en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y, en particular, en el catálogo de la prestación ortoprotésica.

Es un clamor común que el catálogo de prestaciones ha de servir para garantizar la prestación más adecuada para el problema de salud al que se dirijan, algo que puede verse comprometido por la tendencia a utilizar el catálogo para atender prioritariamente a criterios económicos de contención del gasto público. Así, por ejemplo, las organizaciones reivindican la supresión del límite de edad en determinadas prestaciones (tratamiento bucodental, audífonos); la inclusión de tratamientos no incluidos (por ejemplo, el de la obesidad producida como efecto secundario a la medicación que necesitan determinadas personas con discapacidad, o a la falta de ejercicio, o la propia patología causante de la discapacidad); la inclusión de ayudas técnicas y de prótesis de reciente desarrollo, aun cuando pudieran ser de un mayor valor económico, y la supresión o reducción del copago de los diversos materiales, medicamentos y materiales ortoprotésicos que son imprescindibles para una buena calidad de vida de los afectados. Asimismo, se destaca la supresión de trámites burocráticos injustificados como el vi-

## II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

---



sado farmacéutico, especialmente en tratamientos de patologías crónicas, que además de suponer una traba administrativa y un impedimento objetivo al acceso a la asistencia sanitaria, dificulta la adhesión de la persona con discapacidad al tratamiento.

Las organizaciones han resaltado también la necesidad de contar con médicos generalistas, especialistas y unidades de referencia para la atención a determinados grupos de personas con discapacidad, y con protocolos y programas de actuación específicos.

Caso paradigmático es el de las mujeres con discapacidad. Las mujeres con alguna discapacidad están entre las más importantes consumidoras de cuidados médico-sanitarios. Numerosos estudios indican que las mujeres son más proclives a permanecer más tiempo internadas en instituciones que los hombres, así como a que determinadas enfermedades que provocan discapacidad con carácter permanente tengan mayor prevalencia en las mujeres que en los varones. Existen numerosas barreras para acceder a la planificación familiar y a la asistencia a la reproducción, todo ello sin tener en cuenta las necesidades de control de tales situaciones por parte de las propias usuarias. Es necesaria la sensibilización y formación del personal médico-sanitario sobre la atención específica a las mujeres con discapacidad cuando hacen uso de los servicios sanitarios. También es de una enorme importancia reducir el período que transcurre hasta la determinación de un diagnóstico preciso y fiable, con el fin de minimizar la ansiedad y soledad que genera el, a veces, prolongado tiempo que ha de pasar hasta la consecución de un diagnóstico.

## PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

---



Los médicos generalistas de referencia habrán de estar especialmente sensibilizados y formados para garantizar la atención adecuada y deberán tener posibilidad de derivación directa a los distintos especialistas y unidades de referencia.

Un problema generalizado de la atención sanitaria a la persona con discapacidad reside en que los recursos y medios están concebidos y preparados para la generalidad de la población, omitiéndose las necesarias especificidades. Nos encontramos con que se desconocen muchas particularidades de la persona, en el caso, por ejemplo, de una discapacidad severa o mixta, sus patologías más frecuentes, su abordaje, incluso su forma de comunicación. Se crean situaciones que no permiten una valoración fluida de los procesos clínicos (en ocasiones se minimizan los problemas y, en otras, se enfatizan demasiado).

Otro aspecto que resaltan las organizaciones es la necesidad de favorecer un abordaje global de la discapacidad, promoviendo la necesaria coordinación interdisciplinar e interadministrativa de las áreas sanitaria, educativa y social, así como entre la Administración Central y las Administraciones Autonómicas y Locales, para facilitar la atención al usuario con discapacidad y su acceso a los servicios y prestaciones que necesite. En este sentido, se insiste en la necesidad de homogeneizar criterios en todas las Comunidades Autónomas en relación con la atención sanitaria de los diversos grupos de personas con discapacidad, habida cuenta de que no sólo se dan diferencias entre las diversas Comunidades Autónomas sino que, incluso dentro de una misma Comunidad Autónoma, existen diferencias entre unos u otros usuarios en función

## II. ANÁLISIS DE SITUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

---

del área de salud a la que estén adscritos. En algunas comunidades, sólo se incluye la prescripción en el ámbito hospitalario, limitándose el acceso a muchas personas que por considerarse “enfermos crónicos” no tienen cabida en este ámbito.

Las organizaciones han expresado también la necesidad de simplificar y agilizar los trámites administrativos para el acceso a las prestaciones sanitarias de todo tipo, y han insistido en que ha de mejorarse la información sanitaria, su accesibilidad, y sus garantías y que deben suprimirse las barreras de comunicación en los centros hospitalarios y de asistencia sanitaria, para facilitar la atención a los pacientes que a consecuencia de su discapacidad se comunican por medios no convencionales, como sistemas de comunicación alternativa, u otras lenguas, como la Lengua de Signos.

## III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

#### 1. Investigación

La Ley General de Sanidad, en el apartado 15 de su artículo 18, encomienda a las administraciones públicas el fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud. Además, en el capítulo segundo del título sexto establece que las actividades de investigación deberán ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo.

Se dispone en la citada Ley que la investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población y que, a tales efectos, deberá considerar especialmente la realidad socio-sanitaria, las causas y mecanismos que la determinen, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones.

Asimismo, se prevé que los organismos de investigación tendrán capacidad para establecer áreas y objetivos prioritarios y para desarrollar en los mismos programas específicos de formación de recursos al objeto de cubrir las respectivas necesidades. También se prevé el establecimiento de un presupuesto anual mínimo de investigación, consistente en un 1 por 100 de los presupuestos globales de salud.

A su vez, la reciente Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud considera el de la investigación como uno de los seis ámbitos en los que se debe producir la colaboración entre las administraciones públicas sanitarias, los cuales conforman el contenido de los seis primeros capítulos de la Ley. El objetivo de la colaboración en investigación, incluida en el capítulo cuarto, es asegurar que la investigación se orien-

te a las necesidades de salud de la población. Se establece el principio de que la innovación de base científica es esencial para el desarrollo de los servicios sanitarios y, en definitiva, para la protección de la salud de los ciudadanos. La Ley encomienda al Ministerio de Sanidad y Consumo que, en colaboración con las Comunidades Autónomas en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, elabore la iniciativa sectorial de investigación en salud, que se incorporará al Plan Nacional de I+D+I. También diseña la Ley, como garantía de efectividad de lo dispuesto, los instrumentos que, en el campo de la investigación sanitaria, adoptarán las decisiones que corresponde asumir conjuntamente al Estado y a las Comunidades Autónomas: la Comisión Asesora de Investigación en Salud y el Instituto de Salud Carlos III.

Tales son las previsiones que se concentran en los artículos 44 a 52 del texto legal, entre las que interesa destacar el principio contenido en el primer apartado del artículo 44, que preside y dota de pleno sentido la preocupación del legislador por la investigación sanitaria: “Es responsabilidad del Estado en materia de investigación en salud, y sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas: a) Establecer las medidas para que la investigación científica y la innovación contribuyan a mejorar de manera significativa y sostenible las intervenciones y procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores.”

La Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad establece en su artículo 14 que las Administraciones Públicas fomentarán la innovación en todos los aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas con discapacidad. Para ello, promoverán la investigación en las áreas

### III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

---

relacionadas con la discapacidad en los planes de investigación, desarrollo e innovación (I+D+I).

Con base en tales fundamentos jurídicos se establece, en el área de *investigación*, el siguiente objetivo estratégico:

***Potenciar iniciativas de investigación en materia de salud incluyendo la investigación genética relacionadas con la prevención de deficiencias, la rehabilitación de discapacidades y el cuidado de la salud de las personas con discapacidad.***

#### 2. Mejora de la calidad de la asistencia y de las prestaciones

La Ley General de Sanidad, en el apartado 16 de su artículo 18, encomienda a las Administraciones Públicas el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles. En esa línea ordena al Gobierno la aprobación de normas precisas para evitar el intruismo profesional y la mala práctica (artículo 13); considera característica fundamental del Sistema Nacional de Salud la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados (artículo 46); y, al regular las áreas de salud, dispone que la evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema (artículo 69).

### PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

---

Desde esa concepción de calidad de la asistencia prestada, el mismo texto legal, en su artículo 18.5, encomienda a las Administraciones Públicas sanitarias el desarrollo de los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo, así como programas específicos de protección frente a factores de riesgo y, especialmente, los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.

Como resulta evidente, la calidad exige regular previamente el objeto material al que se debe aplicar el principio. Por ello, en 1995, el Gobierno procede a ordenar las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud<sup>7</sup> y, con ello, al determinar adecuadamente las actuaciones que deben ser evaluadas en términos de calidad, a facilitar la tarea de control exigida.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud hace de la calidad seña de identidad que sirve para dotar de contenido el texto legal desde su propio título. Así, establece que asegurar el derecho a la protección de la salud pasa por garantizar una calidad que: 1) Conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas; 2) oriente los esfuerzos del Sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; 3) evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del Sistema (apartado I del preámbulo).

Como aconteció a propósito de las disposiciones de la Ley General de Sanidad, referirse, con voluntad de eficacia, a la calidad exige regu-

<sup>7</sup> Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud; BOE de 10 de febrero

### III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



lar previamente las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Así lo afirma el apartado III del preámbulo de la ley sanitaria más reciente en su último párrafo: “Por último, este capítulo [el primero de la Ley] regula un aspecto esencial de las prestaciones, cual es su garantía, aunque más acertado resulta referirse a las garantías de seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a las prestaciones. El reconocimiento de un derecho tiene el valor que le concede su garantía. En este sentido, la regulación de las garantías de las prestaciones constituye un aspecto esencial de su regulación.”

Se afirma en el citado apartado III del preámbulo de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que “el catálogo incorpora, además de las prestaciones contempladas por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, las prestaciones de salud pública, como conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población, a través de actuaciones dirigidas, entre otras finalidades, a la información y vigilancia epidemiológica, la prevención de las enfermedades, la promoción de la seguridad alimentaria o la prevención y control de los efectos de los factores ambientales sobre la salud humana.” Y establece asimismo que en atención primaria “se incluye la atención comunitaria, la atención paliativa a enfermos terminales, la salud bucodental...” En atención especializada, se potencia la actividad en consultas y hospitales de día, médicos y quirúrgicos, incluyéndose, además, la hospitalización a domicilio, la atención paliativa a enfermos terminales...”

Por último en el mismo apartado III del preámbulo se manifiesta que en la Ley “se definen las prestaciones de atención sociosanitaria

### PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



en el ámbito estrictamente sanitario, que comprenderán los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable que se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine”.

El capítulo I de la Ley ordena, en fin, dichas prestaciones definiendo, en el artículo 7, el catálogo de las mismas como conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud que integra, asimismo, las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, socio-sanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario. Por cierto, que el mismo artículo añade que las personas que reciban tales prestaciones tendrán derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial a que se refiere la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>8</sup>.

Son los artículos 11 a 19 los que se refieren a, respectivamente, las prestaciones de salud pública, de atención primaria, de atención especializada, de atención sociosanitaria, de atención de urgencia, farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. Así:

- El artículo 11 incluye entre las *prestaciones de salud pública* “la prevención de las enfermedades y de las deficiencias” (11.2 d).

<sup>8</sup> Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; BOE de 15 de noviembre

### III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

---

- El artículo 12 incluye entre la *prestación de atención primaria*: la asistencia a demanda programada y urgente tanto en consulta como en domicilio del enfermo (11.2 a); la prevención (12.2 c); la rehabilitación básica (12.2 e); las atenciones y servicios específicos relativos a grupos de riesgo y enfermos crónicos (12.2 f); la atención paliativa a enfermos terminales (12.2 g); la atención a la salud bucodental (12.2 i).
- El artículo 13 incluye entre la *prestación de atención especializada*: la asistencia en consultas, hospital de día, régimen de internamiento, a domicilio (13.2 a, b, c, d); la atención paliativa a enfermos terminales (13.2 f); la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable (13.2 h).
- El artículo 14 incluye entre la *prestación de atención sociosanitaria*: los cuidados sanitarios de larga duración (14.2 a); la atención sanitaria a la convalecencia (14.2 b); la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable (14.2 c).
- El artículo 17 incluye en la prestación ortoprotésica -que consiste en hacer posible la utilización de productos sanitarios cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función- los elementos necesarios para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente (17 primer párrafo). Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas (17 segundo párrafo).
- El artículo 18 incluye en la *prestación de productos dietéticos* la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que pa-

### PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

---

dezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, así como la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos ordinarios (18 primer párrafo). Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas (18 segundo párrafo).

- El artículo 19 exige expresamente que el *transporte sanitario* sea accesible a las personas con discapacidad. En los supuestos en que proceda la prestación -desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios- se facilitará de acuerdo con las normas reglamentarias que se establezcan por las administraciones sanitarias competentes.

También determina la Ley la llamada “cartera de servicios” que está constituida por el “conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos” -entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica- a través de los que se hacen efectivas las prestaciones incluidas en el catálogo (artículo 20.1). Por cierto que las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidos a evaluación previa a su incorporación a la cartera de servicios para su financiación pública (20.2 y 3). Y el texto legal prevé asimismo la autorización del uso tutelado -por tiempo limitado, en centros autorizados y de acuerdo con protocolos específicos- de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos, antes de decidir sobre la necesidad o conveniencia de su inclusión en la cartera (22).

Es de señalar que el artículo 28 de la Ley, incluido en la sección tercera del capítulo primero dedicada a las garantías de las prestaciones,

### III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

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

Recientemente, la Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad ha establecido, en su artículo 13, que las Administraciones Públicas adecuarán sus planes de calidad para asegurar la igualdad de oportunidades a los ciudadanos con discapacidad. Para ello, incluirán en ellos normas uniformes mínimas de no discriminación y de accesibilidad, y desarrollarán indicadores de calidad y guías de buenas prácticas.

