

SERVICIOS DE SALUD
INCLUSIVOS PARA LAS
PERSONAS CON
DISCAPACIDAD

ÍNDICE

1.	VISIÓN GENERAL	5
2.	CONTENIDO TÉCNICO	7
	2.A. Contexto	7
	2.B. Marco jurídico	9
	2.C. Acceso a la salud para las personas con discapacidad: esferas de preocupación	13
	2.D. Medidas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad a los servicios de salud	26
3.	RESUMEN Y PRINCIPALES ENSEÑANZAS	43
4.	RECURSOS ÚTILES	44
5.	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	46
	Ficha de la sesión para el formador – El derecho a la salud (sesión 1)	47
	Actividad didáctica 2.B.: La interconexión de los derechos.....	48
	Ficha informativa: Artículo 25 de la Convención	49
	Ficha de la sesión para el formador – El derecho a la salud (sesión 2)	50
	Actividad didáctica 2.D. Plan para eliminar las barreras para acceder a la atención sanitaria	51
	Ficha informativa: Barreras que dificultan el acceso de las personas con discapacidad a la atención sanitaria.....	53

AGRADECIMIENTOS

La División de Desarrollo Social Inclusivo (DDSI) desea dar las gracias a todas las instancias que han contribuido a la elaboración de la “Carpeta de materiales sobre discapacidad para África”, entre ellas la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), la Comisión Económica para África (CEPA), la Oficina Internacional del Trabajo, el Centro Internacional de Formación de la Organización Internacional del Trabajo (CIF-OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Africana y los Gobiernos de Kenya, Sudáfrica y Zambia. Asimismo, la DDSI desea dar las gracias al Gobierno de Italia por su apoyo financiero, así como a las numerosas organizaciones de personas con discapacidad de África que han realizado valiosas aportaciones a la carpeta de materiales.

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ASH	Agua, saneamiento e higiene
CIF-OIT	Centro Internacional de Formación de la OIT
DAES	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales
DDSI	División de Desarrollo Social Inclusivo del DAES
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
TIC	Tecnología de la información y las comunicaciones
VIH/sida	Virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

1. VISIÓN GENERAL

La visión general expuesta aporta información sobre los objetivos, el público destinatario, el contenido y la estructura del módulo, así como sobre los resultados de aprendizaje.

Objetivos del módulo

- ▶ Poner de relieve las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad para acceder a los servicios de salud y valorar acciones para eliminarlas.

¿A quién va destinado este módulo?

Este módulo está dirigido a cualquier persona o instancia interesada en la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad o responsable de dicha labor, incluidas las propias personas con discapacidad y las organizaciones que las representan. El módulo reviste especial interés para las instancias decisorias en el contexto sanitario, los profesionales sanitarios, los proveedores de atención de salud, las autoridades gubernamentales, el mundo académico y las organizaciones no gubernamentales (ONG) que procuran mejorar la accesibilidad de los servicios de salud para las personas con discapacidad.

¿De qué trata este módulo?

En el presente módulo:

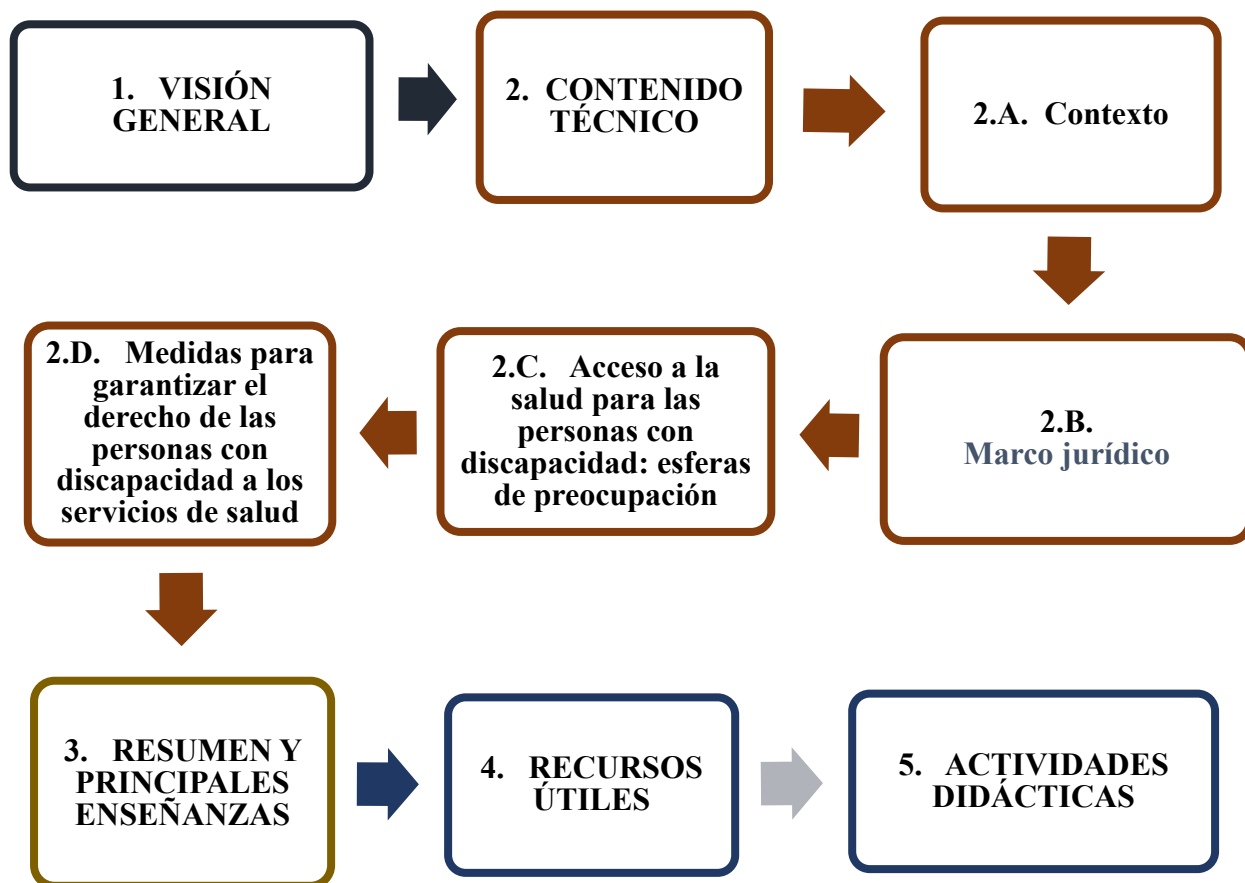
- ▶ se explican los vínculos entre la salud y la discapacidad, en términos generales;
- ▶ se repasan las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, “la Convención”) relativas a los servicios de salud;
- ▶ se examinan las esferas de preocupación específicas en relación con el acceso a los servicios de salud;
- ▶ se establecen medidas encaminadas a superar las barreras para la inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de salud;
- ▶ se incluyen ejercicios didácticos complementarios del material;
- ▶ se ofrece una lista de recursos clave como referencia adicional.

Objetivos de aprendizaje

Una vez finalizado este módulo, los participantes habrán:

- ▶ repasado las principales disposiciones de la Convención relativas a los servicios de salud;
- ▶ descubierto cuáles son las esferas de preocupación específicas en relación con el acceso a los servicios de salud;
- ▶ ideado una serie de estrategias dirigidas a superar las barreras para la inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de salud.

Estructura del módulo



2. CONTENIDO TÉCNICO

2.A. Contexto

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Como se suele decir, “la salud no lo es todo, pero sin salud todo es nada”. Y es que gozar de buena salud es indispensable para disfrutar de muchos aspectos fundamentales de la vida, como la educación, el trabajo y la sociedad, y participar en ellos.

En la salud influyen una gran variedad de factores, la mayoría ajenos al sector sanitario, entre los que destacan factores sociales, económicos y ambientales. Las personas con discapacidad que viven con tasas desproporcionadamente altas de pobreza suelen encontrarse en unas circunstancias que afectan negativamente a su salud, tales como la falta de acceso a la educación, a condiciones de vida higiénicas, a agua limpia y a la seguridad alimentaria. A título individual, son importantes factores como la edad, el sexo, factores hereditarios y las elecciones vitales.

El número de personas que viven con una discapacidad va en aumento debido a factores como el crecimiento demográfico, el envejecimiento de la población y los avances médicos, que preservan y alargan la vida, lo que ha incrementado la demanda de servicios de salud. Algunas personas con discapacidad son más susceptibles que la población general de padecer problemas de salud secundarios, por lo que es posible que tengan mayores necesidades. Los servicios de promoción de la salud orientados a prevenir otras discapacidades y fomentar la salud en general son importantes para determinar la calidad de vida y el estado de salud de las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad se encuentran con grandes barreras para acceder a la atención de la salud. A continuación se presentan algunas de ellas, que pueden ser especialmente graves para quienes viven en zonas rurales:

- ▶ clínicas médicas y hospitales inaccesibles desde el punto de vista físico;
- ▶ ausencia de medios de transporte apropiados para que accedan a atención médica o servicios de rehabilitación, así como falta de comunicación y adaptación en los entornos sanitarios;
- ▶ personal no capacitado y plantilla insuficiente;
- ▶ actitudes negativas de los proveedores de atención de salud;
- ▶ prácticas nocivas, en particular en relación con las personas con discapacidad psicosocial;
- ▶ denegación del tratamiento a causa de su discapacidad.

¹ Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1948.

Como ocurre en el caso de la población general, las personas con discapacidad pueden tener necesidades sanitarias de lo más variadas. El abanico de servicios disponibles para la población general también debe ser accesible a las personas con cualquier tipo de discapacidad. Asimismo, hay que hacer todo lo posible por satisfacer las necesidades sanitarias de quienes tienen discapacidades invisibles, en particular de las personas con discapacidad psicosocial y otros problemas de salud mental. Si bien velar por una salud mental óptima es una parte esencial de la prestación de servicios de salud, quienes formulan políticas y la sociedad en su conjunto no han prestado a este asunto la atención que merece. En consecuencia, la salud mental supone una enorme carga de morbilidad y un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo en países de todo el mundo.

Aunque los Gobiernos no pueden ofrecer garantía alguna frente a las afecciones o enfermedades, son los responsables de tomar medidas para promover la salud humana, ya sean de carácter social, físico, jurídico o económico.

El modelo médico de la discapacidad frente al modelo social

El modelo médico de la discapacidad:

Puede que el mito de mayor envergadura y más generalizado sobre los derechos humanos y la discapacidad es que esta última es un mero problema de salud que debe solucionarse o una enfermedad que hay que “curar”. Esta noción implica que una persona con discapacidad está, en cierto modo, “rota” o “enferma”, por lo que hay que arreglarla o sanarla. Al definir la discapacidad como el problema y la intervención médica como la solución, las personas, las sociedades y los Gobiernos eluden la responsabilidad de derribar las barreras existentes en el entorno social y físico.

En vez de eso, hacen recaer toda la responsabilidad de solucionar el “problema” de la persona con discapacidad en los profesionales sanitarios. Muchos Gobiernos del mundo han impulsado el modelo médico financiando extensas investigaciones médicas que tratan de encontrar una “cura” para determinadas discapacidades, sin destinar ningún fondo a la eliminación de las barreras que crea la discapacidad en la sociedad.

El modelo social de la discapacidad:

El modelo social considera que la discapacidad la crean las barreras y actitudes de la sociedad, en lugar de ser un rasgo o característica inherente a la persona. Según el modelo social, la sociedad crea muchas de las barreras sociales y físicas que consideramos “discapacitantes”. Este modelo se centra en eliminar dichas barreras, no en “arreglar” o “curar” las discapacidades, lo que incluye modificar el entorno creado, proporcionar información en formatos accesibles y velar por que las leyes y políticas favorezcan la plena participación y la no discriminación.

Adaptado de Human Rights Yes!, de Janet Lord y Allison de Franco, “The Convention on the Rights of Persons with Disabilities”, capítulo sobre el derecho a la salud, disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/hreduseries/HR-YES/chap-8.html>.

2.B. Marco jurídico

El derecho a la salud está sólidamente establecido en el derecho internacional de los derechos humanos, incluidos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales², que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (artículo 12), y la Convención sobre los Derechos del Niño, que exige a los Estados partes que reconozcan el derecho del niño con discapacidad a recibir cuidados especiales para asegurar su acceso efectivo a los servicios sanitarios y los servicios de rehabilitación que precise, con el objeto de que logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible (artículo 23).

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) también dispone que el grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud abarca el acceso puntual, aceptable y asequible a una atención sanitaria de una calidad adecuada, e implica que los Estados deben generar las condiciones necesarias para que todas las personas puedan gozar del máximo nivel de salud posible. No equivale al derecho a estar sano.

La salud como recurso para la vida cotidiana

“Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas” (OMS, 1998).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad refuerza y consolida la protección de las personas con discapacidad en lo tocante a la salud y la rehabilitación. Reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud y que los Estados partes deben reconocer dicho derecho sin discriminación por motivos de discapacidad (artículo 25), y garantiza el derecho de las personas con discapacidad de acceder a servicios de rehabilitación de todo tipo (artículo 26). Asimismo, la Convención reconoce el derecho de las personas con discapacidad a acceder, en el seno de sus comunidades, a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo (artículo 19).

² La Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos componen la Carta Internacional de Derechos Humanos.

Importante

- El derecho a la salud abarca el acceso a programas de salud pública esenciales y a servicios de rehabilitación, lo que incluye los servicios de asistencia residencial y comunitaria y servicios de apoyo.
- Los servicios deberían prestarse a título individual o “centrándose en la persona”, teniendo debidamente en cuenta los distintos servicios de apoyo requeridos (p. ej., dispositivos de apoyo, servicios de enfermería, asistencia personal, cuidados de relevo, rehabilitación, actividades de día y asistencia compasiva).
- El derecho a la salud abarca el acceso a servicios de salud básicos, así como a servicios de rehabilitación especializados.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad prohíbe la discriminación en todas sus formas y exige que se realicen los ajustes razonables. De este modo, los Estados deben tomar medidas para:

- ▶ garantizar que se hagan los ajustes razonables necesarios en el contexto de los servicios de salud para que las personas con discapacidad tengan acceso a ellos, y
- ▶ garantizar la accesibilidad general a los servicios de salud.

