



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030



OBSERVATORIO  
ESTATAL DE LA  
DISCAPACIDAD

Equidad y derecho a la salud y a la  
asistencia sanitaria de las  
personas con discapacidad.

Situación España 2023.

Resumen Ejecutivo

# 1. Introducción

Las personas con discapacidad tienen el mismo e igual derecho que cualquier otra persona a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. Este derecho es inherente, universal e inalienable y está consagrado en el derecho internacional mediante tratados de derechos humanos. En España, el derecho a la salud se reconoce en el artículo 43 de la Constitución y se concreta en la Ley General de Sanidad.

Aunque en nuestro país se han logrado progresos sustanciales, la salud y el derecho a los cuidados sanitarios está severamente comprometido para la población con discapacidad que sigue experimentando diversas desigualdades en este ámbito. Las personas que viven con discapacidad enfrentan peores resultados de salud general que sus pares sin discapacidad, diferencias que se pueden apreciar en tres indicadores de salud: mortalidad, morbilidad y funcionamiento. Las personas con discapacidad mueren antes, tienen peor salud y experimentan más limitaciones en su actividad cotidiana que las demás.

Muchas de las diferencias entre dichos resultados se atribuyen a factores innecesarios y evitables que son injustos y arbitrarios, conocidos como **inequidades en salud**. Las inequidades pueden traducirse para las personas con discapacidad en más probabilidades de que se les niegue atención médica y de calidad, en mayores barreras y estigmas únicos al acceder al sistema de salud. Estas inequidades quedaron aún más expuestas y se profundizaron con la pandemia de Covid-19, que ha magnificado la urgente necesidad de ver la discapacidad a través de una lente de equidad en salud.

El presente estudio tiene como **objetivo general** analizar los factores que contribuyen a las inequidades sistémicas en materia de salud para las personas con discapacidad en España y plantear medidas y recomendaciones estratégicas y programáticas para reducir esas inequidades.

El estudio aplica una **metodología plural**: revisión del conocimiento disponible y técnicas empíricas cualitativas (entrevistas con informantes clave, testimonios). El **enfoque interseccional** es utilizado para analizar los aspectos de discriminación que produce el cruce entre la discapacidad y diversas variables.

## 2. El derecho a la salud de las personas con discapacidad

El derecho a la salud es un derecho inclusivo que abarca no solo los cuidados sanitarios oportunos y apropiados, sino también los factores subyacentes que determinan el estado de salud, tales como: una nutrición y vivienda adecuada, un entorno y ambiente saludable, el acceso a la educación y la información relativa a la salud, comprendida la salud sexual y reproductiva. Comprende tanto libertades como derechos. Entre las libertades figuran la de controlar la propia salud, incluido el derecho a no verse sometido a tratamientos o experimentos médicos no consentidos, el derecho a la no discriminación, el derecho a tomar decisiones que afecten a la salud y la integridad corporal propias, el derecho al consentimiento libre e informado. Entre los derechos figura el derecho a un sistema de protección sanitaria (por ejemplo, de cuidados de la salud y los factores subyacentes que la determinan), que proporcione a las personas las mismas oportunidades de alcanzar el nivel más alto posible de salud.

**Las personas con discapacidad están protegidas por el mismo marco general del derecho a la salud que el resto de las personas.** No obstante, el sistema internacional de derechos humanos prestó escasa atención a sus necesidades de salud hasta la aprobación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El tratado internacional en el artículo 25 subraya la necesidad de eliminar todas las estructuras, barreras y prácticas sociales que limitan el disfrute pleno y en condiciones de igualdad del más alto nivel posible de salud por parte de las personas con discapacidad.

En España el derecho a la protección de la salud se reconoce en el artículo 43 de la Constitución española y se concreta en la Ley 14/1986, General de Sanidad. Existen otros textos legales en materia de salud, como el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización; o la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Por su parte, la acción política en salud se ha concentrado en la Estrategia de Salud Pública 2022, marco de coordinación para nuestro país en materia de salud pública que establece las acciones prioritarias para alcanzar el mejor estado de salud y bienestar en la población.

Tanto la legislación como la política deben ajustarse al enfoque de derechos de la CDPD. En especial, aquella normativa que fue expedida antes de la publicación del tratado y que se codificó atendiendo al modelo médico.