Con base en tales fundamentos jurídicos se establece, en el área de *calidad de la asistencia sanitaria y de las prestaciones sanitarias públicas*, el siguiente objetivo estratégico:

***Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y de las prestaciones sanitarias públicas destinadas a las personas con discapacidad a través de:***

- ***La elaboración y el desarrollo de programas y actuaciones preventivas.***

### PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- ***La mejora de la disponibilidad, calidad y eficacia de los recursos y prestaciones rehabilitadoras.***
- ***La adecuación a dichos fines y, en general, a garantizar una atención integral, adaptada a las características de cada discapacidad, continuada y en el nivel adecuado de atención que precisan las personas con discapacidad, del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.***
- ***La adecuación a dichos fines de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.***
- ***La adecuación a dichos fines de las atenciones y servicios específicos que precisan las personas con discapacidad en el ámbito de la atención primaria, señaladamente aquéllos relativos a la atención paliativa a enfermos terminales o a personas con discapacidad severa y a la salud bucodental.***
- ***La adecuación a dichos fines de las atenciones y servicios específicos que precisan las personas con discapacidad en el ámbito de la atención especializada, señaladamente aquéllos relativos a consultas y hospitales de día, médicos y quirúrgicos, a hospitalización a domicilio, a rehabilitación de pacientes con déficit funcional físico y psíquico, incluido el tratamiento logopédico, a salud bucodental de las personas afectadas severamente por una discapacidad, así como a la atención paliativa a enfermos terminales.***
- ***La adecuada inclusión tanto en el catálogo de prestaciones como en la cartera de servicios de la atención sociosanitaria.***

### III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

---

- ***La revisión de ortoprótesis y de ayudas técnicas contenidas en el Catálogo Ortoprotésico para actualizarlas, acomodarlas y aquilatarlas a la realidad de las personas con discapacidad, ajustando su concesión a cada necesidad concreta y no a unos supuestos preestablecidos, así como a los avances y progresos experimentados en este ámbito de la atención socio-sanitaria. Todo ello, eliminando las discriminaciones existentes en la cobertura por razón de edad.***
- ***La ampliación de las prestaciones ortoprotésicas al campo de las ayudas técnicas y las tecnologías de apoyo para las actividades de la vida diaria, así como a los avances y progresos experimentados en este ámbito de la atención socio-sanitaria.***
- ***La adecuada inclusión tanto en el catálogo de prestaciones como en la cartera de servicios de la prestación de transporte sanitario adaptado.***
- ***La garantía de accesibilidad y diseño para todos así como de la eliminación de barreras de todo tipo en los edificios, centros, dependencias e instalaciones del ámbito sanitario público.***
- ***La garantía de accesibilidad plena a las personas con problemas de movilidad, comunicación o comprensión de los puntos de información y atención al ciudadano, así como en los espacios virtuales de las redes de comunicación de acceso general, dependientes de las administraciones sanitarias.***

### PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

---

#### Extensión de la perspectiva sociosanitaria

Aunque en este Plan, por sus características, predomina la dimensión de salud y, consecuentemente, de atención sanitaria, no deben descuidarse los aspectos sociosanitarios, pues las orientaciones y recomendaciones de este documento se dirigen a las “personas con discapacidad”. Como ya se ha enfatizado, el aspecto social interactúa con la falta de salud, o incluso, de forma independiente, favorece una situación de discapacidad para muchos de los grupos de discapacidad considerados. Aunque unas discapacidades tienen una dimensión de salud más acusada, en otros casos es precisamente la dimensión social la que determina unas necesidades específicas y no otras. Por ello, se ha de otorgar el protagonismo debido a los servicios sociosanitarios, tanto en la promoción de los mismos, como en la formación específica y su inclusión en las distintas especialidades y unidades de referencia.

De ahí la necesidad de promover una coordinación interdisciplinar e interadministrativa de las áreas sanitaria, educativa y social, para facilitar al usuario el acceso a los servicios que necesite, tal y como se refleja más adelante.

#### 3. Recursos humanos suficientes y adecuadamente formados

La Ley General de Sanidad, en el apartado 14 de su artículo 18, encomienda a las Administraciones Públicas sanitarias la mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria. A su vez, el artículo 104 de la misma Ley dispone que “Para conseguir una mayor adecuación en la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del sistema sanitario se establecerá la colaboración permanente entre el Departamento de Sanidad y los Departamentos que correspondan, en particular con el de Educación y Ciencia, con objeto de velar por que toda la información que reciban los profesionales de la salud pueda estar integrada en las estructuras de servicios del sistema sanitario”.

La Disposición adicional decimonovena de la Ley de medidas para la reforma de la función pública<sup>9</sup>, en la redacción que le ha dado la Ley sobre empleo público de discapacitados<sup>10</sup>, establece: «En las ofertas de empleo público se reservará un cupo no inferior al cinco por ciento de las vacantes para ser cubiertas entre personas con discapacidad cuyo grado de minusvalía sea igual o superior al 33 por ciento, de modo que, progresivamente se alcance el dos por ciento de los efectivos totales de la Administración del Estado, siempre que superen las pruebas selectivas y que, en su momento, acrediten el indicado grado de minusvalía y la compatibilidad con el desempeño de las tareas y funciones correspondientes, según se determine reglamentariamente». El artículo 19 del Reglamento General de ingreso del personal al servicio de la Administra-

<sup>9</sup> Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la función pública; BOE de 3 de agosto.

<sup>10</sup> Ley 53/2003, de 10 de diciembre, sobre empleo público de discapacitados; BOE de 11 de diciembre.

ción General del Estado y de provisión de puestos de trabajo y promoción profesional de los funcionarios civiles de la Administración General del Estado<sup>11</sup> precisa la manera en que, con carácter general, debe formalizarse el ingreso de los discapacitados en la Administración General del Estado, con disposiciones relativas a adaptaciones exigibles para el desarrollo, en condiciones de igualdad, de las pruebas selectivas<sup>12</sup>.

En el ámbito específicamente sanitario, la reciente **Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece en su artículo 30,6** que “en las convocatorias para la selección de personal estatutario se reservará un cupo no inferior al cinco por ciento, o al porcentaje que se encuentre vigente con carácter general para la función pública, de las plazas convocadas para ser cubiertas entre personas con discapacidad de grado igual o superior al 33 por ciento, de modo que progresivamente se alcance el dos por ciento de los efectivos totales de cada servicio de salud, siempre que superen las pruebas selectivas y que, en su momento, acrediten el indicado grado de discapacidad y la compatibilidad con el desempeño de las tareas y funciones correspondientes.

El acceso a la condición de personal estatutario de las personas con discapacidad se inspirará en los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y compensación de desventajas, procediéndose, en su caso, a la adaptación de las pruebas de selección a las necesida-

<sup>11</sup> Real Decreto 364/1995, de 10 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General de ingreso del personal al servicio de la Administración General del Estado y de provisión de puestos de trabajo y promoción profesional de los funcionarios civiles de la Administración General del Estado; BOE de 10 de abril.

<sup>12</sup> El comentario contenido en este párrafo viene forzado por la necesidad de incluir todas las pretensiones que recogen los protocolos suscritos entre el CERMI y el Ministerio de Sanidad y Consumo, como consecuencia del acuerdo marco firmado entre ambas entidades el 6 de marzo de 2001 (ver nota 6).

### III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

des específicas y singularidades de estas personas.” De igual modo, la **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias**, en su artículo 22, dispone que “el acceso de las personas con discapacidad a la formación sanitaria especializada, siempre que el grado de discapacidad sea compatible con el desempeño de las funciones correspondientes a la especialidad a la que se opta, se inspirará en los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y compensación de desventajas, procediéndose, en su caso, a la adaptación de las pruebas a las necesidades especiales y singularidades de estas personas”.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, según se proclama en el apartado V del preámbulo, “contiene básicamente principios referidos a la planificación y formación de los profesionales de la sanidad, así como al desarrollo y a la carrera profesional y a la movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud. Especial interés tiene la creación de una comisión de recursos humanos, en cuya composición participarán las Administraciones estatal y autonómicas y las correspondientes comisiones nacionales de las distintas especialidades sanitarias, que tendrá el cometido general de contribuir a la planificación y diseño de los programas de formación de los profesionales de la sanidad, en colaboración y sin menoscabo de las competencias de los órganos e instituciones responsables en cada caso de la formación pregraduada y postgraduada, así como de la continuada, y en la oferta de plazas dentro del sistema público.”

Con base en tales fundamentos jurídicos se establece, en cuanto a la *planificación y formación de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud*, el siguiente objetivo estratégico:

### PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

*Planificar y formar los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud de manera que:*

- *Se establezcan criterios comunes para incorporar a los programas y actividades de formación continuada información sobre necesidades y demandas de las personas con discapacidad.*
- *Se incluya información sobre deficiencias y sobre necesidades y demandas de personas con discapacidad en los programas de formación del personal sanitario, así como en las actividades de formación ocupacional en el ámbito de las ciencias de la salud.*
- *Mejore la formación de los profesionales sanitarios en la detección de algunas patologías promoviendo campañas divulgativas, incluyendo materiales y seminarios en planes de estudio, facilitando pautas de detección temprana de discapacidades complejas, facilitando la derivación hacia otros recursos existentes, etc.*
- *Se forme a los profesionales del ámbito de la salud en todos los aspectos sociales que intervienen en cada uno de los grupos o segmentos de las personas con discapacidad y determinan diferencias en el desarrollo de los servicios, las prestaciones, la atención sanitaria, y la accesibilidad a los propios servicios, entre otras cuestiones.*
- *Los Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud han de estar orientados a cubrir las necesidades de las personas con discapacidad, para lo cual deben adaptarse a cada una de las discapacidades, ofreciendo aquellos servicios y el acceso a los mismos*

*en forma y condición adecuadas según el caso, y estando formados estos profesionales de forma específica para estos fines.*

- ***Se fomente la integración laboral directa o indirecta de personas con discapacidad en el ámbito sanitario público y, señaladamente, se establezcan los criterios básicos y las condiciones de las convocatorias de profesionales para posibilitar la incorporación a las mismas de las personas con discapacidad<sup>13</sup>. Esto mismo debe extenderse a la formación sanitaria especializada (MIR, FIR, etc.), que habilita como requisito inexcusable para el ejercicio de determinadas profesiones y tareas sanitarias. La legislación actual, pese a las demandas del sector de la discapacidad, no incluye cuotas de reserva para personas con discapacidad en el acceso a la formación especializada.***
- ***Se tomen en consideración los cupos de reserva consustanciales a la aplicación del principio de igualdad de trato y de no discriminación por razón de discapacidad<sup>14</sup>.***
- ***Estimular y procurar recursos formativos para el trabajo coordinado e interdisciplinar.***

<sup>13</sup> El motivo de la inclusión de este objetivo estratégico es recoger todos los acuerdos contenidos en los protocolos suscritos entre el CERMI y el Ministerio de Sanidad y Consumo el 6 de marzo de 2001.

<sup>14</sup> El motivo de la inclusión de este objetivo estratégico es recoger todos los acuerdos contenidos en los protocolos suscritos entre el CERMI y el Ministerio de Sanidad y Consumo el 6 de marzo de 2001.

#### 4. Información sanitaria

La Ley General de Sanidad, en el apartado 13 de su artículo 18, encomienda a las administraciones públicas sanitarias la difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud. El artículo 23 de la misma Ley, refiriéndose a la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva, establece que las administraciones sanitarias crearán los registros y elaborarán los análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria. Por último, el apartado 13 del artículo 40, faculta a la Administración sanitaria del Estado para establecer sistemas de información sanitaria y realizar estadísticas de interés general supracomunitario.

Ya se ha señalado que en el apartado III del preámbulo de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se alude a que “el catálogo incorpora, además de las prestaciones contempladas por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, las prestaciones de salud pública, como conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población, a través de actuaciones dirigidas, entre otras finalidades, a la información y vigilancia epidemiológica”. En esa línea de actuación, esta Ley incluye en su capítulo quinto otro de los elementos esenciales para el funcionamiento cohesionado y con garantías de calidad del Sistema Nacional de Salud: “la existencia de un verdadero sistema de información sanitaria” (apartado séptimo del preámbulo de la Ley) que contenga, entre otros, datos básicos sobre las prestaciones y la cartera de servicios en la aten-

### III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

ción sanitaria pública y privada, población protegida, recursos humanos y materiales y financiación (artículo 53.2) El sistema, estará a disposición de los usuarios y se nutrirá de la información procedente de la Administración sanitaria del Estado y de la que suministren las comunidades autónomas.

En concreto, el apartado 1 del artículo 53 del texto legal, considera que el objetivo general del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud es responder a las necesidades de, entre otros, los ciudadanos y las organizaciones y asociaciones que desarrollan sus actuaciones en el ámbito sanitario. Respecto de los primeros la Ley establece que el sistema “contendrá información sobre sus derechos y deberes y los riesgos para la salud, facilitará la toma de decisiones sobre su estilo de vida, prácticas de autocuidado y utilización de los servicios sanitarios y ofrecerá la posibilidad de formular sugerencias de los aspectos mencionados”; en relación con las organizaciones y asociaciones el mismo precepto dispone que el sistema “contendrá información sobre las asociaciones de pacientes y familiares, de organizaciones no gubernamentales que actúen en el ámbito sanitario y de sociedades científicas, con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en el Sistema Nacional de Salud”.

Por su parte, la Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad establece, en su artículo 12, que las Administraciones Públicas desarrollarán y promoverán actividades de información, campañas de sensibilización, acciones formativas y cuantas otras sean necesarias para la promoción de la igualdad de oportunidades y la no discriminación de las personas con discapacidad.

### PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Con base en tales fundamentos jurídicos se establece, en cuanto a la *información sobre las deficiencias y sobre la salud de las personas con discapacidad*, el siguiente objetivo estratégico:

***Incluir en el sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud:***

- ***Información específica sobre las personas con discapacidad desde la óptica de la salud: derechos y deberes, prácticas de autocuidado, utilización de servicios sanitarios y posibilidad de que formulen sugerencias acerca de los aspectos mencionados.***
- ***Información específica sobre las asociaciones de personas con discapacidad y sus familias, así como sobre las organizaciones no gubernamentales relacionadas con el ámbito de la discapacidad.***
- ***Información sobre las prestaciones sanitarias y cartera de servicios relativas a las personas con discapacidad.***
- ***Información sobre los Programas de Salud específicos para determinadas patologías o síndromes, algunos de los cuales ya existen y son aplicados con notable beneficio.***
- ***Las campañas generalistas de difusión y sensibilización ciudadana orientadas a mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de los ciudadanos, incluirán cuestiones referidas a personas con discapacidad. Dichas acciones de comunicación deberán ser ofrecidas en formatos y contenidos accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.***

#### 5. Participación

La Ley General de Sanidad, en sus artículos 47.5, 53.2 y 58, crea o encomienda la creación a las Administraciones Públicas sanitarias de órganos colegiados de participación en los servicios sanitarios que aseguren la comunicación permanente entre las administraciones públicas sanitarias y entre otros los consumidores y usuarios.

Esa participación social en el Sistema Nacional de Salud se encauza en la reciente Ley de cohesión y calidad de dicho Sistema a través de los Foros -Abierto de Salud y Virtual- previstos en su artículo 67.

En relación con la participación de las organizaciones representativas de las personas con discapacidad y sus familias, la Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad establece, en su artículo 15, que las personas con discapacidad y sus familias, a través de sus organizaciones representativas, participarán en la preparación, elaboración y adopción de las decisiones que les conciernen, siendo obligación de las Administraciones públicas en la esfera de sus respectivas competencias promover las condiciones para asegurar que esta participación sea real y efectiva. De igual modo, se promoverá su presencia permanente en los órganos de las Administraciones Públicas, de carácter participativo y consultivo, cuyas funciones estén directamente relacionadas con materias que tengan incidencia en esferas de interés preferente para personas con discapacidad y sus familias.