El derecho a la salud, esencial para muchas personas con discapacidad, engloba el acceso a una rehabilitación relacionada con la salud. El derecho a la rehabilitación se establece con más detalle en el artículo 26 de la Convención.

Salud y habilitación/rehabilitación

Habilitación se refiere a un proceso destinado a ayudar a las personas a adquirir determinadas aptitudes, habilidades y conocimientos nuevos. *Rehabilitación* alude a la recuperación de aptitudes, habilidades o conocimientos que pueden haberse perdido o haberse visto afectados por una discapacidad adquirida, o debido a un cambio en la discapacidad o circunstancias de la persona.

Estrechamente ligada a la percepción de la discapacidad, en términos limitados, como un problema de salud, y reforzada por el modelo médico de la discapacidad, existe la noción de que la habilitación y rehabilitación también son cuestiones médicas y, por tanto, forman parte del contexto sanitario. La habilitación y rehabilitación engloban diversas medidas —físicas, profesionales, educativas, relacionadas con la capacitación y de otra índole— necesarias para empoderar a las personas con discapacidad a fin de maximizar su independencia y su capacidad para participar en la sociedad, en lugar de simplemente para alcanzar la salud física o mental. Por este motivo, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aborda por separado el derecho a la salud y el derecho a la habilitación y la rehabilitación. La excepción, por supuesto, es que se reconoce que la rehabilitación relacionada con la salud forma parte del derecho a la salud. Esta incluiría, por ejemplo, la terapia física orientada a fortalecer los músculos afectados por una lesión, enfermedad o discapacidad.

Adaptado de Human Rights Yes!, de Janet Lord y Allison deFranco, “The Convention on the Rights of Persons with Disabilities”, capítulos sobre el derecho a la salud y el derecho a la habilitación y la rehabilitación, disponible en:

<http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/hreduseries/HR-YES/contents.html>.

Como sucede con los otros derechos de que trata la presente carpeta de materiales, el derecho de las personas con discapacidad a la salud es indivisible e interdependiente de los demás derechos consagrados en la Convención y está interconectado con ellos. Suele existir una relación bidireccional entre el disfrute de sus derechos por parte de una persona o la incapacidad para disfrutar de ellos. Por ejemplo, una mala salud afecta negativamente a la capacidad para formarse o trabajar, y, a su vez, la falta de acceso a la educación o un empleo repercute en la capacidad para acceder a una atención de la salud adecuada. El presente módulo se centra en el derecho a la salud. Sin embargo, las interconexiones entre los derechos contemplados en la Convención ponen de relieve la necesidad de adoptar un enfoque holístico para su ejercicio.

El Plan de Acción Mundial de la OMS sobre Discapacidad 2014-2021 centra su atención en lograr un nivel óptimo de salud, funcionamiento, bienestar y derechos humanos para todas las personas con discapacidad. El plan de acción insta a los Estados miembros de la OMS a que eliminen barreras y mejoren el acceso a los servicios y programas de salud; refuercen y extiendan los servicios de rehabilitación, las ayudas técnicas y los servicios de apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario; impulsen la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad, así como la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos³.

El plan de acción tiene los tres objetivos siguientes:

1. eliminar barreras y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud;
2. reforzar y extender los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario;
3. mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos⁴.

El 27 de mayo de 2021, la 74ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución EB148.R6, titulada “El más alto nivel posible de salud para las personas con discapacidad”⁵. Su objetivo es acabar con las grandes barreras que enfrentan las personas con discapacidad para acceder al sector sanitario, a fin de que este sea más inclusivo y accesible para ellas. Entre ellos figuran:

- **Acceso a unos servicios de salud eficaces:** a menudo, las personas con discapacidad se encuentran con barreras que afectan gravemente a sus derechos, tales como barreras físicas que les impiden acceder a los establecimientos de salud, barreras informativas que les impiden acceder a información sobre cuestiones sanitarias y barreras actitudinales que conducen a su discriminación.
- **Protección durante emergencias sanitarias:** las emergencias de salud pública, como la pandemia de COVID-19 (véase el módulo relativo a la COVID-19), afectan de manera desproporcionada a las personas con discapacidad, ya que, con frecuencia, los planes nacionales de preparación y respuesta no las tienen en cuenta.

³ OMS, Equipo de Discapacidad y Rehabilitación: www.who.int/disabilities.

⁴ *Ibid.*

⁵ “A New Landmark Resolution on Disability Adopted at the 74th World Health Assembly”, 27 de mayo de 2021, <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-a-new-landmark-resolution-on-disability-adopted-at-the-74th-world-health-assembly>.

- **Acceso a intervenciones de salud pública en distintos sectores:** las intervenciones de salud pública no llegan a las personas con discapacidad porque no reflejan sus necesidades y situaciones específicas y la información no está en un formato accesible.

La resolución también tiene por objeto mejorar la recopilación y el desglose de datos fiables en materia de discapacidad con los que fundamentar las políticas y programas de salud⁶.

La comunicación “**Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras**” se centra en eliminar las barreras⁷. La Comisión Europea ha identificado ocho ámbitos de actuación principales: la accesibilidad, la participación, la igualdad, el empleo, la educación y la formación, la protección social, la sanidad y la acción exterior. La sección 7, “Sanidad”, indica lo siguiente:

“Las personas con discapacidad pueden tener un acceso limitado a los servicios sanitarios, incluidos los tratamientos médicos ordinarios, lo que puede revertir en desigualdades respecto a la salud independientes de su discapacidad. Estas personas tienen derecho al mismo acceso a la asistencia sanitaria que el resto de la población, también a la asistencia de carácter preventivo, y a beneficiarse de unos servicios sanitarios y de rehabilitación específicos que sean asequibles, de calidad y que tengan en cuenta sus necesidades, incluidas las derivadas del género. Esta tarea es competencia básicamente de los Estados miembros, que son responsables de la organización y la prestación de servicios sanitarios y de asistencia médica. La Comisión apoyará el desarrollo de medidas encaminadas a la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria que comprendan unos servicios sanitarios y de rehabilitación de calidad diseñados para las personas con discapacidad. También prestará una atención especial a las personas con discapacidad a la hora de poner en práctica medidas destinadas a luchar contra las desigualdades en el campo de la salud; promoverá la adopción de medidas en el ámbito de la salud y la seguridad en el trabajo para reducir los riesgos de sufrir una discapacidad durante la vida laboral y mejorar la reinserción laboral de los trabajadores con discapacidad⁸; y se dedicará a prevenir estos riesgos⁹”.

El derecho de las personas con discapacidad a la salud es indivisible e interdependiente de los demás derechos consagrados en la Convención y está interconectado con ellos. Suele existir una relación bidireccional entre el disfrute de sus derechos por parte de una persona o la incapacidad para disfrutar de ellos. Por ejemplo, una mala salud afecta negativamente a la capacidad para formarse o trabajar, y, a su vez, la falta de acceso a la educación o un empleo repercute en la capacidad para acceder a una atención de la salud adecuada. El presente módulo se centra en el derecho a la salud. Sin embargo, las interconexiones entre los derechos contemplados en la Convención ponen de relieve la necesidad de adoptar un enfoque holístico para su ejercicio.

⁶ *Ibid.*

⁷ Eurobarómetro de 2006: un 91 % de la población considera que debería invertirse más en la supresión de barreras físicas para las personas con discapacidad.

⁸ “Mejorar la calidad y la productividad en el trabajo: estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2007-2012)”, COM (2007) 62.

⁹ Comisión Europea, Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, “Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras”, <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:ES:PDF>.

Véase la actividad didáctica 2.B., titulada “La interconexión de los derechos”.

En la siguiente sección se analiza con más detalle la aplicación de estos y otros derechos contemplados en la Convención en el contexto de los servicios de salud.

2.C. Acceso a la salud para las personas con discapacidad: esferas de preocupación

Barreras generales a las que se enfrentan las personas con discapacidad para acceder a la sanidad

Las personas con discapacidad se siguen topando con barreras tanto en los países desarrollados como en aquellos en desarrollo, aunque en grados distintos. Algunas de estas barreras son la dificultad para acceder a tratamiento o cuidados médicos, terapia, tecnologías de apoyo o la educación; el abandono; la marginación; la explotación; el estigma, y la humillación.

Aunque hombres y mujeres se enfrentan a barreras para acceder a la atención de la salud, es menos probable que los hombres consideren que ellos o sus hijos están lo suficientemente enfermos como para necesitar servicios sanitarios y que sepan dónde pueden acceder a dichos servicios. Además, los hombres afirman tener más dificultades para conseguir financiación para asistencia sanitaria¹⁰.

El estado de salud de las personas con discapacidad suele ser peor que el de la población general. Hasta hace relativamente poco, a menudo se consideraba que esas diferencias eran una consecuencia inevitable de la discapacidad. Sin embargo, se reconoce cada vez más que, en realidad, podrían deberse a las desigualdades y disparidades existentes en el acceso a la atención sanitaria.

Los problemas asociados a una discapacidad suelen manifestarse en los contextos y relaciones sociales, más que en el estado de salud de cada persona. En el ámbito sanitario, los estigmas y prejuicios generan barreras adicionales para las personas con discapacidad, tales como:

- **barreras físicas** que impiden el acceso de las personas con discapacidad a clínicas médicas y hospitales;
- **barreras informativas** que impiden el acceso de las personas con discapacidad a conocimientos básicos sobre salud y al contenido de los folletos informativos de promoción, prevención y protección sanitarias;

¹⁰ OMS, Equipo de Discapacidad y Rehabilitación: www.who.int/disabilities.

- **barreras actitudinales** que provocan una discriminación que puede tener graves consecuencias para los derechos de las personas con discapacidad, y en particular para aquellas con discapacidad psicosocial; y
- **barreras institucionales**, entre las que se incluyen la legislación, las prácticas y los procesos que prohíben el acceso de las personas con discapacidad a servicios sanitarios.

Los servicios destinados a las personas con discapacidad física, sensorial o intelectual también han sido objeto de crítica en relación con las barreras culturales y de comunicación.

El acceso a la atención sanitaria para las personas con discapacidad va mucho más allá de los factores de accesibilidad descritos anteriormente. También pueden surgir diferencias en el acceso a servicios sanitarios y sociales debido a su disponibilidad, pues estos pueden escasear o simplemente no prestarse a determinados grupos de población, la calidad puede variar de unos grupos a otros, y puede que no todos los grupos conozcan la existencia de determinados servicios por falta de información. Es importante mejorar la capacidad de las personas con discapacidad para acceder al sistema de salud y velar por que el sistema pueda responder a sus necesidades de manera adecuada y oportuna.

Servicios especializados

Aunque hay que garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud generales, también podrían necesitar servicios especializados, como servicios de rehabilitación. Por ejemplo, algunas personas necesitan cuidados o servicios de rehabilitación específicos para su deficiencia. Muchos países cuentan con un hospital o centro nacional de rehabilitación que presta servicios especializados a pacientes de todo el país que, por un accidente, una enfermedad o una lesión, han adquirido una discapacidad física o cognitiva y precisan una rehabilitación especializada.

En muchos países, la dificultad reside en que esos centros son caros y solo pueden tratar a un número limitado de pacientes, por lo que se ven obligados a denegar el tratamiento a algunas personas o hay una larga lista de espera.

EJEMPLOS

- ▶ Cuando el acceso a tratamientos médicos es limitado, es posible que no se dé prioridad a las personas con discapacidad para recibirlos. Por ejemplo, en el caso del VIH y el sida, puede que no reciban tratamiento antirretrovírico y profilaxis posterior a la exposición debido al estigma y la discriminación asociados a su discapacidad.
- ▶ La presencia de asistentes personales o intérpretes de lengua de signos podría comprometer la intimidad y confidencialidad de las personas con discapacidad que solicitan tratamiento o asesoramiento médico.
- ▶ Con frecuencia, las personas que proporcionan asistencia técnica para aplicar programas de salud pública carecen de conocimientos especializados en materia de discapacidad, por lo que no la tienen en cuenta en sus evaluaciones y otros productos de su trabajo (p. ej., el diseño de encuestas domiciliarias o estrategias de difusión).
- ▶ Es posible que los materiales escritos sobre cuestiones de salud no sean accesibles a las personas ciegas y que las personas sordas no pueden acceder a los mensajes que se transmiten por la radio.

Preguntas de verificación sobre el país

¿Cuáles son, en su opinión, las principales barreras que dificultan el acceso de las personas con discapacidad a servicios sanitarios y servicios sociales personales? ¿Cómo podrían reducirse estas barreras?

Barreras que dificultan el acceso de las personas con discapacidad a servicios sanitarios y sociales

- Falta de acceso físico, lo que incluye los medios de transporte y la proximidad a las clínicas, y, dentro de estas, ausencia de rampas, básculas y mesas de exploración inaccesibles, y equipo de tratamiento y diagnóstico (por ejemplo, sillones de transfusión, máquinas de mamografía y equipo de radiología) inaccesible.
- Falta de información y materiales de comunicación (p. ej., falta de materiales en braille, macrotipo, lenguaje sencillo y con pictogramas; falta de intérpretes de lengua de signos; inexistencia de materiales para personas sordas o con pérdida de audición).
- Inexistencia de oficinas privadas para hablar sobre cuestiones sociales y de salud confidenciales.
- Falta de tiempo, cuidados y atención extra para atender las necesidades de las personas con discapacidad.
- Falta de fuentes de agua, inodoros, lavabos y aseos accesibles.
- Desconocimiento, incomprensión y falta de conciencia respecto de las necesidades de las personas con discapacidad.
- Actitudes negativas y prejuicios de los proveedores de servicios sanitarios y sociales, y estigmas impuestos por ellos.
- Falta de conocimientos y habilidades de los proveedores para tratar a personas con discapacidad.
- Descoordinación entre los proveedores de servicios de salud.
- Falta de formación del personal sanitario.

Importante

Con demasiada frecuencia las políticas, incluso las diseñadas con buenas intenciones, tratan a las personas con discapacidad como “destinatarios”, meros sujetos pasivos de los servicios sanitarios y sociales personales. Es esencial consultar a las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan para garantizar que los programas satisfagan sus necesidades de manera efectiva. El Marco de Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad ayuda a detectar los obstáculos para que las personas con discapacidad puedan acceder a una sanidad inclusiva.