### 3. Importancia de la equidad en salud para las personas con discapacidad

Asegurar la equidad en salud para las personas con discapacidad es una prioridad en materia de salud no solo para reducir las brechas específicas de salud de una significativa parte de la población española; se trata también de una cuestión de derechos humanos porque las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr; y es un asunto de desarrollo, porque el logro de la equidad en salud es un mandato esencial para el desarrollo sostenible.

Son varias las razones que justifican la necesidad de abordar la equidad sanitaria para las personas con discapacidad:

**El número de personas con discapacidad está aumentando.** En España, la constatación de que la discapacidad es un fenómeno social en crecimiento es registrada por la EDAD 2020 que arrojó un total de 4,38 millones de personas con algún tipo de discapacidad. La Encuesta pone de manifiesto que la discapacidad en la población española se centra en las mujeres y en las personas de edad avanzada. Aproximadamente, un 60% son mujeres y un 75% son mayores de 55 años. Estos datos refuerzan la importancia política, la magnitud y la pertinencia para la salud pública de la discapacidad y la necesidad de replantear las acciones en este campo para que estén basadas en derechos y dirigidas a la inclusión.

**Diferencias en los resultados de salud injustos y evitables.** Las personas con discapacidad presentan peores resultados de salud y mayores necesidades sanitarias insatisfechas que las personas sin discapacidad. Una parte importante de las diferencias en los resultados de salud entre las personas con y sin discapacidad no se pueden explicar por la afección o la deficiencia de salud subyacente, sino que guardan relación con factores injustos y evitables denominados inequidades en salud. Corregir las enormes diferencias sanitarias susceptibles de solución que existen entre la población con y sin discapacidad es una cuestión de justicia social.

**Es una obligación del Estado.** En virtud de la legislación internacional sobre derechos humanos y de la legislación nacional, España tiene la obligación de corregir las inequidades a las que se enfrentan las personas con discapacidad en materia de salud por medio del sector salud y en coordinación con otros sectores, a fin de que las personas con discapacidad puedan gozar de su derecho inherente al grado máximo de salud que puedan lograr.

**Promueve el logro de las prioridades de salud por tres razones:** porque la equidad sanitaria es inherente al progreso de la cobertura sanitaria universal; porque la salud y el bienestar de la población general se pueden mejorar más rápidamente a través de intervenciones de salud pública intersectoriales que sean inclusivas y se brinden de manera equitativa; y porque promover la equidad en salud para las personas con discapacidad es un componente central para que las respuestas a una emergencia sanitaria sean eficaces, sostenibles y equitativas.

**Beneficia a todos.** Al establecer una agenda inclusiva de la discapacidad dentro del sector salud, no solo se beneficia a la población con discapacidad, sino que ello puede contribuir a reducir las inequidades sanitarias que sufren otros grupos sociales, como las personas mayores, los migrantes y refugiados o las mujeres que, con frecuencia, quedan desatendidas y encuentran similares obstáculos en el sector sanitario.

**Contribuye a una mayor participación e inclusión de las PCD** porque aumenta las oportunidades para que vivan sus vidas lo más saludable posible, y facilita la realización de otros derechos sociales y económicos que les ayuda a desarrollarse personal y participar activamente en la sociedad.

**Es una inversión esencial** porque el gasto público en salud proporciona igualdad de oportunidades. Es un beneficio que deriva en desarrollo, el cual consiste no solo en el incremento del ingreso sino también en la expansión de las capacidades de las personas y de la sociedad para generar productividad y bienestar al mismo tiempo. Ello pone en entredicho la creencia estereotipada de que invertir en la inclusión de la discapacidad es oneroso e inviable, y brinda un argumento para avanzar en la equidad en salud de las personas con discapacidad.

## 4. Inequidades en salud que experimentan las personas con discapacidad en España y sus factores contribuyentes

La salud se revela como la dimensión de exclusión con un mayor impacto en las personas con discapacidad y en comparación con el resto de la población. Las inequidades en salud que experimenta esta población es un fenómeno complejo y multidimensional que se vincula a factores innecesarios, injustos, arbitrarios y evitables. Las inequidades en el ámbito de la salud que experimentan las personas con discapacidad en España pueden agruparse en cuatro categorías interrelacionadas: factores estructurales, determinantes sociales de la salud, factores de riesgo y factores del sistema de salud.

