



Asamblea General

Distr. general
16 de julio de 2018
Español
Original: inglés

Septuagésimo tercer período de sesiones

Tema 74 b) de la lista preliminar*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros medios
de mejorar el goce efectivo de los derechos humanos y
las libertades fundamentales**

Derechos de las personas con discapacidad

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Sra. Catalina Devandas Aguilar, presentado de conformidad con la resolución 35/6 del Consejo de Derechos Humanos.

* A/73/50.



Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad

Resumen

En el presente informe, la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad estudia los problemas a los que se enfrentan las personas con discapacidad para disfrutar del derecho al más alto nivel posible de salud y proporciona orientaciones a los Estados sobre cómo fomentar servicios de salud inclusivos y accesibles para las personas con discapacidad.

I. Introducción

1. El presente informe pone de manifiesto los diversos problemas a los que se enfrentan las personas con discapacidad para disfrutar del derecho al más alto nivel posible de salud y ofrece a los Estados orientaciones sobre formas de promover servicios de salud inclusivos y accesibles basados en los derechos humanos. Las normas internacionales de derechos humanos presentadas en el informe se basan en recomendaciones anteriores formuladas por los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas, entre ellos, los órganos de tratados y los procedimientos especiales.

2. Para redactar su informe, la Relatora Especial analizó 116 respuestas a un cuestionario enviado a los Estados Miembros, las instituciones nacionales de derechos humanos y las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones que representan a las personas con discapacidad¹. También organizó una consulta de expertos con representantes de organismos de las Naciones Unidas, organizaciones de personas con discapacidad y el mundo académico.

II. Conocimiento de las cuestiones de salud de las personas con discapacidad

3. La salud es esencial para el bienestar y la felicidad de los seres humanos. Permite a las personas vivir una buena vida y desarrollar todo su potencial. Si las personas no tienen acceso a la atención sanitaria, en particular a servicios médicos y de rehabilitación, quizá no puedan asistir a la escuela, acceder a oportunidades de subsistencia o participar en la sociedad. La salud es esencial para el crecimiento económico, ya que una población sana estudia más, es más productiva, ahorra más y vive más tiempo². El acceso temprano a servicios de salud y rehabilitación garantiza unos mejores resultados en materia de salud y reduce los gastos de los sistemas de atención sanitaria y social relacionados con una mala salud. La salud va más allá de los sistemas formales de salud. En la salud de las personas y las comunidades influyen factores como la vivienda, el transporte, la educación y el empleo seguros y asequibles. Por consiguiente, la salud es tanto un resultado de la consecución del desarrollo sostenible como una vía hacia él (véase A/71/304).

4. Las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que las demás personas, entre otras, la promoción de la salud, la atención preventiva, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. También pueden tener otras necesidades de salud ocasionadas por sus deficiencias y otros determinantes subyacentes de la salud, como la pobreza, la discriminación, la violencia y la exclusión social. Si bien algunas deficiencias evolucionan de forma inevitable con el tiempo, un entorno físico y social inadecuado puede agravar las enfermedades primarias o exacerbar las consecuencias secundarias de dichas enfermedades.

5. Debido a los altos niveles de pobreza, discriminación, violencia y exclusión social, así como a las importantes barreras para acceder a los servicios de salud, las personas con discapacidad corren un riesgo mayor de padecer problemas de salud que la población general y, por lo tanto, tienen una mayor probabilidad de necesitar y utilizar esos servicios. Por ejemplo, corren un riesgo mayor de sufrir lesiones no

¹ Véase www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/disability-inclusivepolicies.aspx.

² Véase D. Bloom y D. Canning, *Population Health and Economic Growth* (Comisión sobre Crecimiento y Desarrollo, 2008). Se puede consultar en https://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth_Commission_Working_Paper_24_Population_Health_Economic_Growth.pdf.

intencionales; desarrollar enfermedades secundarias, concomitantes y relacionadas con la edad; estar expuestas a situaciones de violencia, y sufrir una muerte prematura³. Asimismo, tienen una mayor necesidad de servicios de habilitación y rehabilitación relacionadas con la salud, esenciales para mantener un buen estado de salud, vivir de forma independiente, ser económicamente productivas y vivir una vida provechosa. Algunas personas con discapacidad pueden necesitar un mayor acceso a servicios especializados de salud, además de los servicios de atención primaria.

6. Las personas con discapacidad pueden llevar una vida activa, productiva, larga y saludable. Tener una deficiencia no implica tener mala salud. La salud es un estado dinámico de bienestar formado por una combinación de los potenciales de un individuo, las exigencias de la vida y determinantes sociales y medioambientales⁴. Independientemente de la deficiencia o los problemas de salud, las personas con discapacidad pueden gozar de una vida saludable descubriendo y realizando sus aspiraciones, satisfaciendo sus necesidades y cambiando el entorno o haciéndole frente⁵. Además, es importante reconocer que la noción de deficiencia varía con el tiempo y en función de las culturas y las sociedades y refleja los valores y las normas de un momento y un lugar específicos⁶. Del mismo modo, muchas personas con discapacidad no ven su diversidad corporal y funcional como una deficiencia real, sino como un rasgo positivo y normal de su identidad o como una deficiencia percibida.

7. Históricamente, se ha considerado a las personas con discapacidad como meros “pacientes”, cuyas opiniones tenían menos valor que las de supuestos “expertos”, en particular profesionales médicos. En el modelo médico de la discapacidad no se reconocía a las personas con discapacidad como titulares de derechos, sino que estas quedaban “reducidas” a sus deficiencias⁷. Puesto que la discapacidad se percibía únicamente como problema médico, las respuestas a nivel social se centraban en “reparar” y “curar” a estas personas, haciendo caso omiso de su voluntad y sus preferencias. A partir de la década de 1960, sin embargo, el movimiento por los derechos de las personas con discapacidad ha impugnado esos modelos médicos y subrayado el impacto negativo de las barreras y la opresión en la vida de las personas con discapacidad. En consecuencia, la discapacidad se entiende hoy como una construcción social derivada de la interacción entre las personas con deficiencias reales o subjetivas y las barreras debidas a actitudes y el entorno. Es necesario abandonar la práctica de la compasión y el tratamiento y reconocer a las personas con discapacidad como miembros iguales de una humanidad diversa.

8. Se debe aclarar la cuestión de la prevención de las deficiencias. A menudo los Estados presentan sus compromisos normativos y presupuestarios relacionados con políticas de prevención primaria como una inversión en los derechos de las personas con discapacidad. Si bien las campañas de salud pública para prevenir las enfermedades y las deficiencias en la población en general son un componente importante de la política de salud pública de un Estado, no deben considerarse parte de las medidas destinadas a promover los derechos de las personas con discapacidad. Desde una perspectiva de derechos humanos, los Estados deben velar por que las

³ Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad* (2011), págs. 61 a 67.

⁴ J. Bircher y E.G. Hahn, “Understanding the nature of health: new perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower costs”, *F1000Research* 5:167 (2016). Se puede consultar en <https://f1000research.com/articles/5-167/v1>.

⁵ Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, aprobada en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986.

⁶ B. Ingstad y S. R. Whyte (eds.), *Disability and Culture* (University of California Press, 1995).

⁷ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 6 (2018) (CRPD/C/GC/6), párr. 8.

personas con discapacidad tengan acceso, en igualdad de condiciones, a servicios de prevención y promoción de la salud, incluidos servicios de prevención de nuevas deficiencias. Además, los Estados deben garantizar que las políticas y los programas de prevención y promoción de la salud no estigmaticen a las personas con discapacidad, ya que esto tiene una repercusión negativa directa en su inclusión y participación en la sociedad.

III. El derecho a la salud de las personas con discapacidad

9. El derecho a la salud está reconocido en diversos instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos⁸. Abarca tanto libertades como derechos⁹. Entre las libertades se encuentran 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, el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuales y el derecho a no ser sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Los derechos incluyen el derecho a acceder a una atención primaria básica y el derecho a acceder a medicamentos esenciales. El derecho a la salud engloba también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable, a condiciones sanitarias adecuadas, a alimentos sanos, a una nutrición y una vivienda adecuadas, a condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud¹⁰.

10. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud. En consecuencia, los Estados deben abstenerse de interferir, ya sea directa o indirectamente, en la salud de las personas, y deben adoptar medidas para impedir que terceros interfirieran con ella y medidas positivas para permitir a las personas y comunidades disfrutar de este derecho y ayudarlas a hacerlo. Además, los Estados deben velar por que los bienes relacionados con la salud y los servicios y las instalaciones de atención sanitaria estén disponibles en cantidad suficiente (disponibilidad); sean accesibles financiera, geográfica y físicamente, lo que requiere una información y una comunicación accesibles, sin discriminación (accesibilidad); respeten la deontología médica, sean adecuados desde el punto de vista cultural y tengan en cuenta las cuestiones de género y las necesidades del ciclo de vida (aceptabilidad); y sean científica y médicamente adecuados y de buena calidad (calidad). El derecho a la salud también exige que la población participe en todo el proceso de adopción de decisiones¹¹.