Preguntas de verificación sobre el país

¿Cuáles son los obstáculos para acceder a la sanidad que existen en su país en cuanto al Marco de Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad?

BUENAS PRÁCTICAS GLOBALES: EL ACCESO A LA SALUD

BANGLADESH

WISH2ACTION: Mejorar la accesibilidad de los centros de salud mediante el diseño universal y ajustes razonables¹¹

Conforme a la Ley sobre los Derechos y la Protección de las Personas con Discapacidad de Bangladesh de 2013, los proveedores de servicios sanitarios están obligados a realizar modificaciones o “ajustes razonables” en sus prácticas para mejorar la prestación de servicios a las personas con discapacidad, protegerlas frente a la discriminación y evitar que se vean desfavorecidas. Por este motivo, el Gobierno de Bangladesh creó en las comunidades rurales centros de salud y planificación familiar a cargo de la Dirección General de Planificación Familiar del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar. No obstante, como en su diseño no se tuvieron en cuenta los principios de la accesibilidad universal, inicialmente los centros no eran accesibles para las personas con discapacidad y los pacientes vulnerables.

El proyecto WISH2ACTION de Handicap International (HI), financiado por el Ministerio de Relaciones Exteriores, del Commonwealth y de Desarrollo y que se está llevando a cabo en la región administrativa de Sitakund, tiene el objetivo de crear un entorno sin barreras para las personas con discapacidad, a fin de mejorar su participación en los servicios de la comunidad, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva. A través del proyecto WISH2ACTION, HI colaboró con el Gobierno de Bangladesh, ONG locales y organizaciones de personas con discapacidad, con miras a realizar cambios estructurales en determinados centros y lograr que los servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva fueran accesibles. El doble enfoque de WISH2ACTION consistió, entre otras cosas, en difundir información sobre servicios de salud sexual y reproductiva para las personas con discapacidad, lo que incluyó proporcionar asesoramiento puerta a puerta en materia de planificación familiar, servicios de atención neonatal y salud adolescente. Posteriormente, el personal de WISH2ACTION y miembros de organizaciones de personas con discapacidad animaron a las personas con discapacidad a acudir a sus centros de salud locales para disfrutar de estos servicios, una vez que fueran accesibles para sus ayudas técnicas.

FINLANDIA

Tarjeta de Discapacidad para favorecer el acceso en condiciones de igualdad¹²

En 2016, la Unión Europea (UE) puso a prueba la Tarjeta Europea de Discapacidad en ocho países, entre ellos Finlandia, cuya finalidad es que las personas con discapacidad comuniquen sus necesidades y accedan a la asistencia que necesitan en todos los Estados miembros de la UE. La Service Foundation for People with an Intellectual Disability (KVPS) de Finlandia coordinó la ejecución de la prueba nacional entre 2018 y 2020, en colaboración con otras ONG asociadas, el Foro Finlandés para la Discapacidad y la Institución de Seguro Social de Finlandia, para promover la tarjeta.

¹¹ Extraído de *Step Towards Disability Inclusive Sexual Reproductive Health: Learnings from WISH2ACTION Project*.

¹² Zero Project: política innovadora de 2019 para una vida independiente y la participación política.

Entre junio y octubre de 2018, más de 4.000 personas con discapacidad solicitaron la tarjeta en Finlandia. La tarjeta finlandesa de discapacidad, que contiene una foto y texto en braille, permite que sus usuarios elijan los símbolos que irán en el reverso para indicar el tipo de asistencia que necesitan. Además, se puede añadir un código QR que lleva a información sobre su afección o la aplicación What Matters to Me, desarrollada por la organización finlandesa Bester en colaboración con personas con discapacidad, que les permite almacenar información sobre sus necesidades de apoyo para compartirla cuando quieran.

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

[*Ley de Rehabilitación de 1973*](#) y [*Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990*](#)¹³

El artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 de los Estados Unidos prohíbe que cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal discrimine a una persona por razón de su discapacidad. Exige el cumplimiento de normas específicas para el diseño y la construcción de nuevas instalaciones y garantiza la accesibilidad de los programas en su conjunto. Por otro lado, el título II de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 amplía la protección frente a la discriminación a todo el abanico de servicios, programas y actividades públicos estatales y locales. Asimismo, exige que las entidades públicas cubiertas proporcionen a las personas con discapacidad acceso a los programas, servicios y actividades en igualdad de condiciones. Las regulaciones recogidas en el título II y las normas de diseño accesible de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades incluyen requisitos específicos relativos a la nueva construcción y las modificaciones de edificios e instalaciones, incluidos los establecimientos de salud, así como requisitos aplicables a los animales de servicio, las comunicaciones y las telecomunicaciones. En el caso de las instalaciones ya existentes que no son accesibles, los requisitos sobre el acceso a los programas previstos en el título II permiten que las entidades públicas reubiquen sus programas o presten servicios accesibles en otros lugares.

Agua, saneamiento e higiene (ASH)

El acceso a instalaciones de agua, saneamiento e higiene (ASH) es una condición indispensable para que todas las personas gocen de buena salud. El artículo 28 de la Convención asegura “el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad”. Durante muchos años, se ha considerado que las necesidades de saneamiento e higiene de las personas con discapacidad tenían poca prioridad. Muchas personas con discapacidad carecen de acceso a servicios sanitarios básicos, lo que puede agravar sus deficiencias y su pobreza.

¹³ Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990: <https://www.ada.gov/pubs/adastatute08.pdf>. La Sección de Derechos de los Discapacitados de la División de Derechos Civiles del Departamento de Justicia de los Estados Unidos y la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos se encargan de hacer cumplir el título II de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. Las regulaciones del título II están establecidas en la parte 35 del título 28 del Código de Regulaciones Federales.

Es probable que la falta de acceso a servicios de saneamiento e higiene incremente los riesgos para la salud de las personas con discapacidad. La inexistencia de instalaciones inclusivas implica que, en ocasiones, las personas con discapacidad deben realizar prácticas antihigiénicas y peligrosas. El acceso al agua potable y limpia y a instalaciones de saneamiento es un derecho básico de todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad, y su denegación puede tener graves consecuencias para su bienestar. Por ejemplo, la inaccesibilidad de los inodoros y las instalaciones de agua es un factor que contribuye de manera importante al abandono escolar de los menores con discapacidad, y en especial de las niñas.

Los programas de saneamiento e higiene deben integrar las necesidades de las personas con discapacidad. Es más, los proyectos de saneamiento deben ir más allá de las soluciones técnicas y subsanar las barreras actitudinales e institucionales para un saneamiento accesible. La mejora de las instalaciones reduce la exposición a afecciones y enfermedades, aumentando así las posibilidades y oportunidades vitales de las personas con discapacidad. Si se quiere poner en práctica políticas y prácticas acertadas de manera más amplia, es esencial que las personas con discapacidad participen en el diseño de programas de saneamiento e higiene inclusivos y compartan ejemplos de éxito, entre otras cosas. Los beneficios superan con creces el costo de mejorar el acceso para todos.

BUENA PRÁCTICA: ASH

TIMOR-LESTE

*Asociación de Múltiples Interesados para unas Instalaciones de Agua, Saneamiento e Higiene Inclusivas (2011)*¹⁴

Este proyecto sobre servicios de ASH inclusivos, de siete semanas de duración, perseguía el objetivo general de garantizar que las necesidades de las personas con discapacidad se integrasen adecuadamente en las iniciativas de ASH por medio de asociaciones de múltiples interesados entre ONG y el Gobierno. The Leprosy Mission llevó a cabo el proyecto en colaboración con WaterAid, Plan International, DWASH, Bee Saneamentu no Igene iha Komunitade (BESIK) y Ra'es Hadomi Timor Oan (RHTO).

Los asociados trabajaron con The Leprosy Mission con el fin de proponer proyectos a todos los organismos de ASH de Timor-Leste, recopilaron datos sobre las dificultades que enfrentan las personas con discapacidad, idearon soluciones sostenibles, organizaron talleres de capacitación para las partes interesadas, impartieron formación a los interesados y desarrollaron prototipos de las soluciones técnicas.

Asimismo, elaboraron un informe con recomendaciones para que las partes interesadas sigan adelante con los proyectos de ASH e hicieron un seguimiento del compromiso de otros interesados de continuar trabajando en pos de unos servicios de ASH inclusivos en Timor-Leste.

¹⁴ Fuente: Naciones Unidas, *Best practices for including persons with disabilities in all aspects of development efforts*, abril de 2011, pág. 49.

El proyecto logró lo siguiente:

- **Política:** en febrero de 2011 se empezaron a aplicar directrices sobre normas para la inclusividad de los puntos de agua y los baños públicos, que se integraron en las orientaciones de la Política Nacional de Saneamiento. Todos los nuevos puntos de agua se construyen con arreglo a la norma de accesibilidad desarrollada en el marco del proyecto.
- **Creación de capacidad:** ahora, la organización de personas con discapacidad local imparte a otras partes interesadas talleres de capacitación sobre un desarrollo que tenga a cuenta a las personas con discapacidad.
- **Promoción y conciencia:** un miembro de la organización de personas con discapacidad local participó en una gira de conferencias por varias ciudades australianas (Brisbane, Canberra, Melbourne y Townsville), con el fin de promover una mayor conciencia sobre los retos a los que se enfrentan las personas con discapacidad en las zonas rurales de Timor-Leste. El proyecto se promovió a través de las estaciones locales de radio timorenses y las sedes internacionales de todos los organismos implicados.
- **Accesibilidad:** se elaboraron folletos informativos sobre instalaciones de ASH inclusivas en los dialectos locales. El lugar donde se celebraron los talleres y los medios de transporte eran accesibles para las personas con discapacidad.
- **Participación:** se prestó especial atención a la implicación de las aldeas, y se animó a la población local a compartir sus experiencias en materia de ASH y las dificultades que habían encontrado en ese sentido durante las sesiones en las aldeas.
- **Cuestiones de género:** en el proyecto participaron activamente expertos en cuestiones de género y se hizo hincapié en la función de las mujeres como cuidadoras y asistentes de las personas con discapacidad para el uso de instalaciones de ASH.

Salud y personas con discapacidad psicosocial

En algunos países, las personas que se considera que tienen una discapacidad psicosocial o un problema de salud mental suelen enfrentarse a dificultades específicas para acceder a atención sanitaria y, lo que es peor, a menudo sufren graves abusos en el contexto de los cuidados o el tratamiento que reciben. Entre otras cosas, pueden ser retenidas arbitrariamente en cárceles o ingresar en contra de su voluntad en instituciones donde los residentes pueden ser forzados a recibir tratamiento o medicación, sufrir abusos verbales y físicos, vivir en condiciones deficientes y de hacinamiento, y, con frecuencia, estar encadenados durante largos períodos de tiempo¹⁵.

También se han documentado malos tratos en las comunidades donde, debido a las falsas percepciones sobre las personas con discapacidad psicosocial, en ocasiones los proveedores locales de asistencia sanitaria, entre los que se incluyen los curanderos tradicionales, también

¹⁵ Por ejemplo, Human Rights Watch ha denunciado casos de encadenamiento en países como Ghana, Somalilandia y Sudán del Sur. Los informes pueden consultarse en <https://www.hrw.org/es/topic/derechos-de-personas-con-discapacidad>.

incurren en prácticas abusivas, como el encadenamiento, incluso contra niños¹⁶. Con frecuencia, las familias y los parientes son los principales mecanismos de apoyo de los pacientes con diversas discapacidades psicosociales, pero a menudo tienen dificultades para proporcionarles un apoyo efectivo debido a la ausencia de instalaciones de apoyo comunitarias, como servicios de rehabilitación y de tratamiento ambulatorios y asesoramiento basado en el consentimiento libre e informado.

La discapacidad mental y psicosocial es una afección universal que plantea retos universales. Ningún continente, región o país está a salvo. No obstante, los remedios varían en función de la cultura, las tradiciones, los recursos, las políticas y la conciencia social y comunitaria. La adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el reconocimiento en ella de la salud mental como una parte importante de la salud humana es una medida muy prometedora para la movilización internacional en favor de la salud mental y el bienestar¹⁷.

Habida cuenta de la complejidad de los problemas de salud mental, para que un tratamiento tenga éxito es preciso poder acudir periódicamente a profesionales sanitarios y acceder a una variedad de servicios de apoyo. Lamentablemente, muchas veces no hay servicios de salud mental o estos se infrautilizan, sobre todo en los países en desarrollo. La OMS ha calculado que, en los países desarrollados, la brecha terapéutica (el porcentaje de personas que necesitan servicios de atención de la salud mental, pero no reciben tratamiento) se sitúa entre el 44 % y el 70 %, mientras que en los países en desarrollo puede ascender hasta el 90 %. A pesar de que afecciones de salud mental habituales, como la depresión, pueden ser tremendamente incapacitantes, muchas personas que las padecen no reciben tratamiento¹⁸.

Algunos de los obstáculos para acceder a la atención de la salud mental son la disponibilidad limitada y el costo de estos servicios, la insuficiencia de políticas de atención de la salud mental, la falta de educación sobre las enfermedades mentales y el estigma. En muchos países, el costo de los servicios de salud mental constituye una importante barrera para que las personas con este tipo de afecciones accedan a los cuidados que necesitan. Si bien muchos países han introducido la atención pública de la salud mental, servicios privados de atención de la salud mental, seguros de salud y combinaciones de estos sistemas, las personas con enfermedades mentales graves sufren grandes desventajas económicas y sociales. En numerosos países, las pólizas de seguros no cubren los trastornos mentales, por lo que muchas personas no pueden permitirse el costo de la atención de la salud mental. La OMS indica igualmente que el 25 % de los países no conceden prestaciones de discapacidad a los pacientes con trastornos mentales, y un tercio de la población mundial vive en países que asignan menos del 1 % de su presupuesto sanitario a la salud mental. Además, el 31 % de los países carecen de un presupuesto público

¹⁶ El módulo “Cultura, creencias y discapacidad” de la carpeta de materiales para África contiene información adicional sobre el impacto de las creencias negativas en las personas con discapacidades psicosociales.