**1. Factores estructurales.** Estos factores se refieren al contexto socioeconómico y político, y a los mecanismos que generan desigualdades en todos los sectores, incluido el de salud, en el que las personas con discapacidad experimentan el capacitismo y la discriminación, lo que afecta su salud y su derecho a acceder a la atención sanitaria en igualdad de condiciones que el resto de población. También existen leyes y políticas del sector, así como mecanismos y procesos de gobernanza que consienten y mantienen, aunque sea de manera inconsciente, prácticas que reflejan sesgos capacitistas.

**2. Determinantes sociales de la salud.** Se entienden como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (OMS). Los determinantes que se exponen a continuación explican la manera en que su presencia o ausencia generan inequidades en salud para la población con discapacidad. Se plantean en cinco dimensiones que se encuentran estrechamente relacionadas operando de manera simbiótica.

I. Pobreza y costes añadidos: existe evidencia sobre el vínculo estrecho entre pobreza y discapacidad y su mutua retroalimentación. La pobreza puede aumentar el riesgo de sufrir una discapacidad a través de la alimentación inadecuada, dificultades de acceso a educación, condiciones laborales inseguras o por falta de cuidados sanitarios, como cuidados perinatales, durante la maternidad, o por causa de enfermedades y deficiencias que podían haber sido evitadas. A su vez, la discapacidad también puede aumentar el riesgo de pobreza por la falta de oportunidades de empleo y educación, los salarios más bajos y el mayor costo de vida que supone vivir con una discapacidad.

II. Educación y empleo: los indicadores vinculados con la educación y la empleabilidad en España muestran notables diferencias entre la población general y las personas con discapacidad, evidenciando la complejidad del acceso al sistema educativo y al mercado laboral para este grupo poblacional. Estas dificultades se traducen en una desventaja que, a su vez, contribuye a experimentar condiciones de vida desfavorables que ponen en riesgo la salud de estas personas.

III. Condiciones de vida: las personas con discapacidad en nuestro país también presentan peores condiciones de vida que igualmente generan y perpetúan inequidades de salud. Vivienda inadecuada y transporte inaccesibles, así como una alimentación insuficiente o inadecuada tienen un impacto desproporcionado en la calidad de vida de esta población y repercuten en su salud.

IV. Soledad no deseada y aislamiento: los niveles de soledad no deseada detectados en personas con discapacidad tienen tendencia a ser más altos que los de la media de la población general. La soledad no deseada tiene un mayor énfasis en las personas con discapacidad institucionalizadas. La soledad no deseada y el aislamiento tienen consecuencias adversas profundas en la salud de esta población.

V. Violencia: existe un vínculo claro entre violencia, peor salud y aumento de la mortalidad, entre las personas con discapacidad. Las personas con discapacidad tienen 1,5 veces mayor riesgo de sufrir violencia que las personas sin discapacidad, siendo tales riesgos mayores para las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. La violencia de todo tipo se recrudece en las mujeres, niños y niñas con discapacidad.

Además de los determinantes descritos anteriormente, existen diferentes factores de interseccionalidad que contribuyen a las inequidades en salud de las personas con discapacidad.

**3. Factores de riesgo.** La inactividad física, el sobrepeso y la obesidad, la mala alimentación, el consumo de tabaco, drogas y alcohol son factores críticos para el desarrollo de enfermedades no transmisibles. Los factores de riesgo están anclados en el análisis de las inequidades de salud de las personas con discapacidad porque este grupo de población suele encontrar más dificultades para comer de forma saludable, controlar su peso y mantenerse físicamente activo en comparación con la población sin discapacidad.

**4. Factores relacionados con el sistema de salud.** Estos refieren a las barreras que las personas con discapacidad encuentran en todos los componentes del sistema de salud: prestación de servicios, personal sanitario y asistencial, sistemas de información sanitaria, productos médicos y tecnologías sanitarias, financiación y liderazgo.

I. Heterogeneidad normativa y financiación: el Sistema Nacional de Salud muestra problemas de equidad en el acceso a las prestaciones y servicios derivados de la aplicación de criterios autonómicos heterogéneos. En buena medida, la raíz de tales problemas está en el modelo de financiación del sistema sanitario público, que acarrea una insuficiencia presupuestaria.

II. Gobernanza: aunque la discapacidad ha entrado en gran medida en la agenda pública de la sanidad y se han realizado avances en la atención sanitaria a la población con discapacidad contenidas en la Ley de Equidad, todavía se percibe en la *práctica* un desconocimiento y una comprensión equivocada sobre la realidad de las personas con discapacidad sobre quienes se proyectan las políticas y normas.

