



Informe sombra en el marco de la revisión periódica
de la Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad:

LA BRECHA DE DERECHOS EN SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA

Resumen Ejecutivo



COCEMFE



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

La salud de acuerdo con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad

La **Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)** fue aprobada en 2006 en el seno de las Naciones Unidas y ratificada por el Estado español en 2008, comprometiéndose a hacer efectiva la garantía de los **derechos de las personas con discapacidad (PCD)** en nuestro país.

El **artículo 25 de la CDPD** estipula los estándares para el **derecho a la salud** de las PCD. Proclama, entre otros principios, que tienen derecho a servicios de salud del más alto nivel posible, sin discriminación, de manera gratuita o asequible, cercana y con perspectiva de género. Se debe asegurar también el acceso a servicios específicos, como detección temprana, intervención y prevención de nuevas discapacidades, tanto para adultos como para niños y mayores. También se debe garantizar que los profesionales brinden atención de calidad basada en el consentimiento informado y en el respeto a la dignidad, autonomía y derechos de las PCD. Además, también indica que los seguros de salud y vida no pueden discriminar a las PCD y deben ofrecer coberturas justas y razonables.

Adicionalmente, el **artículo 26 de la CDPD** desarrolla el **derecho a acceder a servicios de habilitación y rehabilitación**, con el objetivo de que las PCD logren y mantengan la máxima independencia y plena participación en la sociedad. Estos servicios deben iniciarse en edad temprana, ofrecer un acceso equitativo y contar con personal formado. Además, se debe fomentar el desarrollo, conocimiento y uso de dispositivos tecnológicos que favorezcan la habilitación y rehabilitación de las PCD.

Ámbito y objetivos de este informe sombra

Este informe, elaborado por COCEMFE, analiza las barreras y desigualdades que enfrentan las **personas con discapacidad física y orgánica (PCDFyO)** en el acceso a la salud en España. El estudio se interesa por el nivel de cumplimiento de los artículos 25 y 26 de la CDPD. El objetivo principal de este informe es contribuir al cumplimiento del Estado español de las obligaciones internacionales comprometidas en la CDPD en materia de salud de las PCDFyO representadas por las entidades miembro de COCEMFE. Para ello se persigue:

- Sistematizar el **conocimiento** existente en COCEMFE.
- Determinar las **brechas** existentes respecto a los principales aspectos establecidos en la CDPD sobre el derecho a la Salud (artículo 25) y a la Habilitación y Rehabilitación (artículo 26).
- Identificar **buenas prácticas** que faciliten el acceso a los derechos de las personas con discapacidad.

Metodología

Para alcanzar los objetivos de este estudio se realizaron **13 entrevistas cualitativas** semiestructuradas a personas expertas pertenecientes a entidades vinculadas a COCEMFE, a nivel nacional, autonómico y provincial (54% mujeres y 46% hombres), con la intención de recabar y sistematizar percepciones y opiniones informadas existentes en el seno de COCEMFE en torno a las brechas en el acceso a la salud y las buenas prácticas que facilitan el acceso a este derecho. La recogida de la información se realizó entre el 31 de octubre y el 18 de noviembre de 2024, en formato online y se tomaron las consideraciones éticas pertinentes. Se elaboró un análisis temático de la información, asistido con el software cualitativo *Atlas.ti*, a partir de un árbol de códigos predefinido.

Principales brechas en el cumplimiento de los arts. 25 y 26 de la CDPD en España

El estudio de la situación del acceso a la salud y a la habilitación/rehabilitación de las PCDFyO en España revela que **persisten múltiples brechas estructurales** que comprometen la garantía de los artículos 25 (Salud) y 26 (Habilitación y Rehabilitación) de la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**.

A pesar de los avances normativos, las PCDFyO en España siguen enfrentando limitaciones en la cobertura sanitaria, falta de accesibilidad en los servicios, dificultades económicas y barreras en la atención sanitaria integral. Se observa que el sistema de salud no está completamente adaptado para responder a las necesidades específicas de las PCDFYO, lo que constituye un **incumplimiento del mandato de la CDPD de garantizar el acceso** a la salud sin discriminación.