¹⁷ Yamin, A. E. y Rosenthal, E., “Out of the shadows: Using human rights approaches to secure dignity and wellbeing for people with mental disabilities”, *PLOS Medicine*, vol. 2(4), 2005, págs. 296 a 298.

¹⁸ Lopez A., Mathers C. D., Essati M., Jamison D. T., Murray C. J. L., *Global Burden of Disease and Risk Factors*, 2006, Washington, D. C., Banco Mundial.

específico para los problemas de salud mental. Esto significa que el costo es, y sigue siendo, una importante barrera para acceder a los servicios de salud mental¹⁹.

Otro obstáculo para acceder a la atención de la salud mental está relacionado con la disponibilidad de medicamentos y fármacos esenciales, algo que resulta especialmente problemático en muchos países en desarrollo y limita gravemente el acceso al tratamiento de trastornos mentales. El mismo informe de la OMS pone de relieve que cerca del 20 % de los países no disponen de, como mínimo, un antidepresivo común, un antipsicótico y un medicamento antiepiléptico en los centros de atención primaria.

La OMS recomienda que los servicios de salud mental especializados se integren en la atención primaria, pues esto ayuda a mejorar el acceso a la atención sanitaria y reduce el estigma de las personas con trastornos mentales y sus familiares. El estigma disminuye notablemente porque los servicios de atención primaria no están ligados a ningún problema de salud concreto, como los trastornos mentales.

Para plantar cara a las creencias nocivas, las actitudes negativas y los prejuicios y acabar con ellos, resulta esencial concienciar a los profesionales sanitarios, los proveedores de servicios sociales, los funcionarios, las autoridades de seguridad, los cuidadores, los curanderos, los sanadores espirituales y la población en general sobre las necesidades de las personas con discapacidad mental y psicosocial. La concienciación es fundamental para crear la capacidad institucional e individual necesaria para ofrecer los servicios sanitarios y sociales que permitirán que las personas con discapacidad mental y psicosocial y sus familiares vivan unas vidas plenamente inclusivas en sus comunidades²⁰.

Buena práctica: Salud y personas con discapacidad psicosocial

BHUTÁN

*Estrategia Nacional para Luchar contra los Problemas de Salud Mental*²¹

En Bhután, al igual que en muchos otros países, ha habido poca conciencia sobre los problemas de salud mental, que han estado rodeados de mitos y vergüenza. Por consiguiente, muchas personas se han visto obligadas a ocultar sus síntomas y no han recibido tratamiento. Sin embargo, en un intento por mejorar la situación, en 1997 se puso en marcha el Programa Nacional de Salud Mental con el fin de prestar servicios comunitarios de atención de la salud mental y educar a la sociedad sobre la protección de la salud mental, la prevención de este tipo de trastornos y su tratamiento. Bhután dispone de una red nacional de centros de atención primaria reconocida y está trabajando para capacitar a los médicos, trabajadores sanitarios y enfermeros a fin de que adquieran habilidades para el tratamiento de la salud mental,

¹⁹ Lund C., Myer L., Stein D. J., Williams D. R., Flisher AJ, "Mental Illness and Lost Income among adult South Africa", 2013, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Mayo; 48(5): págs. 845 a 851.

²⁰ Jamanetwork.com, *Integrating mental health into primary care: a global perspective*, Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), Ginebra, 2008, págs. 13 y 19.

²¹ Zero Project.org: política innovadora de 2019 para una vida independiente y la participación política.

proporcionen la medicación adecuada e integren la salud mental en los servicios generales de atención primaria.

Al inicio de la ejecución del Programa Nacional de Salud Mental, el equipo encargado de los servicios de salud mental visitó a líderes comunitarios, personal sanitario local (médicos, trabajadores sanitarios y enfermeros) y curanderos para hablar sobre las prácticas existentes, entender sus puntos de vista y conseguir su cooperación. A raíz de estas consultas, el personal sanitario ofrece formación y capacitación para dar a conocer los conceptos modernos de la salud mental y sus ventajas. Junto con los líderes comunitarios, el personal local de salud mental y los curanderos, el equipo encargado de la salud mental detecta posibles casos en la comunidad e imparte capacitación sobre conocimientos básicos de psiquiatría, como el diagnóstico y el tratamiento de problemas habituales de salud mental. Después de entrevistar a los pacientes y diagnosticar los casos detectados, el equipo ayuda a los trabajadores sanitarios locales a crear planes individuales de tratamiento, los cuales incluyen consultar a las familias y conseguir su implicación para supervisar la administración de medicamentos y brindar apoyo emocional. Los trabajadores sanitarios locales hacen un seguimiento de los casos en las clínicas o mediante visitas domiciliarias. A escala nacional, un equipo central de especialistas en salud mental visita con regularidad los centros de atención primaria a fin de vigilar sus actividades y ofrecer supervisión clínica.

En 2017, había en Bhután 345 médicos (especialistas incluidos), 25 trabajadores clínicos, 1.264 enfermeros y 600 auxiliares sanitarios. En 2018, el programa había capacitado en torno al 86 % de los médicos generalistas, el 25 % del personal de enfermería y el 75 % de los trabajadores de atención primaria.

Salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad

La salud reproductiva no se limita a la ausencia de enfermedades o patologías. Es un estado de bienestar físico, mental y social pleno en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductivo y en todas las etapas de la vida.

Las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud sexual y reproductiva que el resto de la población. A pesar de ello, aunque los servicios y la información existentes normalmente se pueden adaptar con facilidad para darles cabida, a menudo se encuentran con barreras para acceder a ellos. En muchas ocasiones, las barreras se crean o mantienen como consecuencia del estigma, la ignorancia y las actitudes negativas de la sociedad y las personas que la componen, incluidos los proveedores de atención de salud. Por ejemplo, con frecuencia se da por hecho que las personas con discapacidad no son sexualmente activas y, por lo tanto, no necesitan servicios de salud sexual y reproductiva. Cuando se trabaje para garantizar que todos los programas de salud sexual y reproductiva cubran y atiendan a las personas con discapacidad, resulta crucial concienciar sobre sus necesidades y derechos.

Las mujeres con discapacidad suelen necesitar más servicios de salud sexual y reproductiva, ya que su vulnerabilidad a los abusos es mayor. De hecho, están expuestas a mayores tasas de

violencia por razón de género, abusos sexuales, abandono, malos tratos y explotación que las mujeres sin discapacidad²². En ocasiones, las personas con discapacidad son internadas en instituciones, hogares funcionales, hospitales y otras situaciones de cohabitación donde no solo es posible que no puedan tomar decisiones informadas e independientes sobre su salud sexual y reproductiva, sino que además tienen un mayor riesgo de sufrir violencia y abusos sexuales. Las personas con discapacidad intelectual y mental son particularmente vulnerables en este sentido. La violencia contra las mujeres con discapacidad también puede ejercerse mediante la imposición de tratamientos o procedimientos médicos, como la esterilización forzada, que se ha documentado en numerosos países y regiones.

Además, con frecuencia se ha denegado a las mujeres con discapacidad el derecho a tener una relación y la posibilidad de decidir si quieren formar una familia, cuándo y con quién, y en ocasiones hasta se las ha obligado a casarse. Debido a su mayor riesgo de sufrir violencia sexual, las mujeres con discapacidad también tienen más probabilidades de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En situaciones de crisis, dichos riesgos se multiplican.

BUENA PRÁCTICA: SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

BANGLADESH

WISH2ACTION: Garantizar un parto en casa sin riesgo y limpio en el distrito de Ulipur mediante la respuesta a las inundaciones y la COVID-19²³

En 2020, en plena crisis de la COVID-19, el distrito de Ulipur sufrió tres inundaciones. El equipo del proyecto WISH2ACTION de Handicap International (HI) determinó que las mujeres con discapacidad embarazadas recibían unos servicios de salud sexual y reproductiva deficientes, ya que los centros de salud y planificación familiar no eran accesibles para ellas y no podían acudir a ellos para recibir atención prenatal o parir. El equipo del proyecto WISH2ACTION organizó reuniones con los comités de gestión del distrito, a fin de que planteasen soluciones para mejorar la situación. Los comités propusieron que los centros de bienestar familiar actualizaran la lista de mujeres embarazadas y profesionales cualificados para atender partos en sus respectivas áreas. Estos profesionales no podían garantizar un parto limpio y sin complicaciones en casa debido a la falta de kits para partos sin riesgo. A través de WISH2ACTION, HI dotó a los centros de planificación familiar que los profesionales cualificados para atender partos utilizaban en 11 subdistritos de kits para partos sin riesgo, los cuales incluían puntos estériles, cuchilla, sábanas de goma, guantes y tenazas. Además, las autoridades sanitarias y de planificación familiar de los distritos y la administración local facilitaron en gran medida la ejecución de la iniciativa, gracias a lo cual se mejoró la seguridad e higiene de los partos en casa y disminuyeron la mortalidad y morbilidad maternas.

²² En su informe “Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer” de 2006, el Secretario General señaló que en estudios realizados en Europa, América del Norte y Australia se ha comprobado que más de la mitad de las mujeres con discapacidades han sufrido abusos físicos, en comparación con la tercera parte de las mujeres sin discapacidad. A/61/122/Add.1, párr. 152, en el que se cita el informe “Women and girls with disabilities” de Human Rights Watch, disponible en <http://hrw.org/women/disabled.html>.

²³ Extraído de *Step Towards Disability Inclusive Sexual Reproductive Health: Learnings from WISH2ACTION Project*.

WISH2ACTION: Servicios de salud sexual y reproductiva inclusivos en distintos centros de salud para ayudar a las personas con discapacidad a tomar decisiones acertadas²⁴

Los datos de beneficiarios, visitas de seguimiento, consultas, sesiones en las comunidades y sesiones de concienciación personalizadas recabados por Handicap International a través de WISH2ACTION revelaron que la mayoría de las personas con discapacidad desconocían sus derechos de salud sexual y reproductiva y la disponibilidad de servicios y centros de salud, y dependían de establecimientos de salud privados. Como respuesta, el equipo del proyecto WISH2ACTION difundió información precisa sobre los servicios y centros de salud sexual y reproductiva disponibles, como centros de salud y bienestar familiar en las comunidades rurales, clínicas comunitarias y el complejo sanitario de upazila. Gracias a ello aumentó el número de personas con discapacidad que solicitan servicios de salud sexual y reproductiva y planificación familiar en establecimientos públicos, que son gratuitos.

Inclusión de la discapacidad en la respuesta al VIH y al sida

Las pruebas parecen indicar que las personas con discapacidad tienen el mismo riesgo de exposición al VIH, si no mayor. Aunque los datos son escasos, según un análisis de datos de países de África Subsahariana realizado en 2014, las personas con discapacidad tienen un riesgo 1,3 veces (o 1,48, en el caso de las mujeres) mayor de contraer el VIH que las personas sin discapacidad²⁵. Además, las pruebas parecen indicar que las personas que viven con el VIH o el sida también tienen riesgo de desarrollar discapacidades debido a la enfermedad o a los tratamientos conexos²⁶.

No obstante, ONUSIDA ha concluido que las personas con discapacidad representan una de las poblaciones de mayor tamaño y peor atendidas en lo que respecta a los servicios sanitarios y relacionados con el VIH²⁷. Las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad en este sentido son similares a las que se encuentran en relación con los servicios sanitarios en general. Entre ellas se incluyen la falta de información o contenido formativo accesible sobre la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y otras cuestiones, y la inaccesibilidad de los centros para la detección y el tratamiento del VIH debido a barreras físicas, la mala coordinación de los servicios de salud y la ausencia de transporte accesible. Por otro lado, la pobreza y barreras como la falta de medios de transporte a los centros de tratamiento médico dificultan que las personas con discapacidad infectadas por el VIH accedan a los cuidados y el tratamiento que necesitan, como los tratamientos antirretrovíricos y otros medicamentos para infecciones conexas. Además, las personas con discapacidad padecen niveles desproporcionadamente altos de pobreza, que limitan todavía más su acceso a prevención del VIH, tratamiento, cuidados y apoyo.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ UN IRIN news, “Heightened HIV risk for people with disabilities”, disponible en <http://www.irinnews.org/report/100414/heightened-hiv-risk-for-people-with-disabilities>.

²⁶ Dr. Jill Hanass-Hancock (HEARD, IDDC), Dr. Paul Chappell (Universidad de Johannesburgo, IDDC) y Leandri Pretorius (HEARD), “Discussion Paper of UNAIDS Strategy Brief for Integrating Disability into AIDS Programming” (2014).

²⁷ ONUSIDA, *The Gap Report*, capítulo “People with disabilities” (2014).

Obstáculos para una atención inclusiva del VIH y el sida

Falta de disponibilidad: con frecuencia, no hay instalaciones, productos y servicios relacionados con el VIH, como opciones de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo, para las personas con discapacidad; no hay suficientes proveedores de servicios de salud cualificados para brindar una asistencia específica a las personas con discapacidad y adaptar la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y los servicios de apoyo a sus necesidades.

Barreras para la accesibilidad: para garantizar la accesibilidad, es preciso prestar atención a las actitudes discriminatorias y a las barreras físicas, económicas e informativas.

- **Discriminación:** el estigma y la discriminación crean barreras para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y el apoyo a las personas con discapacidad.
- **Inaccesibilidad física:** la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y el sida y el apoyo conexo, incluidos los centros para la detección y el tratamiento del VIH, suelen ser inaccesibles para las personas con discapacidad debido a barreras físicas, la mala coordinación de los servicios de salud o la ausencia de transporte accesible.
- **Inaccesibilidad económica:** los consumidores con discapacidad a menudo viven en la pobreza, lo que limita su acceso a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y el apoyo conexo. Es posible que las personas con discapacidad no puedan acceder en condiciones de igualdad a los centros de salud y los productos y servicios sanitarios, como medicamentos y dispositivos de apoyo.
- **Inaccesibilidad de la información:** la información relativa a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y otras cuestiones no es accesible para las personas con discapacidad. Además, con frecuencia se piensa, erróneamente, que estas personas no son capaces de tomar decisiones sobre su tratamiento y sus cuidados o de participar en ellas.