III. Sistemas de información: en los niveles organizativos del sistema sanitario español la variable discapacidad no tiene prioridad. Esta falta de información representa un importante desafío para entender y analizar la magnitud de las inequidades en salud en esta población y, conforme a ello planificar, aplicar, evaluar y hacer seguimiento de respuestas inclusivas de la discapacidad en el sistema sanitario.

IV. Prestación de servicios: existen múltiples brechas en la prestación de servicios sanitarios que ponen en desventaja a las personas con discapacidad.

**a. Protocolos y guías prácticas**: la atención sanitaria tiende a planificarse conforme a las necesidades extraídas de los datos sanitarios del ciudadano medio, presentando, por tanto, carencias relativas a las necesidades específicas de las personas con discapacidad. A pesar de que hay protocolos especializados, existe una opinión generalizada de que gran parte de los profesionales del ámbito sanitario no los conocen ni los utilizan.

**b. Barreras informativas, de accesibilidad**: la incompleta accesibilidad constituye para las personas con discapacidad una barrera para acceder a la información y atención sanitaria. El sistema sanitario está condicionado en muchos casos por la falta de información adecuada y accesible sobre el derecho a los recursos y servicios, los requisitos para acceder a ellos o sobre el propio funcionamiento del sistema.

**c. Disponibilidad de servicios de salud**: Existen dificultades para acceder a pruebas de prevención y diagnósticas en tiempo y en condiciones de equidad. Aunque con avances, existen importantes inconvenientes en el acceso a medicamentos, terapias e investigación clínica innovadora.



**5. Profesionales sanitarios.** Es posible que los profesionales de la salud no estén conscientes de las políticas y directrices relativas a la inclusión de la discapacidad o servicios relacionados con la discapacidad, y la insuficiente formación a menudo genera una falta de reconocimiento de las comorbilidades, así como toda una gama de obstáculos que pueden dificultar el acceso y la participación de las personas con discapacidad en intervenciones que promueven la salud y previenen enfermedades.

## 5. Medidas de promoción de la equidad en salud para las personas con discapacidad

España tiene la obligación de corregir las inequidades a las que se enfrentan las personas con discapacidad en materia de salud por medio del sector salud y en coordinación con otros sectores, a fin de que las personas con discapacidad puedan gozar de su derecho inherente al grado máximo de salud que puedan lograr. Por consiguiente, las medidas que se describirán no solo corresponden a aquellas que deben ser acatadas por el concreto sector de salud, sino también aquellas que deben ser cumplidas por otros sectores diferentes al sanitario.

**Capacitismo.** Reconocer y revertir el impacto del capacitismo estructural sobre la equidad en salud en la población con discapacidad.

**Marco jurídico y de políticas sanitarias.** Priorizar la equidad sanitaria para las personas con discapacidad y establecer un enfoque de salud inclusivo y basado en los derechos humanos.

**Pobreza y costes añadidos.** Garantizar que los mecanismos de protección social existentes apoyen las diversas necesidades de salud de las personas con discapacidad y reconozcan el sobrecoste económico de la discapacidad relacionados con el cuidado de la salud.

**Educación.** Proveer una educación inclusiva y de calidad en todos los niveles educativos como derecho indivisible e interdependiente del derecho al grado máximo de salud que pueda lograr la persona con discapacidad.

**Empleo.** Convertir el pleno empleo, la equidad en materia de empleo y el trabajo digno de las personas con discapacidad en objetivos esenciales de las políticas socioeconómicas.

**Vivienda.** Garantizar una vivienda inclusiva con una política coherente y sostenida en el tiempo.

**Transporte.** Garantizar sistemas de transporte accesibles, saludables e inclusivos para las personas con discapacidad.

**Soledad no deseada y aislamiento.** Concientizar y generar conocimiento sobre el impacto de la Soledad no deseada y el aislamiento en la salud y bienestar de las personas con discapacidad.

Desplegar e implementar la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización.

**Violencia.** Eliminar la violencia estructural, de todo tipo, contra las personas con discapacidad, en especial, la ejercida sobre las mujeres y niñas con discapacidad.

**Alimentación y nutrición.** Prestar atención a la alimentación y nutrición como factor determinante en la salud y bienestar de las personas con discapacidad.

**Obesidad.** Reconocer la obesidad como enfermedad crónica y desarrollar una Estrategia Estatal para hacerle frente. Establecer planes de acción para la prevención de la obesidad en personas con discapacidad.

**Actividad física.** Fomentar la creación de espacios y actividades de ocio y tiempo libre para personas con discapacidad.

**Tabaquismo.** Establecer intervenciones sobre la adicción al tabaco en personas con discapacidad, incluyendo información y recomendaciones dirigidas a los profesionales de la salud para ser tenidas en cuenta en el abordaje de esta adicción en las distintas discapacidades.

**Heterogeneidad normativa y financiación del sistema.** Alcanzar la equidad territorial mediante modelos efectivos de coordinación territorial, a través de mecanismos que permitan implantar medidas de salud pública comunes en todo el Estado y mediante políticas de salud autonómicas que se encuentren alineadas entre sí. Aumentar la inversión en el sistema de salud hasta alcanzar el 10% del PIB del país.

**Gobernanza.** El principio “nada sobre las personas con discapacidad sin las personas con discapacidad” debe estar incrustado en la gestión del sistema de salud.

**Sistemas de información.** Recopilar información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que permitan identificar y eliminar barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ámbito de la salud.

**Protocolos y guías prácticas.** Desarrollar e impulsar la aplicación práctica de protocolos en el ámbito sanitario tomando en consideración el enfoque de la discapacidad.

**Accesibilidad.** Garantizar la accesibilidad en las instalaciones sanitarias, así como en la prestación de los servicios y programas de salud.

**Disponibilidad de servicios de salud.** Incluir en las partidas presupuestarias los servicios de salud que necesitan las personas con discapacidad, así como las necesidades concretas de estas personas.

**Profesionales sanitarios.** Desarrollar y fortalecer los procesos de capacitación y toma de conciencia sobre discapacidad de los actores implicados en el ámbito sanitario.

## 6. Principios recomendados para implementar las medidas

Las medidas que se adopten para promover la equidad sanitaria de la población con discapacidad deben fundarse en tres principios:

- 1. Situar la equidad sanitaria para las personas con discapacidad en el centro de cualquier acción del sector de la salud.** Este principio implica dar prioridad en cualquier acción del sector de la salud a la población con discapacidad atendiendo a las grandes dificultades que tiene para ejercer el derecho a la salud. Adoptar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos es un aspecto primordial de este principio e implica un cambio en la mentalidad del sector de la salud y la forma en que funciona. Este enfoque vela por que las políticas, los programas y su aplicación se guíen por el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos.
- 2. Garantizar el empoderamiento y la participación significativa de las personas con discapacidad y de las organizaciones que las representan cuando se implementa cualquier medida del sector de la salud.** Este principio implica posibilitar que las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan participen en la adopción de decisiones estratégicas en el diseño, la planificación, el desarrollo y la prestación de servicios de salud y las intervenciones de salud pública, así como en la planificación y la implementación de respuestas a emergencias sanitarias.
- 3. Monitorear y evaluar el grado en que las medidas del sector salud conducen a la equidad sanitaria para las personas con discapacidad.** Es preciso contar con un proceso de monitoreo y evaluación para hacer un seguimiento de los progresos y ajustar las acciones a medida que evoluciona el contexto. Este proceso implica recopilar información sobre diferentes acciones a través de indicadores específicos que midan el grado de progreso hacia el logro de los objetivos. El monitoreo y la evaluación también posibilitan que todo el sistema de salud sepa cuáles acciones funcionan y cuáles no, lo que contribuye a la mejora continua.

## 7. Recomendaciones finales

### Personas con discapacidad como objetivo prioritario

Es indispensable incorporar la discapacidad como objetivo prioritario en los sistemas públicos de salud. Se debe tener en cuenta la especificidad de las personas con discapacidad para garantizarles su derecho al más alto nivel posible de salud. Ello implica no solo incorporar provisiones específicas en consideración a la discapacidad, sino asegurar que, en la valoración de sus necesidades y en el diseño y desarrollo de políticas para promover y proteger su salud, así como en la garantía en la prestación de servicios de salud, se incluyan criterios de diversidad que aseguren que ninguna intervención que se despliegue en materia sanitaria deje atrás a ninguna persona.

### Enfoque de salud inclusivo basado en los derechos humanos

Han de hacerse operativos los compromisos de respetar, proteger y realizar el derecho a la salud de las personas con discapacidad. Al incorporarse un enfoque de salud inclusivo basado en los derechos humanos, las leyes, políticas, estrategias y programas sobre salud deben estar alineados con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Agenda 2030 y la Resolución WHA74.8 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el más alto nivel posible de salud para las personas con discapacidad.

Resulta ineludible reformar toda la normativa que atente contra la autonomía de las personas con discapacidad que reciban asistencia sociosanitaria, en concreto, la legislación que permita la coacción en entornos sanitarios.

### Políticas coherentes y acción multisectorial

Abordar las inequidades en salud que experimentan las personas con discapacidad no debe ser una actividad aislada realizada por el sector salud, sino una estrategia que se integre en los esfuerzos generales para fortalecer los sistemas de salud.

Se requiere coherencia y colaboración intersectorial en la elaboración de políticas y ejecución de las intervenciones, para actuar con más eficacia sobre los determinantes sociales y factores de riesgo para la salud y aumentar la equidad sanitaria de la población con discapacidad.

Aunque el sector de la salud desempeña un papel central, el enfoque de salud inclusivo en todas las políticas toma sistemáticamente en cuenta las consecuencias para la salud de las personas con discapacidad que tienen las decisiones en todos los sectores (desde la educación, el trabajo,

vivienda, servicios sociales, transporte, garantía de ingresos, etc.) y mejora la rendición de cuentas con respecto al impacto en la salud y en la equidad sanitaria de esta población.

Sería conveniente establecer líneas de intercambio de información y puesta en común de experiencias y buenas prácticas entre diversos actores sociales, sobre programas o iniciativas de atención, inclusión y participación comunitaria de personas con discapacidad que incidan en su salud.

### Servicios de salud integrados y que hagan hincapié en la Atención Primaria

Los modelos de atención integrada se plantean como iniciativas de transformación del sistema sanitario en España cuya implementación puede resultar decisivo para dar respuesta al reto de lograr la equidad en salud para la población con discapacidad. Así que es menester situar a la persona con discapacidad en el centro del sistema, responder a sus necesidades únicas y específicas a lo largo de toda su vida, y hacerlo cerca de donde estas personas residan

El papel de la Atención Primaria mediante la integración de estrategias específicas que incluyan la discapacidad juega un rol definitivo para garantizar un acceso equitativo de las personas con discapacidad a la salud.

### Accesibilidad

La propuesta de tener un servicio de salud universal va en función de satisfacer esa necesidad, pero también de cumplir con los derechos de las personas. De manera que garantizar un acceso equitativo de las personas con discapacidad a servicios de salud requiere el cumplimiento de la accesibilidad como condición ineludible para que esta población, cualquiera que sea su discapacidad, pueda satisfacer su necesidad de atención médica y ejercer el derecho a la salud.

Todos los servicios e instalaciones de atención sanitaria deben tener en cuenta todos los aspectos de la accesibilidad para las personas con discapacidad, que comprende la accesibilidad de la infraestructura, el equipo, la información y las comunicaciones (incluidos los servicios electrónicos y de emergencia), así como el transporte.

### Interseccionalidad

No cabe duda que los criterios de intersección intensifican las inequidades en salud de determinados grupos de población con discapacidad. Por ello, es indispensable incorporar una mirada interseccional en el diseño y articulación de políticas y programas públicos sanitarios.

Acorde con la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030, la respuesta desde la política pública sanitaria para reparar déficits de ciudadanía, discriminaciones incrustadas y poner en la agenda de derechos deberá pivotar sobre tres asuntos concretos: mujeres y niñas con

discapacidad, personas con discapacidad que viven en la España rural y aquellas que tienen grandes necesidades de apoyo.

### Empoderamiento y participación

Es necesario reconocer que las personas con discapacidad pueden asumir un papel activo y tener voz en cualquier acción que se adopte en el sector salud. Esto incluye la participación directa de la persona en la toma de decisiones y la mejora de conocimientos sobre su protagonismo en su propia salud y bienestar.

Asimismo, es indispensable conferir a la sociedad civil organizada un lugar como actor estratégico en el proceso de diseño, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas o medidas programáticas sanitarias. Su conocimiento y experiencia lo hacen el aliado clave para lograr avances en la equidad sanitaria de la población con discapacidad.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030