Con base en tales fundamentos jurídicos se establece, en cuanto a la *participación social en el Sistema Nacional de Salud*, los siguientes objetivos estratégicos:

- **Participar en la elaboración y actualización del catálogo de prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.**
- **Participar en la evaluación de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a efectos de la elaboración y actualización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.**
- **Participar en el proceso previo a la autorización del uso tutelado de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos para su incorporación en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.**
- **Participar en la evaluación del cumplimiento de las garantías de accesibilidad, movilidad, grado de comunicación, información, seguridad y calidad relativas a las prestaciones sanitarias que precisan las personas con discapacidad.**
- **Asesorar a la Comisión de Recursos Humanos en la revisión permanente de las enseñanzas y de la metodología educativa en el campo sanitario -tanto en la formación de pregrado como en la de postgrado- para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias del sector de población afectada por discapacidades.**
- **Asesorar, ser consultados y participar con las administraciones sanitarias representadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a efectos de establecer criterios comunes para incorporar a los programas y actividades de formación continuada información sobre necesidades y demandas de las personas con discapacidad.**

### III. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

---

- ***Asesorar, ser consultados y participar con las administraciones sanitarias a efectos de incorporar a los programas y actividades de formación ocupacional en el ámbito de las ciencias de la salud información sobre necesidades y demandas de las personas con discapacidad.***
- ***Asesorar, ser consultados y participar con las administraciones sanitarias en la evaluación de las limitaciones que pudieran interesar a la competencia de los profesionales sanitarios que presenten por una discapacidad.***
- ***Asesorar, ser consultados y participar con las administraciones sanitarias representadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a efectos de establecer criterios básicos y condiciones de las convocatorias de profesionales para posibilitar la incorporación a las mismas de las personas con discapacidad.***
- ***Asesorar, ser consultados y participar con las administraciones sanitarias representadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre las iniciativas de investigación en salud que afecten a las deficiencias y a las personas con discapacidad.***
- ***Proporcionar la información necesaria y asesorar a las administraciones sanitarias representadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y, en concreto, al Instituto de Información Sanitaria sobre la elaboración de estadísticas de las actividades sanitarias que afecten a las personas con discapacidad.***

### PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

---

Como criterio general, dicha colaboración y participación de las organizaciones representativas de personas con discapacidad y sus familias, se ha efectuar tanto antes, como durante y después de la prestación de los servicios, el desarrollo de la investigación pertinente, o la formación prevista, etc, y no sólo en un momento aislado o esporádico del proceso. De esta forma, habrá más posibilidades de que la opinión, experiencia y conocimientos de las necesidades reales de las personas con discapacidad y sus familias sean tenidas en cuenta como información y propuestas de “primera mano”. En este sentido, es importante mantener la participación ya existente en los diferentes grupos de consulta, así como asegurar la participación en aquellos de próxima creación.

**IV. PLAN INTEGRAL DE SALUD  
PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**



#### IV. PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

---



La salud y el derecho a una asistencia sanitaria eficaz y satisfactoria es un elemento esencial de las sociedades democráticas avanzadas, pues es un presupuesto esencial para el desarrollo de los demás derechos que tiene reconocidos los ciudadanos para alcanzar una vida social plena y participativa.

España dispone de un sistema sanitario que constituye un logro social irrenunciable. Para alcanzar mayores cotas de equidad y satisfacción social, este sistema ha de atender las particularidades asociadas a grupos de población específicos, como es el caso de las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad, en su generalidad, no son ni se sienten enfermos. Son unos ciudadanos más que, en el ámbito de la salud y de la asistencia sanitaria, pueden presentar singularidades y especialidades que el sistema de salud tiene que atender y a los que ha de ser capaz de dar respuesta.

Determinados tipos de discapacidad reclaman un tratamiento particularmente intenso en términos de recursos y programas de acción y atención a fin de ir resolviendo situaciones de una enorme gravedad y complejidad. Para ello, se requieren planes enérgicos, dotados humana y financieramente, que atajen la situación de desventaja de la que las personas con estas discapacidades parten.

La concepción y planificación de una atención sanitaria capaz de atender la diversidad supone un valor añadido para el sistema sanitario en su conjunto, pues al dar respuesta a las necesidades y demandas más específicas beneficia, por extensión, a todo el universo de ciudadanos.

#### PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

---



La accesibilidad entendida en sentido amplio y el diseño para todos son principios que han de informar la acción de las autoridades sanitarias a la hora de concebir, planificar y poner en práctica instalaciones, dependencias, servicios y prestaciones. La planificación en términos de accesibilidad global no ha de ser entendida como un gasto, sino como una inversión que humaniza y hace más grato el ámbito sanitario, al tiempo que permite no sólo atender a las personas que presentan alguna diferencia, sino mejorar la atención global de todos los usuarios.

Los profesionales sanitarios han de conocer directamente la realidad de las personas con discapacidad y de sus distintas tipologías, para que el servicio que reciben estos usuarios sea prestado en condiciones óptimas. La discapacidad ha de formar parte de los planes de estudio de los profesionales sanitarios, tanto en su etapa de formación como posteriormente en la fase de formación continuada. Las personas con discapacidad han de ser tratadas con naturalidad y normalidad, pues antes que la circunstancia de la discapacidad, que ha de ser vista como una circunstancia más, son unos usuarios entre otros más del sistema sanitario.

El derecho a la salud en igualdad de condiciones y en términos de equidad territorial, eliminando las diferencias regionales o autonómicas existentes actualmente y exigiendo un protocolo de mínimos a las distintas Comunidades Autónomas, no se materializa sólo con la asistencia sanitaria, es imprescindible que exista un modelo de atención sociosanitaria íntegra y global que tenga en cuenta y armonice los aspectos médicos y los aspectos sociales. Los principios que rigen el sistema de salud han de extenderse y aplicarse al sistema de servicios sociales para que el derecho a la salud no sea una realidad incompleta.

## IV. PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las instituciones sanitarias, en relación con las personas con discapacidad, tienen más virtualidades que las puramente de salud, pues son un ámbito propicio para la generación de empleo directo e indirecto. Las instituciones sanitarias han de cumplir rigurosamente las reservas de empleo para personas con discapacidad establecidas legalmente y han de favorecer con mecanismos de preferencia la contratación de productos, bienes y servicios de empresas de que integren a personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad no pueden ser consideradas como meros sujetos pasivos que reciben una atención y unos servicios por parte de las instituciones sanitarias. Las personas con discapacidad y sus familias, a través de sus organizaciones representativas, han de ser consultadas y tenidas en cuenta a la hora de planificar y administrar los recursos del sistema de salud.

La atención en términos de satisfacción a las personas con discapacidad por parte del sistema de salud ha de constituir un indicador de calidad del propio sistema. A mayor atención a la diversidad, mayor calidad tendrá el sistema.

Por todo ello, el CERMI propone el presente Plan Integral de Salud para las Personas con Discapacidad al Ministerio de Sanidad y Consumo y a las Consejerías con competencias en materia de Salud de las Comunidades Autónomas, para su estudio y, en su caso, adopción en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La adopción de un Plan de las características del propuesto por el CERMI no excluye que, cuando concurren las circunstancias que así lo aconsejen, puedan aprobarse Planes Integrales de Salud para determi-

## PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

nadas discapacidades o enfermedades discapacitantes (salud mental, enfermedades raras, daño cerebral, espina bífida, etc.) que complementarían al contenido en este documento, genérico para todas las discapacidades.

### Contenido del Plan

En el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los responsables de salud de las Comunidades Autónomas aprueban el Plan Integral de Salud para personas con discapacidad, conforme a lo que se especifica en los apartados siguientes.

#### 1. Investigación

##### 1.1. Alcance y Contenido

**Potenciar iniciativas de investigación en: 1) Prevención de deficiencias, buscando que la investigación pública se oriente en este sentido, especialmente en mejora de la terapia génica, la terapia celular, búsqueda de nuevos fármacos para enfermedades poco prevalentes, etc. 2) Rehabilitación de discapacidades; y 3) Cuidado de la salud de las personas con discapacidad. 4) Búsqueda de métodos de diagnóstico y tratamiento para las enfermedades de escasa incidencia estadística que causan discapacidades severas.**

##### 1.2. Procedimiento de desarrollo

- **Elaboración y ejecución de los proyectos de investigación que, en la fase de desarrollo y aplicación de este Plan, se determinen por acuerdo de todas las partes intervinientes en el mismo.**

- *Elaboración de un mapa de situación de la investigación científico-médica orientada a la prevención y tratamiento de las deficiencias y discapacidades.*

### 1.3. Responsabilidad de ejecución

- *El Instituto de Salud Carlos III, en colaboración, en su caso, con los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas, será responsable de la elaboración y ejecución de los proyectos de investigación y de la elaboración del mapa de situación que se menciona en apartados anteriores.*
- *El Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con el Observatorio del Sistema Nacional de Salud y con el Instituto de Información Sanitaria, así como, en su caso, con las entidades correspondientes de las Comunidades Autónomas, pondrá a disposición de los proyectos de investigación así como de la elaboración del mapa de situación: 1) El personal científico y técnico necesario para su elaboración, desarrollo y ejecución; 2) Las instalaciones y equipos precisos para su elaboración, desarrollo y ejecución; y 3) Los servicios auxiliares de la investigación tales como bases de datos, documentación y centros de cálculo.*
- *El Instituto de Salud Carlos III someterá los resultados de los proyectos de investigación y de los trabajos elaborados al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a efectos de la adopción, en su caso, de las decisiones correspondientes.*

### 1.4. Financiación

*El Instituto de Salud Carlos III y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas proveerán los fondos económicos necesarios para la financiación de las actuaciones mencionadas.*

### 1.5. Evaluación

*El Instituto de Salud Carlos III y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas evaluarán anualmente los resultados de los proyectos en ejecución, elaborarán las propuestas correspondientes y, en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, las someterán a la aprobación del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las Comunidades Autónomas.*

## 2. Mejora de la calidad de la asistencia sanitaria pública y de las prestaciones sanitarias públicas destinadas a las personas con discapacidad

### 2.1. Alcance y contenido

*Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria pública y de las prestaciones sanitarias públicas destinadas a las personas con discapacidad en los ámbitos de la prevención, detección y diagnóstico precoz, rehabilitación funcional, física y psíquica, tratamiento, cuidados sanitarios de larga duración, atención al deterioro precoz por causa de discapacidad y promoción de la accesibilidad y el diseño para todos.*

### 2.2. Procedimiento de desarrollo

- **Prevención**

*Elaborar y desarrollar los siguientes programas y actuaciones preventivas:*

- *Acciones de información y sensibilización periódicas dirigidas, por una parte, a profesionales médicos y, por otra, a la población general.*
- *Estudios genéticos.*
- *Incorporación de factores de riesgo a la cartilla de seguimiento de la gestación.*
- *Incorporación de factores de riesgo a la cartilla de seguimiento de la salud infantil.*
- *Otros.*

- **Diagnóstico precoz**

*Adoptar las siguientes medidas para garantizar la detección y el diagnóstico precoz de la deficiencia y de la discapacidad:*

- *Establecimiento y generalización de programas y protocolos de detección universal de enfermedades y patologías discapacitantes.*
- *Asegurar por parte de los servicios de salud y los profesionales sanitarios que las parejas, una vez realizado el diagnóstico precoz, puedan tomar sus decisiones con absoluto respeto e independencia, sin coacción directa o indirecta, facilitándoles el acceso a una información objetiva y actualizada.*

- *Programas de seguimiento pediátrico que incorporen factores de riesgo potencialmente discapacitantes en el/la niño/a.*
- *Establecimiento de centros de referencia para el caso de las patologías y enfermedades en que sea conveniente hacerlo.*
- *Potenciación de la formación del personal sanitario, en enfermedades de baja incidencia y que origina discapacidades, en algunos casos especialmente graves.*
- *Información y formación del personal sanitario en los tipos de discapacidades más frecuentes, y también en las causas que los originan.*

- **Programas de Salud**

*Elaborar y dar a conocer los Programas de Salud referidos a patologías o síndromes específicos, en los que se relacionen los diversos cuadros patológicos que más frecuentemente pueden aparecer tanto en el momento del nacimiento, en su caso, como a lo largo de la vida de la persona.*

- **Rehabilitación funcional**

*Mejorar la disponibilidad, calidad y eficacia de los recursos y prestaciones rehabilitadoras destinadas a personas con discapacidad, incluido el tratamiento logopédico y la rehabilitación psicosocial, y revisar las prestaciones y ayudas técnicas contenidas en el Catálogo Ortoprotésico, eliminando las discriminaciones existentes en la cobertura por razón de edad, mejorando y agilizando el procedimiento de concesión. Asimismo, incluir en el catálogo de prestaciones y correspondiente cartera de servicios el transporte sanitario adaptado.*

*Transporte adaptado ha de entenderse en sentido amplio, es decir, que dé satisfacción y atienda las necesidades de todas las personas con discapacidad, sin que presente barreras físicas ni de la comunicación, etc.*

*De igual modo, no limitar el tratamiento rehabilitador tiempo determinado, especialmente en aquellas enfermedades que necesitan rehabilitación continuada en el tiempo con la finalidad de conservar y potenciar en su caso las capacidades que permanecen.*

- **Tratamiento**

*1) Adecuar el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, de modo que se asegure a las personas con discapacidad una atención integral, continuada y en el nivel apropiado que la precisan.*

*Dicha adecuación quedará principalmente referida a las siguientes prestaciones:*

- *En el ámbito de la atención primaria, las relativas a la atención paliativa a enfermos terminales y a la salud bucodental, a los grupos de riesgo, a los enfermos crónicos y a los afectados por enfermedades raras.*
- *En el ámbito de la atención especializada, las relativas a consultas y hospitales de día, médicos y quirúrgicos, a hospitalización a domicilio, a rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable y no recuperable (con objeto de potenciar y conservar sus capacidades conservadas), a salud bucodental de las personas afectadas severamente por una discapacidad, así como a*

*atención paliativa a enfermos terminales y crónicos. De igual manera, ha de tenerse en cuenta la continuidad de los cuidados y la atención permanente, en aquellos supuestos en los que la discapacidad de la persona así lo requiera.*

- *En las prestaciones farmacéuticas para los enfermos crónicos y los afectados de enfermedades raras y otros tipos de personas con discapacidad, dadas las características de estos segmentos, se tendrá también en cuenta el acceso a un precio asequible a los medicamentos y otros productos imprescindibles para la salud de los enfermos y potenciar la investigación y producción de medicamentos huérfanos y su extensión a todos los consumidores, independientemente del lugar de residencia. Además, hay que revisar los procedimientos y contenidos de esta prestación para suprimir el régimen de visados, incorporar en tiempo los nuevos medicamentos que, una vez acreditada su procedencia, sirvan para una mejor atención a la persona con discapacidad, desarrollar acciones eficaces de farmacovigilancia, etc.*
- *Asimismo, en la prestación farmacéutica, revisión de las fórmulas que regulan la participación de los beneficiarios del Sistema de la Seguridad Social en el precio de los medicamentos, de forma que para determinados tipos de discapacidad o para ciertos segmentos de edad (hasta 18 años), la prestación farmacéutica sea gratuita o menos gravosa (reducción del porcentaje de participación en el gasto).*
- *La atención sociosanitaria y la revisión de las prestaciones y ayudas técnicas contenidas en el Catálogo Ortoprotésico, eliminando las discriminaciones por razón de edad, mejorando y agilizando el procedimiento de concesión de las mismas, así como recogiendo la posibilidad de financiación íntegra por parte del Sistema.*
- *El transporte sanitario adaptado, en su sentido integral.*