11. Las personas con discapacidad están protegidas por el mismo marco general del derecho a la salud que el resto de las personas. Sin embargo, el sistema internacional de derechos humanos prestó escasa atención a sus necesidades de salud hasta la

⁸ Véanse la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25.1), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (art. 5 e iv)), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (arts. 11.1 f) y 12), la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24), la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares (arts. 28, 43.1 e) y 45.1 c)), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (art. 25), la Carta Social Europea (revisada) (art. 11), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 10) y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (art. 16).

⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), párr. 8.

¹⁰ *Ibid.*, párr. 11.

¹¹ *Ibid.*

aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹². De hecho, el marco anterior permitía restringir en circunstancias excepcionales el disfrute de ciertos elementos del derecho a la salud de las personas con discapacidad. Por ejemplo, en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental se establecía un nivel de protección menor frente a violaciones de los derechos humanos en entornos sanitarios.

12. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹³ sustituye estas normas anteriores. En ella se abandonan los enfoques médicos y paternalistas de la discapacidad en favor de un enfoque basado en los derechos humanos que considera a las personas con discapacidad como titulares de derechos más que como meros receptores de medidas de protección, rehabilitación o de servicios sociales. Ya no se considera la discapacidad como un problema médico sino como una construcción social. En la Convención se destaca 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.

13. Muchas disposiciones de la Convención se refieren al derecho a la salud o a los determinantes subyacentes de la salud. En el artículo 25 de la Convención se reafirma el derecho de todas las personas con discapacidad a disfrutar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Esto abarca todos los elementos del marco del derecho a la salud, entre otros, las libertades, los derechos, la participación, el seguimiento y la rendición de cuentas. En el artículo 25 se ofrece también una lista no exhaustiva de normas y obligaciones que deben garantizar los Estados al hacer efectivo el derecho a la salud, como el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; el acceso a programas de salud pública dirigidos a la población; la prestación de servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales; la prestación de servicios de salud relacionados específicamente con la discapacidad, como la prevención de nuevas deficiencias; la prestación a las personas con discapacidad de atención sanitaria de la misma calidad que las demás personas, sobre la base de un consentimiento libre e informado; la capacitación de profesionales de la salud y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado; el acceso en condiciones de igualdad a seguros de salud y de vida; y la prohibición de negar la atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

14. El artículo 25 d) de la Convención merece especial atención. En él se hace mención al derecho a un consentimiento libre e informado para cualquier tratamiento o experimento médicos, incluido el derecho a rechazar un tratamiento, ampliamente reconocido en el derecho internacional de los derechos humanos¹⁴. A pesar de ser un elemento esencial del derecho a la salud y el derecho a no ser sometido a torturas ni a malos tratos, a menudo se niega este derecho a las personas con discapacidad. Por ejemplo, en los artículos 6 y 7 del Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa, aprobado en 1997, se contemplan excepciones

¹² G. Quinn y T. Degener, *Human rights and disability: the current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability* (Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2002). Se puede consultar en www.ohchr.org/Documents/Publications/HRDisabilityen.pdf.

¹³ Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 2515, núm. 44910.

¹⁴ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 7), Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (arts. 5 y 6) y Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (art. 5). El derecho a un consentimiento libre e informado también se ha interpretado como parte del derecho a la seguridad personal, el derecho a no ser sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, el derecho a la privacidad y el derecho al más alto nivel posible de salud.

al derecho de las personas con discapacidad a no ser sometidas a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Del mismo modo, algunos órganos creados en virtud de tratados y procedimientos especiales de las Naciones Unidas han justificado el uso de la coacción contra las personas con discapacidad en la atención sanitaria, por ejemplo, el tratamiento y la hospitalización forzosos, el aislamiento, el uso de medidas de contención y la esterilización forzada, basándose en las nociones de “necesidad médica” y “peligrosidad” (véanse, por ejemplo, CCPR/C/GC/35 y A/HRC/22/53). Estas normas y jurisprudencia son contrarias a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que prohíbe cualquier forma de coacción sobre la base de una deficiencia real o subjetiva, aunque se utilicen factores o criterios adicionales para justificar la coacción.

15. Además, en el artículo 25 d) de la Convención se establece la obligación de exigir “a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado”, una obligación reforzada por el reconocimiento universal de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad (art. 12) y la prohibición absoluta de la privación de la libertad sobre la base de la deficiencia, incluidas las hospitalizaciones no consensuales (art. 14). El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha recalado que los Estados partes tienen la obligación de no permitir que el consentimiento en la adopción de decisiones sea otorgado por personas que sustituyan a las personas con discapacidad (por ejemplo, los curadores) en nombre de estas¹⁵. En su lugar, se deberían fomentar sistemas de apoyo a la toma de decisiones, y el personal sanitario y médico debería adoptar medidas para velar por que las personas que presten este apoyo respeten la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad, no las sustituyan en sus decisiones y no tengan una influencia indebida sobre ellas¹⁶. Cuando, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible obtener el consentimiento libre e informado de una persona o determinar su voluntad y preferencias, ni siquiera mediante la prestación de asistencia y ajustes, se debería aplicar, como último recurso, la norma de “mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias”¹⁷.

16. Otras disposiciones de la Convención completan el artículo 25. Por ejemplo, en el artículo 5 se prohíben todas las formas de discriminación, entre otros en la asistencia de salud; en el artículo 9 se exige que todas las instalaciones, el transporte, la información, las comunicaciones y los servicios médicos sean accesibles; en el artículo 10 se reafirma el derecho a la vida de las personas con discapacidad; en los artículos 15 y 17 se reconoce el derecho a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y el derecho a la integridad personal, que abarca la libertad a no recibir tratamiento médico no consensual; en el artículo 19 se dispone el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, lo que excluye la segregación y la reclusión en entornos sanitarios; en el artículo 22 se reconoce el derecho a la privacidad, incluida la privacidad de la información relativa a la salud; en el artículo 23 se establece el derecho de las personas con discapacidad a acceder a educación sobre reproducción y planificación familiar y mantener su fertilidad y decidir el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, lo que excluye la esterilización forzada; en el artículo 21 se contempla el acceso a la información, que permite luchar contra el analfabetismo; y en el artículo 28 se tratan los derechos a un nivel de vida adecuado y a la protección social, lo que abarca los determinantes sociales de la salud.

¹⁵ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1 (2014) (CRPD/C/GC/1), párr. 41.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*, párr. 21.

17. En el artículo 26 de la Convención se complementa la obligación de garantizar los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su deficiencia. En él se exige que los Estados pongan en marcha servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación¹⁸, en particular en el ámbito de la salud, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional y la inclusión y la participación plenas en todos los aspectos de la vida. Estos servicios y programas deberían comenzar en la etapa más temprana posible, basarse en una evaluación multidisciplinar, apoyar la participación y la inclusión, ser voluntarios y estar a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad. Además, en este artículo se exige que los Estados capaciten al personal y los profesionales que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación y promuevan la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías y dispositivos de apoyo.

18. El derecho a la salud incluye obligaciones de efecto inmediato y una obligación de realización progresiva. Esta última incluye obligaciones básicas como la no discriminación; el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuales; el acceso a alimentos, un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable; y el acceso a atención primaria básica de la salud y medicamentos¹⁹. Este último aspecto obliga a los Estados a avanzar lo más expedita y eficazmente posible, utilizando los recursos de que dispongan, incluidos los procedentes de la cooperación internacional, para lograr la plena realización del derecho a la salud²⁰. Estas medidas deben ser deliberadas y concretas y tener una orientación clara²¹, y exigen que se adopten indicadores y parámetros para dar el debido seguimiento a los avances a lo largo del tiempo. La Relatora Especial opina que el acceso a la habilitación y la rehabilitación, dispositivos de apoyo y servicios de salud esenciales que necesiten las personas con discapacidad debido a su deficiencia debería considerarse una obligación básica no sujeta a realización progresiva.

19. Los Estados tienen la obligación de proteger a las personas con discapacidad de las violaciones de su derecho a la salud que puedan cometerse en su territorio o en la jurisdicción de terceros. En la Convención se solicita específicamente a los Estados partes que tomen todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad (art. 4.1 e)) y que se aseguren de que las entidades privadas que proporcionen instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de la accesibilidad (art. 9.2 b)). Los Estados deben prevenir, abordar y reparar los abusos cometidos por agentes no estatales en el sector privado, como se indica en los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos (A/HRC/17/31, anexo).

20. Para no dejar a nadie atrás, es necesario que todas las personas con discapacidad puedan disfrutar de todas las oportunidades creadas por la Agenda 2030 para el

¹⁸ La habilitación y la rehabilitación engloban una amplia gama de respuestas para que las personas con discapacidad puedan alcanzar y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional y la inclusión y la participación plenas en todos los aspectos de la vida. La habilitación se refiere a los servicios dirigidos a las personas que adquieren deficiencias de forma congénita o en una etapa temprana de la vida, mientras que la rehabilitación se refiere a los servicios para aquellas personas que adquieren una deficiencia en una etapa posterior de la vida.

¹⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), párr. 43.

²⁰ *Ibid.*, párrs. 31 y 32.

²¹ *Ibid.*, párr. 30.

Desarrollo Sostenible (resolución 70/1 de la Asamblea General), en particular los diversos objetivos relacionados con la salud, que representan una oportunidad para promover el derecho a la salud de estas personas. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ofrece orientaciones normativas para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde una perspectiva basada en los derechos humanos. Se necesitan datos desglosados, como se exige en el Objetivo 17, para determinar si se está dejando atrás a las personas con discapacidad en el acceso a la atención sanitaria.

IV. Desafíos y problemas

21. La Relatora Especial ha señalado tres desafíos principales relacionados con el disfrute del derecho a la salud de las personas con discapacidad: a) desigualdades en materia de salud y atención sanitaria; b) obstáculos para acceder a servicios de salud; y c) violaciones específicas de los derechos humanos en entornos sanitarios.

A. Desigualdades en materia de salud y atención sanitaria

22. Las personas con discapacidad se ven afectadas por importantes desigualdades en materia de salud y atención sanitaria. A menudo padecen enfermedades secundarias y concomitantes, entre ellas, enfermedades crónicas, como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y diabetes. Si bien algunos de estos problemas están relacionados con su deficiencia, las desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria, la alfabetización sanitaria y los recursos económicos son la causa principal de la vulnerabilidad ante muchas de estas enfermedades o contribuyen a agravarlas. Por ejemplo, varios estudios demuestran que, en promedio, las personas con discapacidad intelectual fallecen entre 15 y 20 años antes que la población en general, debido, en gran medida, al descuido, a un tratamiento inadecuado y al hecho de que no se someten a exámenes de rutina ni participan en actividades de promoción y prevención de la salud²². Asimismo, la esperanza de vida de los adultos con discapacidad psicosocial es entre 20 y 25 años menor, debido a múltiples factores, como el trastorno somatomorfo asociado a los medicamentos antipsicóticos²³.

23. Además, las personas con discapacidad tienen una probabilidad mucho mayor que las personas sin discapacidad de necesitar servicios de salud, y es más probable que declaren no recibirlos²⁴. Por ejemplo, un estudio reveló que el nivel de necesidades de salud insatisfechas de las personas con discapacidad era tres veces superior al de las personas sin discapacidad²⁵. Los datos apuntan también a que las personas con discapacidad están en situación de desventaja en el acceso a la atención primaria, lo que perpetúa sus resultados en materia de salud, peores que los de las personas sin discapacidad. Los niños con discapacidad a menudo no reciben tratamiento básico para enfermedades comunes de la infancia, que pueden poner su vida en peligro si no reciben tratamiento²⁶. Se asume erróneamente que las personas

²² Health Quality Improvement Partnership, *The Learning Disabilities Mortality Review*, informe anual 2017.

²³ S. Saha, D. Chant y J. McGrath, "A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?", *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, núm. 10 (2007), págs. 1123 a 1131.

²⁴ OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad* (2011), págs. 60 a 62.

²⁵ M. A. McColl, A. Jarzynowska y S.E.D. Shortt, "Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence", *Disability and Society*, vol. 25, núm. 2 (2010), págs. 205 a 218.

²⁶ OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate* (2012), pág. 17.

con discapacidad siempre necesitan servicios especializados, cuando la atención primaria puede satisfacer la mayoría de sus necesidades de salud.

24. Las personas con discapacidad tienen un acceso limitado a servicios de habilitación y rehabilitación relacionadas con la salud. A pesar de que existen distintas categorías de personas que necesitan servicios de rehabilitación, la cobertura suele ser escasa para la diversidad de las personas con discapacidad²⁷. Esto incluye acceso a fisioterapia, logopedia y terapia del lenguaje y rehabilitación psicosocial. La cobertura es especialmente limitada en países de ingresos bajos y medianos, donde en algunos entornos únicamente entre el 3% y el 5% de las personas con discapacidad reciben esos servicios²⁸. Además, los datos indican que, en muchos países de ingresos bajos y medianos, solo entre el 5% y el 15% de las personas con discapacidad que necesitan dispositivos y tecnologías de apoyo tienen acceso a ellos²⁹.

25. Las personas con discapacidad se enfrentan a problemas considerables en el acceso a servicios especializados de salud, que son esenciales para muchos grupos. Por ejemplo, un número elevado de recién nacidos con deficiencias congénitas, como espina bífida e hidrocefalia, mueren antes de cumplir un mes por falta de tratamiento especializado³⁰. Del mismo modo, la falta de diagnóstico adecuado y tratamiento eficaz de la mayoría de las enfermedades raras es un problema a nivel mundial³¹.

26. Por lo general, las estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades no se dirigen a las personas con discapacidad. Se excluye a menudo a los niños con discapacidad de los programas de inmunización, incluso en países en los que las tasas de inmunización global han aumentado de forma extraordinaria³². Varios estudios han revelado que las mujeres con discapacidad tienen un acceso limitado a servicios de diagnóstico inicial de cáncer³³. Las personas con albinismo no tienen acceso a una protección solar adecuada. Las personas sordas tienen importantes carencias de conocimientos sobre salud preventiva. Asimismo, las medidas para fomentar comportamientos saludables, como hacer ejercicio de forma regular y llevar una dieta equilibrada, no suelen ser accesibles y hacen poco hincapié en las necesidades de las personas con discapacidad³⁴.

27. A pesar de que las personas con discapacidad son igual de activas sexualmente que las demás, tienen un acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva. Varios estudios han demostrado que tienen un menor acceso que las personas sin discapacidad a servicios de calidad, como educación sexual y conocimientos sobre

²⁷ T. Shakespeare, T. Bright y H. Kuper, "Access to health for persons with disabilities", documento de debate encargado por la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (2018), págs. 21 a 26. Se puede consultar en <http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/resources/>.

²⁸ *Ibid.*, pág. 24.

²⁹ OMS, nota descriptiva sobre tecnología de asistencia (18 de mayo de 2018), <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>.

³⁰ OMS, nota descriptiva sobre anomalías congénitas (7 de septiembre de 2016), <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>.

³¹ Comisión Europea, *Rare diseases - a major unmet medical need* (2017), pág. 9.

³² UNICEF, "Disability prevention efforts and disability rights: finding common ground on immunization efforts", documento de trabajo, se puede consultar en www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF_Immunization_and_Disability_Paper_FINAL.pdf.

³³ J. Angus, L. Seto, N. Barry *et al.*, "Access to cancer screening for women with mobility disabilities", *Journal of Cancer Education*, vol. 27, núm. 1 (marzo de 2012), págs. 75 a 82; K. Peters y A. Cotton, "Barriers to breast cancer screening in Australia: experiences of women with physical disabilities", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 24, núms. 3 y 4 (marzo de 2012), págs. 563 a 572.

³⁴ J. H. Rimmer, "Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions", *Physical Therapy*, vol. 79, núm. 5 (1 de mayo de 1999), págs. 495 a 502.

salud y derechos sexuales y reproductivos³⁵. Los jóvenes con discapacidad, por ejemplo, suelen tener unos conocimientos menores sobre la transmisión y prevención del VIH³⁶. Las mujeres y las niñas con discapacidad informan también de que los servicios prenatales y ginecológicos no satisfacen sus necesidades y expectativas³⁷.

28. Las personas con discapacidad enfrentan grandes desigualdades en el ámbito de la salud bucodental y el acceso a la asistencia odontológica. La mayoría de sus necesidades de salud bucodental, al igual que las de la población en general, no son complejas y pueden tratarse en entornos de atención primaria y comunitarios³⁸. Sin embargo, las personas con discapacidad se ven más afectadas por las enfermedades bucodentales que el resto de la población y tienen unos niveles mayores de necesidades insatisfechas en salud bucodental³⁹. En particular, se ha observado una alta incidencia de enfermedades bucodentales en personas con discapacidad con necesidades importantes de apoyo y en las que se encuentran en entornos institucionales⁴⁰.

29. Las personas con discapacidad no suelen recibir la atención de salud mental que necesitan y solicitan. Como señaló el Relator Especial sobre el derecho a la salud, existe una alarmante “carga mundial de obstáculos” que obstaculiza la aplicación del derecho a la salud mental, como un predominio del “modelo biomédico”, asimetrías de poder y un uso sesgado de los datos empíricos en salud mental (véase A/HRC/35/21). Este enfoque de la salud mental ha contribuido a la estigmatización, la exclusión, el descuido y el maltrato de las personas con discapacidad y el uso de la coacción contra ellas, en particular aquellas con discapacidad psicosocial e intelectual, demencia y autismo, y ha limitado aún más las respuestas en materia de políticas para proporcionar atención de salud mental y apoyo psicológico a quienes lo solicitan. Por ejemplo, la mayor parte del gasto público en servicios de salud mental se destina a la atención hospitalaria, especialmente en hospitales psiquiátricos e instituciones residenciales, mientras que los servicios psicosociales comunitarios y no coercitivos apenas reciben financiación⁴¹.

30. Los determinantes subyacentes de la salud también son motivo de preocupación. Las personas con discapacidad tienen una mayor probabilidad de padecer pobreza y exclusión social, lo que a su vez aumenta la probabilidad de sufrir problemas de salud o enfrentarse a obstáculos para acceder a la asistencia sanitaria. Las personas con discapacidad también tienen un riesgo mayor de sufrir violencia (véase A/70/297). El riesgo de que los adultos con discapacidad sufran violencia es el doble que en el caso de las personas sin discapacidad; este riesgo se multiplica por seis en el caso de adultos con discapacidad psicosocial⁴². Los niños con discapacidad tienen una probabilidad seis veces mayor que los otros niños de ser sometidos a violencia y maltrato⁴³. Los niños con discapacidad psicosocial o intelectual tienen una prevalencia y un riesgo mayores de sufrir violencia que los niños con discapacidades

³⁵ S. H. Braathen, P. Rohleder y G. Azalde, “Sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities: a review of the literature” (SINTEF, 2017), págs. 13 a 15. Se puede consultar en www.sintef.no.

³⁶ *Ibid.*, págs. 13 y 14.

³⁷ *Ibid.*, pág. 16.

³⁸ Federación Dental Internacional, “Salud bucodental y atención odontológica de personas con discapacidad”, declaración política adoptada por la Asamblea General de la Federación Dental Internacional, Poznań (Polonia), septiembre de 2016.

³⁹ D. Faulks *et al.*, “The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health”, *European Journal of Dental Education*, vol. 16 (2012), págs. 195 a 201.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ OMS, *Atlas de salud mental 2014* (Ginebra, 2015), pág. 31.

⁴² T. Shakespeare, T. Bright y H. Kuper, “Access to health for persons with disabilities” (véase la nota 27), pág. 8.

⁴³ *Ibid.*

de otro tipo. Además, muchos de los problemas de salud comunes en niños con discapacidad pueden atribuirse a un acceso limitado a determinantes subyacentes básicos de la salud, como el agua limpia potable, mosquiteros y alimentos ricos en nutrientes⁴⁴.

B. Obstáculos para acceder a servicios de salud

31. El estigma y los estereotipos son obstáculos importantes para el acceso a la atención sanitaria. Aunque los datos demuestran lo contrario, las ideas erróneas sobre la salud de las personas con discapacidad han llevado a asumir que no se pueden satisfacer sus necesidades en servicios de atención primaria o que no son candidatos adecuados para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. El estigma y los estereotipos también provocan actitudes negativas y hostiles por parte del personal sanitario. Por ejemplo, contribuyen en gran medida a limitar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad (véase A/72/133). Además, la vergüenza y el estigma asociados a la discapacidad impiden a las personas con discapacidad y sus familias solicitar atención médica o rehabilitación.

32. Se deben replantear y revisar los instrumentos y las normas relacionados con la salud que puedan contribuir a aumentar el estigma y la patologización de la discapacidad. Las herramientas de diagnóstico y los instrumentos de clasificación, como la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, pueden reforzar el estigma público y provocar que las personas eviten solicitar atención sanitaria por miedo a ser etiquetadas⁴⁵. Asimismo, los sistemas de medición de la salud, como el año de vida ajustado por calidad y el año de vida ajustado en función de la discapacidad, utilizados ampliamente para calcular la longevidad y el bienestar relacionado con la salud y guiar la asignación de recursos, son controvertidos por las implicaciones éticas del peso de la discapacidad y su impacto en la formulación de políticas⁴⁶.

33. Los servicios de habilitación y rehabilitación relacionadas con la salud para las personas con discapacidad son escasos. Los datos indican que la demanda de rehabilitación es muy superior a lo que estos servicios pueden ofrecer⁴⁷. Allí donde hay servicios de rehabilitación, los esfuerzos se han concentrado de forma desproporcionada en los hospitales en vez de los servicios locales. Asimismo, suele ser más fácil acceder a la fisioterapia que a otro tipo de intervenciones, como la logopedia y la terapia del lenguaje. La escasez de profesionales que ofrecen servicios de rehabilitación (por ejemplo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y terapeutas del lenguaje, optómetras, audiólogos o profesionales generalistas que trabajen en el ámbito de la rehabilitación) y su concentración en zonas urbanas también representan obstáculos considerables para las personas que quieren acceder a servicios de rehabilitación, en particular en países de ingresos bajos y medianos⁴⁸.

⁴⁴ UNICEF, “Disability prevention efforts and disability rights” (véase la nota 32), pág. 3.

⁴⁵ D. Ben-Zeev, M. A. Young y P. W. Corrigan, “DSM-V and the stigma of mental illness”, *Journal of Mental Health*, vol. 19, núm. 4 (2010), págs. 318 a 327.

⁴⁶ D. A. Pettitt *et al.*, “The limitations of QALY: a literature review”, *Journal of Stem Cell Research and Therapy*, vol. 6, núm. 4 (2016), pág. 4; R. Parks, “The rise, critique and persistence of the DALY in global health”, *The Journal of Global Health* (1 de abril 2014), se puede consultar en www.ghjournal.org/the-rise-critique-and-persistence-of-the-daly-in-global-health/.

⁴⁷ OMS, “The need to scale up rehabilitation”, se puede consultar en www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1.

⁴⁸ OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad* (2011), pág. 66.

Los servicios de salud y los profesionales especializados suelen escasear en países de ingresos bajos y medianos.

34. Las personas con discapacidad también se enfrentan a restricciones para acceder a la asistencia sanitaria debido a la falta de accesibilidad física de edificios, equipos y servicios. Además, la distancia a los establecimientos de atención sanitaria en las zonas rurales y apartadas constituye un obstáculo considerable para las personas con discapacidad a causa de la pobreza, la inexistencia de medios de transporte accesibles y asequibles y la falta de apoyo familiar y comunitario. Entre otras barreras comunes a la accesibilidad se encuentran la falta de información en formatos accesibles (como Braille o lenguaje sencillo); las barreras de comunicación (como la ausencia de interpretación a lengua de señas o la falta de capacitación de los proveedores de servicios para comunicarse con niños y adultos con discapacidad intelectual); el papel de guardianes de la información y los servicios que asumen los familiares y cuidadores; y el aislamiento de las personas con discapacidad en instituciones, campamentos, hogares funcionales o el hogar familiar (véase A/72/133).

35. Las personas con discapacidad afrontan barreras financieras considerables para acceder a la atención sanitaria. A pesar de que sus gastos de salud suelen ser más elevados, tienen menos probabilidades de ser empleadas y, en promedio, son más pobres que las personas sin discapacidad. Los datos demuestran que entre un 51% y un 53% de las personas con discapacidad no pueden permitirse pagar por la atención sanitaria, frente a entre un 32% y un 33% de las personas sin discapacidad⁴⁹. Las personas con discapacidad también tienen un 50% más de probabilidades de tener que pagar gastos médicos desorbitados (gastos por cuenta propia que superen la capacidad de pago de la unidad familiar), lo que las arrastra a la pobreza⁵⁰. El precio elevado de los medicamentos y la falta de acceso o el acceso limitado a medicamentos genéricos también representa un importante obstáculo para las personas que deben tomar medicamentos durante períodos prolongados.

36. La discriminación en relación con el seguro médico es otra barrera importante para acceder a la atención sanitaria. Las tasas de cobertura suelen ser bajas porque las aseguradoras a menudo se niegan a ofrecer seguro médico a las personas con discapacidad debido a enfermedades preexistentes. La discriminación puede manifestarse también en el diseño de las pólizas de seguro, que limitan las prestaciones o la cobertura que pueda recibir una persona con discapacidad o aumentan de forma desproporcional el costo de las primas. Estas prácticas violan la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

37. La aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud también representan un problema. Los servicios y los programas de salud no suelen estar adaptados a la diversidad de las personas con discapacidad y a sus distintas necesidades interculturales y relacionadas con el género y el ciclo vital. De hecho, muchos niños con discapacidad no pasan de la asistencia sanitaria pediátrica a la adulta por falta de especialistas o por las reticencias de los profesionales generalistas a tratar a las personas con discapacidad. Además, los servicios no siempre respetan la confidencialidad y la privacidad de las personas con discapacidad. Por ejemplo, a menudo se viola la privacidad de las personas sordas ya que los familiares deben actuar como intérpretes⁵¹. Asimismo, en muchos países el acceso a la atención sanitaria y los servicios de rehabilitación está sujeto a la obtención de un certificado de discapacidad, lo que representa un requisito arbitrario.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*, pág. 67.

⁵¹ Y. Bat-Chava, D. Martin y J. G. Kosciw, "Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard-of-hearing people", *AIDS Care*, vol. 17, núm. 5 (2005), págs. 623 a 634.

C. Violaciones específicas de los derechos humanos en entornos sanitarios

38. En muchos países, a las personas con discapacidad se les niega el tratamiento debido a su discapacidad. Si bien las justificaciones para ello van desde la falta de accesibilidad hasta una cobertura insuficiente de seguro médico, muchas prácticas se basan en la premisa de que las personas con discapacidad tienen menos valor que las demás personas o disfrutan de una calidad de vida menor. Las afecciones y los síntomas médicos de las personas con discapacidad suelen ser vistas como parte de su deficiencia, lo que conlleva la falta de tratamiento. Lo que es aún peor, a menudo se considera que las personas con discapacidad no merecen tratamiento; a muchos niños y adultos con discapacidad no se les ofrece o se les niega el tratamiento, incluso cuando se trata de tratamientos que podrían salvar o prolongar la vida, ya que se considera que son intervenciones sin sentido e ineficaces. Por ejemplo, un estudio reveló que muchos proveedores sanitarios no apoyan intervenciones estándar de emergencia, como toracotomías, en pacientes con lesiones recientes de la médula espinal⁵². No garantizar el acceso a tratamiento y medicación vitales para aliviar el dolor y el sufrimiento representa una amenaza para los derechos a la vida, a la salud y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

39. La denegación del consentimiento libre e informado es una violación extendida del derecho a la salud de las personas con discapacidad. Los procesos estándar de consentimiento informado se basan generalmente en formularios escritos, que son inaccesibles para las personas ciegas y aquellas que necesitan interpretación o apoyo a la comunicación. La mayoría de las legislaciones nacionales, en particular las leyes sobre salud mental, disponen la hospitalización y el tratamiento forzosos de personas con discapacidad sobre la base de su deficiencia real o subjetiva, por sí misma o en conjunción con otros factores, como la “necesidad médica” y la “peligrosidad”. En muchos países, se permite a los curadores y los cuidadores dar su consentimiento a un tratamiento, incluidos los procedimientos experimentales, en nombre de una persona con discapacidad. También se recurre más al tratamiento ambulatorio forzoso, por el cual no solo aumentan las intervenciones forzosas, sino que además se permiten otras formas de abuso, como los toques de queda y las prohibiciones ilegales⁵³. Las tasas de hospitalización y tratamiento forzosos son excepcionalmente elevadas en países de ingresos altos; estas tasas van aumentando rápidamente en varios países europeos⁵⁴. En este contexto, es muy preocupante la reciente introducción de nuevos medicamentos psicotrópicos con un sistema digital de seguimiento de la ingesta (“pastillas digitales”), debido a su posible utilización en tratamientos coercitivos. Cabe resaltar que las prácticas coercitivas no solo tienen efectos sociales y psicosociales, sino que también tienen consecuencias negativas en la salud física.

40. Las personas con discapacidad, en especial las niñas y las mujeres, se enfrentan a violaciones graves de los derechos humanos en la esfera de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Se les suele impedir tomar decisiones por sí mismas sobre su salud sexual y reproductiva y se ven sistemáticamente expuestas a violencia, abuso y prácticas nocivas como la anticoncepción forzada, el aborto forzado y la

⁵² K. A. Gerhart *et al.*, “Quality of life following spinal cord injury: knowledge and attitudes of emergency care providers”, *Annals of Emergency Medicine*, vol. 23, núm. 4 (1994), págs. 807 a 812.

⁵³ A. Molodynsky, J. Rugkåsa y T. Burns, *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives* (Oxford University Press, 2016).

⁵⁴ H. J. Salize y H. Dressing, “Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, núm. 2 (febrero de 2004), págs. 163 a 168; Departamento de Atención Sanitaria y Social del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, “The independent review of the Mental Health Act”, informe provisional, mayo de 2018.

esterilización forzada (véase A/72/133). Los datos muestran que la esterilización de mujeres y niñas con discapacidad intelectual y psicosocial sigue siendo frecuente⁵⁵. Las que dan a luz corren el riesgo de que el Estado o su familia les arrebaten a sus hijos⁵⁶. Estar bajo la tutela de un curador o ingresar en una institución aumenta el riesgo de sufrir alguna de estas prácticas.

41. Existe un número cada vez mayor de tratamientos e intervenciones cuya efectividad no ha quedado demostrada o es controvertida, entre ellos, la terapia electroconvulsiva, la psicocirugía, tratamientos experimentales de desintoxicación del mercurio, terapias rigurosas para modificar conductas y la técnica del *packing* para niños con autismo, la educación conductista para niños con parálisis cerebral y el alargamiento de extremidades para niños con problemas de crecimiento⁵⁷. Muchas de estas intervenciones son invasivas, dolorosas e irreversibles y, por lo tanto, pueden constituir tortura o maltrato si son forzadas. En el caso de los niños, estas prácticas también contradicen el principio del respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

42. La explotación, la violencia y el abuso contra personas con discapacidad en entornos sanitarios también son frecuentes. En muchos servicios de salud mental se recurre regularmente a la reclusión y a procedimientos de contención, incluida la contención farmacológica. Estas prácticas carecen de objetivo terapéutico y a menudo son consecuencia de la falta de apoyo a personas que atraviesan una crisis emocional o están sometidas a un estrés intenso (véase A/HRC/37/56). También se utilizan como castigo para forzar a las personas a seguir un tratamiento y tomar la medicación. Asimismo, la sobremedicación de personas con autismo, personas con discapacidad psicosocial y personas de edad con discapacidad es una práctica extendida que puede desembocar en sedación, lesiones y cambios cognitivos o del comportamiento y provocar la muerte. Como todas las personas en entornos segregados, las personas con discapacidad también están expuestas a un alto riesgo de explotación y abuso físicos y sexuales en lugares como instituciones psiquiátricas, residencias para personas de edad y centros de acogida infantil en los que se proporciona tratamiento a los niños.

D. Formas múltiples e interseccionales de discriminación

43. Las personas con discapacidad forman un grupo heterogéneo con una amplia variedad de deficiencias y rasgos identitarios como raza, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, lengua, religión, origen nacional, étnico, indígena o social y edad. La interacción entre estos rasgos provoca aún más desigualdades y barreras relacionadas con la salud y la atención sanitaria. Por ejemplo, las barreras de comunicación son particularmente importantes para migrantes, refugiados y solicitantes de asilo con discapacidad y las barreras financieras son especialmente problemáticas para algunos grupos, como los romaníes y las personas indígenas con discapacidad⁵⁸.

44. Las mujeres con discapacidad tienen un acceso sistemáticamente menor a servicios y programas de salud que las mujeres sin discapacidad y los hombres con

⁵⁵ L. Servais, R. Leach, D. Jacques y J. P. Roussaux, "Sterilisation of intellectually disabled women", *European Psychiatry*, vol. 19, núm. 7 (2004), págs. 428 a 432; L. Lennerhed, "Sterilisation on eugenic grounds in Europe in the 1930s: news in 1997 but why?", *Reproductive Health Matters*, vol. 5, núm. 10 (1997), págs. 156 a 161.

⁵⁶ T. Shakespeare, T. Bright y H. Kuper, "Access to health for persons with disabilities" (véase la nota 27), pág. 31.

⁵⁷ *Ibid.*, pág. 10.

⁵⁸ Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA), *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare* (2013), págs. 47 a 51.

discapacidad⁵⁹. También reciben una asistencia sanitaria y una atención preventiva peores. Del mismo modo, es más probable que padezcan violencia, abusos y desatención y que sean víctimas de violaciones de sus derechos humanos relacionados con la salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Es más probable, en el caso de mujeres con deficiencias graves, que no se satisfagan sus necesidades y se violen sus derechos humanos en entornos sanitarios.

45. Los niños y las personas de edad con discapacidad también informan de niveles elevados de necesidades de salud insatisfechas. Un número considerable de estas personas están internadas en instituciones, lo que reduce considerablemente sus posibilidades de recibir una nutrición y una atención médica adecuadas y aumenta el riesgo de que desarrollen enfermedades secundarias⁶⁰. También tienen un riesgo especialmente elevado de recibir tratamiento sin dar su consentimiento informado. En ningún caso el acceso de las personas con discapacidad a la asistencia sanitaria puede depender de su ingreso en centros residenciales.

46. Además, en los últimos años, el número de niños diagnosticados con autismo, déficit de atención-trastorno de hiperactividad y otros trastornos ha crecido exponencialmente y ha conducido a un rápido aumento de la prescripción de estimulantes y otros medicamentos psicotrópicos. Estas prácticas suelen ser el resultado de concepciones anticuadas de la discapacidad y de la falta de apoyo adecuado. La Relatora Especial subraya que la patologización y la medicalización del comportamiento de los niños con discapacidad constituye una práctica inaceptable que contradice el principio del respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.

47. Las personas con discapacidad privadas de su libertad o en campamentos de refugiados afrontan obstáculos importantes para acceder a la atención sanitaria debido a la falta de instalaciones accesibles y apoyo a la comunicación. Es especialmente problemática la falta de acceso a atención médica en casos urgentes y para las personas que requieren tratamiento especializado o cirugía.

V. Medidas para garantizar el derecho a la salud de las personas con discapacidad

48. Los Estados pueden adoptar diversas medidas para mejorar el ejercicio del derecho a la salud de las personas con discapacidad, como revisar sus marcos jurídicos y de políticas; adoptar medidas concretas en los ámbitos de la cobertura sanitaria universal, la accesibilidad, la no discriminación y la participación; y movilizar recursos para aplicar las medidas que correspondan.

A. Marco jurídico

49. Los Estados deben elaborar y adoptar un marco legislativo y regulatorio del derecho a la salud de las personas con discapacidad. Se deberían revisar las leyes que protegen la salud de la población a la luz del marco internacional del derecho a la

⁵⁹ D. L. Smith, “Disparities in health care access for women with disabilities in the United States from the 2006 National Health Interview Survey”, *Disability and Health Journal*, vol. 1, núm. 2 (2008), págs. 79 a 88; D. Sakellariou y E. S. Rotarou, “Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data”, *BMJ Open*, vol. 7, núm. 8 (2017).

⁶⁰ K. Maclean, “The impact of institutionalization on child development”, *Development and Psychopathology*, vol. 15, núm. 4 (2003), págs. 853 a 884; F. D. Wolinsky *et al.*, “The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults”, *Journal of Gerontology*, vol. 47, núm. 4 (1992), págs. 173 a 182.

salud y del enfoque de la discapacidad basado en los derechos, en los que se dispone que los bienes, servicios e instalaciones de atención sanitaria deben estar disponibles, ser accesibles, asequibles y aceptables para las personas con discapacidad y ser de buena calidad. Se deberían modificar las disposiciones que excluyan o restrinjan el acceso de las personas con discapacidad a servicios de atención sanitaria, entre otros, los servicios de salud sexual y reproductiva, a fin de favorecer un acceso universal y equitativo.

50. Los Estados deben derogar inmediatamente toda la legislación discriminatoria que permita hospitalizar y tratar a personas con discapacidad sin su consentimiento libre e informado o cuando lo decida un tercero, incluidos curadores, familiares y profesionales de la salud. En vez de ello, los Estados deberían velar por que las personas con discapacidad puedan tener acceso a la planificación anticipada y otras formas de apoyo para la toma de decisiones. Además, los Estados deberían estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva⁶¹, así como la posibilidad de aprobar protocolos para regular el consentimiento informado de los niños con discapacidad para todas las cirugías y otras intervenciones invasivas. La legislación debe proporcionar medios de defensa eficaces para las personas con discapacidad cuyo derecho a la salud haya sido violado, como compensaciones y reparaciones adecuadas, eficaces y oportunas por el daño sufrido, así como sanciones judiciales y administrativas contra los autores.

B. Marco de políticas

51. Los Estados deben incorporar los derechos y las necesidades de las personas con discapacidad en las políticas y los programas de atención primaria y especializada de la salud. El acceso a la atención primaria es esencial para determinar y tratar las necesidades generales de salud de las personas con discapacidad, pero también para responder a sus necesidades de salud específicas, ya sea directamente o mediante la derivación a servicios especializados. La dependencia excesiva de la atención especializada puede evitar que se recurra a la atención primaria, dar lugar a diagnósticos y tratamientos innecesarios y aumentar los costos de los servicios de salud. Por lo tanto, los servicios de atención sanitaria de nivel secundario y terciario deberían apoyar al personal sanitario de atención primaria y colaborar estrechamente con este para responder a las necesidades de salud de las personas con discapacidad en sus comunidades. Las actividades de promoción de la salud deben incluir a las personas con discapacidad y dar respuesta a sus problemas de salud específicos, incluidos los determinantes subyacentes de la salud. También se necesitan estrategias de detección e intervención tempranas para facilitar un acceso oportuno a los servicios de salud y minimizar y prevenir nuevas deficiencias. Es importante velar por que la detección e intervención tempranas no contribuyan a una mayor discriminación y exclusión de los servicios generales, como la educación⁶².

52. Los Estados deberían elaborar un marco normativo a fin de organizar, reforzar y ampliar servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación en el ámbito de la asistencia sanitaria para personas con discapacidad. Entre otras cosas, se debería integrar más la habilitación y la rehabilitación en la atención primaria de la salud; elaborar modelos generales de prestación de servicios; preparar una fuerza de trabajo multidisciplinar para la rehabilitación; y velar por que se incluya la

⁶¹ Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15 (2013) (CRC/C/GC/15), párr. 31.

⁶² OMS y UNICEF, *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate* (2012), pág. 22.

rehabilitación en los presupuestos de salud⁶³. El marco normativo también debería garantizar la disponibilidad de dispositivos y tecnologías de apoyo accesibles, adecuados y asequibles para las personas con discapacidad⁶⁴. Si bien la rehabilitación en la comunidad puede ser eficaz para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con discapacidad, estas intervenciones suelen tener una cobertura geográfica y un ámbito limitados y ser insostenibles⁶⁵. Los Estados tienen la obligación y la responsabilidad, que no pueden transferir a organizaciones sin fines de lucro y benéficas, de garantizar el acceso a servicios de habilitación y rehabilitación relacionadas con la salud, así como a dispositivos y tecnologías de apoyo.

53. Los Estados deben garantizar que se preste la asistencia sanitaria lo más cerca posible de las comunidades en las que vivan las personas con discapacidad, incluidas zonas rurales y remotas. La prestación de servicios en el hogar o cerca de este puede mejorar el acceso a la atención sanitaria. Los Estados deben velar por que sus estrategias de desarrollo rural contemplen medidas para promover el acceso de las personas con discapacidad a servicios de atención sanitaria de calidad, que comprendan estrategias comunitarias y servicios de divulgación (por ejemplo, clínicas móviles, caravanas de salud, telemedicina e iniciativas telefónicas). Los Estados también deben considerar la posibilidad de adoptar medidas destinadas a mejorar la demanda de servicios de atención sanitaria entre las propias personas con discapacidad (por ejemplo, recordatorios mediante mensajes de texto, promoción de salud entre pares y visitas a domicilio).

C. Cobertura sanitaria universal

54. El logro de la cobertura sanitaria universal es esencial para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El objetivo de cobertura sanitaria universal exige que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud esenciales que necesitan, sin verse expuestos a dificultades financieras. El Objetivo 3 incluye el compromiso explícito de “lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (meta 3.8) y “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” (meta 3.7). Los indicadores del Objetivo 3 relacionados con la salud también hacen referencia a una amplia gama de servicios, entre otros, la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y a la necesidad de medir la cobertura de la población general y los más desfavorecidos, como las personas con discapacidad, en materia de servicios básicos de salud.

55. En este contexto, la cobertura sanitaria universal puede ser una herramienta importante para incrementar el acceso a la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad. Sin embargo, para que esto suceda, los Estados deben tener en cuenta a las personas con discapacidad cuando consideren la posibilidad de aumentar la población cubierta por los servicios de salud, los servicios incluidos en el conjunto de prestaciones y la proporción de los gastos cubiertos. En concreto, los Estados

⁶³ OMS, “Rehabilitación 2030: un llamado a la acción”; el informe de la reunión de 2017 puede consultarse en www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1.

⁶⁴ Se puede consultar orientación adicional sobre formas de garantizar el acceso a dispositivos y tecnologías de apoyo en A/71/314.

⁶⁵ V. Iemmi *et al.*, “Community-based rehabilitation for people with disabilities in low- and middle-income countries: a systematic review”, *Campbell Systematic Reviews*, 2015. Se puede consultar en <https://campbellcollaboration.org/>.

deben garantizar que la aplicación de la cobertura sanitaria universal (desde los paquetes de servicios básicos de salud hasta las reformas de la financiación de la salud) abarque todos los servicios de salud que puedan necesitar las personas con discapacidad, como servicios de habilitación y rehabilitación relacionadas con la salud, dispositivos y tecnologías de apoyo⁶⁶ y medicamentos esenciales. Por ejemplo, la Ley sobre Discapacidad de 2011 de Sierra Leona da acceso a las personas con discapacidad a servicios médicos gratuitos en todos los centros sanitarios públicos. En las deliberaciones sobre la cobertura sanitaria universal se debería tener en consideración la tecnología de salud y los tratamientos cada vez más disponibles que pueden alargar la esperanza y la calidad de vida de las personas con discapacidad (por ejemplo, cirugías para niños con espina bífida o cirugías cardíacas para niños con síndrome de Down).

D. Accesibilidad

56. Los Estados deben garantizar la accesibilidad universal de todos los servicios y programas de salud. Todos los servicios e instalaciones de atención sanitaria deben tener en cuenta todos los aspectos de la accesibilidad para las personas con discapacidad, incluida la accesibilidad de la infraestructura, el equipo y la información y las comunicaciones. Se debe garantizar también un transporte accesible, ya que de otra forma las personas con discapacidad no pueden acudir a los servicios o centros de salud.

57. Toda la información y las comunicaciones relativas a la prestación de la atención sanitaria, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia, deberían ser accesibles para las personas con discapacidad y presentarse por ejemplo en lengua de señas, Braille, formatos electrónicos accesibles, escritura alternativa y modos, medios y formatos de comunicación y orientación aumentativos y alternativos⁶⁷. Todas las campañas de salud pública también deben ser accesibles para las personas con discapacidad e incluir a estas. Por ejemplo, en Nigeria, a fin de resolver los problemas de accesibilidad, se han destinado intérpretes de lengua de señas a hospitales del Territorio de la Capital Federal para dar respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad.

E. No discriminación

58. Los Estados tienen la obligación de proporcionar atención sanitaria a las personas con discapacidad sin discriminación. Por lo tanto, deben eliminar la discriminación de las personas con discapacidad de la legislación, las políticas y las prácticas y prohibir todas las formas de discriminación en la atención sanitaria. Los Estados deberían, por ejemplo, abstenerse de proporcionar atención sanitaria, predominantemente, en entornos institucionales y residenciales. Asimismo, los Estados deben adoptar medidas para proporcionar ajustes razonables a las personas con discapacidad, a fin de que puedan acceder a esos servicios e instalaciones y disfrutar de ellos en igualdad de condiciones con las demás. Si bien la accesibilidad es de realización progresiva, los Estados tienen la obligación inmediata de proporcionar ajustes razonables a las personas con discapacidad para que puedan acceder a la atención sanitaria sin demora.

⁶⁶ Los Estados deberían elaborar una lista de productos de apoyo esenciales en función de sus necesidades nacionales y los recursos disponibles, tomando como base la lista de productos de apoyo prioritarios de la OMS (véase A/71/314).

⁶⁷ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 2 (2014) (CRPD/C/GC/2), párr. 40.

59. Los Estados deben prohibir la discriminación de las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y combatirla. Se debe prohibir por ley la denegación de seguro médico a personas por su discapacidad. Los Estados también deberían estudiar la adopción de regulaciones para garantizar que se fijen de manera justa y razonable los planes de seguro y las primas. En México, por ejemplo, la Suprema Corte de Justicia ha dictaminado que las aseguradoras no pueden discriminar a las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y que deberían adoptar políticas y planes para incluirlas en ellos.

60. Los sistemas de salud deben responder a las necesidades de la diversidad de las personas con discapacidad. Los Estados deben prestar atención a la diversidad de identidades existentes en la comunidad de personas con discapacidad a fin de afrontar adecuadamente las desigualdades y la discriminación interseccional de que son objeto las personas con discapacidad. Los Estados deberían estudiar la posibilidad de elaborar y aplicar políticas y prácticas dirigidas a los grupos más marginados de personas con discapacidad (por ejemplo, personas con deficiencias múltiples o graves, enfermedades raras o personas sordociegas) para acelerar o lograr la igualdad de hecho en el acceso a la atención sanitaria.

F. Participación

61. Los Estados deben celebrar consultas con las personas con discapacidad, incluidos los niños con discapacidad, y conseguir su participación activa en el despliegue de servicios de salud. Las personas con discapacidad saben mejor que nadie qué barreras enfrentan en sus propios contextos y cómo repercuten en sus vidas. Su participación garantiza que se diseñan los programas y políticas sobre salud de los Estados atendiendo a sus necesidades y preferencias, lo que puede redundar en una mayor eficiencia y una utilización más justa de los recursos. Por ejemplo, en Bosnia y Herzegovina, la cooperación entre el Gobierno y organizaciones de personas con discapacidad tuvo como resultado el establecimiento de normas sobre accesibilidad para centros de atención sanitaria. La Relatora Especial ha elaborado un estudio temático sobre el derecho de las personas con discapacidad a participar en la adopción de decisiones que proporciona orientaciones específicas sobre cómo cumplir esa obligación (A/HRC/31/62).

62. Los Estados deberían ser conscientes de que las opiniones de las personas con discapacidad pueden ser contrarias a las de los profesionales de la salud, puesto que estos suelen estar capacitados para actuar en favor del interés superior del paciente y muchos de ellos tienen un enfoque paternalista y medicalizado de la discapacidad. Se debe reconocer a las personas con discapacidad como interlocutores principales cuando se traten sus derechos, y los Estados deberían dar siempre prioridad a sus opiniones en los asuntos que las conciernen. Del mismo modo, las organizaciones coordinadoras de agrupaciones de personas con discapacidad pueden tener opiniones distintas de las de grupos concretos, por lo que es importante consultar e interactuar directamente con todas las partes interesadas. Los Estados también deberían garantizar la representación de la diversidad de personas con discapacidad en los procesos de toma de decisiones sobre el derecho a la salud y que se consulte a todas las partes.

G. Rendición de cuentas

63. La rendición de cuentas es esencial para garantizar unos servicios de salud inclusivos y respetuosos de los derechos de las personas con discapacidad. Las estrategias y los planes nacionales de salud deberían contar con líneas claras de

rendición de cuentas con indicadores y parámetros de referencia que permitan supervisar la aplicación del derecho a la salud de las personas con discapacidad. También se necesitan datos desglosados de calidad para detectar las lagunas y poner de relieve los resultados de la asistencia sanitaria. Los coordinadores gubernamentales y los mecanismos de coordinación encargados de la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad previstos en el artículo 33 1) deberían facilitar y apoyar la ejecución de estrategias y planes de salud desde un enfoque basado en los derechos. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso en la provisión de atención sanitaria, los Estados deben velar por que se supervisen de forma independiente todos los programas y centros de salud, así como por que se creen salvaguardias adecuadas y eficaces.

64. Los Estados deben establecer mecanismos de cumplimiento de la ley para asegurarse de que se haga efectivo el derecho a la salud de las personas con discapacidad. Toda persona o grupo de personas con discapacidad que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados⁶⁸. Estos recursos deberían incluir reparaciones apropiadas, que podrán tomar la forma de restitución, indemnización, satisfacción y garantías de no repetición, según sea el caso. Se debería dar mandato a las instituciones nacionales de derechos humanos y los mecanismos independientes de promoción, protección y supervisión de la aplicación de la Convención para que realicen indagaciones e investigaciones (art. 33 2)) y presten asistencia a las personas con discapacidad para acceder a vías de recurso. Los organismos de protección del consumidor deben realizar indagaciones e investigaciones sobre la discriminación de personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida.

H. Movilización de recursos

65. Los Estados tienen la obligación de adoptar medidas inmediatas, utilizando al máximo los recursos de que dispongan, incluidos los procedentes de la cooperación internacional, para garantizar que las personas con discapacidad puedan acceder a la asistencia sanitaria. En muchos países, los servicios y los programas generales de habilitación y rehabilitación en el ámbito de la atención de la salud, en particular la provisión de dispositivos y tecnologías de apoyo, no disponen de financiación suficiente. Por consiguiente, muchas personas con discapacidad no tienen ningún acceso a esos servicios o, a lo sumo, dependen de organizaciones sin fines de lucro o benéficas para acceder a ellos. La planificación sanitaria y presupuestaria gubernamental debe incluir en todas las partidas presupuestarias los servicios de salud que necesitan las personas con discapacidad, así como las necesidades especiales de estas personas. Los sistemas de protección social también pueden ayudar a reducir los costos adicionales que deben asumir las personas con discapacidad para acceder a la asistencia sanitaria y a facilitar servicios de apoyo a las que los necesiten (véase A/70/297).