Las principales brechas son:

Limitaciones en la cobertura de servicios sanitarios públicos y privados

A pesar de los avances en el ámbito médico y de la existencia de un sistema de cobertura pública, las PCDFyO continúan enfrentando una cobertura sanitaria insuficiente. Esta carencia se manifiesta especialmente en el acceso a servicios especializados capaces de atender de manera adecuada sus necesidades. Persisten importantes limitaciones tanto en la disponibilidad de tratamientos e intervenciones concretas como en la atención por parte de profesionales con formación especializada. La situación se agrava en el caso de las personas con enfermedades raras, donde la falta de investigación y de recursos en los sistemas de salud resulta especialmente preocupante. Esta brecha también afecta de manera destacada a las personas con condiciones o enfermedades feminizadas -como la fibromialgia- y a aquellas con patologías minorizadas, cuya atención sanitaria es frecuentemente desatendida o infravalorada.

En el ámbito privado, las barreras son aún más marcadas. Se observa una discriminación evidente hacia las PCDFyO tanto en la cobertura de servicios como en los procesos de contratación de seguros de salud, lo que limita gravemente su derecho a una atención médica integral y equitativa.

Falta de accesibilidad física en los servicios de salud

Aunque la CDPD establece la obligación de garantizar accesibilidad en la atención sanitaria, en España siguen existiendo barreras físicas en hospitales y centros de salud, así como una falta de adaptación en la digitalización de los servicios y del transporte sanitario. Estas barreras restringen la autonomía de las PCDFYO y limitan su acceso a una adecuada atención sanitaria.

Falta de acceso a la información para la toma de decisiones sobre la propia salud en los ámbitos sanitarios

Por un lado, la información disponible en los centros sanitarios (la señalética, los documentos, las aplicaciones de gestión de citas...) no siempre está adaptada a las necesidades de las PCDFYO. Además, se evidencia una notable falta de perspectiva de accesibilidad universal en las recientes medidas de digitalización de la atención sanitaria. Por otro lado, especialmente en el caso de las PCDFYO, se observan situaciones en las que no se tiene en cuenta la voz del paciente, asegurando así su consentimiento libre e informado en la atención sanitaria.



Falta de sensibilización y discriminación en el trato por parte de los profesionales hacia a las PCDFYO

Se destaca fuertemente la falta de sensibilidad entre el personal sanitario en relación con las necesidades de las PCDFYO y el trato adecuado, libre de prejuicios y estereotipos. Además, se siguen produciendo desigualdades, discriminación y vulneraciones de derechos en el trato por parte de profesionales hacia las PCDFYO.

Desigualdades territoriales en la cobertura sanitaria

La descentralización del sistema sanitario puede generar disparidades en la atención, con comunidades autónomas que presentan mejores recursos y otras donde no solo el acceso a profesionales y tratamientos especializados es insuficiente, sino también hay mayores dificultades para acceder a las mismas tecnologías de apoyo y rehabilitación. Esto vulnera el principio de equidad en la provisión de servicios sanitarios establecido en la CDPD. Esta vulneración, puede crear en las PCDFYO la necesidad de desplazarse para vivir en áreas urbanas y con alta dotación de recursos generando migraciones sanitarias.

Brechas en el acceso a tratamientos farmacológicos

Pese al sistema desarrollado de acceso a medicamentos financiados, siguen existiendo barreras económicas para las PCDFYO en el acceso a medicinas debido al copago de medicamentos, las diferencias entre comunidades autónomas en la cobertura de tratamientos innovadores y la falta de financiación de suplementos nutricionales y dietas terapéuticas. La CDPD establece que la prestación de servicios de salud debe ser asequible y accesible, pero en la práctica, muchas PCDFYO en España enfrentan dificultades económicas para costear sus tratamientos.

Deficiencias en la atención en salud mental

Para la población general, en España, los servicios de salud mental son insuficientes, pues presentan largos tiempos de espera y una saturación de los servicios existentes. En concreto para las PCDFYO, se identifica la ausencia de programas específicos para este colectivo con un enfoque integral que atienda sus necesidades específicas de salud mental.

Débil cobertura de la atención a la cronicidad

El sistema sanitario español prioriza la atención de las urgencias y de las enfermedades agudas, dejando en un segundo plano la atención de las enfermedades crónicas, de las enfermedades minorizadas y raras y de las personas que requieren servicios de rehabilitación. Además, en este sentido, se detectan carencias en la continuidad asistencial.