2) *Adecuar, en coherencia con lo especificado en el apartado anterior, la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de modo que se asegure a las personas con discapacidad una atención integral, adecuada a su discapacidad específica continuada y en el nivel adecuado que la precisan.*

- **Cuidados sanitarios de larga duración**

*Incluir tanto en el catálogo de prestaciones como en la cartera de servicios la atención sociosanitaria y la revisión de las prestaciones y ayudas técnicas contenidas en el Catálogo Ortoprotésico, mejorando y agilizando el procedimiento de concesión de las mismas.*

- **Reconocimiento de la situación de enfermo crónico.**

*Reconocimiento por parte del Sistema Nacional de Salud, con los efectos consiguientes, de la situación de enfermo crónico, que facilite una atención sanitaria integral, dirigida a mejorar la salud, atenuar los efectos de la enfermedad y proporcionar la mejor calidad de vida posible, dentro de las muchas patologías que deben incluirse en la condición de enfermo crónico, no pueden olvidarse las enfermedades raras, que al ser baja la incidencia de cada una de ellas, no se les presta la atención suficiente.*

- **Atención al deterioro precoz por causa de discapacidad**

*Incluir tanto en el catálogo de prestaciones como en la cartera de servicios la atención sociosanitaria y la revisión de las prestaciones y ayudas técnicas contenidas en el Catálogo Ortoprotésico, mejorando y agilizando el procedimiento de concesión de las mismas.*

- **Promoción de la accesibilidad y el diseño para todos**

1) *Incluir la prestación de transporte sanitario adaptado, en su sentido integral, en el catálogo de prestaciones y en la cartera de servicios.*

2) *Garantizar la accesibilidad y diseño para todos, así como la eliminación de barreras de todo tipo (físicas, de la comunicación, de la comprensión, mentales, etc.) en los edificios, centros, dependencias, instalaciones y procedimientos del ámbito sanitario público, estableciendo una especial vigilancia para que en todos los centros sanitarios existan y sean utilizadas plazas de aparcamiento reservadas para personas con movilidad reducida.*

3) *Garantizar la accesibilidad plena de los puntos de información y atención al ciudadano dependientes de las administraciones sanitarias, así como de los espacios virtuales de las redes de comunicación de acceso general, a las personas con problemas de movilidad, comunicación o comprensión.*

4) *Ofrecer a las personas con discapacidad, en forma y formato accesible, toda la información relativa a sus derechos como pacientes y como usuarios del Sistema Nacional de Salud, su historial clínico, garantizando la plena accesibilidad a la hora de prestar el consentimiento informado.*

### 2.3. Responsabilidad de ejecución

- **La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud elaborará un informe relativo a:** 1) *Las prestaciones del Sistema que tengan incidencia en el grupo de las personas con discapacidad; las insufi-*

*ciencias o deficiencias de las mismas y las propuestas de solución que correspondan; 2) La cartera de servicios del Sistema que tenga incidencia en las personas con discapacidad; las insuficiencias o deficiencias de la misma y las propuestas de solución adecuadas.*

- *La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud enviará sus conclusiones en la materia a la Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y Consumo con el fin de que, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dicho Centro directivo y, señaladamente, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas adopten las iniciativas y medidas correspondientes.*

### 2.4. Financiación

*El Ministerio de Sanidad y Consumo con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, con cargo a sus respectivos presupuestos, proveerán los fondos económicos necesarios para la financiación de las actuaciones mencionadas.*

### 2.5. Evaluación

*El Ministerio de Sanidad y Consumo y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas evaluarán anualmente los efectos de las medidas adoptadas, elaborarán las propuestas correspondientes y, en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobarán nuevas medidas que sustituyan, refuercen o complementen las existentes.*

### 3. Adecuación de la formación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud a las necesidades de las personas con discapacidad y fomento directo o indirecto de la integración laboral de las personas con discapacidad<sup>15</sup>

#### 3.1. Alcance y Contenido

*Planificar y formar los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.*

- *Incluyendo información sobre deficiencias y sobre necesidades y demandas de personas con discapacidad y de sus familias, en los programas de formación del personal sanitario, así como en las actividades de formación ocupacional en el ámbito de las ciencias de la salud.*
- *Fomentando la integración laboral directa o indirecta de personas con discapacidad en el ámbito sanitario público y, señaladamente, estableciendo los criterios básicos y las condiciones de las convocatorias de profesionales para posibilitar la incorporación a las mismas de las personas con discapacidad.*
- *Respetando los cupos de reserva consustanciales a la aplicación del principio de igualdad de trato y de no discriminación por razón de discapacidad. En este sentido, hay que garantizar la discriminación positiva hacia las personas con discapacidad en su acceso al empleo público, reservándose, como indica la Ley, un 5% de las plazas para ser cubiertas por estas personas, y mediante convocatoria pública y, en su caso, diferenciada del resto de plazas convocadas.*

<sup>15</sup> El motivo de la inclusión de la última pretensión del apartado es recoger todos los acuerdos contenidos en los protocolos suscritos entre el CERMI y el Ministerio de Sanidad y Consumo el 6 de marzo de 2001.

### 3.2. Procedimiento de desarrollo

- **Inclusión de módulos específicos sobre prevención de deficiencias y tratamiento y atención a personas con discapacidad, en los programas ordinarios de formación y especialización de científicos y técnicos sanitarios, así como desarrollo y ejecución de los citados programas.**
- **Elaboración de programas específicos de formación y especialización de científicos y técnicos sobre prevención de deficiencias y discapacidades y enfermedades de baja incidencia pero de gran efecto discapacitante, así como de tratamiento y atención a personas con discapacidad y desarrollo y ejecución de los citados programas.**
- **Estimular y procurar recursos formativos para el trabajo coordinado e interdisciplinar.**

### 3.3. Responsabilidad de ejecución

- **La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud elaborará un informe relativo a: 1) Contenido de los programas de formación del personal sanitario así como en las actividades de formación ocupacional en el ámbito de las ciencias de la salud; 2) Insuficiencias o deficiencias en la incorporación a los mismos de información sobre características y necesidades que, en el ámbito de la salud, tienen las personas con discapacidad; y 3) Propuestas de solución para evitar estas insuficiencias y deficiencias, sin olvidar las enfermedades minoritarias.**
- **La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud enviará sus conclusiones a los órganos competentes de la Administración General del Estado y de las Administraciones autonómicas**

**micas con el fin de que, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se adopten las iniciativas y medidas correspondientes.**

### 3.4. Financiación

**El Ministerio de Sanidad y Consumo y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas proveerán los fondos económicos necesarios para la financiación de las actuaciones correspondientes.**

### 3.5. Evaluación

**La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud evaluará anualmente los efectos de las medidas adoptadas, elaborará las propuestas correspondientes y, en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobará nuevas medidas que sustituyan, refuercen o complementen las existentes.**

## 4. Adaptación del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud

### 4.1. Alcance y Contenido

**Incluir en el sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud:**

- **Información específica sobre personas con discapacidad desde la óptica de la salud: derechos y deberes, prácticas de autocuidado, utilización de servicios sanitarios y posibilidad de que formulen sugerencias acerca de los aspectos mencionados.**

- **Información específica sobre las asociaciones de personas con discapacidad y de sus familias y sobre las organizaciones no gubernamentales relacionadas con el ámbito de la discapacidad.**
- **Información sobre las prestaciones sanitarias y cartera de servicios relativas a las personas con discapacidad.**

*Las campañas generalistas de difusión y sensibilización ciudadana orientadas a mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de los ciudadanos incluirán cuestiones referidas a personas con discapacidad.*

### 4.2. Procedimiento de desarrollo

- **El Observatorio del Sistema Nacional de Salud elaborará un informe relativo a:** 1) *La información específica que debe proporcionarse, desde la óptica de la salud, sobre personas con discapacidad; en concreto información relativa a derechos y deberes, prácticas de autocuidado, utilización de servicios sanitarios;* 2) *Información específica que debe proporcionarse sobre las asociaciones de personas con discapacidad y sobre las organizaciones no gubernamentales relacionadas con el ámbito de la discapacidad;* 3) *Propuestas de solución para evitar las insuficiencias y las deficiencias;* y 4) *Información sobre las prestaciones sanitarias y cartera de servicios relativas a las personas con discapacidad.*
- **El Observatorio del Sistema Nacional de Salud remitirá sus conclusiones a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud que someterá el informe al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.**
- **El Instituto de Información Sanitaria, previo acuerdo y conforme a las directrices del Consejo Interterritorial, difundirá la información correspondiente y la tomará en consideración a efectos del desarrollo de las funciones que tiene encomendadas.**

### 4.3. Responsabilidad de ejecución

*La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y los órganos de ella dependientes -el Observatorio del Sistema Nacional de Salud y el Instituto de Información Sanitaria- son responsables de la ejecución de las actuaciones mencionadas.*

### 4.4. Financiación

*El Ministerio de Sanidad y Consumo proveerá los fondos económicos necesarios para la financiación de las actuaciones correspondientes.*

### 4.5. Evaluación

*La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud evaluará anualmente los efectos de las medidas adoptadas, elaborará las propuestas correspondientes y, en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobará nuevas medidas que sustituyan, refuercen o complementen las existentes.*

## 5. Participación de las personas con discapacidad y sus familias en el Sistema Nacional de Salud

### 5.1. Alcance y Contenido

- **Participar en la elaboración y actualización del catálogo de prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en lo relativo a las personas con discapacidad.**
- **Participar en la evaluación de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a efectos de la elaboración y actualización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en lo relativo a las personas con discapacidad.**
- **Participar en el proceso previo a la autorización del uso tutelado de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos para incorpo-**

*rar en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en lo relativo a las personas con discapacidad.*

- *Participar en la evaluación del cumplimiento de las garantías de accesibilidad, movilidad, información, seguridad y calidad relativas a las prestaciones sanitarias que precisan las personas con discapacidad.*
- *Asesorar y ser consultados por la Comisión de Recursos Humanos en la revisión permanente de las enseñanzas y de la metodología educativa en el campo sanitario -tanto en la formación de pregrado como en la de postgrado- para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias del sector de población afectada por discapacidades.*
- *Asesorar a las administraciones sanitarias representadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a efectos de establecer criterios comunes para incorporar a los programas y actividades de formación continuada información sobre necesidades y demandas de las personas con discapacidad.*
- *Asesorar y ser consultados por las administraciones sanitarias a efectos de incorporar a los programas y actividades de formación ocupacional en el ámbito de las ciencias de la salud información sobre necesidades y demandas de las personas con discapacidad.*
- *Asesorar y ser consultados por las administraciones sanitarias en la evaluación de las situaciones que pudieran interesar a la competencia de los profesionales sanitarios que presenten una discapacidad.*
- *Asesorar y ser consultados por las administraciones sanitarias representadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de*

*Salud, a efectos de establecer criterios básicos y condiciones de las convocatorias de profesionales para posibilitar la incorporación a las mismas de las personas con discapacidad, teniendo siempre en cuenta una discriminación positiva a favor de este grupo de población.*

- *Asesorar y ser consultados por las administraciones sanitarias representadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre las iniciativas de investigación en salud que guarden conexión con las personas con discapacidad.*
- *Proporcionar información y asesorar a las administraciones sanitarias representadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y, en concreto, al Instituto de Información Sanitaria para la elaboración de estadísticas de las actividades sanitarias que afecten a las personas con discapacidad.*

##### 5.2. Procedimiento de desarrollo

- *El Ministro de Sanidad y Consumo constituirá el Foro Abierto de Salud para el estudio, debate y formulación de propuestas relativas al Plan Integral de Salud para personas con discapacidad.*
- *Al Foro Abierto de Salud serán convocadas las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones más representativas, en el ámbito estatal y autonómico, de las personas con discapacidad y de sus familias.*

##### 5.3. Responsabilidad de ejecución

*El Ministro de Sanidad y Consumo será responsable de la ejecución de la actuación referida en el apartado anterior.*

#### IV. PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

---

##### 5.4. Financiación

*El Ministerio de Sanidad y Consumo proveerá los fondos económicos necesarios para la financiación de las actuaciones correspondientes.*

##### 5.5. Evaluación

*El Foro Abierto de Salud evaluará anualmente los efectos de las medidas adoptadas, elaborará las propuestas correspondientes y aprobará nuevas medidas que sustituyan, refuercen o complementen las existentes.*

**ANEXO. MARCO DE COLABORACIÓN  
MSC-CERMI**



### Convenio marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, y el Comité Español de Representantes de Minusválidos, sobre atención socio-sanitaria, salud y consumo, a las personas con discapacidad.

En Madrid, a 6 de Marzo de 2001.

#### REUNIDOS

**De una parte**, la Excmá. Sra. D<sup>a</sup>. Celia Villalobos Talero, sin obligación de manifestar sus circunstancias personales por comparecer en el ejercicio de su cargo.

**Y de otra parte**, D. Alberto Arbide Mendizábal, mayor de edad, con capacidad de obrar suficiente y residencia en Madrid, calle Ortega y Gasset, 18.

#### INTERVIENEN

La Excmá. Sra. D<sup>a</sup>. Celia Villalobos Talero, como Ministra de Sanidad y Consumo, nombrada por el Real Decreto 561/2000, de 27 de abril (B.O.E. número 102), en nombre y representación de la Administración General del Estado, según lo dispuesto en la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado, de conformidad con lo establecido en el apartado dos de la disposición derogatoria única de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (B.O.E. del día 15).



Y D. Alberto Arbide Mendizábal, en su calidad, de Presidente del Comité Español de Representantes de Minusválidos, la plataforma de representación y defensa de los discapacitados españoles, de la que forman parte todas las organizaciones nacionales de discapacitados representativas de cada tipo genérico de minusvalía, integradas a su vez por más de 2.000 asociaciones, federaciones, organizaciones y entidades de discapacitados, que representa en su conjunto a más de tres millones y medio de ciudadanos españoles, en nombre y representación de la citada Entidad, de acuerdo con la designación de la Asamblea General del CERMI, de 18 de mayo de 2000, con capacidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con los Estatutos de la Entidad.

#### EXPONEN

**PRIMERO:** Que el Ministerio de Sanidad y Consumo (en adelante, MSC), como Órgano de la Administración General del Estado, es el encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del Gobierno sobre política de salud, de planificación y asistencia sanitaria, y de consumo, teniendo encomendadas la dirección, ejecución e impulso de las políticas y actuaciones dirigidas a propiciar la promoción de crecientes niveles de bienestar social para el conjunto de los ciudadanos, así como la elaboración, impulso y ejecución de la actuación política en el ámbito socio-sanitario.