66. Al planear la asignación de recursos, los Estados deberían prestar atención a sus obligaciones básicas en relación con el derecho a la salud, velando en particular por que todas las personas con discapacidad tengan acceso a la atención primaria básica. La garantía de la protección financiera de las personas con discapacidad debería ser un elemento clave en la toma de decisiones sobre la cobertura sanitaria universal. Los Estados no deberían adoptar medidas regresivas que afecten al derecho a la salud de las personas con discapacidad y deberían abstenerse de financiar prácticas contrarias

⁶⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), párr. 59.

al enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos (por ejemplo, el internamiento o intervenciones sanitarias coercitivas).

I. Concienciación

67. Los Estados partes deben adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para que toda la sociedad tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y de sus necesidades de salud, adoptando un enfoque basado en los derechos. Las personas con discapacidad no deberían ser vistas como enfermos o pacientes, sino como titulares de derechos al igual que todos los demás miembros de la sociedad. Los Estados también deben promover el respeto al derecho a la salud de las personas con discapacidad mediante actividades de sensibilización y capacitación dirigidas a los profesionales y el personal sanitarios. La capacitación también debería tratar las formas interseccionales de discriminación que afectan a las personas con discapacidad en el disfrute de su derecho a la salud. Los centros de formación de personal médico y sanitario deberían revisar sus programas de estudios para garantizar que la educación que imparten refleje adecuadamente las necesidades y los derechos de las personas con discapacidad en relación con la salud. Además, las personas con discapacidad idóneas y calificadas deberían recibir apoyo en sus esfuerzos por formarse como profesionales de la salud.

68. Se deben aplicar estrategias de alfabetización sanitaria dirigidas a personas con discapacidad, entre otros medios con la difusión de información sobre la salud en distintos formatos, a fin de que las personas con discapacidad puedan estar en condiciones de obtener, procesar y entender información básica sobre la salud y los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas en este ámbito. En el Ecuador, por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública ha elaborado un manual sobre salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad en el que se proporcionan directrices para los proveedores de servicios sobre formas de garantizar el acceso de las personas con discapacidad a la información y los servicios.

69. Las campañas de sensibilización y los programas de capacitación para promover el derecho a la salud de las personas con discapacidad deben adoptar un enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos. Las campañas públicas de recaudación de fondos de apoyo a los servicios de habilitación y rehabilitación, como los maratones televisivos, refuerzan el enfoque benéfico y la visión patologizadora generalizada de la discapacidad. Asimismo, los actos públicos de entrega de dispositivos y tecnologías de apoyo, como sillas de ruedas y otros dispositivos de movilidad, son contrarios al respeto de la dignidad inherente de las personas con discapacidad y refuerzan el enfoque benéfico de la discapacidad.

J. Cooperación internacional

70. La cooperación internacional, Sur-Sur y triangular desempeña un papel crucial para apoyar los esfuerzos nacionales encaminados a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los Estados y los donantes internacionales deben cerciorarse de que toda la cooperación internacional en el ámbito de la salud, incluidos los programas internacionales de desarrollo, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad. La cooperación internacional en el ámbito de la salud también debe ser coherente con los derechos humanos de las personas con discapacidad y debe proporcionarse de una forma sostenible y culturalmente apropiada. Las organizaciones internacionales, las organizaciones sin fines de lucro, las entidades benéficas y otras organizaciones que trabajan en contextos nacionales deberían

abstenerse de ejecutar proyectos contrarios al enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos (véase A/HRC/34/58).

71. Las Naciones Unidas, incluidos todos sus programas, fondos y organismos especializados, deberían incrementar la sensibilización y los conocimientos prácticos del personal sobre el derecho a la salud de las personas con discapacidad a fin de colaborar de forma más eficaz con los Estados desde un enfoque basado en los derechos humanos. La Organización Mundial de la Salud, como organismo rector en materia de salud pública mundial, debe incluir los derechos y las necesidades de las personas con discapacidad en todas sus líneas de trabajo y operaciones y hacer lo posible por que se trate la salud de estas personas de manera integral y desde una perspectiva de derechos, en comunicación constante con las organizaciones representativas de las personas con discapacidad.

VI. Conclusiones y recomendaciones

72. **Las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Sin embargo, en la práctica tienen un menor acceso a la atención sanitaria y sus resultados en materia de salud son peores que los de la población general debido a varios factores estructurales, como el estigma y los estereotipos, legislaciones y políticas discriminatorias, barreras para acceder a la atención primaria y secundaria, la disponibilidad limitada de servicios y programas específicos para la discapacidad, y la pobreza y la exclusión social. Además, las personas con discapacidad afrontan violaciones graves de los derechos humanos en entornos sanitarios, como la denegación de tratamiento, la desestimación de su consentimiento libre e informado, distintas formas de explotación, violencia y abuso, y la esterilización y la anticoncepción forzadas y otras violaciones en materia de salud sexual y reproductiva.**

73. **Es esencial integrar en la atención sanitaria los derechos y las necesidades de las personas con discapacidad para acabar con esta situación de desigualdad. Si bien se necesitan servicios y programas específicos para personas con discapacidad a fin de dar respuesta a algunas de sus necesidades particulares que no están cubiertas por los programas sanitarios generales, como norma general los servicios y los programas de salud deben incluir a las personas con discapacidad y ser accesibles para ellas. En el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los Estados deberían revisar sus sistemas nacionales de salud con miras a lograr la cobertura sanitaria universal como medio de aumentar el acceso de las personas con discapacidad a la atención sanitaria, en particular a los servicios de atención primaria.**

74. **La Relatora Especial formula las siguientes recomendaciones a los Estados, con el objetivo de ayudarles a hacer efectivo el derecho de las personas con discapacidad al disfrute del más alto nivel posible de salud:**

a) **Reconocer por ley el derecho de las personas con discapacidad a disfrutar del más alto nivel posible de salud y eliminar todas las barreras jurídicas que les impiden acceder a la información, los bienes y los servicios relacionados con la salud y la atención de la salud, en particular la legislación que las discrimina en la prestación de seguros de salud;**

b) **Realizar un proceso de examen completo de la legislación para abolir o revocar todas las leyes y regulaciones que atenten contra la autonomía de las personas con discapacidad que reciban asistencia sanitaria, en particular la legislación que permita la coacción en entornos sanitarios;**

c) **Implantar sistemas de salud inclusivos que incorporen los derechos y las necesidades de las personas con discapacidad en todos los servicios y programas de salud, en particular los de atención primaria, y garantizar el acceso a servicios y programas específicos para necesidades relacionadas con la discapacidad;**

d) **Adoptar las medidas necesarias para lograr la cobertura sanitaria universal de las personas con discapacidad y velar por que haya servicios y programas de salud disponibles, accesibles, adecuados y asequibles para todas las personas con discapacidad;**

e) **Garantizar que los servicios y los programas de salud incluyan un enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos, no sean discriminatorios, soliciten el consentimiento informado antes de iniciar un tratamiento médico, respeten la privacidad de las personas y no las sometan a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;**

f) **Diseñar y poner en práctica programas y actividades de alfabetización sanitaria que incluyan a las personas con discapacidad y sean accesibles para ellas;**

g) **Fomentar estrategias de detección e intervención tempranas para proporcionar apoyo a las familias de niños con discapacidad, por ejemplo, mediante la información, la educación y los servicios, a fin de que comprendan mejor las necesidades de salud de sus hijos y tengan más capacidad para atenderlas, sin estigma ni discriminación;**

h) **Diseñar campañas de sensibilización y programas de capacitación para profesionales sanitarios a fin de que cambien su percepción de las personas con discapacidad, y proporcionar orientaciones sobre la forma de prestar servicios que tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad;**

i) **Garantizar una supervisión eficaz e independiente de todos los programas y centros de salud públicos y privados que presten servicio a las personas con discapacidad para prevenir la explotación, la violencia y el abuso en todas sus formas;**

j) **Involucrar y consultar activamente a las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan en todos los procesos de toma de decisiones relacionados con la aplicación de legislación, programas y políticas en materia de salud y asistencia sanitaria;**

k) **Recopilar información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigaciones desglosados por sexo, edad y discapacidad, sobre el estado de salud y el acceso a la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad;**

l) **Movilizar recursos en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para aumentar el acceso de las personas con discapacidad a la asistencia sanitaria, garantizando su inclusión en todas las inversiones, y abstenerse de adoptar cualquier medida regresiva que afecte, de forma directa o indirecta, a las personas con discapacidad.**

75. **La Relatora Especial también recomienda que la Organización Mundial de la Salud y el resto del sistema de las Naciones Unidas tengan debidamente en cuenta el derecho de las personas con discapacidad al más alto nivel posible de salud en todas sus labores y operaciones, en estrecha consulta con las organizaciones que las representan, en particular cuando asistan a los Estados en el logro de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.**