Falta de dotación para cubrir las necesidades de rehabilitación

La rehabilitación sigue sin ser un derecho garantizado por la regulación nacional de manera específica y clara, lo que provoca desigualdades y una dependencia excesiva del sector social y privado para cubrir estos servicios necesarios.

Brecha en el acceso a dispositivos de apoyo y productos ortoprotésicos

Actualmente, la cobertura pública de estos dispositivos es limitada, con un catálogo obsoleto, demoras burocráticas en su obtención y desigualdades territoriales en su acceso. Además, la falta de financiación para reparaciones y adaptaciones impone sobrecostos. Esto se opone a las disposiciones de la CDPD para la disponibilidad y uso de tecnologías de apoyo para la habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad.

Exclusión de las PCDFYO en programas de salud pública y salud sexual y reproductiva

Las campañas de salud pública no siempre incorporan criterios de accesibilidad, lo que limita su alcance e impacto en las PCDFYO. Un ejemplo especialmente preocupante es el de las campañas de promoción de la salud sexual y reproductiva, ámbito en el que el sistema sanitario muestra serias limitaciones pues persisten prejuicios y estigmas que tienden a considerar a las PCDFYO como personas asexuadas, lo que repercute negativamente en la atención prestada. A ello se suma la falta de adaptación de los servicios de salud ginecológica, contraviniendo lo establecido en la CDPD, al no garantizar el acceso en igualdad de condiciones. Se señala también que los planes de salud pública dirigidos a grupos identificados como “en riesgo” (vacunación, medidas para personas inmunodeprimidas...) deberían tener en cuenta las necesidades específicas de las PCDFYO, especialmente aquellas PCDFYO que tienen condiciones o enfermedades que, si no se atienden de manera adecuada, pueden hacer que estén expuestas a infecciones, accidentes u otras afectaciones de la salud.

Urgencia por abordar los determinantes sociales de la salud en las PCDFYO

Las desigualdades en salud de las PCDFYO no se deben únicamente a la falta de acceso a servicios sanitarios, sino a la vulneración de otros derechos fundamentales estipulados en la convención que actúan como determinantes sociales de la salud. La falta de accesibilidad, la exclusión social, la brecha digital y la precariedad económica tienen un impacto directo en la salud física, mental y emocional de las PCDFYO.

Brechas interseccionales en el acceso a la salud

La situación de las PCDFYO es aún más preocupante cuando se produce la sobreposición de desigualdades interseccionales, es decir, en casos donde la persona no solo enfrenta la discriminación por su discapacidad, sino también por otras razones como por su género, su edad, su orientación sexual, su experiencia migrante o por motivos de racialización. Por ejemplo, cómo las mujeres con discapacidad enfrentan prejuicios sexistas en su salud sexual y reproductiva, o como las personas migrantes con discapacidad en situación irregular tienen restricciones en el acceso a la sanidad pública. Por razón de edad, destacan dos grupos que se enfrentan a una mayor infantilización en el trato por parte de profesionales. Por un lado, cabe señalar a las infancias con discapacidad que, además, enfrentan dificultades para el diagnóstico precoz y atención temprana de su discapacidad. Por otro lado, destacan las personas mayores con discapacidad, que ven como a las desigualdades por motivos de discapacidad se suman desigualdades que se producen en personas mayores (soledad no deseada, falta de cobertura pública de sus cuidados...). Otra brecha interseccional es la que experimentan las personas por su lugar de residencia. Este es el caso, especialmente, de las PCDFYO que residen en áreas rurales y periféricas, donde se advierte una débil cobertura de servicios de salud y grandes barreras de accesibilidad debidas a la falta de infraestructuras (por ejemplo, en el transporte). Por último, las personas racializadas y las personas LGTBIQ+ con discapacidad enfrentan una mayor invisibilización de sus necesidades y una mayor discriminación en el trato por parte de profesionales y del entorno comunitario, en base a prejuicios racistas y LGTBIQ+fóbos. Estas situaciones constituyen vulneraciones adicionales y agravantes para la garantía de los principios de igualdad y no discriminación en el acceso a la salud que establece la CDPD.