**SEGUNDO:** Que el Comité Español de Representantes de Minusválidos (en adelante, CERMI), Asociación establecida en Madrid, de ámbito estatal, y registrada con el número 162.062 en el Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio del Interior, es la plataforma de representación y defensa de los ciudadanos españoles con discapacidad, teniendo entre sus fines prioritarios la mejora de las condiciones de vida, socio-sanitarias, de salud y consumo de las personas con discapacidad, poniendo los medios para lograr la plena normalización de este grupo social que en España asciende a más de tres millones y medio de ciudadanos, un 9% de la población total.

**TERCERO:** Que la Constitución Española en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud en su artículo 49, encomienda a los poderes públicos la realización de una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título I de la Constitución otorga a todos los ciudadanos.

**CUARTO:** Que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad dispone en su artículo 1.2 que son titulares del derecho a la protección de la salud y a



la atención sanitaria todos los españoles y en su artículo 3 que los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

**QUINTO:** A su vez, la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, establece en su artículo 3 que los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos que la Constitución reconoce a las personas con discapacidad, constituyendo una obligación del Estado, entre otras, la prevención, los ciudadanos médicos y psicológicos y la rehabilitación adecuada.

**SEXTO:** Que las partes coinciden en la conveniencia y necesidad de aunar esfuerzos e impulsar desde el ámbito de competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo iniciativas, programas, proyectos y acciones dirigidos a mejorar las condiciones de vida, de salud y consumo de las personas con discapacidad, dadas las características propias de este grupo social y las dificultades singulares que encuentran sus componentes por su situación de partida de objetiva desventaja para disfrutar de los derechos que la Constitución reconoce a todos los españoles.

En consideración a todo ello, ambas partes **ACUERDAN** suscribir el presente Convenio de colaboración que se regirá por las siguientes:



### CLÁUSULAS

#### PRIMERA: MARCO GENERAL DE COLABORACIÓN

El presente Convenio General define el marco, el régimen y los términos de la colaboración entre el MSC y el CERMI para mejorar las condiciones de vida, de salud y de consumo de las personas con discapacidad, arbitrándose iniciativas, programas, medidas y acciones en los ámbitos de actuación y competencia del MSC dirigidas a tales fines socio-sanitarios.

#### SEGUNDA: ÁMBITOS DE COLABORACIÓN

La colaboración entre el MSC y el CERMI en los objetivos socio-sanitarios antedichos se extenderá a todos los ámbitos de actuación y competencias del MSC y de los Organismos y entidades de él dependientes susceptibles en su acción política y administrativa de promover iniciativas, programas, medidas y acciones que redunden en una mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad, constituyendo para el MSC la discapacidad una referente que tendrá en cuenta transversalmente a la hora de planificar, definir y aplicar sus distin-



tas líneas de acción política en los ámbitos de competencia que tiene atribuidos.



A título orientativo, los campos a los que se extiende esta colaboración son:

- Prevención de la discapacidad, mediante el impulso de la investigación científico-médica aplicada a las deficiencias y minusvalías y la adopción de programas preventivos.
- Diagnóstico precoz de las deficiencias y rehabilitación funcional de las personas con discapacidad susceptibles de esa atención.
- Promoción de la salud de las personas con discapacidad dentro de la política general de salud seguida por la Administración General del Estado, con especial atención a las singularidades que presenta el grupo social de las personas con discapacidad en esta materia.
- La asistencia sanitaria y los cuidados médicos y psicológicos y psiquiátricos, así como el de las prestaciones farmacéuticas y medicamentos. Por sus especiales características, pueden definirse marcos de actuación concretos en esta materia el Plan de Prevención de la Sordera Infantil y el Plan de Actuación en el campo de la Enfermedad Mental.
- La inclusión de la discapacidad como materia en los programas formativos que impulse o imparta el MSC para la mejora de la cualificación del personal sanitario.
- Promover la revisión del catálogo ortoprotésico y el régimen de ayudas técnicas establecido con objeto de acomodarlo a la realidad social, económica y de salud de las personas con discapacidad y a sus necesidades y demandas.





- La protección del consumidor discapacitado, teniendo presentes las peculiaridades que en esta esfera manifiestan las personas con discapacidad.
- La promoción de la accesibilidad y el diseño para todos desde el origen mediante la eliminación de barreras físicas y de la comunicación y la planificación accesible para actuaciones futuras en los centros, dependencias y espacios (incluidos los virtuales como sitios de Internet y demás herramientas propias de la sociedad de la información) del MSC, así como en los de los Organismos y Entidades de él dependientes.
- El desarrollo de los servicios y prestaciones socio-sanitarias con incidencia en la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- El fomento de la integración laboral tanto a través de medidas directas como indirectas de las personas con discapacidad y de la posición económica de las empresas que integran mayoritariamente en sus plantillas a trabajadores discapacitados.
- Fomento de la presencia de la plataforma representativa de la discapacidad en los órganos de participación institucional existentes o que se pueden crear en el futuro en el seno del MSC, de forma que los representantes de los discapacitados puedan conocer con antelación, sugerir y hacer propuestas y participar en el proceso de toma de decisiones o aprobación de normas con eventual incidencia en la esfera de las personas con discapacidad.
- Consulta y asesoramiento. El MSC podrá recabar el parecer y el criterio especializado del CERMI o de sus Organizaciones miembros en aquellas materias objeto de acuerdo en



- este Convenio que aquél considere oportuno someter a su consideración, de forma que el MSC pueda contar de primera mano con opinión del sector de la discapacidad anticipadamente a la elaboración o aprobación de normas o proyectos de normas o a la adopción de iniciativas, programas, medidas y acciones con repercusión en la esfera de las personas con discapacidad.
- Realización de estudios e investigaciones sociológicas o de otro tipo en los campos de actuación previstos en este convenio.
  - Información al sector de la discapacidad, a través del CERMI, de aquellas cuestiones de interés para la población discapacitada de las que le MSC tenga conocimiento por la pertenencia o participación del Estado español en entidades supranacionales (Unión Europea, etc.) o en Organizaciones y Organismos Internacionales (Organización Mundial de la Salud, etc.).
  - Aquellos otros que las partes, en el marco de este convenio marco de colaboración, consideren pertinente incluir y respondan a los fines socio-sanitarios y de interés general perseguidos.

### TERCERA: PROTOCOLOS O ANEXOS DE DESARROLLO

La colaboración recogida en este Convenio, podrá ser objeto de desarrollo y concreción por medio de protocolos o anexos, que tendrán la misma consideración jurídica y los mismos efectos vinculantes que este Convenio Marco, en los que se reflejará pormenorizadamente, la



dimensión y alcance de la cooperación, así como los compromisos de toda índole que asumen las partes.

Estos anexos o protocolos adicionales tendrán, desde el momento de su firma válida, la consideración de parte integrante de este convenio general, siéndoles de aplicación el régimen y las normas reguladoras contenidos en el mismo.

**CUARTA: NÓMINA DE PROTOCOLOS O ANEXOS DE DESARROLLO**

Paulatinamente se suscribirán los correspondientes Protocolos o Adendas al presente Convenio Marco, desarrollando el mismo, citados en la cláusula anterior, y a los que se hace referencia a continuación:

- *Protocolo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, y el Comité Español de Representantes de Minusválidos en materia de promoción socio-sanitaria de las personas con discapacidad.*
- *Protocolo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Planificación Sanitaria de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria y el Comité Español de Representan-*



*tes de Minusválidos en materia de mejora de la atención socio-sanitaria a las personas con discapacidad.*

- *Protocolo de colaboración entre el Instituto de Salud Carlos III y el Comité Español de Representantes de minusválidos.*
- *Protocolo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto Nacional de Consumo, y el Comité Español de Representantes de Minusválidos en materia de protección en el ámbito del consumo de las personas con discapacidad.*
- *Protocolo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto Nacional de la Salud, y el Comité Español de Representantes de Minusválidos, para la mejora de la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad.*

Los protocolos o Anexos de desarrollo que se hayan de firmar entre el MSC, por sí, o a través de algún Organismo o Entidad de él dependiente, y el CERMI no comprendidos en la relación anterior, se podrán suscribir a partir de la rima del presente Convenio Marco.

**QUINTA: DIFUSIÓN DE LA COLABORACIÓN A OTRAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS**


El MSC Informará del contenido de este Convenio Marco y de los Protocolos o Anexos de Desarrollo que se suscriban, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como ejemplo de buenas prácticas y de diálogo civil, en el ámbito de la promoción de la salud entre la Administración Pública y las plataformas de representación de un determinado grupo social, instando a las Comunidades Autónomas a considerar la posibilidad de suscribir en sus esfera territorial acuerdos de este tipo.

**SEXTA: VIGENCIA**


El presente Convenio Marco de colaboración tendrá vigencia indefinida, salvo que, por escrito, cualquiera de las partes lo denuncie; dicha denuncia se habrá de formalizar con tres meses de antelación a la fecha en que se desee dejar sin efecto el Convenio y sin perjuicio de las actuaciones que, en ese momento estén iniciadas, las cuales habrán de ser finalizadas en todo caso con arreglo al Convenio.

**SÉPTIMA: NATURALEZA JURÍDICA**


Este Convenio Marco se encuentra excluido del ámbito de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, en virtud de lo establecido en el artículo 3.1.d) de dicho texto legal.

**OCTAVA: FUERO**

Las cuestiones litigiosas que pudieran derivarse del presente Convenio Marco, dada su naturaleza jurídico-administrativa, serán sometidas al orden jurisdiccional contencioso-administrativo.

**NOVENA: COMISIÓN GENERAL DE SEGUIMIENTO DEL CONVENIO**


Se constituye una Comisión General de Seguimiento integrada por cinco representantes de cada una de las partes (MSC y CERMI), a la que corresponderá velar por el correcto desarrollo y ejecución de lo dispuesto en este Convenio Marco, así como impulsar la adopción de las medidas y acciones necesarias para el cabal cumplimiento de los objetivos comunes perseguidos por las partes.

La designación de los miembros que formarán parte de la Comisión, se realizará necesaria-



mente en el plazo del mes siguiente a la firma de este Convenio, mediante cruce de escritos de las partes comunicando sus respectivos nombramientos. La Comisión Constituirá el cauce estable de comunicación entre el MSC y el CERMI.

La propia Comisión, una vez constituida, decidirá su régimen de reuniones y de adopción válida de acuerdos. Las Comisiones Sectoriales instituidas en el seno de cada Protocolo de Colaboración, dependerán de la Comisión General establecida en esta cláusula, a la que darán cuenta sus trabajos y actuaciones, elevando aquéllas propuestas de decisión que en el curso de sus labores y en el marco del objeto y los compromisos del Protocolo singular firmado, entiendan que es necesario adoptar.

**DILIGENCIA:** Para hacer constar que este Convenio Marco ha sido informado favorablemente por el Servicio Jurídico del Estado, con fecha 26 de Febrero de 2001.

Y, en prueba de conformidad, firman el presente Convenio Marco, en tantos ejemplares como personas signatarias, en el lugar y fecha arriba indicados.



**POR EL MSC**

Celia Villalobos Talero  
Ministra

**POR EL CERMI**

Alberto Arbide Mendizábal  
Presidente



## Protocolo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, y el Comité Español de Representantes de Minusválidos en materia de promoción socio-sanitaria de las personas con discapacidad.

Protocolo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, y el Comité Español de Representantes de Minusválidos en materia de promoción socio-sanitaria de las personas con discapacidad.

En Madrid, a 6 de Marzo de 2001.

### REUNIDOS

**De una parte,** la Excm. Sra. D<sup>a</sup>. Celia Villalobos Talero, sin obligación de manifestar sus circunstancias personales por comparecer en el ejercicio de su cargo.

**Y de otra parte,** D. Alberto Arbide Mendizábal, mayor de edad, con capacidad de obrar suficiente y residencia en Madrid, calle Ortega y Gasset, 18.

### INTERVIENEN

La Excm. Sra. D<sup>a</sup>. Celia Villalobos Talero, como Ministra de Sanidad y Consumo, nombrada por el Real Decreto 561/2000, de 27 de abril (B.O.E. número 102), en nombre y representación de la Administración General del Estado, se-



gún lo dispuesto en la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado, de conformidad con lo establecido en el apartado dos de la disposición derogatoria única de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (B.O.E. del día 15).

Y D. Alberto Arbide Mendizábal en su calidad de Presidente del Comité Español de Representantes de Minusválidos, la plataforma de representación y defensa de los discapacitados españoles, de la que forman parte todas las organizaciones nacionales de discapacitados representativas de cada tipo genérico de minusvalía, integradas a su vez por más de 2.000 asociaciones, federaciones, organizaciones y entidades de discapacitados, que representa en su conjunto a más de tres millones y medio de ciudadanos españoles, en nombre y representación de la citada Entidad, de acuerdo con la designación de la Asamblea General del CERMI, de 18 de mayo de 2000, con capacidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con los Estatutos de la Entidad.

### EXPONEN

**PRIMERO:** Que el Ministerio de Sanidad y Consumo (en adelante, MSC), y el Comité Español de Representantes de Minusválidos (en adelante, CERMI), con fecha 6 de Marzo de 2001, han suscrito un *Convenio Marco de colaboración sobre atención, socio-sanitaria, salud y consumo a las personas con discapacidad*, en cuya cláusula 3<sup>a</sup>



se establece que “la colaboración recogida en este Convenio podrá ser objeto de desarrollo y concreción por medio de protocolos o anexos, que tendrán la misma consideración jurídica y los mismos efectos vinculantes que este Convenio Marco, en los que se reflejará pormenorizadamente la dimensión y alcance de la cooperación, así como los compromisos de toda índole que asumen las partes”.

Que es voluntad de las partes acogerse a la previsión contenida en la Cláusula 3ª del Convenio Marco ya citado y proceder a suscribir el presente Protocolo de Desarrollo para la colaboración en los aspectos específicos que se relacionan seguidamente.

**SEGUNDO:** Que entre las materias objeto de colaboración acordadas entre el MSC y el CERMI y recogidas en la cláusula segunda del mencionado Convenio Marco, figuran una serie de atribuciones y ámbitos de actuación competencia de la Subsecretaría del MSC o de Centros Directivos, Organismos o Entidades adscritos jerárquica y funcionalmente a la misma.

**TERCERO:** Que en el presente Protocolo, que tendrá la misma consideración jurídica y los mismos efectos vinculantes que el Convenio Marco al que com-



pleta y desarrolla, se refleja pormenorizadamente la dimensión y alcance de la cooperación, así como los compromisos de toda índole que asumen las partes, entre el MSC y el CERMI en las que se establecen en las cláusulas de su parte dispositiva que siguen a continuación.

### CLÁUSULAS

**PRIMERA: ÁMBITO DE MATERIAS DEL PRESENTE PROTOCOLO**

El presente Protocolo de desarrollo del Convenio Marco de colaboración suscrito entre el MSC y el CERMI, se extiende a aquellas materias y ámbitos de actuación de los recogidos en la cláusula 2ª del Convenio Marco que son atribución o competencia de la Subsecretaría del MSC o de Centros Directivos, Organismos o Entidades adscritos a la misma.

**SEGUNDA: COLABORACIÓN EN MATERIA DE FOMENTO DE LA INTEGRACIÓN LABORAL DIRECTA E INDIRECTA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ÁMBITO DEL MSC**

**1.** En su ámbito de actuación, el MSC estimulará el fomento de la integración laboral de las personas con discapacidad, tanto a través de medidas directas como indirectas, y de la posición económica de las empresas de integran



mayoritariamente en sus plantillas a trabajadores discapacitados.

**2.** El MSC promoverá la adopción de las medidas operativas precisas, para facilitar el cumplimiento efectivo de la obligación de reserva legal de puestos de trabajo en la función pública, con arreglo a lo que dispone la legislación en la materia, y estudiará, recabando el parecer del CERMI, la posibilidad de adoptar medidas suplementarias que faciliten ese cumplimiento. En este sentido, los procesos selectivos que convoque el MSC y sus Organismos y Entidades, contendrán las medidas necesarias para remover los obstáculos que impidan o dificulten la plena participación en los mismos, de las personas con discapacidad en condiciones de igualdad, pudiendo proceder a la adaptación de las pruebas, la concentración de plazas reservadas en determinadas categorías especialmente propicias en atención al perfil formativo de los eventuales candidatos discapacitados, etc.

Como iniciativa pionera y en atención a la importancia para el SNS de la Convocatoria de plazas para Médicos Internos Residentes (MIR)



y Farmacéuticos Internos Residentes (FIR), por parte del MSC, se procederá a la revisión de la normativa para la habilitación de un turno específico, con destino a personas con discapacidad, que cumpliendo los requisitos generales de la Convocatoria, decidan presentarse y que para la convocatoria del próximo ejercicio, ascenderá a quince personas.

Asimismo, el MSC elaborará un informe del grado de cumplimiento de la citada obligación de reserva o, en su caso de las medidas alternativas legalmente establecidas, en el ámbito del propio Ministerio y de los Organismos y Entidades de él dependientes.

**3.** A fin de favorecer, dentro del marco legal establecido, la posición económica de las empresas que integran laboralmente a trabajadores con discapacidad, observando de este modo las previsiones de la Ley de Integración Social de Minusválidos y normas complementarias, el MSC expresa su voluntad de criterios de preferencia en la adjudicación de contratos, teniendo en cuenta la integración de discapacitados en las empresas licitadoras.



**TERCERA: PROMOCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y EL DISEÑO PARA TODOS Y LA ELIMINACIÓN DE BARRERAS DE TODO TIPO EN LOS EDIFICIOS, CENTROS, DEPENDENCIAS E INSTALACIONES DEL MSC**

1. El MSC expresa su voluntad de elaborar y poner en práctica un Plan de Accesibilidad Integral que garantice el acceso y el uso por parte de los ciudadanos con problemas de movilidad o comunicación de sus edificios, centros, dependencias e instalaciones abiertas al público. De igual modo, el MSC se compromete a proyectar y diseñar en condiciones de plenas accesibilidad, los edificios, centros, dependencias e instalaciones que construya o habilite en el futuro, de modo que desde su puesta en marcha o en uso sean practicables por las personas con problemas de movilidad o comunicación.

2. El MSC se compromete a proyectar y diseñar en condiciones de plenas accesibilidad para las personas cuya discapacidad así lo precise (fundamentalmente, ciegas y deficientes visuales), los espacios virtuales (direcciones de Internet, portales, autopistas de la información, etc.) que habilite o disponga en las redes de comunicación de acceso general. En concreto, el MSC



garantizará la accesibilidad de Portalsalud, la autopista de la información en las materias y ámbitos de actuación propios de ese Ministerio.

3. Para la consecución de los objetivos socio-sanitarios recogidos en los números anteriores, el MSC podrá contar el asesoramiento técnico del CERMI o de sus organizaciones miembro con el fin de que las actuaciones que se desarrollen en virtud de este compromiso respondan a las necesidades particulares y a la situación específica de las personas con problemas de movilidad o comunicación.

**CUARTA: INFORMACIÓN, ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN**

1. El MSC se compromete a que los puntos de información y atención al ciudadano de él dependientes, sean plenamente accesibles para las personas con problemas de movilidad o comunicación.

2. La autopista de la información Portalsalud que es estos momentos prepara el MSC como portal virtual genérico en cuestiones de salud y socio-sanitarias, contendrá un apartado específico referido a las personas con discapacidad desde la óptica de la salud y el consumo.



3. El MSC incluirá las cuestiones que conciernen a las personas con discapacidad como temas o asuntos de las campañas generalistas de difusión y sensibilización ciudadana que anualmente lleva a cabo para mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de los ciudadanos españoles. Durante el año 2001, esta campaña de comunicación pública, vendrá referida a la prevención de deficiencias y patologías que originan discapacidad o minusvalía. El CERMI aportará con carácter previo su parecer a los servicios del MSC, encargados de elaborar estos materiales para que el mensaje que se transmita sea acorde con la realidad y las aspiraciones de las personas con discapacidad.

En años posteriores, los temas o asuntos de estas campañas se decidirán en el seno de la Comisión Sectorial y por los cauces y procedimientos establecidos en la cláusula 6ª de este Protocolo.

**QUINTA: PARTICIPACIÓN DEL CERMI EN ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN INSTITUCIONAL DEL MSC**

La subsecretaría del MSC, estudiará la posibilidad de incorporar al CERMI como entidad representativa de las personas con discapacidad a los órganos de participación institucional existentes en el seno del MSC, o que pue-



dan crearse en el futuro, de forma que los representantes de los discapacitados puedan conocer con antelación, sugerir y hacer propuestas y participar en el proceso de toma de decisiones o aprobación de normas con eventual incidencia en la esfera de las personas con discapacidad.

**SEXTA: COMISIÓN SECTORIAL**

Se constituye una Comisión Sectorial de Seguimiento integrada por tres representantes de cada una de las partes (Subsecretaría y Centros Directivos del MSC y CERMI), a la que corresponderá velar por el correcto desarrollo y ejecución de lo dispuesto en este Protocolo, así como elevar propuestas de decisión que excedan de su ámbito de atribuciones a la Comisión General de Seguimiento establecida en la cláusula 9ª del Convenio Marco suscrito entre el MSC y el CERMI del que este Protocolo trae causa.

**SÉPTIMA: OTRAS DISPOSICIONES**

Las cuestiones instrumentales referidas a vigencia, naturaleza jurídica, fuero y demás conexas serán las mismas que las establecidas para el Convenio Marco entre MSC y el CERMI, del que este Protocolo de Desarrollo trae origen.

Y, en prueba de conformidad, firman el presente Convenio Marco, en tantos ejemplares como personas signatarias, en el lugar y fecha arriba indicados.

**POR EL MSC**



Celia Villalobos Talero  
Ministra

**POR EL CERMI**



Alberto Arbide Mendizábal  
Presidente



**Protocolo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Planificación Sanitaria de la Secretaría General de Gestión y Cooperación sanitaria y el Comité Español de Representantes de Minusválidos en materia de mejora de la atención socio-sanitaria a las personas con discapacidad.**

En Madrid, a 6 de Marzo de 2001.

**REUNIDOS**

**De una parte,** la Excm. Sra. D<sup>a</sup>. Celia Villalobos Talero, sin obligación de manifestar sus circunstancias personales por comparecer en el ejercicio de su cargo.

**Y de otra parte,** D. Alberto Arbide Mendizábal, mayor de edad, con capacidad de obrar suficiente y residencia en Madrid, calle Ortega y Gasset, 18.

**INTERVIENEN**



La Excm. Sra. D<sup>a</sup>. Celia Villalobos Talero, como Ministra de Sanidad y Consumo, nombrada por el Real Decreto 561/2000, de 27 de abril (B.O.E. número 102), en nombre y representación de la Administración General del Estado, según lo dispuesto en la Ley de Régimen Jurídico de la Adminis-



tración del Estado, de conformidad con lo establecido en el apartado dos de la disposición derogatoria única de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (B.O.E. del día 15).

Y el Sr. D. Alberto Arbide Mendizábal, en su calidad, de Presidente del Comité Español de Representantes de Minusválidos (en adelante CERMI), la plataforma de representación y defensa de los discapacitados españoles, de la que forman parte todas las organizaciones nacionales de discapacitados representativas de cada tipo genérico de minusvalía, integradas a su vez por más de 2.000 asociaciones, federaciones, organizaciones y entidades de discapacitados, que representa en su conjunto a más de tres millones y medio de ciudadanos españoles, en nombre y representación de la citada Entidad, de acuerdo con la designación de la Asamblea General del CERMI, de 18 de mayo de 2000, con capacidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con los Estatutos de la Entidad.

### EXPONEN



**PRIMERO:** Que el Ministerio de Sanidad y Consumo (en adelante, MSC), y el Comité Español de Representantes de Minusválidos (en adelante, CERMI), con fecha 6 de Marzo de 2001, han suscrito un *Convenio Marco de colaboración sobre atención, socio-sanitaria, salud y consumo a las personas con discapacidad*, en cuya cláusula 3ª



se establece que “la colaboración recogida en este Convenio podrá ser objeto de desarrollo y concreción por medio de protocolos o anexos, que tendrán la misma consideración jurídica y los mismos efectos vinculantes que este Convenio Marco, en los que se reflejará pormenorizadamente la dimensión y alcance de la cooperación, así como los compromisos de toda índole que asumen las partes”.

**SEGUNDO:** Que la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, según el artículo 10 del R.D. 1450/2000, de 28 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del MSC, es un órgano directivo superior al servicio del Sistema Nacional de Salud y que tiene adscrito, entre otros Centros Directivos, la Dirección General de Planificación Sanitaria.

**TERCERO:** Que es voluntad de las partes acogerse a la previsión contenida en la Cláusula 3ª del Convenio Marco ya citado y proceder a suscribir el presente Protocolo de Desarrollo para la colaboración en los aspectos específicos que se recogen en la parte dispositiva que sigue.



**CUARTO:** Que entre las materias objeto de colaboración acordadas entre el MSC y el CERMI y recogidas en la cláusula segunda del mencionado Conve-



nio Marco, figuran una serie de atribuciones y ámbitos de actuación competencia del MSC, potestades que este Ministerio ejerce a través de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria o de los Centros Directivos adscritos a la misma.

**QUINTO:** Que en el presente Protocolo, que tendrá la misma consideración jurídica y los mismos efectos vinculantes que el Convenio Marco a que completa y desarrolla, se refleja pormenorizadamente la dimensión y alcance de la cooperación, así como los compromisos de toda índole que asumen las partes, entre el MSC y el CERMI en las materias que se establecen en las cláusulas de su parte dispositiva que siguen a continuación.

### CLÁUSULAS

**PRIMERA: ÁMBITO DE MATERIAL DEL PRESENTE PROTOCOLO**

El presente Protocolo de desarrollo del Convenio Marco de colaboración suscrito entre el MSC y el CERMI establece el régimen, los términos y los compromisos alcanzados entre el MSC y el CERMI en el ámbito de la asistencia y la planificación sanitarias y de los servicios socio-sanitarios, todo ello desde la perspectiva de



las personas con discapacidad y de las necesidades y demandas singulares que este grupo social presenta en esta esfera de la salud.

**SEGUNDA: ASPECTO DE LA COLABORACIÓN ENTRE EL CERMI Y EL MSC A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LA SECRETARÍA GENERAL DE COOPERACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA**

**1.** En Virtud de la colaboración establecida en este Protocolo, el MSC incluirá en el ámbito de su iniciativa de Observatorio sanitario estudios sobre la asistencia sanitaria prestada a enfermedades discapacitantes, tales como el caso paradigmático de la enfermedad mental.

**2.** La Dirección General de Planificación Sanitaria, centro directivo adscrito a la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, prestará una especial atención a la discapacidad en sus distintas actuaciones planificadoras, prioritariamente en el Plan de Atención Socio-sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

**3.** De igual modo, la Dirección General de Planificación Sanitaria, tendrá en cuenta la discapacidad en los estudios prospectivos sobre necesidades asistenciales y de promoción de la salud de los ciudadanos, pudiendo realizar, a



propuesta o sugerencia del CERMI, estudios específicos sobre determinadas discapacidades o minusvalías.

**4.** La Secretaría General de Cooperación y Asistencia Sanitaria, a través del órgano administrativo competente, podrá recabar el parecer y el criterio especializado del CERMI con carácter previo a la modificación o revisión de las prestaciones contenidas en el Catálogo Ortoprotésico, que tengan como destinatarios a las personas con discapacidad. El CERMI, en el plazo de consulta que le marque el órgano administrativo, emitirá un informe sobre la revisión o modificación propuesta que el MSC examinará antes de proponer o adoptar la decisión que corresponda.

A los efectos de consulta con las organizaciones de discapacitados para todo lo relacionado con la revisión o modificación del Catálogo Ortoprotésico, el MSC reconoce al CERMI como plataforma representativa exclusiva de los discapacitados, canalizando a través de esta Entidad, las consultas y peticiones de observaciones y sugerencias que dirija a este sector de ciudadanos.

**5.** En el plazo de tres meses, a contar desde la firma de este Protocolo, el CERMI remitirá a la Dirección General de Planificación Sanitaria,



para su traslado al órgano administrativo competente, una propuesta de revisión y ampliación del Catálogo Ortoprotésico, que se compromete a examinar. La propuesta de revisión que presente el CERMI tendrá por objeto actualizar, acomodar y aquilatar las prestaciones y ayudas técnicas contenidas en el Catálogo a la realidad de las personas con discapacidad y a los avances y progresos experimentados en este ámbito de la atención técnico-sanitaria.

**6.** La Dirección General de Planificación Sanitaria, trasladará al CERMI, sin contraprestación, copia en el formato adecuado de los materiales en los que se establecen las características técnicas de las prestaciones del Catálogo Ortoprotésico, que tienen como destinatarios a las personas con discapacidad, autorizando asimismo al CERMI su uso público, con objeto de contribuir a su difusión entre el mayor número posible de entidades y personas con discapacidad.

**TERCERA: COMISIÓN DE SEGUIMIENTO**

Se constituye una Comisión de Seguimiento integrada por tres representantes de cada una de las partes (Dirección General de Planificación Sanitaria y CERMI), a la que corresponderá velar por el correcto desarrollo y ejecución de lo dispuesto en este Protocolo, así como elevar

propuestas de decisión que excedan de su ámbito de atribuciones a la Comisión General de Seguimiento, establecida en la cláusula 9ª del Convenio Marco suscrito entre el MSC y el CERMI del que este Protocolo trae causa.

**CUARTA: OTRAS DISPOSICIONES**

Las cuestiones instrumentales referidas a vigencia, naturaleza jurídica, fuero y demás conexas serán las mismas que las establecidas para el Convenio Marco entre el MSC y el CERMI, del que este Protocolo de Desarrollo trae origen.

Y, en prueba de conformidad, firman el presente Convenio Marco, en tantos ejemplares como personas signatarias, en el lugar y fecha arriba indicados.

**POR EL MSC**



Celia Villalobos Talero  
Ministra

**POR EL CERMI**



Alberto Arbide Mendizábal  
Presidente

**Protocolo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto Nacional de la Salud, y el Comité Español de Representantes de Minusválidos para la mejora de la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad.**

En Madrid, a 6 de Marzo de 2001.

**REUNIDOS**

**De una parte**, el Ilmo. Sr. D. José María Bonet Bertomeu, sin obligación de manifestar sus circunstancias personales por comparecer en el ejercicio de su cargo.

**Y de otra parte**, el Sr. D. Rafael de Lorenzo García, mayor de edad, con capacidad de obrar suficiente y residencia en Madrid, calle Ortega y Gasset, 18.

El Ilmo. Sr. D. José María Bonet Bertomeu, en su calidad de Director General del Instituto Nacional de la Salud (en adelante Insalud), nombrado por el Real Decreto 960/2000, de 26 de Mayo (B.O.E. número 127) en nombre y representación del Insalud, organismo público al que, con arreglo a lo establecido en el artículo 57 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y la disposición transitoria tercera I, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sani-



dad, corresponde la gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en el ámbito territorial de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido dichas competencias, así como en Ceuta y Melilla.

Y el Sr. D. Rafael de Lorenzo García, en su calidad de Secretario General del Comité Español de Representantes de Minusválidos (en adelante, CERMI), la plataforma de representación y defensa de los discapacitados españoles, de la que forman parte todas las organizaciones nacionales de discapacitados representativas de cada tipo genérico de minusvalía, integradas a su vez por más de 2.000 asociaciones, federaciones, organizaciones y entidades de discapacitados, que representa en su conjunto a más de tres millones y medio de ciudadanos españoles, en nombre y representación de la citada Entidad, de acuerdo con la designación de la Asamblea General del CERMI, de 18 de mayo de 2000, con capacidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con los Estatutos de la Entidad.

### EXPONEN

**PRIMERO:** Que el Ministerio de Sanidad y Consumo (en adelante, MSC), y el Comité Español de Representantes de Minusválidos (en adelante, CERMI), con fecha 6 de marzo de 2001, han suscrito un *Convenio Marco de colaboración para la mejora de las condiciones de vida, sociales, de salud y consumo de las personas con discapacidad*, en cuya cláusula 3ª se establece que “la



colaboración recogida en este Convenio podrá ser objeto de desarrollo y concreción por medio de protocolos o anexos, que tendrán la misma consideración jurídica y los mismos efectos vinculantes que este Convenio Marco, en los que se reflejará pormenorizadamente la dimensión y alcance de la cooperación, así como los compromisos de toda índole que asumen las partes”.

**SEGUNDO:** Que el Insalud es un organismo público adscrito a al Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, al que, con arreglo a lo establecido en el artículo 57 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y la disposición transitoria tercera I, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, corresponde la gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en el ámbito territorial de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido dichas competencias, así como en Ceuta y Melilla.

**TERCERO:** Que es voluntad de las partes acogerse a la previsión contenida en la Cláusula 3ª del Convenio Marco ya citado y proceder a suscribir el presente Protocolo de Desarrollo para la colaboración en los aspectos específicos que se recogen en la parte dispositiva que sigue.



**CUARTO:** Que entre las materias objeto de colaboración acordadas ente el MSC y el CERMI y recogidas en la cláusula segunda del mencionado Convenio Marco figuran una serie de atribuciones y ámbitos de actuación competencia del MSC, potestades que este Ministerio ejerce a través del Insalud.

**QUINTO:** Que en el presente Protocolo, que tendrá la misma consideración jurídica y los mismos efectos vinculantes que el Convenio Marco al que completa y desarrolla, se refleja pormenorizadamente la dimensión y alcance de la cooperación, así como los compromisos de toda índole que asumen las partes, entre el MSC, a través del Insalud, y el CERMI en las materias que se establecen en las cláusulas de su parte dispositiva que siguen a continuación.

### CLÁUSULAS

**PRIMERA: ÁMBITO DE MATERIAL DEL PRESENTE PROTOCOLO**

El presente Protocolo de desarrollo del Convenio Marco de colaboración suscrito entre el MSC y el CERMI establece el régimen, los términos y los compromisos alcanzados entre el MSC y el CERMI en materia de mejora de la asistencia y prestaciones sanitarias que reciben las personas con discapacidad en el ámbito te-



rritorial de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido estas competencias, así como en Ceuta y Melilla.

**SEGUNDA: ASPECTOS CONCRETOS DE LA COLABORACIÓN ENTRE CERMI Y EL MSC, A TRAVÉS DEL INSALUD**

**1.** En virtud de lo establecido en este Protocolo, la discapacidad constituye para el INSALUD un referente singularizado que este Organismo tendrá en cuenta transversalmente a la hora de definir, planificar y aplicar sus distintas líneas de acción en el ámbito de competencias que tiene atribuido según sus normas reguladoras.

**2.** El INSALUD, en su esfera de actuación, reforzará las líneas de acción que lleva a cabo a fin seguir mejorando la prevención de la discapacidad por medio de la coordinación e impulso de los programas de investigación médica y sanitaria aplicada a las deficiencias y minusvalías que viene desarrollando. De igual manera actuará en lo referido al diagnóstico precoz de las enfermedades y deficiencias que causan discapacidad y a la rehabilitación funcional de los discapacitados.

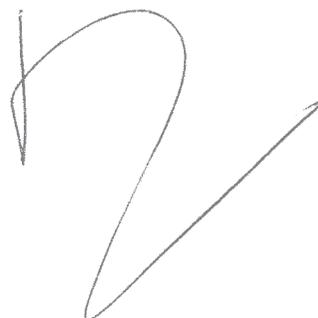
**3.** El INSALUD prestará una especial atención a los aspectos de la enfermedad mental que entran dentro de su ámbito de actuación en el



campo sanitario, comprometiéndose a poner en común, a través de los cauces y mecanismos del Sistema Nacional de Salud, experiencias y conocimientos y promover esfuerzos de coordinación con otras Administraciones con competencias en atención sanitaria, de forma que se mejore el tratamiento y la asistencia que el Sistema de Salud depara a las personas con enfermedad mental.

4. El INSALUD incorporará la realidad de la discapacidad y sus dimensión y efectos en el campo de la salud y la asistencia sanitaria a los procesos formativos que promueva para mejorar la cualificación del personal sanitario, así como del administrativo o auxiliar, que tiene adscrito. En virtud de esta previsión, el INSALUD incluirá módulos especializados en materia discapacidad en los programas formativos ordinarios que desarrolla en el marco de la formación continua del personal sanitario y del personal administrativo y auxiliar de las instituciones sanitarias.

Asimismo, programará y organizará procesos formativos específicos sobre discapacidad para estos mismos destinatarios, contando para ello con la colaboración del CERMI y sus entidades miembro, que prestarán al INSALUD el asesoramiento técnico y operativo que se les requiera.



Durante el año 2001, el INSALUD, con la colaboración del CERMI, organizará en Madrid un seminario sobre “Atención Sanitaria a Personas con Discapacidad” dirigido a su personal sanitario y administrativo, de modo que éste pueda conocer mejor la realidad de las personas con discapacidad y las necesidades y peculiaridades que presentan en el ámbito de la atención sanitaria.

En ejercicios posteriores, será la Comisión Sectorial de Seguimiento a la que se refiere la cláusula tercera de este Protocolo la que establezca las modalidades y el número de acciones de formación que se lleven a término en virtud de lo dispuesto en este apartado.

5. A fin de mejorar la gestión de los productos y ayudas técnicas incluidos en el Catálogo Ortoprotésico del Sistema Nacional de Salud que corresponde conceder al INSALUD, el CERMI, a través de la Comisión Sectorial de Seguimiento a la que se refiere la cláusula tercera de este Protocolo, trasladará a los responsables del INSALUD las quejas, reclamaciones e inquietudes que se reciban de usuarios con discapacidad, comprometiéndose el Organismo público a examinar el procedimiento de concesión concreto y adoptando, en su caso, las medidas correctoras o de aceleración que se en-



tiendan pertinentes conforme a la normas reguladoras de esta materia.

**6.** En su ámbito de actuación, el INSALUD, conforme a la legislación vigente, estimulará el fomento de la integración laboral tanto a través de medidas directas como indirectas de las personas con discapacidad y de la posición económica de las empresas que integran mayoritariamente en sus plantillas a trabajadores discapacitados.

En INSALUD promoverá la adopción de las medidas operativas precisas para facilitar el cumplimiento efectivo de las obligación de reserva legal de puestos de trabajo en la función pública, con arreglo a lo que dispone la legislación en la materia, y estudiará, recabando el parecer del CERMI, la posibilidad de adoptar medidas suplementarias que faciliten ese cumplimiento. En este sentido, los procesos selectivos que convoquen contendrán las medidas necesarias para remover los obstáculos que impidan o dificulten la plenas participación en los mismos de las personas con discapacidad en condiciones de igualdad, pudiendo proceder a la adaptación de las pruebas, la concentración de plazas reservadas en determinadas categorías especialmente propicias en atención al perfil formativo de los eventuales candidatos discapacitados, etc.

Asimismo, el INSALUD elaborará un informe del grado de cumplimiento en su plantilla de la citada obligación de reserva o, en su caso de las medidas alternativas legalmente establecidas. El CERMI podrá colaborar con el INSALUD, en su caso y a requerimiento de este Organismo, en la puesta en práctica y aplicación de las medidas alternativas a la obligación de reserva de empleo para trabajadores discapacitados que regula el Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2% a favor de trabajadores discapacitados en empresas de más de 50 trabajadores.

**7.** El INSALUD declara la accesibilidad y el diseño para todos como parte integrante del Programa de Confortabilidad que viene promoviendo en sus centros y dependencias. Así, el INSALUD expresa su voluntad de desarrollar planes y programas de accesibilidad que garanticen el acceso y el uso por parte de los ciudadanos con problemas de movilidad o comunicación de los edificios, centros, dependencias e instalaciones que tiene actualmente abiertos al público. De igual modo, el INSALUD se compromete a proyectar y diseñar en condiciones de plena accesibilidad los edificios, centros,



dependencias e instalaciones que construya o habilite en el futuro, de modo que desde su puesta en marcha o en uso sean practicables por las personas con problemas de movilidad o comunicación. Esta misma previsión de accesibilidad universal se extenderá a los espacios virtuales (sitios de Internet) y a las demás herramientas propias de la sociedad de la información y el conocimiento.

El CERMI y sus organizaciones miembro podrán prestar asesoramiento técnico al INSALUD para la definición y desarrollo de estos programas de accesibilidad universal y diseño para todos.

**8.** El INSALUD podrá recabar el parecer y el criterio especializado del CERMI o de sus Organizaciones miembro en aquellas materias objeto de acuerdo en este Protocolo que aquél considere oportuno someter a su consideración, de forma que el INSALUD pueda contar de primera mano con la opinión del sector de la discapacidad anticipadamente a la elaboración, aprobación o adopción de iniciativas, programas, medidas y acciones con repercusión en la esfera de las personas con discapacidad.



Estas consultas y peticiones de asesoramiento se encauzarán a través de la Comisión Sectorial de Seguimiento establecida en la cláusula tercera de este Protocolo.

### **TERCERA: COMISIÓN SECTORIAL**

Se constituye una Comisión Sectorial de Seguimiento integrada por tres representantes de cada una de las partes (INSALUD y CERMI), a la que corresponderá velar por el correcto desarrollo y ejecución de lo dispuesto en este Protocolo, así como elevar propuestas de decisión que excedan de su ámbito de atribuciones a la Comisión General de Seguimiento establecida en la cláusula 9ª del Convenio Marco suscrito entre el MSC y el CERMI del que este Protocolo trae causa.

La designación de los miembros que formarán parte de esta Comisión Sectorial, que en el caso del INSALUD tendrán como mínimo el rango de Subdirector General y en el caso del CERMI la condición de integrantes de su Comité Ejecutivo, se realizará necesariamente e el plazo del mes siguiente a la firma de este Protocolo, mediante cruce de escritos de las partes comunicando sus respectivos nombramientos. La Comisión constituirá el cauce estable de comunicación entre el INSALUD Y el CERMI.



**CUARTA: OTRAS DISPOSICIONES**

Las cuestiones instrumentales referidas a vigencia, naturaleza jurídica, fuero y demás conexas serán las mismas que las establecidas para el Convenio Marco entre el MSC y el CERMI, del que este Protocolo de Desarrollo trae origen.

Y, en prueba de conformidad, firman el presente Convenio Marco, en tantos ejemplares como personas signatarias, en el lugar y fecha arriba indicados.

**POR EL INSALUD**


José María Bonet Bertomeu  
Director General

**POR EL CERMI**


Rafael de Lorenzo García  
Secretario General

## Protocolo de colaboración entre el Instituto de Salud Carlos III y el Comité Español de Representantes de Minusválidos.

En Madrid, a 6 de Marzo de 2001

**REUNIDOS**

**De una parte,** D. Antonio Campos Muñoz, como Director de la entidad pública Instituto de Salud Carlos III, con domicilio en c/ Sinesio Delgado, Madrid.

**Y de otra,** D. Rafael Lorenzo García, como Secretario General del Comité Español de Representantes de Minusválidos (en adelante CERMI), con domicilio en la c/ Ortega y Gasset 18, Madrid.

Ambas partes se reconocen mutuamente capacidad jurídica suficiente para suscribir en nombre de sus respectivas Entidades el presente documento, y al efecto.

**EXPONEN**

**PRIMERO:** Que el Instituto de Salud Carlos III es un Organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo que desarrolla, dentro del marco de sus actividades, una amplia labor de Docencia, Investigación, Control en Salud Pública y Evaluación de Tecnologías en Ciencias de la Salud.

**SEGUNDO:** Que el CERMI es la plataforma de representación y defensa de los discapacitados españoles, de la que forman parte todas las organizaciones nacionales de discapacitados, representativas de cada tipo genérico de minusvalía, integradas a su vez por más de 2000 asociaciones, federaciones, organizaciones y entidades de discapacitados, que representan en su conjunto a más de tres millones y medio de ciudadanos españoles.

**TERCERO:** Que el Instituto de Salud Carlos III y el CERMI desean establecer relaciones en todas aquellas materias que, siendo objetivo común de ambas instituciones, contribuyan al cumplimiento de sus fines.

### CLÁUSULAS

**PRIMERA:** El Instituto de Salud Carlos III, colaborará con el CERMI en todas aquellas actividades que promuevan un mayor conocimiento de los temas relacionados con la salud.

**SEGUNDA:** Ejecución del Protocolo de Colaboración: El presente Protocolo se llevará a la práctica mediante la suscripción, entre las dos Entidades firmantes, de Protocolos específicos de Colaboración, en los que se incluirá de forma concreta:

- a). Definición del objeto que se persigue.
- b). Descripción del programa de trabajo.
- c). Contribución al programa de trabajo, tanto del CERMI como del Instituto de Salud Carlos III. Asimismo, se determinará el régimen en que se realizan dichas aportaciones y el destino de los equipos y materiales a la finalización del Protocolo de Colaboración.
- d). Presupuesto del programa, con expresión de las aportaciones financieras, tanto del CERMI como del Instituto de Salud Carlos III a lo largo de la duración del mismo y calendarios de estar aportaciones. Si en los Protocolos específicos de Colaboración se produjeran gastos plurianuales o indeterminados para el ISCIII se estará a lo dispuesto en la materia en la Ley 11/1996, de 27 de diciembre, de Medidas de Disciplina Presupuestaria, que modifica el art. 74 de la Ley General Presupuestaria.
- e). Normas que regulen los derechos de propiedad industrial que puedan derivarse de los nuevos conocimientos o productos obtenidos en la cooperación.
- f). Cuando el Protocolo específico de Colaboración persiga realizar una investigación, se acompañará el protocolo técnico que la defina, en todos sus extremos: Antecedentes y estado actual del proyecto y aportación específica de cada institución; revisión bibliográfica y resultados que se espera conseguir.

**TERCERA:** Los derechos de propiedad intelectual sobre los resultados de cualquier investigación conjunta, corresponderán a ambas instituciones.

**CUARTA:** Modalidades de Cooperación.  
Las actividades que puedan ser objeto de cooperación científica y técnica entre el Instituto de Salud Carlos III y el CERMI mediante la suscripción de los correspondientes Protocolos de Colaboración serán todas aquellas que se inscriben dentro de los ámbitos competenciales tanto del Instituto de Salud Carlos III como del CERMI.

En particular, y sin excluir otras modalidades de cooperación, se considerarán las siguientes:

- a). Promoción y realización conjunta de proyectos coordinados o concertados de investigación científica y técnica.
- b). Utilización conjunta del personal científico y técnico de una u otra institución en actividades de cooperación entre ambas partes.
- c). Utilización compartida de instalaciones y equipos ya existentes o de futura instalación o adquisición.
- d). Utilización común de servicios auxiliares de la investigación, tales como bases de datos, documentación, información, centros de cálculo,

etc., que contribuyan a la elaboración de un mapa de situación de la investigación científico-médica orientada a la prevención y tratamiento de las deficiencias y minusvalías.

**e).** Formación y especialización de científicos y técnicos mediante cursos, seminarios y otras actividades similares, a través de la Subdirección General de Planificación y Coordinación Docente (Escuela Nacional de Sanidad y Escuela Nacional de Medicina del Trabajo), incluyendo módulos que atiendan a la prevención de deficiencias y tratamiento y atención a personas con discapacidad.

**f).** Intercambio de personal científico y técnico, que permita la investigación de la mejora de la calidad de vida en las personas con discapacidad. De este intercambio no podrá surgir relación laboral entre la persona y el Organismo en el que realice de hecho su actividad.

**g).** Estudios de evaluación de tecnologías sanitarias con incidencia en subgrupos de personas con discapacidad.

**QUINTA:** Protocolos con terceras partes.  
Los Protocolos específicos de Colaboración que se suscriban al amparo del presente Protocolo podrán ser también formalizados conjuntamente con otras Instituciones y Centros de Investigación tanto de carácter nacional como extran-

jero o internacional, dentro de los programas de investigación de la *Unión Europea (UE)*, *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)*, *Food Agriculture Organization (FAO)*, y otras Instituciones Internacionales, gubernamentales o no.

**SEXTA:** Con el fin de garantizar el cumplimiento del Protocolo de Colaboración y de los programas que a su amparo, se pueden realizar, se crea una *Comisión de Seguimiento*, que estará integrada:

Por parte del ISCIII:  
El Director del ISCIII o persona en quien delegue  
El Secretario Técnico

Por parte de CERMI

**SÉPTIMA:** La duración del presente Protocolo de Colaboración será de cinco años, contados a partir del momento de su firma, pudiendo ser prorrogado por iguales períodos de tiempo, mediante acuerdo protocolizado de las partes, sin perjuicio de que cualquiera de las partes pueda denunciarlo, en cuyo caso la denuncia deberá realizarse por escrito, comunicándolo a la otra parte, con una antelación mínima de seis meses a la fecha en que vaya a darse por finalizada. Esta finalización no afectará al desarrollo y

conclusión de los Protocolos específicos de Colaboración que estuvieran en ejecución, suscritos al amparo de este Protocolo.

**OCTAVA:** El presente Protocolo de Colaboración, así como los Protocolos específicos de Colaboración que lo desarrollan se regulará por mutuo acuerdo entre ambas partes. Las dudas y controversias que surjan con motivo de la interpretación y aplicación del presente Protocolo que no puedan ser resueltas de forma amigable por las partes, se resolverán de conformidad con las normas reconocidas por el Derecho Español.

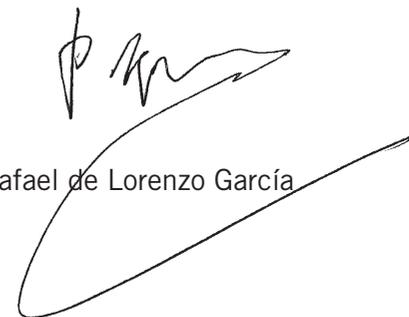
De conformidad con lo expuesto y convenido en el ejercicio de las atribuciones de que son titulares los firmantes, suscriben el presente Protocolo, por duplicado, en el lugar y fecha anteriormente señalados.

**INSTITUTO DE SALUD  
CARLOS III**



Antonio Campos Muñoz

**CERMI**



Rafael de Lorenzo García

**Protocolo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto Nacional de Consumo, y el Comité Español de Representantes de Minusválidos en materia de protección en el ámbito del consumo de las personas con discapacidad.**

En Madrid, a 6 de Marzo de 2001.

**REUNIDOS**

**De una parte,** la Ilma. Sra. D<sup>a</sup>. María Dolores Flores Cerdán, sin obligación de manifestar sus circunstancias personales por comparecer en el ejercicio de su cargo.

**Y de otra parte,** D. Rafael de Lorenzo García, mayor de edad, con capacidad de obrar suficiente y residencia en Madrid, calle Ortega y Gasset, 18.

**INTERVIENEN**

La Ilma. Sra. D<sup>a</sup>. María Dolores Flores Cerdán en su calidad de Directora General de Salud Pública y Consumo, como Vicepresidenta del Instituto Nacional del Consumo (en adelante, INC), organismo autónomo, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo que, en desarrollo del artículo 51 de la Constitución y de la Ley 26/84 General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, ejerce las funciones de promoción y fomento de los derechos de los consumidores y usuarios.

Y D. Rafael de Lorenzo García, en su calidad de Secretario General del Comité Español de Representantes de Minusválidos (en adelante, CERMI), la plataforma de representación y defensa de los discapacitados españoles, de la que forman parte todas las organizaciones nacionales de discapacitados representativas de cada tipo genérico de minusvalía, integradas a su vez por más de 2.000 asociaciones, federaciones, organizaciones y entidades de discapacitados, que representa en su conjunto a más de tres millones y medio de ciudadanos españoles, en nombre y representación de la citada Entidad, de acuerdo con la designación de la Asamblea General del CERMI, de 18 de mayo de 2000, con capacidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con los Estatutos de la Entidad.

**EXPONEN**

**PRIMERO:** Que el Ministerio de Sanidad y Consumo (en adelante, MSC), y el Comité Español de Representantes de Minusválidos (en adelante, CERMI), con fecha 6 de marzo de 2001, han suscrito un *Convenio Marco de colaboración sobre atención socio-sanitaria, salud y consumo a las personas con discapacidad*, en cuya cláusula 3<sup>a</sup> se establece que “la colaboración recogida en este Convenio podrá ser objeto de desarrollo y concreción por medio de protocolos o anexos, que tendrán la misma consideración jurídica y los mismos efectos vinculantes que este Convenio Marco, en los que

se reflejará pormenorizadamente la dimensión y alcance de la cooperación, así como los compromisos de toda índole que asumen las partes”.

**SEGUNDO:** Que el INC es un organismo autónomo, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo que, en desarrollo del artículo 51 de la Constitución y de la Ley 26/84 General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, ejerce las funciones de promoción y fomento de los derechos de los consumidores y usuarios.

**TERCERO:** Que es voluntad de las partes acogerse a la previsión contenida en la Cláusula 3ª del Convenio Marco ya citado y proceder a suscribir el presente Protocolo de Desarrollo para la colaboración en los aspectos específicos que se recogen en la parte dispositiva que sigue.

**CUARTO:** Que entre las materias objeto de colaboración acordadas entre el MSC y el CERMI y recogidas en la cláusula segunda del mencionado Convenio Marco figuran una serie de atribuciones y ámbitos de actuación competencia del MSC, potestades que este Ministerio ejerce a través del organismo autónomo INC.

**QUINTO:** Que en el presente Protocolo, que tendrá la misma consideración jurídica y los mismos efectos vinculantes que el Convenio Marco al que completa y desarrolla, refleja pormenorizadamente la dimensión y alcance de la cooperación, así como los compromisos de toda índole que asumen las partes, entre el MSC y el CERMI en las materias que se establecen en las cláusulas de su parte dispositiva que siguen a continuación.

### CLÁUSULAS

**PRIMERA: ÁMBITO DE MATERIAS DEL PRESENTE PROTOCOLO**

El presente Protocolo de desarrollo del Convenio Marco de colaboración suscrito entre el MSC y el CERMI establece el régimen, los términos y los compromisos alcanzados entre el MSC y el CERMI en el ámbito de la protección de los consumidores y usuarios con discapacidad, en atención a las peculiaridades que en esta esfera manifiestan los miembros de este grupo social.

## SEGUNDA: ASPECTOS CONCRETOS DE LA COLABORACIÓN ENTRE EL CERMI Y EL MSC A TRAVÉS DEL INC

1. En virtud de la colaboración establecida en este Protocolo, el INC elaborará con la cooperación técnica y asesoramiento del CERMI y de sus Organizaciones miembro, un estudio sociológico sobre las personas con discapacidad y su relación con el consumo, que permita determinar con precisión la situación, y las necesidades y demandas de la población discapacitada y de sus componentes en su vertiente de consumidores y usuarios de bienes, productos y servicios con peculiaridades frente al resto de consumidores.

El INC incluirá la elaboración de este informe, como actividad en sus planes de acción para los ejercicios 2001 y 2002 de forma que el informe pueda estar concluido y a disposición del CERMI y las demás instancias interesadas en el último trimestre de este último ejercicio.

2. En el plazo de dos meses desde la firma de este Protocolo, el INC elaborará con la cooperación y el asesoramiento del CERMI un programa anual de Seminarios o Jornadas Técnicas entre los servicios especializados del Instituto y el CERMI y sus Organizaciones miembro con obje-

to de determinar aquellas materias que en el ámbito del consumo tienen un especial interés para las personas con discapacidad.

Las conclusiones de estos Seminarios o Jornadas, se elevarán a la Dirección del INC para la tramitación que corresponda, que podrá desembocaren la aprobación o modificación de normas o en el impulso de programas y acciones de defensa de los consumidores y usuarios con discapacidad, si entran dentro del ámbito de atribuciones del MSC, o, en otro caso, se trasladarán al órgano o a la autoridad administrativa competente.

Uno de estos Seminarios o Jornadas se dedicará a la cuestión de la información al consumidor y al etiquetado, en los formatos pertinentes, de productos farmacéuticos y peligrosos o tóxicos, de forma que se garantice el correcto y seguro uso de estos productos por parte de determinados grupos de discapacitados especialmente acreedores de protección (personas ciegas y deficiente visuales, personas sordas, personas con retraso mental, etc.).

En años posteriores, los temas o asuntos de estos Seminarios o Jornadas, se decidirán en el seno de la Comisión Sectorial y por los cauces y procedimientos establecidos en la cláusula 3ª de este Protocolo.

3. El INC incluirá la situación y necesidades de las personas con discapacidad en relación con el consumo en sus campañas de difusión e información pública a los consumidores y usuarios, confeccionando a este fin materiales específicos adecuados (folletos, vídeos, información en Internet, etc.). El CERMI colaborará con el INC en la distribución entre las organizaciones del sector de la discapacidad de esos materiales con el objetivo que lleguen al mayor número de discapacitados posibles.

4. El INC podrá programar actividades formativas e informativas especializadas en materia de protección del consumidor con discapacidad dirigidos a técnicos de las organizaciones miembro del CERMI.

5. El INC expresa su voluntad de llevar a cabo las acciones necesarias para hacer accesible para el uso de las personas con movilidad reducida y con problemas de comunicación, su sede central y demás dependencias abiertas al público, así como sus espacios virtuales (especialmente su dirección de Internet [www.consumo-inc.es](http://www.consumo-inc.es)).

6. El INC podrá recabar el parecer y el criterio especializado del CERMI o de sus Organizaciones miembros, en aquellas materias objeto de

este protocolo que aquél considere oportuno, someter a su consideración, de forma que el INC pueda contar de primera mano con la opinión del sector de la discapacidad anticipadamente a la elaboración o aprobación de normas o proyectos de normas o a la adopción de iniciativas, programas, medidas y acciones con repercusión en la esfera de las personas con discapacidad.

#### **TERCERA: COMISIÓN SECTORIAL**

Se constituye una Comisión Sectorial de Seguimiento integrada por tres representantes de cada una de las partes (INC y CERMI), a la que corresponderá velar por el correcto desarrollo y ejecución de lo dispuesto en este Protocolo, así como elevar propuestas de decisión que excedan de su ámbito de atribuciones a la Comisión General de Seguimiento establecida en la cláusula 9ª del Convenio Marco suscrito entre el MSC y el CERMI, del que este Protocolo trae causa.

#### **CUARTA: OTRAS DISPOSICIONES**

Las cuestiones instrumentales referidas a vigencia, naturaleza jurídica, fuero y demás conexas serán las mismas que las establecidas para el Convenio Marco entre el MSC y el CERMI, del que este Protocolo de Desarrollo trae origen.

Y, en prueba de conformidad, firman el presente Convenio Marco, en tantos ejemplares como personas signatarias, en el lugar y fecha arriba indicados.

**POR EL INC**

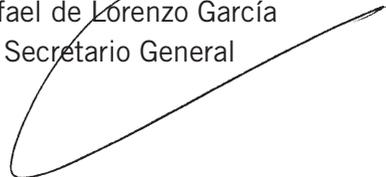


María Dolores Flores Cerdán  
Vicepresidenta

**POR EL CERMI**



Rafael de Lorenzo García  
Secretario General





**nº 1**

Un Plan de Empleo para las personas con discapacidad en el siglo XXI



**nº 2**

Discapacidad severa y vida autónoma



**nº 3**

La discriminación por motivos de discapacidad



**nº 4**

Turismo Accesible. Hacia un turismo para todos



**nº 5**

Plan del CERMI para la protección de las familias con personas discapacitadas



**nº 6**

Plan Estatal de Accesibilidad del CERMI



**nº 7**

Discapacidad y exclusión social en la Unión Europea



**nº 8**

Atención educativa a las personas con discapacidad



**nº 9**

Nueva legislación sobre discapacidad en España