Centros, productos y servicios relacionados con el VIH y el sida inadecuados: las personas con discapacidad reciben a menudo un trato irrespetuoso en el contexto del VIH y el sida. Es habitual que no se respeten los procedimientos de consentimiento informado con estas personas, cuya confidencialidad y privacidad muchas veces se vulnera.

Centros, productos y servicios relacionados con el VIH y el sida deficientes: las personas con discapacidad tienen derecho a disfrutar de unos centros, productos y servicios de calidad.

Fuente: One Billion Strong, HIV/AIDS, Disability and Discrimination: A Thematic Guide to Law, Policy and Programming (2012).

Importante

Al igual que la discapacidad debería integrarse, en términos generales, en todos los servicios de salud, los derechos y necesidades de las personas con discapacidad deberían tenerse en cuenta en las respuestas nacionales al VIH y el sida, incluidos los planes estratégicos nacionales. Sin embargo, en muchos países no se hace.

Ejemplos de buenas prácticas

Las personas con discapacidad, y las organizaciones que integran, pueden participar de manera efectiva y plena en la programación en materia de VIH y sida. Estas son algunas de las maneras en que pueden intervenir en ella:

- ▶ formando a otras personas acerca del VIH;
- ▶ proporcionando productos, servicios y tratamientos para la prevención del VIH;
- ▶ brindando protección frente a la discriminación y la violencia sexual;
- ▶ empoderando a otras personas para que participen en la respuesta al VIH.

Disability, HIV, and AIDS Trust (DHAT)

Disability, HIV and AIDS Trust (DHAT) promueve los derechos y el fomento de la capacidad de las personas con discapacidad que padecen cáncer de cuello uterino, tuberculosos, VIH e infecciones asociadas al sida. Su objetivo es lograr la inclusión y plena participación de las personas con discapacidad en intervenciones relacionadas con los derechos de las personas con discapacidad y los derechos de salud sexual y reproductiva, el cáncer de cuello uterino, la tuberculosos, el VIH y el sida.

Disability, HIV and AIDS Trust (DHAT) es una organización sin fines de lucro registrada en Harare (Zimbabwe). Sitio web: www.DHATRegional.org.

2.D. Medidas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad a los servicios de salud

En esta sección se presentan las estrategias destinadas a asegurar el derecho de las personas con discapacidad a acceder a los servicios de salud. Como ocurre con el ejercicio de otros derechos consagrados en la Convención, los países y otras partes interesadas pueden adoptar una serie de medidas para garantizarlo.

Véase la actividad didáctica 2.D., titulada “Plan para eliminar las barreras para acceder a la atención sanitaria”.

Marcos legislativos y políticos

En virtud del derecho internacional, los países tienen las obligaciones específicas de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de las personas con discapacidad. Los Estados, en cooperación con las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, deberían revisar todas las leyes y políticas pertinentes que afectan al derecho de las personas con discapacidad a la atención sanitaria o evaluar su alcance. Mediante este proceso, los Estados partes pueden detectar aquellas esferas en las que es necesario profundizar o realizar modificaciones, lo que puede sentar las bases para establecer un marco legislativo y político integral relativo al derecho a la salud de las personas con discapacidad. Cuando se elaboren nuevas leyes y marcos políticos, es fundamental establecer un plan de ejecución e incluir procesos de seguimiento y evaluación (*véase el módulo relativo a los planes de acción nacionales*).

Al evaluar los marcos legislativos y políticos deben tenerse en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos.

El papel del personal médico, de enfermería y administrativo

Como miembros de profesiones centradas en los cuidados, los profesionales de la salud desempeñan una función especialmente importante. Por este motivo, es crucial que los profesionales de los servicios sanitarios estén al tanto de las necesidades de las personas con discapacidad en los establecimientos de salud. Además de entender los derechos y las preocupaciones de las personas con discapacidad, las organizaciones que las representan han insistido en las barreras actitudinales que se encuentran constantemente en la atención sanitaria, como un personal paternalista y desinformado. Las actitudes negativas y las creencias nocivas generan grandes barreras para la prestación de servicios sanitarios a las personas con discapacidad. Las medidas encaminadas a lograr unos servicios sanitarios realmente inclusivos deben subsanar las barreras actitudinales, para lo cual es necesario, entre otras cosas, formar a los profesionales de la salud sobre los derechos de las personas con discapacidad. Las barreras actitudinales pueden tener efectos devastadores en la calidad de la atención sanitaria, en particular para las personas con discapacidad mental y del aprendizaje, que siempre han sido incomprendidas, temidas y perseguidas por los estigmas.

En el ámbito de los servicios de salud, es de suma importancia implicar en las labores de sensibilización a los proveedores de servicios de salud de primera línea que están en contacto diario con personas con discapacidad. La sensibilización es fundamental para crear la capacidad institucional e individual necesaria para ofrecer los servicios sanitarios que permitirán que las personas con discapacidad tengan una vida plenamente inclusiva en sus comunidades.

Accesibilidad física

Las personas con discapacidad que tienen problemas de salud no pueden acudir a los hospitales o clínicas médicas si los edificios no son accesibles para ellas desde el punto de vista físico. Para que las personas con discapacidad puedan disfrutar de los servicios sanitarios, es necesario abordar la accesibilidad en sentido amplio. Esto incluye, por ejemplo, las entradas a los edificios y centros de salud, el equipo adecuado, los aseos y los medios de transporte al centro en cuestión. La accesibilidad debe centrarse principalmente en las dificultades para orientarse en el establecimiento sanitario; por ejemplo, a la hora de rellenar los formularios de registro,

ubicar un asiento libre en la sala de espera y darse cuenta de cuándo tienen que entrar en la sala de exploración.

Barreras informativas

La información sobre los servicios de salud rara vez está disponible en formatos accesibles para las personas con discapacidad. Esto les impide saber exactamente qué servicios tienen a su disposición y cómo pueden acceder a ellos, lo que plantea dudas acerca de:

1. si el uso de servicios generales, de salud mental y relacionados con la discapacidad por parte de personas con discapacidad refleja fielmente las necesidades reales; y
2. la calidad del consentimiento informado al tratamiento que se proporciona.

Además, las iniciativas de divulgación sanitaria y promoción de la salud tampoco suelen llegar a las personas con discapacidad.

Barreras económicas

Los factores económicos y financieros constituyen auténticas barreras para que las personas con discapacidad accedan a servicios de salud. Aunque las barreras financieras del propio sistema sanitario pueden afectar al acceso a la atención de la salud de los miembros de la población general, las personas con discapacidad pueden sufrir desventajas adicionales en su salud y bienestar. Las personas con discapacidad de bajos ingresos tienen más probabilidades de enfrentarse a barreras financieras para acceder a cuidados. Existen grandes diferencias en cuanto a la disponibilidad de servicios entre quienes pueden pagarlos y quienes carecen de los recursos para hacerlo. En muchos países, únicamente las personas que pueden permitirse dispositivos de apoyo como muletas, audífonos y gafas para leer pueden disfrutar de ellos.

Asegurar la participación de las organizaciones de personas con discapacidad

Los servicios sanitarios y sociales deberían prestarse, organizarse y diseñarse atendiendo a lo que los propios usuarios consideran importante. La implicación y la participación de los usuarios siguen siendo limitadas en el sector de la salud, aunque ahora hay mayor conciencia de la importancia de desarrollar formas de participación efectivas. Esto está en línea con la Convención, que establece que en las decisiones sobre leyes, políticas y programación debe consultarse a las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan (artículo 4 3)).

A fin de que el sector de la salud sea plenamente inclusivo, es esencial que los funcionarios consulten a personas con todo tipo de discapacidades y a las organizaciones que las representan y garanticen su participación en todas las etapas del desarrollo, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de políticas sanitarias. En lo que respecta a los servicios de salud, se reconoce que no existe una solución única para todos los casos y que los servicios y situaciones de cada comunidad y país son únicos y diferentes.

Las organizaciones de personas con discapacidad pueden realizar valiosas aportaciones en esferas como las siguientes:

- ▶ la capacitación del personal médico, de enfermería y sanitario;

- ▶ el diseño de servicios de salud accesibles;
- ▶ el asesoramiento sobre la accesibilidad del entorno creado;
- ▶ el asesoramiento sobre el acceso a la comunicación;
- ▶ la definición de estrategias de inclusión;
- ▶ el apoyo a las familias de personas y pacientes con discapacidad.

Se podría designar en cada hospital o clínica médica a un coordinador del acceso para las personas con discapacidad que actúe como recurso y punto de contacto con la comunidad de pacientes con discapacidad y sus familiares, así como con otras personas. Además, debería incluirse a las organizaciones de personas con discapacidad en todas las iniciativas de divulgación a organizaciones de la sociedad civil relativas al uso de los servicios.

Apoyar a las organizaciones de personas con discapacidad

Muchas organizaciones de personas con discapacidad han conseguido salir adelante sin recibir ningún tipo de apoyo constante para el desarrollo de sus estructuras organizativas y de personal. Los organismos y ministerios de salud y asuntos sociales que colaboran con organizaciones de personas con discapacidad pueden ayudarlas a establecer procesos de gestión —por ejemplo, de planificación estratégica, gobernanza y contabilidad— en cada organización y de manera colectiva.

BUENA PRÁCTICA: APOYAR A LAS ORGANIZACIONES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ASEGURAR SU PARTICIPACIÓN BANGLADESH

*WISH2ACTION: Organización de personas con discapacidad en defensa de unos servicios de salud sexual y reproductiva y unos derechos conexos inclusivos para las personas con discapacidad*²⁸

Entre septiembre de 2018 y agosto de 2021, Handicap International llevó a cabo su proyecto WISH2ACTION en Bangladesh con el objetivo de incluir a las personas con discapacidad en los servicios de salud sexual y reproductiva y los derechos conexos mediante la implicación comunitaria y cambios en las políticas nacionales. En lugar de establecer nuevas redes, WISH2ACTION aprovechó las estructuras con que ya contaban las organizaciones de personas con discapacidad a nivel nacional y comunitario para realizar las actividades del proyecto, como por ejemplo:

- difundir información sobre los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos disponibles para las personas con discapacidad;
- presionar para emprender iniciativas de divulgación comunitaria, con vistas a que los servicios sean accesibles en las comunidades;

²⁸ Extraído de Faruk Ahmed Jalal *et al.*, *Step Towards Disability Inclusive Sexual Reproductive Health: Learnings from WISH2ACTION Project* (Bangladesh), agosto de 2021. © Handicap International – Humanity & Inclusion, Bangladesh.

- promover y facilitar la capacitación sobre servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos inclusivos de las personas con discapacidad;
- fomentar, en los establecimientos sanitarios, que sus infraestructuras y servicios sean inclusivos para las personas con discapacidad;
- proponer a los representantes de las personas con discapacidad en las estructuras comunitarias (p. ej., los comités de gestión de distritos) que compartan los desafíos que enfrentan las personas con discapacidad a la hora de acceder a servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos, y ayudarlos a encontrar posibles soluciones.

Mediante su colaboración con estas organizaciones, WISH2ACTION incrementó el número de personas con discapacidad que reciben servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Además, dichas organizaciones mejoraron su capacidad de promover activamente la prestación de servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos a personas con discapacidad, lo que dio lugar a un cambio de conducta en las comunidades y empoderó a las mujeres con discapacidad para hablar sin reservas y con confianza sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva y sus derechos en la materia. Al capacitar a los miembros de las organizaciones de personas con discapacidad en cuestiones de salud y derechos sexuales y reproductivos, WISH2ACTION también remedió la habitual falta de recursos, como el acceso limitado a financiación y capacitación, lo que ayudó a los grupos a ampliar el alcance de su trabajo y a apoyar a las personas con discapacidad.

Estructuras institucionales para facilitar el acceso a los servicios de salud

Las personas con discapacidad deberían poder acceder a servicios de salud en el marco del sistema sanitario general. Las estructuras institucionales nacionales deben esforzarse en prestar servicios de salud adecuados a las personas con discapacidad. En muchos casos, un ministerio coordinador, con frecuencia el Ministerio de Asuntos Sociales, se encarga de las cuestiones relacionadas con la discapacidad. En muchos países, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de integrar la discapacidad en todas las partes relevantes de los servicios sanitarios y de implantar los últimos avances médicos y quirúrgicos para ayudar a las personas con discapacidad a llevar una vida más plena y activa.

En el contexto de la salud, esta integración promueve la inclusión y suprime las barreras que impiden que las personas con discapacidad accedan a los servicios de salud que se ofrecen a la población en general. La integración consiste en hacer los ajustes oportunos en las políticas, prácticas, instalaciones y servicios sanitarios, así como en la prestación de estos últimos, para que las personas con discapacidad estén plenamente incluidas en ellos, puedan participar de manera activa y sin barreras en la sanidad y disfruten de los avances en la ciencia y la tecnología médicas. Además, como la discapacidad está presente durante toda la vida, los servicios de salud deben estar disponibles y ser accesibles para las personas con discapacidad en todas las etapas vitales.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad insta a que se establezca un marco nacional para su aplicación y supervisión (artículo 33), el cual constará de uno o varios “coordinadores” en el Gobierno; se considere la posibilidad de establecer un “mecanismo de coordinación” para promover, proteger y supervisar la aplicación; y se designe o establezca un mecanismo independiente de supervisión. Este marco, que también debe

contemplar la participación de las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, debería aprovecharse para promover el ejercicio de los derechos a la salud, así como para velar por que los esfuerzos en ese sentido estén armonizados en las distintas instancias gubernamentales.

Preparación del presupuesto

El elevado costo de los servicios de salud y el transporte son dos de los tres principales motivos por los que las personas con discapacidad no reciben la atención sanitaria que necesitan en los países de ingreso bajo. Muchos Gobiernos del mundo tienen dificultades para proporcionar suficientes recursos a los servicios sanitarios. A menudo, distintos servicios tienen que competir duramente por los limitados recursos de los presupuestos de salud, y servicios como los prestados en hospitales generales no cubren las necesidades de las personas con discapacidad. En muchos países, las actuales asignaciones presupuestarias no bastan para tener repercusiones notables en los servicios que se ofrecen a las personas con discapacidad. No obstante, los Gobiernos pueden mejorar los resultados en materia de salud de las personas con discapacidad haciendo que los servicios sanitarios sean asequibles, dentro de lo que permite el mejor uso posible de los recursos disponibles.

En muchos países desarrollados y en desarrollo, el alcance y la variedad de los servicios sanitarios y sociales personales que prestan proveedores privados han aumentado considerablemente. En aquellos lugares donde los seguros de salud dominan los mercados sanitarios privados y la financiación de los cuidados, los Gobiernos deberían procurar que las personas con discapacidad estén cubiertas y plantearse medidas para que las primas de estos seguros sean asequibles. Los Gobiernos deberían servirse de incentivos financieros para animar a los proveedores de atención de la salud a hacer que sus servicios sean accesibles y a realizar una evaluación, un tratamiento y un seguimiento integrales. Asimismo, deberían valorar opciones para reducir los pagos directos que deben efectuar las personas con discapacidad sin otros medios para financiar los servicios sanitarios que necesitan, o directamente no exigirles que paguen nada de su bolsillo.

Recopilación de datos sobre la prestación de servicios de salud a personas con discapacidad

Muchos países no disponen de datos sobre el porcentaje de personas con discapacidad que utilizan servicios de salud. De hecho, varios países no suelen medir el uso de los servicios de salud por parte de las personas con discapacidad. Las encuestas generales no siempre desglosan los datos relativos a la discapacidad de modo que puedan analizarse de manera independiente los factores sociales, económicos y demográficos relacionados con la discapacidad en los servicios sociales, o no los desglosan por completo. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad exige que los Estados recopilen información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de hacer efectivos unos servicios sanitarios inclusivos y otros derechos garantizados en el tratado.

Según la OMS, no hay “ni en los países ni a escala mundial, un acervo suficiente de investigaciones y datos rigurosos y comparables en torno a la discapacidad y los sistemas de salud. Aunque por ahora se recogen datos sobre mortalidad, falta información sobre las aptitudes funcionales y la discapacidad que sea pertinente de cara a la formulación de políticas. Los sistemas nacionales de obtención de datos, que pueden comprender censos, encuestas de población y registros de datos administrativos, no suelen recoger información sobre discapacidad. A menudo las personas con discapacidad quedan excluidas de los ensayos destinados a obtener pruebas científicas de los resultados de una intervención sanitaria. La falta

de datos empíricos es un lastre importante a la hora de adoptar decisiones, lo que a su vez influye en el acceso a prestaciones básicas de salud y a servicios especializados para personas con discapacidad”²⁹.

Según la OMS, los datos necesarios para reforzar los sistemas de salud son sobre todo los siguientes: número y estado de salud de las personas con discapacidad; barreras sociales y ambientales, incluida la discriminación; receptividad de los sistemas de salud a las personas con discapacidad; uso de los servicios de atención sanitaria por parte de las personas con discapacidad; necesidades de rehabilitación y habilitación; y magnitud de las necesidades, cubiertas o no cubiertas, de atención de salud. El subsiguiente desglose de estos datos por sexo, edad, nivel de ingresos u ocupación es importante para descubrir patrones, tendencias y demás información sobre los “subgrupos” de personas con discapacidad³⁰.

BUENA PRÁCTICA: RECOPIACIÓN DE DATOS

BANGLADESH

*Las autoridades locales utilizan la base de datos de beneficiarios de WISH2ACTION para apoyar a las personas con discapacidad*³¹

Las reuniones entre el Oficial de Bienestar Social del Upazila y el Presidente del gobierno rural local de Salimpur, en la región administrativa de Sitakunda, pusieron de manifiesto lagunas en lo que respecta a los datos precisos sobre las personas con discapacidad de la zona. Con el fin de reducir al mínimo estas lagunas, Handicap International facilitó a través del proyecto WISH2ACTION una lista de sus beneficiarios a las autoridades y otros interesados pertinentes, que el equipo del proyecto preparó con datos obtenidos mediante el cuestionario del Grupo de Washington. Desde entonces, las oficinas de los gobiernos locales y otros interesados han utilizado la base de datos en sus iniciativas destinadas a apoyar a las personas con discapacidad.

Avances en la ciencia y la tecnología médicas: obtener acceso a dispositivos y tecnologías de apoyo

De conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados partes deben promover la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

Según la OMS, la habilitación y la rehabilitación pueden paliar los efectos de muy diversos problemas de salud (tales como enfermedades o traumatismos). El *Informe mundial sobre la discapacidad* define estos procesos como conjuntos de medidas que ayudan a las personas que presentan alguna discapacidad o tienen probabilidad de presentarla a lograr y mantener un funcionamiento óptimo en interacción con su entorno. Ambos procesos, que engloban atención

²⁹ Véase OMS, Objetivo 3: mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos.

³⁰ OMS, Equipo de Discapacidad y Rehabilitación: www.who.int/disabilities.

³¹ Faruk Ahmed Jalal *et al.*, *Step Towards Disability Inclusive Sexual Reproductive Health: Learnings from WISH2ACTION Project* (Bangladesh), agosto de 2021. © Handicap International – Humanity & Inclusion, Bangladesh.

médica, terapia y tecnologías de apoyo, deben comenzar lo antes posible y ofrecerse a las personas con discapacidad lo más cerca posible del lugar donde vivan.

En los últimos años, las tecnologías de apoyo disponibles para las personas con discapacidad han mejorado considerablemente:

- ▶ Las personas con discapacidades físicas que afectan al movimiento pueden utilizar ayudas para la movilidad, como sillas de ruedas manuales o motorizadas, andadores, bastones, muletas, prótesis y órtesis, para mejorar su movilidad.
- ▶ Los audífonos pueden mejorar la audición de las personas con deficiencia auditiva.
- ▶ Las soluciones de asistencia cognitiva, como ordenadores o dispositivos de apoyo eléctricos, pueden ayudar a las personas a manejarse tras sufrir daños cerebrales.
- ▶ Determinados programas y equipos informáticos, como los programas de reconocimiento de voz, los lectores de pantalla y las aplicaciones que magnifican el tamaño de la pantalla, ayudan a las personas con deficiencias motoras y sensoriales a utilizar la tecnología informática³².
- ▶ En el aula y otros contextos, dispositivos de apoyo como pasapáginas automáticos, atriles y agarres adaptados para los lápices permiten que los alumnos con discapacidad participen en actividades educativas.
- ▶ Los subtítulos permiten que las personas con deficiencia auditiva disfruten de películas y programas de televisión.
- ▶ Las barreras de los edificios comunitarios, las empresas y los lugares de trabajo pueden eliminarse o modificarse para mejorar la accesibilidad. Dichas modificaciones pueden consistir, por ejemplo, en la instalación de rampas, puertas automáticas y barras de sujeción, y la ampliación del ancho de los vanos de las puertas.
- ▶ Los interruptores adaptados ayudan a los niños con una motricidad limitada a utilizar juguetes y juegos.
- ▶ Muchos tipos de dispositivos ayudan a las personas con discapacidad a realizar tareas como cocinar, vestirse y asearse. Existen utensilios de cocina con agarres grandes y acolchados para las personas con debilidad o artritis en las manos. Los dispensadores de medicamentos con alarmas pueden ayudar a recordar a sus usuarios cuándo deben tomarse la medicación. Las personas que se desplazan en silla de ruedas pueden utilizar dispositivos extensibles para alcanzar los objetos colocados en baldas y estanterías.
- ▶ Cuando esas tecnologías de apoyo son asequibles, a las personas con discapacidad puede resultarles más sencillo vivir de manera independiente y participar en la sociedad. Sin embargo, se ha calculado que, en muchos países de ingreso bajo y mediano, solo entre el 5 % y el 15 % de las personas que necesitan dispositivos y tecnologías de apoyo tiene acceso a ellos³³.

Rehabilitación basada en la comunidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad contempla específicamente el derecho de las personas con discapacidad a vivir en sus comunidades (artículo 19). La rehabilitación basada en la comunidad tiene por objeto mejorar la calidad de

³² Para consultar más ejemplos sobre los programas y equipos informáticos de apoyo, véase el módulo relativo a la tecnología de la información y las comunicaciones (TIC) y la discapacidad.

³³ OMS (2012). *Assistive devices/technologies: what WHO is doing*: Organización Mundial de la Salud; 19 de junio de 2012. Disponible en <http://www.who.int/disabilities/technology/activities/en/#>.

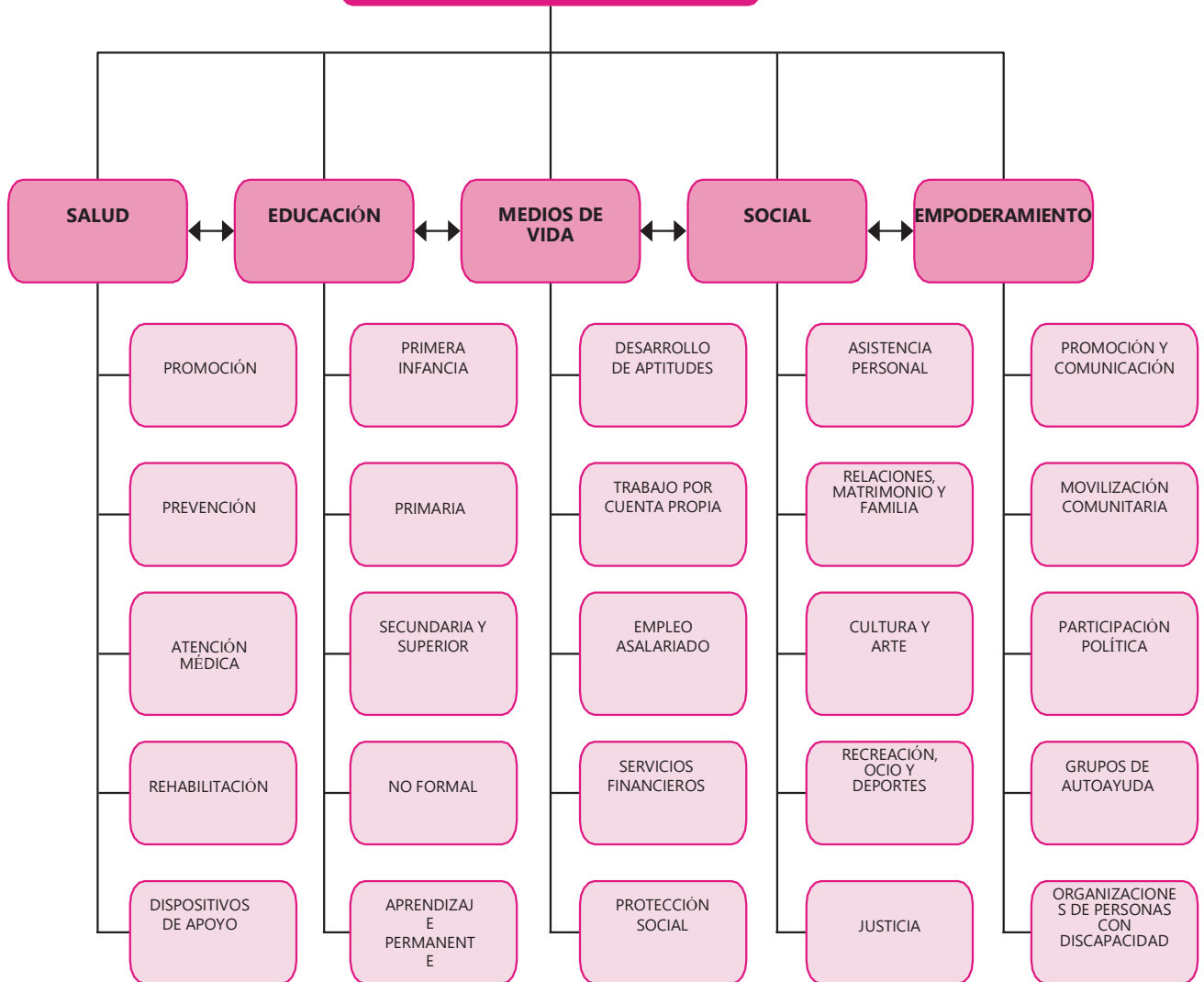
vida de las personas con discapacidad y sus familias, satisfacer necesidades básicas, y garantizar la inclusión y la participación. Se trata de una estrategia multisectorial que empodera a las personas con discapacidad para que accedan a la educación, el empleo, la salud y los servicios sociales y aprovechen todas sus ventajas. Es una estrategia de desarrollo comunitario dirigida a la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la inclusión social de todos los niños y adultos con discapacidad.

La rehabilitación basada en la comunidad se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias y comunidades, y de los servicios sanitarios, educativos, profesionales y sociales pertinentes³⁴. Este tipo de rehabilitación ha pasado de fundamentarse en un enfoque médico a basarse en los derechos humanos de las personas con discapacidad. Por lo tanto, la rehabilitación basada en la comunidad, que antes se concentraba en la rehabilitación médica, ha adoptado un enfoque multisectorial más amplio que presta atención a aspectos como el acceso a la sanidad, la educación y la formación profesional, los programas de generación de ingresos y la participación e inclusión en la comunidad. Una vez más, es esencial que las personas con discapacidad participen directamente en la planificación y ejecución de los programas de rehabilitación basada en la comunidad, que se redoble la colaboración entre los sectores que prestan servicios y que los distintos Gobiernos apoyen el desarrollo de políticas nacionales. No obstante, como las condiciones socioeconómicas, el territorio, la cultura y el sistema político de cada comunidad son diferentes, no existe un modelo de rehabilitación basado en la comunidad válido para todos los países o para todas las partes de un mismo país. La rehabilitación en la comunidad es un componente fundamental del desarrollo comunitario³⁵.

³⁴ OIT, UNESCO, OMS, RBC: *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*, documento de posición conjunta (2004), pág. 2, disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43126/9243592386_spa.pdf.

³⁵ Véase OMS, UNESCO, OIT, IDDC, *Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC*, disponible en www.who.int/disabilities.