Buenas prácticas para la promoción del acceso a la salud de las PCDFYO

A partir del análisis de las **buenas prácticas identificadas** en España para garantizar el acceso a la salud de las PCDFYO, se concluye que, aunque el sistema de salud aún no ha alcanzado plenamente las disposiciones establecidas en la CDPD, han surgido iniciativas paralelas y complementarias **lideradas por organismos concretos dentro del propio sistema de salud, otras administraciones públicas, entidades del sector social y actores privados**, que han contribuido a mejorar la equidad en el acceso a la salud y la rehabilitación. Estas buenas prácticas se listan a continuación, con la intención de inspirar a los poderes públicos en la garantía de los artículos 25 (Salud) y 26 (Habilitación y Rehabilitación) de la CDPD:

Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud a través de la digitalización con perspectiva de accesibilidad. Se han implementado medidas para reducir barreras en la atención sanitaria mediante alfabetización digital, señalética adaptada, gestores de casos y telemedicina, lo que ha permitido que más PCDFYO puedan utilizar los servicios de salud. Sin embargo, la cobertura de estas estrategias sigue siendo desigual en el territorio. Además, es importante que estas medidas de digitalización se implementen con una perspectiva de accesibilidad para no generar nuevas brechas

Mejora del acceso a tratamientos farmacológicos y tecnologías de apoyo. La implementación de programas de entrega de medicamentos a domicilio, gestión de la medicación y monitoreo digital han sido avances significativos, aunque todavía existen dificultades en la equidad del acceso a fármacos innovadores y ayudas técnicas en todas las comunidades autónomas

Mayor inclusión de las PCDFYO en programas de salud pública, de prevención y de rehabilitación. Se han identificado estrategias efectivas para facilitar el acceso a la rehabilitación y habilitación, como la cesión de espacios públicos y contratación conjunta de profesionales. También han mejorado las acciones de cribado neonatal y detección precoz, aunque aún no están garantizadas de manera uniforme en el país.

Intervención en desigualdades económicas, sociales y territoriales. Los actores implicados han abordado algunas barreras económicas y laborales mediante programas de empleo específicos para PCDFYO y asesoramiento jurídico, por ejemplo, para la solicitud de prestaciones. Además, se han promovido subvenciones para el transporte adaptado y mejoras en la accesibilidad física y digital, lo que ha permitido una mayor participación de las PCDFYO en la comunidad

Buenas prácticas con un enfoque interseccional. Se han implementado programas que buscan atender las necesidades específicas de las PCDFYO según su género, su edad, su experiencia migrante y/o racializada y su lugar de residencia, incluyendo protocolos para la detección de violencias, atención en entornos rurales y programas de asistencia personalizada. No obstante, estas iniciativas aún dependen de la voluntad de los actores locales y del sector social, sin un marco regulador sólido que garantice su universalización.

Conclusiones y recomendaciones

El informe concluye que **el sistema de salud español aún no cumple plenamente con las disposiciones de la CDPD**, aunque sí se detectan iniciativas de buenas prácticas para el acceso a la salud de las PCDFYO, de manera complementaria al desarrollo de este derecho. Para reducir las brechas que aún persisten, y potenciar las medidas que han desarrollado entidades sociales, administraciones públicas y entidades privadas, se recomienda:

Eliminar barreras en la accesibilidad de los servicios de salud, a través de:

Adaptar centros de salud y hospitales con camillas regulables, señalética accesible y baños adaptados.

Asegurar que la digitalización de los servicios sanitarios contemple una perspectiva de accesibilidad, teniendo en cuenta las necesidades de personas con discapacidad.

Impulsar la implementación de servicios híbridos de teleasistencia y plataformas, conservando la presencialidad e incorporando la virtualidad para brindar apoyo a distancia, especialmente en zonas rurales.

Fomentar soluciones de movibilidades alternativas como servicios sociosanitarios móviles e itinerantes. Ampliar las unidades móviles de salud en zonas rurales.

Garantizar la equidad territorial en el acceso a la salud y la rehabilitación, a través de:

Implementar criterios nacionales de atención para reducir las disparidades autonómicas.

Reforzar la atención en salud mental para PCDFYO, a través de:

Aumentar la contratación pública de psicólogos y psiquiatras especializados en discapacidad.

Crear programas de apoyo psicológico específicos para PCDFYO y su entorno.

Eliminar la discriminación en el acceso a seguros y servicios sanitarios privados, a través de:

Prohibir la exclusión de PCDFYO en seguros médicos privados.

Asegurar que las mutuas laborales cubran discapacidades adquiridas en el trabajo.

Asegurar la asequibilidad de los tratamientos farmacológicos, a través de:

Eliminar el copago de medicamentos esenciales para las PCDFYO.

