



# Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Distr. general  
29 de marzo de 2019  
Español  
Original: inglés

---

## Conferencia de los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

12º período de sesiones

Nueva York, 11 a 13 de junio de 2019

Tema 5 b) ii) del programa provisional\*

**Cuestiones relacionadas con la aplicación de la Convención:  
mesas redondas**

### **La inclusión social y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud**

#### **Nota de la Secretaría**

La presente nota fue preparada por la Secretaría en consulta con entidades de las Naciones Unidas, representantes de la sociedad civil y otras instancias pertinentes para facilitar la celebración de la mesa redonda sobre el tema “La inclusión social y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. La Secretaría transmite la nota, aprobada por la Mesa de la Conferencia, a la Conferencia de los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su 12º período de sesiones.

---

\* CRPD/CSP/2019/1.



## I. Introducción

1. La salud es esencial para el bienestar y la felicidad de las personas, permitiéndoles alcanzar su pleno potencial. El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos humanos fundamentales de todo ser humano y se reafirma para las personas con discapacidad en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La salud y el bienestar son también una condición previa para la vida plena y productiva de las personas con discapacidad, ya que afectan a su capacidad de participar plenamente en todos los aspectos de la vida, el trabajo y la educación y de vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad.
2. La salud y la inclusión social están íntimamente relacionadas. A nivel individual, la buena salud y el bienestar son cruciales para la participación activa en la sociedad. Del mismo modo, la inclusión social apoya la salud y la resiliencia físicas y mentales. A nivel comunitario, la información, las instalaciones y los servicios de salud inclusivos y accesibles pueden ayudar a todos los grupos —incluidas las personas con discapacidad— a acceder a la atención que necesitan, con el debido respeto a su derecho a elegir.
3. En un informe del año 2018 (A/73/161), la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad destacó los problemas a los que se enfrentaban las personas con discapacidad para disfrutar del derecho al más alto nivel posible de salud y presentaba ideas sobre cómo fomentar la existencia de servicios sanitarios inclusivos y accesibles.

## II. Marcos internacionales pertinentes

4. En el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en 2006, 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. En virtud de ese artículo, los Estados partes se comprometen a proporcionar 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 y a exigir a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado. Los Estados partes también se comprometen a prohibir la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y a impedir que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud por motivos de discapacidad. En virtud del artículo 9 de la Convención, los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a las instalaciones médicas, incluida la identificación y eliminación de los obstáculos y barreras para acceder a ellas. El artículo 26, en el que se pide a los Estados partes que organicen, intensifiquen y amplíen los servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, debe considerarse junto con el artículo 25, ya que la rehabilitación forma parte de la cobertura sanitaria universal y supone la prestación de servicios generales junto con la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y los servicios paliativos a toda persona que los necesite.
5. En virtud del artículo 16 de la Convención, los Estados partes se comprometen a adoptar todas las medidas pertinentes para proteger a las personas con discapacidad contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género, y a adoptar todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración

social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. La recuperación y la reintegración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

6. La Convención debe leerse en su conjunto para comprender plenamente el impacto en el ámbito de la salud de su enfoque basado en los derechos y centrado en el desarrollo en lo que respecta a las personas con discapacidad. Además de los artículos 9, 25 y 26, la Convención contiene otros artículos en que los Estados partes se comprometen a promover las oportunidades de empleo y a aumentar la participación de las personas con discapacidad en el trabajo y en la vida económica, comunitaria y política; en resumen, a garantizar su plena participación e inclusión en todos los aspectos de la vida, todo lo cual repercute en el estado de salud de la persona. Los artículos 12, 14, 15, 16 y 17 también establecen las condiciones necesarias para que las personas con discapacidad participen en un entorno libre de violencia, disfruten del derecho a tomar sus propias decisiones y a vivir en las comunidades.

7. Otros instrumentos se centran en la salud de los niños y las mujeres con discapacidad. En el artículo 23 de la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada en 1989, se protegen los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad para garantizar que tengan acceso efectivo a los servicios de atención de la salud. En la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los Estados deben velar por que las mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad, tengan acceso a la atención de la salud reproductiva (en virtud del artículo 12) y estén protegidas contra las presiones coercitivas. En el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 (Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas), la meta 5.6 pide que se asegure el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen. La meta es especialmente importante para las mujeres y las niñas con discapacidad, ya que, en muchas partes del mundo, tienen menos probabilidades de tener acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva.

8. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible establece una ambiciosa visión global: llegar y empoderar a los que se quedan atrás, incluidas las personas con discapacidad. El Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 hace un llamado a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. La aplicación del Objetivo representa una oportunidad para promover el derecho a la salud de las personas con discapacidad. Dado que los Objetivos de la Agenda 2030 están interrelacionados, los avances en salud también contribuyen a garantizar el progreso hacia el logro de una amplia gama de otros Objetivos, y viceversa. Para apoyar este proceso y por primera vez, se examinó la discapacidad en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel mundial en 2018 en un informe principal de las Naciones Unidas sobre la discapacidad y el desarrollo<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *United Nations Flagship Report on Disability and Development 2018: Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities*.

### III. Situación de las personas con discapacidad y prácticas actuales

#### A. Estado de salud y acceso a la información y los servicios de salud

9. Para lograr el más alto nivel posible de salud, es esencial lograr un cambio transformador en los principales factores determinantes de la salud, como el acceso a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos aptos para el consumo, una nutrición adecuada y una vivienda adecuada, así como el acceso a información y servicios de calidad, efectivos y asequibles sobre cuestiones relacionadas con la salud. Las personas con discapacidad también deberían participar en el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

10. Sin embargo, el acceso a los servicios de salud sigue siendo un problema para las personas con discapacidad debido a los numerosos obstáculos que se oponen a la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de toda la gama de servicios de atención sanitaria de buena calidad, las limitaciones de los seguros médicos y las barreras y estigmas jurídicos, institucionales y actitudinales que afectan a las personas con discapacidad en el sistema de atención de la salud. Además, es más probable que las personas con discapacidad se encuentren en diferentes circunstancias institucionales oficiales y oficiosas con acceso limitado a la atención sanitaria general prestada sobre la base de una elección libre e informada.

11. Las personas con discapacidad pueden llevar una vida activa, productiva, larga y saludable. Tener una deficiencia no implica tener mala salud. Sin embargo, debido a que las personas con discapacidad tienen más probabilidades de padecer pobreza, discriminación, violencia y exclusión social, corren un riesgo mayor de tener problemas de salud que la población general. La esperanza de vida de las personas con discapacidad es más corta y corren un mayor riesgo de desarrollar afecciones secundarias, yatrogénicas, concomitantes y relacionadas con la edad, como depresión, dolor y osteoporosis<sup>2</sup>. Según los resultados de encuestas recientes realizadas en 43 países, un promedio del 21 % de las personas con discapacidad consideraba que su salud era muy buena o buena, frente al 80 % de las personas sin discapacidad. Por otro lado, el 42 % de las personas con discapacidad afirmaba que su salud era mala o muy mala, frente al 6 % de las personas sin discapacidad. La probabilidad de que las mujeres con discapacidad declarasen tener más problemas de salud que los hombres con discapacidad era mayor, pero los datos desglosados por género y discapacidad siguen siendo escasos. Las personas con discapacidad tendían a declarar tener más problemas de salud en los países con un producto interno bruto per cápita más bajo<sup>3</sup>.

12. Las personas con discapacidad tienen más necesidades de atención sanitaria, pero es menos probable que estas se vean atendidas. Estas necesidades incluyen tanto las necesidades estándar, como la inmunización, la detección del cáncer y el tratamiento de infecciones, como las relacionadas con las afecciones y deficiencias de salud subyacentes, por ejemplo, el tratamiento adecuado de la diabetes o la malnutrición. Las personas con discapacidad no solo son más susceptibles a que empeore su salud, sino que también necesitan servicios médicos con mayor

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad* (Ginebra, 2011). Edward Chesney, Guy M. Goodwin y Seena Fazel, “Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review”, *World Psychiatry*, vol. 13, núm. 2 (junio de 2014); Sophie Mitra, *Disability, Health and Human Development*, Palgrave Studies in Disability and International Development (Nueva York, Palgrave MacMillan, 2018).

<sup>3</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *United Nations Flagship Report*.

frecuencia<sup>4</sup>. Por lo tanto, su vulnerabilidad ante el impacto de los servicios de baja calidad o inaccesibles es mayor. Al mismo tiempo, dado que se enfrentan a mayores obstáculos para acceder a los servicios, las personas con discapacidad siempre presentan un menor uso de los servicios sanitarios generales y especializados cuando los necesitan<sup>5</sup>. Las personas con discapacidad tienen necesidades médicas específicas para las que pueden precisar de acceso a tecnologías o dispositivos de rehabilitación y apoyo. Sin embargo, los servicios de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología, no siempre a disposición de las personas con discapacidad. En algunos países, más del 50 % de las personas con discapacidad que necesitan servicios de rehabilitación no los reciben<sup>6</sup>. La situación es similar para algunos grupos de personas con discapacidades intelectuales, de desarrollo, psicosociales o múltiples en países de ingresos bajos y medios. Para muchos, el acceso a la tecnología de apoyo es esencial para vivir una vida independiente y participar plenamente en la sociedad; sin embargo, los datos disponibles muestran que, en varios países en desarrollo, más de la mitad de las personas con discapacidad que necesitan dispositivos de apoyo no disponen de ellos.

13. Las personas con discapacidad también quedan excluidas periódicamente de la prestación de información y servicios de salud sexual, reproductiva, materna y de los adolescentes. Incluso en algunos países en los que el porcentaje de partos asistidos por personal sanitario cualificado es similar para las madres con discapacidad y las madres sin discapacidad, las diferencias de acceso a la planificación familiar entre las personas con discapacidad y las personas sin discapacidad son más frecuentes<sup>7</sup>. Para las mujeres y las niñas, el estigma y la discriminación que rodean tanto a la discapacidad como al género, por ejemplo, la idea errónea de que las mujeres con discapacidad no son sexualmente activas o que no se casarán, son barreras para acceder a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva. Las personas con discapacidad también apuntan al miedo como una razón para no acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esos temores se basan en las barreras actitudinales del personal sanitario, incluidas las prácticas comunes de violación de los derechos reproductivos y el abuso de las personas con discapacidad, como la esterilización involuntaria y las histerectomías. Las mujeres y las niñas con discapacidad corren un mayor riesgo de sufrir violencia y abusos, lo que exige la adopción de medidas adecuadas y eficaces para prevenir y eliminar esas amenazas.

14. Las deficiencias en el acceso a los servicios sanitarios se deben a las barreras físicas, financieras, actitudinales, informativas y comunicativas a las que se enfrentan las personas con discapacidad cuando tratan de acceder a ellos. A menudo se citan como problemas las barreras físicas, como la inaccesibilidad de los edificios y la falta de acceso a equipos médicos de diagnóstico y tratamiento. Además, en un entorno más amplio, los problemas de los medios de transporte inaccesibles o inasequibles, las carreteras mal pavimentadas y la falta de instalaciones sanitarias rurales crean obstáculos obvios para las personas con deficiencias sensoriales, motrices y cognitivas<sup>8</sup>. Cuando no es posible comunicarse mediante lengua de señas, también se ha demostrado que las barreras de comunicación entre los pacientes con deficiencias

<sup>4</sup> OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad*; Tess Bright y Hannah Kuper, “A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low and middle income countries”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, núm. 9 (septiembre de 2018).

<sup>5</sup> Bright y Kuper, “A systematic review”.

<sup>6</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *United Nations Flagship Report*.

<sup>7</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *United Nations Flagship Report*.

<sup>8</sup> Jean-François Trani y otros, “Assessment of progress towards universal health coverage for people with disabilities in Afghanistan: a multilevel analysis of repeated cross-sectional surveys”, *The Lancet Global Health*, vol. 5 núm. 8 (agosto de 2017); Bright y Kuper, “A systematic review”.

auditivas y los médicos afectan negativamente a la calidad de la atención sanitaria, por ejemplo, un menor uso de los servicios preventivos<sup>9</sup>. En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos no se dispone de medios de comunicación aumentativos u otras soluciones de accesibilidad digital e informativa necesarios para acceder a los servicios de atención sanitaria generales, especializados y urgentes. En algunos países, más del 30 % de las personas con discapacidad indican que no tienen acceso a centros de salud<sup>10</sup>.

15. Las razones por las que las necesidades de atención de la salud de las personas con discapacidad se atienden en menor medida varían según el contexto de cada país, pero en muchos países los costos de la atención sanitaria son un problema importante. El costo de los servicios sanitarios, junto con su escasa disponibilidad en el sector de la salud pública y la falta de seguro médico, impide que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios que necesitan o que continúen un tratamiento una vez que este ha comenzado. A nivel mundial, en los hogares en los que hay personas con discapacidad suele haber mayores gastos médicos en comparación con otros hogares. Estos costos aumentan en el caso de las personas con enfermedades crónicas, enfermedades no transmisibles, enfermedades raras y necesidades de apoyo sanitario a lo largo de toda la vida. Sin embargo, los gastos adicionales no siempre están cubiertos por los servicios privados o públicos de apoyo financiero disponibles, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, lo que hace que esas personas incurran en gastos por cuenta propia desproporcionados. Al mismo tiempo, en muchos casos, las personas con discapacidad tienen menos ingresos o bienes que las personas sin discapacidad y, por lo tanto, se ven afectadas desproporcionadamente por los elevados precios de mercado y los copagos de los seguros de los servicios de atención sanitaria, lo cual puede impedir que busquen los cuidados que necesitan.

16. Muchos centros de salud no son accesibles y no cuentan con personal capacitado para atender eficazmente a las personas con discapacidad. Al mismo tiempo, otra barrera es la falta de información entre los propios pacientes con discapacidad acerca de los servicios a su disposición.

## B. Prácticas actuales en materia de salud y discapacidad

17. Si bien se están redoblando los esfuerzos por reunir datos desglosados por discapacidad como parte de las encuestas nacionales, por ejemplo, mediante la lista breve de preguntas sobre discapacidad elaborada por el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, la falta de datos comparables en este ámbito sigue siendo un problema crítico para el desarrollo. Solo con datos mejores, más exactos y comparables sobre la discapacidad se podrán comprender con precisión las necesidades de atención de la salud de las personas con discapacidad, satisfacerlas y supervisar y evaluar los progresos a ese respecto.

18. Solo una pequeña minoría de países ha realizado reformas legales y políticas sistemáticas que dan respuesta directamente el acceso a los servicios sanitarios. Los países han adoptado diferentes enfoques básicos para garantizar ese acceso por medios legales.

<sup>9</sup> Neuma Chaveiro, Celmo Celeno Porto, Maria Alves Barbosa, “The relation between deaf patients and the doctor”, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol. 75, núm. 1 (enero-febrero de 2009); Michael M. McKee y otros, “Impact of communication on preventive services among deaf American sign language users”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, núm. 1 (julio de 2011); Rachel E. Hommes y otros, “American sign language interpreters’ perceptions of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients”, *Journal of Community Health*, vol. 43, núm. 5 (octubre de 2018).

<sup>10</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *United Nations Flagship Report*.

19. A pesar de que 176 países y la Unión Europea han ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en 2014, el derecho a la salud de las personas con discapacidad solo está garantizado en las constituciones nacionales del 10 % de los Estados Miembros, y solo seis países tienen una ley explícita que garantiza el acceso a la atención de la salud de las personas con discapacidad. Son habituales las leyes y los reglamentos contra la discriminación aplicables a todos, independientemente de que mencionen o no el acceso a la atención de la salud; sin embargo, son generales y no abordan de forma explícita las barreras relacionadas específicamente con la discapacidad. En el mejor de los casos, brindan a la persona con discapacidad la opción de incoar acciones judiciales contra el Estado. Por último, las leyes o planes de política nacionales sobre la discapacidad y las leyes que garantizan el acceso a la asistencia sanitaria para problemas específicos, como las lesiones medulares, o colectivos concretos, como los veteranos de guerra, son frecuentes, pero adoptan distintas formas.

20. El enfoque de rehabilitación basada en la comunidad, que tiene por objeto mejorar la inclusión social de las personas con discapacidad y sus familias al tiempo que se invierte el círculo vicioso de la pobreza y la discapacidad, fue una iniciativa creada por la Organización Mundial de la Salud en el decenio de 1980. Actualmente se están llevando a cabo iniciativas de rehabilitación basadas en la comunidad en más de 90 países de todo el mundo, la mayoría de ellas en países en desarrollo. Se elaboraron directrices al respecto y una matriz para crear un marco común, así como estrategias prácticas de ejecución de los programas<sup>11</sup>. Un componente clave del marco común es la salud, ya que la rehabilitación basada en la comunidad puede ser una forma de prestar servicios de salud a las personas con discapacidad. En los últimos años, conceptos más amplios como las políticas inclusivas de las personas con discapacidad y el desarrollo inclusivo basado en la comunidad, en que se reconoce que la rehabilitación es un elemento más, también proporcionan medios valiosos para mejorar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud de buena calidad, eficaces y asequibles.

#### IV. El camino a seguir: no dejar a nadie atrás

21. A pesar del creciente número de Estados que han ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de las medidas que han adoptado para aplicar su artículo 25, las personas con discapacidad siguen tropezando con más obstáculos que la población en general para el pleno disfrute de su derecho a la salud y al acceso a la información y los servicios de salud.

22. La falta de acceso a información y servicios de salud de buena calidad, eficaces y asequibles para las personas con discapacidad puede poner en peligro su salud y tener efectos de gran alcance en otras esferas de aplicación de la Convención, como el derecho a participar en todos los aspectos de la vida y la educación y el derecho al trabajo. A fin de que las personas con discapacidad puedan alcanzar el nivel más alto posible de salud, se podrían considerar las siguientes medidas:

a) **Fortalecer la legislación y las políticas nacionales de atención de la salud de conformidad con la Convención.** El proceso de evaluación de las leyes y políticas existentes debería incluir a todos los interesados pertinentes, incluidas las organizaciones de personas con discapacidad, y debería basarse en información sobre las desigualdades en materia de salud e incluir evaluaciones fácticas de las

<sup>11</sup> Las directrices, elaboradas por la OMS, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y el Consorcio Internacional de Discapacidad y Desarrollo, pueden consultarse en <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/es/>.

deficiencias en la prestación de servicios de atención de la salud y de los obstáculos normativos y jurídicos que impiden el acceso a ellos. Para optimizar el acceso a los servicios de atención de la salud, las estrategias nacionales podrían centrarse en proporcionar una protección general más amplia del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, ya sea mediante leyes constitucionales, leyes contra la discriminación u otras leyes nacionales sobre discapacidad, tras lo cual los problemas más concretos relacionados con la accesibilidad podrían resolverse mediante reglamentos y directrices a nivel comunitario;

b) **Alinear los marcos y las orientaciones mundiales sobre salud con la Convención.** El proceso de elaboración de esos instrumentos podría incluir a todos los interesados pertinentes, incluidas las organizaciones de personas con discapacidad, prestando la debida atención a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas con discapacidad.

c) **Empoderar a las personas con discapacidad para que asuman el control de sus propias decisiones en materia de atención de la salud, sobre la base de un consentimiento libre e informado.** Los países deberían garantizar el acceso a la información relacionada con la salud, y su accesibilidad, poniendo a disposición de las personas con discapacidad otros medios de comunicación, entre otras cosas. Los países también podrían difundir información sobre la salud ofreciendo formación a las personas con discapacidad y apoyo entre pares, de modo que las personas con discapacidad estén mejor preparadas para tomar decisiones sobre su propia salud y conozcan los servicios sanitarios a su disposición;

d) **Subsanar las prácticas discriminatorias en los seguros médicos y promover aquellos planes que ofrezcan cobertura para ayuda técnica y servicios de rehabilitación.** Los países deberían tratar la cuestión de los planes de seguros privados y públicos que limitan la disponibilidad de cobertura de las enfermedades preexistentes, ya que esas prácticas discriminatorias afectan de manera desproporcionada a las personas con discapacidad. Además, deberían prohibirse las prácticas discriminatorias por motivos de discapacidad. Los países deberían promover la existencia de planes de seguro de salud que atiendan las necesidades de las personas con discapacidad, en particular en lo que respecta a la ayuda técnica y los servicios de rehabilitación;

e) **Definir y eliminar los obstáculos y barreras que impiden el acceso a los centros de atención de la salud.** En consulta con las personas con discapacidad, los países podrían elaborar directrices nacionales de accesibilidad para los centros de salud. También podrían evaluar la accesibilidad de las instalaciones médicas y utilizar la información recabada de forma colectiva y los comentarios de los usuarios para recopilar información sobre la accesibilidad utilizando un proceso ascendente. También deberían velar por que las personas con discapacidad dispongan de transporte accesible y asequible a los centros de salud;

f) **Mejorar la cobertura sanitaria y su asequibilidad para las personas con discapacidad como parte de los planteamientos universales en lo que respecta a la atención de la salud.** Los países podrían aplicar la cobertura sanitaria universal definiendo medidas nacionales, en consulta con las personas con discapacidad, para reducir la brecha en la utilización de los servicios sanitarios, mejorar la calidad y la gama de los servicios y reducir los costos de la atención médica para las personas con discapacidad de manera progresiva;

g) **Invertir en el personal sanitario y mejorar la prestación de servicios para las personas con discapacidad.** Los países deberían integrar la educación inclusiva para las personas con discapacidad en los planes de estudio y en la formación del personal sanitario. Podrían involucrar a las personas con discapacidad en el diseño y la capacitación, aumentar el número de profesionales de la

rehabilitación y ampliar y mejorar las oportunidades de capacitación del personal sanitario, así como su reconocimiento y retención;

h) **Mejorar la investigación y los datos para supervisar, evaluar y fortalecer los sistemas sanitarios a fin de garantizar la inclusión de las personas con discapacidad y la prestación de servicios de salud para ellas.** Los países podrían seguir estudiando la necesidad de que haya servicios de atención sanitaria de alta calidad, las formas de promover los servicios de salud pública y los programas de prevención de enfermedades, así como los obstáculos que encuentran las personas con discapacidad para acceder a esos servicios. Los países podrían establecer mecanismos de seguimiento y evaluación para dar seguimiento a los resultados de las reformas de los sistemas sanitarios que se ocupen de los obstáculos que impiden el acceso de las personas con discapacidad a esos servicios. Además, se necesitan más estudios para comprender las razones por las que las personas con discapacidad declaran tener una salud más deficiente y su morbilidad y mortalidad son mayores. Los países también podrían invertir para obtener datos desglosados por sexo y discapacidad para comprender mejor las barreras basadas en el género y la discapacidad y establecer mecanismos para superarlas. Deberían asegurarse de que las cuestiones relativas a la discapacidad se integrasen en los instrumentos de recopilación de datos existentes, como las encuestas demográficas y de salud, para permitir el desglose por grado de discapacidad, de modo que, entre otras cosas, pudieran compararse los resultados de las personas con discapacidad y de las personas sin discapacidad;

i) **Aprovechar el potencial de las tecnologías innovadoras.** Los países podrían aprovechar ese potencial como medio para hacer efectivo el derecho a la salud y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. En este contexto, podrían destacarse las iniciativas y asociaciones innovadoras, inclusivas y de múltiples interesados centradas en la investigación, el desarrollo y la facilitación del acceso a las tecnologías de la salud.

23. Las medidas mencionadas podrían recibir un valioso apoyo mediante actividades intersectoriales destinadas a sensibilizar a los responsables de la adopción de decisiones, los profesionales sanitarios y las comunidades acerca de los derechos de las personas con discapacidad a acceder a los servicios de salud y de sus necesidades a ese respecto.

## V. Preguntas sugeridas para el debate

24. A continuación se formulan varias preguntas para debatir en la mesa redonda:

a) ¿Qué factores deben tenerse en cuenta para mejorar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de atención de la salud de buena calidad, no discriminatorios y asequibles?

b) ¿Qué medidas, leyes y políticas son necesarias para que los gobiernos garanticen el respeto del derecho al consentimiento libre e informado, para seguir sensibilizando a los profesionales sanitarios acerca de los servicios e instalaciones de salud que incluyan a las personas con discapacidad y para empoderar a estas personas a fin de que puedan tomar decisiones libres e informadas sobre la atención sanitaria?

c) En vista de las desigualdades existentes en la sociedad, ¿cómo pueden los gobiernos y otras partes interesadas hacer frente a las disparidades en el acceso a las tecnologías de la salud y garantizar el acceso adecuado a la atención sanitaria básica para que todos, incluidas las personas con discapacidad, puedan alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental?

d) ¿Por qué y cómo han ayudado la rehabilitación basada en la comunidad y el desarrollo inclusivo a hacer que las instalaciones y servicios de salud sean más accesibles e inclusivos para las personas con discapacidad?

e) ¿Qué medidas concretas pueden adoptar los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil para mejorar las oportunidades de todas las personas con discapacidad de que se satisfagan sus necesidades de atención sanitaria?

---