MATRIZ DE LA REHABILITACIÓN



La rehabilitación basada en la comunidad debe:

1. adoptar un enfoque basado en los derechos que empodere a las personas con discapacidad y sus familias;
2. involucrar a las personas con discapacidad, los padres y las organizaciones que las representan desde el principio;
3. permitir que las principales partes interesadas accedan a información sobre todas las cuestiones, incluidos el VIH y el sida;
4. tener una visión holística de las personas con discapacidad;
5. defender la adopción de leyes y políticas adecuadas;
6. fomentar la autogestión de las personas con discapacidad;
7. elaborar planes a corto y largo plazo con todas las partes interesadas (es decir, debe ser “estratégica”);
8. garantizar la inclusión de cuestiones relacionadas con la discapacidad en todos los programas de desarrollo, colaborando en todos los sectores;
9. tener en cuenta las culturas, los recursos y las prácticas locales;
10. subsanar los problemas de pobreza de las personas con discapacidad y sus familias.

Estos elementos también son aplicables a otros países.

Fuente: *Community-Based Rehabilitation (CBR) as a Participatory Strategy in Africa*, Cornell University ILR School, 2002, disponible en <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/60>.

Podría decirse que, en términos generales, la atención comunitaria y los servicios sociales personales son aquellos diseñados para que las personas puedan seguir viviendo en sus comunidades, sobre todo cuando tienen dificultades para hacerlo a causa de una enfermedad o discapacidad o de su edad. Concienciar sobre las necesidades y los derechos de las personas con discapacidad es la clave para garantizar la no discriminación y el acceso a servicios de salud y servicios sociales personales en condiciones de igualdad. A tal fin, es necesario consultar a las personas con discapacidad e involucrarlas en todas las etapas de la formulación de políticas y la planificación y ejecución de programas. Las políticas y los programas a todos los niveles son invariablemente mejores cuando las organizaciones de personas con discapacidad intervienen en la planificación desde el inicio.

BUENAS PRÁCTICAS: REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

ISRAEL

*Ministerio de Salud: Programa de Servicios de Apoyo Educativo*³⁶

En 2010, el Ministerio de Salud israelí puso en marcha el Programa de Servicios de Apoyo Educativo para personas de entre 18 y 55 años con problemas de salud mental graves como parte de su paquete de rehabilitación. El programa, de cuya ejecución se encargan diversos proveedores de servicios y universidades, encarga a sus beneficiarios que desarrollen un plan de rehabilitación personal y trabajen con coordinadores profesionales para hacer frente a las dificultades académicas, emocionales y sociales que se encuentren durante sus estudios.

³⁶ *Reporte Zero Project 2020: Educación inclusiva. 75 prácticas y 11 políticas innovadoras de 54 países*, BUTCHER, Thomas et al., enero de 2020.

El Programa de Servicios de Apoyo Educativo es el resultado de diversas leyes y políticas de salud mental que Israel elaboró tras la promulgación de la Ley de Rehabilitación de la Salud Mental de 2000. Como señala la ley, el Programa de Servicios de Apoyo Educativo consta de cuatro partes:

- la mentoría en la enseñanza superior para los estudiantes que ya cursan este nivel de estudios;
- servicios educativos complementarios que asignan tareas para mejorar las competencias en hebreo y los conocimientos informáticos básicos;
- un curso preparatorio para acceder a la enseñanza superior; y
- la integración de las personas en sus comunidades a fin de reducir la brecha digital.

El Ministerio hace un seguimiento mensual de los estándares de los servicios. Además, los beneficiarios de los servicios cumplimentan cada año un cuestionario para evaluar sus resultados. A continuación, el Ministerio introduce los datos en un modelo de medición de la calidad cuyo objetivo es incentivar que los proveedores de servicios ofrezcan calidad.

JDC Israel, el Instituto Nacional de Seguros y el Ministerio de Asuntos Sociales están creando proyectos similares para otras discapacidades.

JORDANIA

Sociedad Al Hussein: Programa de Preparación para la Escuela³⁷

La ONG jordana Sociedad Al Hussein imparte un curso anual intensivo cuyo objetivo es preparar a niños con discapacidad de entre 6 y 10 años para acudir a escuelas convencionales. El Programa de Preparación para la Escuela está integrado por un equipo multidisciplinar que proporciona servicios personalizados para facilitar el aprendizaje de los niños, como terapia y tecnología de apoyo. Sus expertos en educación especial trabajan con las familias en la creación de planes educativos individuales, con vistas a ayudar a los niños a prepararse y aprobar los exámenes de admisión que los alumnos con discapacidad deben realizar para poder acceder al primer curso de las escuelas convencionales. No obstante, el programa no se centra exclusivamente en la admisión en las escuelas, sino que trata de mejorar la participación de los alumnos en la sociedad y el desarrollo de habilidades sociales. Desde su lanzamiento en 2009, el programa ha integrado con éxito, de media, al 65 % de los niños en escuelas convencionales. Durante el año académico 2018-2019, este porcentaje rozó el 85 %.

³⁷ *Reporte Zero Project 2020: Educación inclusiva. 75 prácticas y 11 políticas innovadoras de 54 países*, BUTCHER, Thomas et al., enero de 2020.

GAZA, TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS

Centro de rehabilitación de la Sociedad de la Media Luna Roja Palestina: khan Younis³⁸

Los servicios médicos y sanitarios de los centros de rehabilitación de la Sociedad de la Media Luna Roja Palestina han tenido repercusiones positivas en la vida de miles de personas con discapacidad. Además de programas médicos para personas con discapacidad o lesiones, la Sociedad de la Media Luna Roja Palestina ofrece servicios de rehabilitación, educación, formación profesional, ocio y otros programas sociales. Los centros de la Sociedad de la Media Luna Roja Palestina organizan propuestas de rehabilitación basada en la comunidad en torno a cuatro unidades temáticas:

- **Programa para padres y bebés:** se ofrece atención temprana y se enseñan a los padres habilidades para manejarse en casa y facilitar el desarrollo de su hijo o hija con discapacidad.
- **Programas de formación especial para niños con múltiples discapacidades graves:** se llevan a cabo actividades domiciliarias o en centros para adquirir competencias para la vida y aprender a realizar tareas cotidianas.
- **Formación profesional:** se organizan actividades en centros relacionadas con la capacitación comunitaria, la escritura, la gestión del dinero y la vida cotidiana.
- **Jardín de infancia especial:** se imparten programas para niños que pueden matricularse en escuelas convencionales y para aquellos con pocas probabilidades de cursar la enseñanza convencional.

El jardín de infancia del centro está registrado en el Ministerio de Educación, y todas las demás unidades cuentan con la certificación del Ministerio de Asuntos Sociales. Aunque la Sociedad de la Media Luna Roja Palestina no cobra comisiones por los servicios, el centro sí cobra una cuota simbólica a los usuarios de los servicios de fisioterapia y logoterapia, así como por el servicio de autobús para que los beneficiarios puedan llegar al centro. Los profesionales colaboran con las familias para preparar los planes de tratamiento. El centro cuenta asimismo con buenas redes con otras partes interesadas en la discapacidad y proveedores de servicios complementarios, y realiza aportaciones a redes regionales y actividades de capacitación.

REPÚBLICA DOMINICANA

Política innovadora sobre educación inclusiva y TIC de 2020: 700 centros de primera infancia en todo el país³⁹

Desde 2015, el Modelo de Atención Integral a la Primera Infancia del Instituto Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia (INAPI) ha proporcionado, a través de numerosos centros de atención a la infancia, servicios educativos, sanitarios y nutricionales a las familias de niños con y sin discapacidad de edades comprendidas entre los 45 días y los 5 años. Debido al desconocimiento, la falta de seguimiento por parte de los padres y el personal médico, la ausencia de especialistas y la escasez de centros donde prestarles cuidados, en la República Dominicana

³⁸ Extraído de *Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East* (2009), disponible en <https://www.makingitwork-crpd.org/sites/default/files/2017-03/Middle%20East%20-%20Access%20to%20Social%20Services.pdf>.

³⁹ *Reporte Zero Project 2020: Educación inclusiva. 75 prácticas y 11 políticas innovadoras de 54 países*, BUTCHER, Thomas et al., enero de 2020.

muchos niños pequeños con discapacidad no reciben un diagnóstico temprano. Dos de los objetivos del centro son detectar las discapacidades y velar por que los niños con discapacidad reciban apoyo y gocen de igualdad de oportunidades. En concreto, los asistentes y los coordinadores educativos buscan signos tempranos de desviación del desarrollo normal y hacen las remisiones correspondientes para que reciban la ayuda que precisan (p. ej., apoyo terapéutico o equipo especial). Al capacitar y educar a los padres, el centro también trata de prevenir la violencia y facilitar que las familias conozcan mejor y acepten a sus hijos con discapacidad.

INDIA

*Amar Seva Sangam: Capacitación de trabajadores de rehabilitación comunitaria*⁴⁰

Consciente de que la ausencia de profesionales capacitados y las largas distancias a las zonas urbanas provocaban que los niños de las zonas rurales de la India no accedieran lo suficiente a servicios de terapia de atención temprana, Amar Seva Sangam puso en marcha un programa de capacitación y una aplicación de recursos para los trabajadores de rehabilitación comunitaria. Hasta la fecha, la ONG ha capacitado a más de 1.800 de estos profesionales para que realicen terapias de atención temprana en los domicilios de niños de entre 0 y 6 años. Los trabajadores de rehabilitación comunitaria reciben primero una orientación de tres días, tras la cual cursan un programa de capacitación básica de diez días en el que especialistas en rehabilitación, como fisioterapeutas y educadores especiales, les enseñan conocimientos básicos y les hacen demostraciones. Además, estos especialistas y los trabajadores de rehabilitación comunitaria visitan conjuntamente cada mes a los niños para darles terapia y capacitar a sus padres y a los trabajadores de rehabilitación comunitaria. La aplicación de intervención temprana Mobile Village-Based Rehabilitation – Early Intervention permite que los trabajadores dedicados a la rehabilitación comunitaria, la atención a la infancia y la salud cuenten con el apoyo constante de especialistas en rehabilitación y puedan acceder a módulos didácticos para formarse y formar a los familiares de los niños a los que prestan asistencia. Además, con la aplicación, los trabajadores de rehabilitación comunitaria pueden llevar a cabo su plan de tratamiento mientras los especialistas hacen un seguimiento de los avances en términos de habilidades motoras, cognitivas, orales y de movilidad.

Preguntas de verificación sobre el país

Pensando en su propio contexto local, ¿cuáles podrían ser modelos alternativos a las siguientes prácticas?

- Internar en orfanatos a los niños con discapacidad o que han quedado huérfanos como consecuencia de enfermedades infecciosas como la malaria y el VIH/sida. ¿Qué alternativa comunitaria propondría?
- Hacer que los niños con discapacidad se queden en casa y no sean escolarizados por miedo a que sufran malos tratos o a que las escuelas no sean accesibles. ¿Qué opciones existen para resolver el aislamiento en la comunidad y la escolarización?
- Separar a los adultos con discapacidad mental en campamentos aislados u hospitales psiquiátricos con poco o ningún apoyo. ¿Cuál sería una alternativa en la comunidad?

⁴⁰ *Reporte Zero Project 2020: Educación inclusiva. 75 prácticas y 11 políticas innovadoras de 54 países*, BUTCHER, Thomas *et al.*, enero de 2020.

3. RESUMEN Y PRINCIPALES ENSEÑANZAS

El hincapié que se hace ahora en la plena inclusión de las personas con discapacidad y en la lucha contra la discriminación ha sentado los cimientos para el desarrollo de unos servicios sanitarios más inclusivos para las personas con discapacidad. Estas personas, las organizaciones que las representan, sus defensores y sus familias exigen que los servicios sean de mayor calidad, más accesibles y adecuados, lo que ha obligado a sus proveedores a valorar cómo podrían transversalizarlos y cómo se podría promover y respaldar la integración e inclusión de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la sociedad. Esto demuestra igualmente que se conocen y entienden mejor las experiencias de las personas con discapacidad a la hora de acceder a los servicios de salud, así como las consecuencias que tienen las barreras discapacitantes para su independencia, autonomía, salud y bienestar. Por todo ello, los proveedores de servicios sanitarios han tenido que celebrar consultas con personas con discapacidad e involucrarlas en la planificación y la prestación de servicios.

Las partes interesadas deben tomar medidas sustanciales para transversalizar la prestación de servicios de salud, reorientar dichos servicios hacia un modelo social de la discapacidad e incluir a las personas con discapacidad, no solo como participantes activas de su atención sanitaria, sino también en la adopción de decisiones estratégicas relativas a la financiación y planificación de los servicios de salud.

4. RECURSOS ÚTILES

- *Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East* (2009). <https://www.makingitwork-crpd.org/sites/default/files/2017-03/Middle%20East%20-%20Access%20to%20Social%20Services.pdf>.
- *One Billion Strong, HIV/AIDS, Disability and Discrimination: A Thematic Guide to Law, Policy and Programming* (2012).
- *Step Towards Disability Inclusive Sexual Reproductive Health: Learnings from WISH2ACTION Project* (Bangladesh), Faruk Ahmed Jalal *et al.*, agosto de 2021. © Handicap International – Humanity & Inclusion, Bangladesh.
- ONUSIDA, Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, informe de política: “Disability and HIV” (2009).
- Naciones Unidas, Declaración de los Derechos de los Impedidos, proclamada por la resolución 3447 de la Asamblea General, de 9 de diciembre de 1975.
- Naciones Unidas, Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptados mediante la resolución A/46/119 de la Asamblea General, de 17 de diciembre de 1991.
- Naciones Unidas, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, 22º período de sesiones, Observación general núm. 14 (2000): “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 11 de agosto de 2000. E/C.12/2000/4, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones. Ginebra: Naciones Unidas.
- OMS, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: (1998), OMS.
- OMS, “HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region”. *European Health for All Series*, núm. 6. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa. Copenhague: (1999), OMS.
- OMS, *Reducing inequalities in health – proposals for health promotion policy and action*, declaración de consenso, Comité Europeo para el Desarrollo de la Promoción de la Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa. Copenhague: (1999), OMS.
- OMS, “Rethinking Care from the Perspective of Disabled People”, informe de la Conferencia y recomendaciones, Equipo de Discapacidad y Rehabilitación de la OMS, OMS: (2001), Ginebra.
- OMS, *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, OMS: (2001), Ginebra.

- OMS, “Government responses to the implementation of the UN Standard Rules on medical care, rehabilitation, support services and personnel training: Main Report”, OMS: (2001), Ginebra.
- OMS, “Rethinking Care from the Perspective of Disabled People”, informe de la Conferencia y recomendaciones, Equipo de Discapacidad y Rehabilitación de la OMS, OMS: (2001), Ginebra.
- OMS y USAID, *Documento de posición conjunta sobre suministro de dispositivos de movilidad en entornos con recursos escasos*, (2011).
- Banco Mundial, “Disability and HIV/AIDS at a Glance – A World Bank Factsheet” (noviembre de 2004).
- Banco Mundial, Encuesta mundial sobre el VIH/sida y la discapacidad (abril de 2004).
- Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud: *Informe mundial sobre la discapacidad* (2011).
- Reporte Zero Project 2020: Educación inclusiva. 75 prácticas y 11 políticas innovadoras de 54 países, BUTCHER, Thomas *et al.*, enero de 2020.

5. ACTIVIDADES DIDÁCTICAS

Ficha de la sesión para el formador – El derecho a la salud (sesión 1)

Contenido técnico 2.B.: Marco jurídico

Actividad didáctica 2.B. La interconexión de los derechos

Ficha informativa: Artículo 25 de la Convención

Ficha de la sesión para el formador – El derecho a la salud (sesión 2)

Ficha de la sesión para el formador – El derecho a la salud (sesión 2)

Actividad didáctica 2.D. Plan para eliminar las barreras para acceder a la atención sanitaria

Ficha informativa: Barreras que dificultan el acceso de las personas con discapacidad a la atención sanitaria

Ficha de la sesión para el formador – El derecho a la salud (sesión 1)

Ideas clave	Véanse el resumen y las principales enseñanzas.
Objetivos	Al finalizar esta sesión, los participantes habrán repasado las principales disposiciones de la Convención relativas a los servicios de salud.
Disposición del aula	Mesas para grupos de cuatro personas Mesa redonda o sillas dispuestas en círculo para la puesta en común
Actividad	30 min de presentación del tema y aportaciones técnicas 30 min de trabajo en grupo en la actividad didáctica 2.B. 30 min de comentarios y puesta en común
Duración	90 minutos
Notas para el equipo de formación	Se aprovechará la conversación de seguimiento tras el trabajo en grupo para que los participantes presenten ejemplos específicos de sus países y contextos, a fin de que aprendan los unos de los otros.
Fichas de tareas	Actividad didáctica 2.B.: La interconexión de los derechos
Fichas informativas	Ficha informativa: Artículo 25 de la Convención

Actividad didáctica 2.B.: La interconexión de los derechos

Objetivo: Repasar las principales disposiciones de la Convención relativas a los servicios de salud.

En la Convención, la palabra “salud” aparece 19 veces. Fuera de los artículos 25 y 26, relativos a la salud y a la habilitación y rehabilitación, respectivamente, figura una vez en el preámbulo, en el que se reconoce la importancia de “la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”. También se menciona en el artículo 16, relativo a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso, y en el artículo 22, relativo al respeto de la privacidad, mientras que en el artículo 27, relativo al trabajo y el empleo, aparece en forma de adjetivo: “saludable”.

En sus respectivos grupos, los participantes deberán leer con detenimiento el artículo 25 y reflexionar sobre las siguientes preguntas:

1. ¿Qué derechos humanos contribuyen a garantizar el derecho a la salud de las personas con discapacidad?
2. ¿Qué derechos humanos pueden ser el resultado de la observancia del derecho a la salud de las personas con discapacidad?
3. ¿Cuáles de los marcos (jurídicos o políticos) de sus países u organizaciones pueden respaldar de manera efectiva el ejercicio del derecho a la salud de las personas con discapacidad?

Los participantes tienen 30 minutos para debatir estas cuestiones en sus grupos. A continuación, han de estar preparados para presentar un resumen de sus conclusiones al resto de compañeros.

Ficha informativa: Artículo 25 de la Convención

Los Estados partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados partes:

- a. proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b. proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c. proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d. exigirán 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, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e. prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando estos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f. impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Ficha de la sesión para el formador – El derecho a la salud (sesión 2)

Ideas clave	Véanse el resumen y las principales enseñanzas.
Objetivos	Al finalizar esta sesión, los participantes habrán ideado una serie de estrategias dirigidas a superar las barreras para la inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de salud.
Disposición del aula	Mesas para grupos de cuatro personas Mesa redonda o sillas dispuestas en círculo para la puesta en común
Actividad	40 min de trabajo en grupo en la actividad didáctica 2.D. 20 min de presentaciones (4 x 5 min) 30 min de preguntas y respuestas y debate
Duración	90 minutos
Notas para el equipo de formación	<p>En la ficha informativa se mencionan cuatro barreras que dificultan el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud. Se asignará una a cada grupo.</p> <p>Tras las presentaciones grupales, se aprovecharán los últimos 30 minutos para comentar el trabajo de cada grupo y se resolverán las dudas o lagunas que se hayan detectado.</p> <p>Se utilizará el siguiente enlace como apoyo adicional: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/.</p>
Fichas de tareas	Actividad didáctica 2.D.: Plan para eliminar las barreras para acceder a la atención sanitaria
Fichas informativas	Ficha informativa: Barreras que dificultan el acceso de las personas con discapacidad a la atención sanitaria

Actividad didáctica 2.D. Plan para eliminar las barreras para acceder a la atención sanitaria

Objetivo: Idear una serie de estrategias dirigidas a superar las barreras para la inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de salud.

Parte 1

Dentro de sus respectivos grupos, se habrá asignado a los participantes una barrera específica para acceder a la atención sanitaria. Los participantes deberán imaginar que están a cargo de organizar una reunión para buscar soluciones a esta barrera, la cual podría celebrarse a nivel local con organizaciones de personas con discapacidad y líderes comunitarios, dentro de una organización, como un hospital o una clínica, o a escala nacional con los encargados de formular políticas.

Trabajando en equipo, y centrándose en el problema que se les ha asignado, elaborarán una lista de invitados, un orden del día y las soluciones que se les ocurran para acabar con esta barrera. Para orientar el debate, los participantes se servirán de las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la barrera? ¿Cómo afecta a las personas con discapacidad?
2. ¿Qué objetivo(s) esperan alcanzar con las conclusiones de esta reunión?
3. ¿A quién deberían invitar a la reunión? ¿Qué podrían aportar estas personas para alcanzar el objetivo en cuestión?
4. ¿Qué soluciones propondrían para eliminar esta barrera? ¿A quién podrían asignar cada parte concreta de la solución para garantizar su ejecución y eficacia?

Parte 2

Los participantes tendrán que presentar su plan al resto del grupo, por lo que conviene que utilicen los materiales a su disposición para crear un apoyo visual para su exposición.

En ella, han de responder a todas las preguntas indicadas previamente.

Los participantes tienen 40 minutos para completar la parte 1. La exposición no debería durar más de 5 minutos.

Ficha informativa: Barreras que dificultan el acceso de las personas con discapacidad a la atención sanitaria

Para profundizar en este tema, véase la nota descriptiva 352 de la OMS:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.

Costos prohibitivos

El costo de los servicios de salud y el transporte son dos de los principales motivos por los que las personas con discapacidad no reciben la atención sanitaria que necesitan en los países de ingreso bajo. Entre el 32 % y el 33 % de la población sin discapacidad no puede permitirse la atención sanitaria, mientras que el porcentaje en las personas con discapacidad se sitúa entre el 51 % y el 53 %.

Disponibilidad limitada de los servicios

La ausencia de servicios adecuados para las personas con discapacidad constituye una importante barrera para la atención sanitaria. Por ejemplo, una investigación llevada a cabo en los estados indios de Uttar Pradesh y Tamil Nadu concluyó que la ausencia de servicios en la zona era la segunda mayor barrera para utilizar instalaciones sanitarias, tras cuestiones relacionadas con el costo.

Barreras físicas

La presencia de escalones en la entrada de edificios (hospitales o centros de salud), el equipo médico inaccesible, la falta de señalización, las puertas estrechas, las escaleras interiores, los aseos inadecuados y las zonas de estacionamiento inaccesibles crean barreras para acceder a los establecimientos de salud. Por ejemplo, es habitual que las mujeres con movilidad reducida no puedan ser sometidas a pruebas para el diagnóstico de cáncer de mama y de cuello uterino, ya que no es posible ajustar la altura de las mesas de exploración y el equipo de mamografía debe utilizarse de pie.

Aptitudes y conocimientos insuficientes de los trabajadores sanitarios

Las personas con discapacidad tienen más del doble de probabilidades de denunciar que los trabajadores de la salud carecen de las aptitudes requeridas para atender sus necesidades; el cuádruple de probabilidades de denunciar un trato deficiente, y casi el triple de probabilidades de denunciar la denegación de cuidados.

OMS: Cómo protegerse y proteger a otras personas de la COVID-19

- **Guarde al menos 1 metro de distancia entre usted y otras personas**, a fin de reducir su riesgo de infección cuando otros tosan, estornuden o hablen. Mantenga una distancia aún mayor entre usted y otras personas en espacios interiores. Cuanto más lejos, mejor.
- **Convierta el uso de la mascarilla en una parte normal de su interacción con otras personas.** Para que sean lo más eficaces posible, es esencial utilizar, guardar, limpiar y desechar las mascarillas correctamente.

En este vídeo (en inglés) encontrará indicaciones básicas sobre la manera de ponerse la mascarilla:

- Lávese las manos antes de ponerse la mascarilla, y también antes y después de quitársela, y cada vez que la toque.
- Asegúrese de que le cubre la nariz, la boca y el mentón.
- Cuando se quite la mascarilla, guárdela en una bolsa de plástico limpia; si es de tela, lávela a diario y si es una mascarilla quirúrgica, tírela a un cubo de basura.
- No utilice mascarillas con válvula.
 - *Si desea más detalles sobre qué tipo de mascarilla utilizar y cuándo, consulte nuestras [Preguntas y respuestas](#) y vea nuestros [vídeos](#). También hay una página de Preguntas y respuestas sobre [los niños y las mascarillas](#).*
 - *En esta [entrevista](#) en inglés encontrará más información sobre la manera en que el virus de la COVID-19 infecta a las personas, y sobre la reacción de nuestro organismo.*
 - *Para asesoramiento específico dirigido a las instancias decisorias, [consulte las orientaciones técnicas de la OMS](#).*

Cómo reforzar la seguridad de su entorno

- **Evite las 3 “C”:** **espacios cerrados, congestionados o que entrañen contactos cercanos.**
 - Se han notificado brotes en restaurantes, ensayos de coros, clases de gimnasia, clubes nocturnos, oficinas y lugares de culto en los que se han reunido personas, con frecuencia en interiores abarrotados en los que se suele hablar en voz alta, gritar, resoplar o cantar.
 - Los riesgos de contagio con el virus de la COVID-19 son más altos en espacios abarrotados e insuficientemente ventilados en los que las personas infectadas pasan mucho tiempo juntas y muy cerca unas de otras. Al parecer, en esos entornos el virus se propaga con mayor facilidad por medio de gotículas respiratorias o aerosoles, por lo que es aún más importante adoptar precauciones.
- **Reúnase al aire libre.** Las reuniones al aire libre son más seguras que en interiores, en particular si los espacios interiores son pequeños y carecen de circulación de aire exterior.
 - *Para obtener más información sobre la manera de organizar actividades tales como reuniones familiares, partidos de fútbol infantiles y celebraciones*

familiares, consulte nuestras [Preguntas y respuestas sobre las pequeñas reuniones sociales](#).

- **Evite los lugares abarrotados o interiores**, pero si no puede, tome precauciones:
 - **Abra una ventana.** Aumente el caudal de ventilación natural en los lugares cerrados.
 - La OMS ha publicado preguntas y respuestas sobre la ventilación y el aire acondicionado, tanto para el [público en general](#) como para las [personas que gestionan espacios y edificios públicos](#).
 - **Utilice una mascarilla** (para obtener información más detallada, véase más arriba).

No olvide las normas básicas para una buena higiene

- **Lávese las manos con frecuencia y a fondo con un gel hidroalcohólico o con agua y jabón.** Esto elimina los gérmenes que pudieran estar en sus manos, incluidos los virus.
- **Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca.** Las manos tocan muchas superficies en las que podrían atrapar virus. Una vez contaminadas, pueden transportar el virus a los ojos, la nariz o la boca. Desde allí el virus puede entrar en el organismo e infectarlo.
- **Al toser o estornudar cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo.** Luego, tire inmediatamente el pañuelo en una papelera con tapa y lávese las manos. Con la observancia de buenas prácticas de “higiene respiratoria” usted protege a las personas de su entorno contra los virus causantes de resfriados, gripe y COVID-19.
- **Limpie y desinfecte con frecuencia las superficies, en particular las que se tocan con regularidad**, por ejemplo, picaportes, grifos y pantallas de teléfonos.

Qué debe hacer si se siente mal

- **Conocer todos los síntomas de la COVID-19.** Los síntomas más comunes de la COVID-19 son fiebre, tos seca y cansancio. Otros síntomas menos frecuentes que pueden afectar a algunos pacientes son: pérdida del gusto o el olfato, dolores musculares, dolor de cabeza, dolor de garganta, congestión nasal, ojos enrojecidos, diarrea o erupción cutánea.
- **Permanecer en casa en autoaislamiento, aun cuando tenga síntomas leves tales como tos, dolor de cabeza y febrícula**, hasta que se recupere. Llame y solicite orientación a su dispensador o servicio telefónico de atención de salud. Pida que alguien le lleve lo que necesite. Si tiene que salir de su casa o necesita que alguien esté con usted, póngase una mascarilla médica para no infectar a otras personas.
- **Si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, busque atención médica de inmediato. Si puede, llame primero por teléfono** y siga las instrucciones de la autoridad sanitaria local.
- **Manténgase actualizado con la información más reciente de fuentes fiables, entre ellas la OMS o las autoridades sanitarias locales y nacionales del lugar en que se encuentre.** Las autoridades locales y nacionales y las dependencias de salud pública de su zona son las más indicadas para asesorar a las personas acerca de lo que deben hacer para protegerse.

Fuente: OMS (www.who.int), OMS: Equipo de Discapacidad y Rehabilitación.