Ampliar la cobertura de suplementos nutricionales y dietas terapéuticas.

Incluir a las PCDFYO en los programas de salud pública y salud sexual y reproductiva, a través de:

Diseñar campañas de prevención y cribado accesibles.

Desarrollar servicios ginecológicos adaptados y sensibilizar sobre derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad.

Formar al personal sanitario en el trato inclusivo hacia las PCDFYO, a través de:

Incluir módulos obligatorios sobre discapacidad en la formación de profesionales de la salud.

Sensibilizar sobre discapacidades invisibles para evitar su minimización en consultas médicas y en la investigación.

Reforzar la inclusión de las PCDFYO en la toma de decisiones sobre su salud, a través de:

Ampliar la representación de las PCDFYO en consejos asesores sanitarios y grupos de trabajo para garantizar que sus necesidades sean consideradas en la planificación de políticas públicas.

Establecer programas de co-planificación de tratamientos y asesoramiento personalizado en todos los niveles del sistema sanitario.

Aprobar una regulación nacional que garantice la rehabilitación como derecho universal, a través de:

Homogeneizar la cobertura de terapias de rehabilitación en todo el territorio.

Integrar la rehabilitación en todas las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez.

Fortalecer la equidad en el acceso a tecnologías de apoyo, a través de:

Actualizar y ampliar el catálogo de dispositivos ortoprotésicos financiados.

Homogeneizar la cobertura de medicamentos innovadores y ayudas técnicas en todas las comunidades autónomas.

Reducir los plazos y la burocracia para la obtención de ayudas técnicas.

Consolidar el enfoque preventivo como base del modelo de salud, a través de:

Asegurar que los cribados neonatales y programas de atención temprana sean reforzados y contemplen unos criterios homogéneos en todas las comunidades autónomas.

Garantizar la accesibilidad física y promover la autonomía en los entornos comunitarios, a través de:

Ampliar la implementación de políticas que favorezcan el transporte público urbano e interurbano, especialmente en zonas rurales y periféricas, garantizando la accesibilidad en términos físicos y económicos, así como la disponibilidad de subsidios para taxis adaptados.

Promover la vida independiente a través de la expansión de la figura de la asistencia personal.

Garantizar espacios de ocio, deporte y cultura accesibles e inclusivos, asegurando la adaptación de instalaciones, actividades recreativas y eventos comunitarios para la plena participación de las PCDFYO.

Reducir la carga burocrática y mejorar el acceso a la información, a través de:

Simplificar los trámites administrativos para el reconocimiento de la discapacidad, la obtención de prestaciones y la gestión de citas médicas.

Realizar campañas de información desde el enfoque de derechos.

Desarrollar plataformas digitales accesibles e incorporar al sistema a figuras de apoyo a las gestiones como, por ejemplo, la enfermería de gestión de casos.

Combatir la vulnerabilidad económica y reducir el sobrecoste de la discapacidad, a través de:

Reforzar un sistema de ayudas económicas estable y suficiente que cubra los sobrecostes asociados a la discapacidad (tratamientos, dispositivos de apoyo, transporte, adaptaciones en la vivienda).

Promover la inclusión laboral de las PCDFYO mediante incentivos fiscales a las empresas, acceso a formación adaptada y programas de empleo con ajustes razonables.

Avanzar en la institucionalización del enfoque interseccional en salud, a través de:

Adaptar los servicios de salud a las necesidades de mujeres, personas LGTBIQ+, migrantes y mayores con discapacidad.

Garantizar intérpretes en hospitales y erradicar el racismo estructural en la atención médica.

Implementar protocolos específicos para la atención especializada de la salud de mujeres, niños, mayores, migrantes y personas LGTBIQ+ con discapacidad.

Asegurar la capacitación del personal sanitario en detección de violencias, barreras de acceso según género y discriminación en la atención médica.

Garantizar la universalización de las buenas prácticas identificadas, a través de:

Crear redes de trabajo de Buenas Prácticas para integrar casos de éxito a otras comunidades autónomas.

El derecho a la salud de las PCDFYO requiere un enfoque integral que elimine las barreras estructurales y garantice la igualdad de oportunidades para todas y todos



COCEMFE



C/ Luis Cabrera, 63, 28002 Madrid
+34 91 744 36 00 - cocemfe@cocemfe.es

www.cocemfe.es



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL