|  |
| --- |
| **Artículo 25 - Indicadores ilustrativos sobre el derecho a la salud** |
| **Disfrute del más alto nivel de salud posible sin discriminación por motivos de discapacidad** |
| **Atributos/****Indicadores** | **Igualdad de acceso a servicios generales y específicos dentro de los servicios generales de salud** | **Seguro de salud inclusivo** | **Consentimiento libre e informado** |
| **Estructura** | 25.1 Legislación relativa a la salud[[1]](#endnote-1) que reconoce explícitamente: * igualdad de acceso de las personas con discapacidad[[2]](#endnote-2) a servicios de salud asequibles, accesibles, de calidad y que tengan en cuenta las diferencias culturales, tanto en el ámbito privado como en el público;
* que la denegación de ajustes razonables constituye una discriminación basada en la discapacidad
* respeto de la confidencialidad de las personas con discapacidad[[3]](#endnote-3).

25.2 Leyes y reglamentos que garantizan a las mujeres y niñas con discapacidad el acceso a la atención, información y educación en salud sexual y reproductiva (indicador 5.6.2 de los ODS).25.3 Existencia de una política/plan[[4]](#endnote-4) nacional para asegurar que las personas con discapacidad[[5]](#endnote-5) tengan acceso a servicios de salud de calidad y asequibles,[[6]](#endnote-6) incluido el acceso a la cobertura universal de salud[[7]](#endnote-7)25.4 Adopción de normas nacionales de accesibilidad aplicables a los centros de salud públicos y privados.25.5 La legislación prohíbe a las aseguradoras de salud discriminar a las personas con discapacidad sobre la base de deficiencias o condiciones de salud preexistentes. | 25.6 Legislación que: * Reconoce el derecho al consentimiento libre e informado para el tratamiento médico[[8]](#endnote-8) de cada individuo, independientemente de su estatus legal o condición de libertad;
* Asegura que toda la información de salud y los formularios de consentimiento sean completamente accesibles para todas las personas con discapacidad;
* Prohíbe la discriminación en el ejercicio de este derecho[[9]](#endnote-9);
* Exige a los proveedores del ámbito de la salud que actúen de acuerdo con directivas anticipadas, poderes notariales y otras formas de toma de decisiones apoyadas para las decisiones en materia de atención sanitaria[[10]](#endnote-10)

25.7 Inexistencia de disposiciones en la legislación o en los reglamentos[[11]](#endnote-11) que permitan:* Consentimiento para ser provisto o sustituido por un tercero[[12]](#endnote-12);

- Cualquier tipo de tratamiento involuntario, incluyendo operaciones[[13]](#endnote-13), administración de medicamentos[[14]](#endnote-14), terapias (como TEC), dispositivos mecánicos, cinturones y correas. |
| 25.8 Cursos y formación obligatorios sobre el derecho a la salud de las personas con discapacidad y el consentimiento libre e informado como parte integrante de los programas de formación básica para los profesionales de la salud en las universidades y otras instituciones educativas. |
| **Proceso** | 25.9 Proporción de clínicas y hospitales públicos que cumplen las normas nacionales de accesibilidad, incluyendo la accesibilidad en edificios y entornos[[15]](#endnote-15), el equipo médico y de salud, la información y las comunicaciones.25.10 Proporción de clínicas y hospitales de salud pública que tienen acceso a métodos de comunicación accesibles y alternativos[[16]](#endnote-16)  | 25.11 Número de personas cubiertas por un seguro de salud o un sistema público de salud por cada 1.000 habitantes (indicador 3.8.2 de los ODS), desglosado por edad, sexo y discapacidad.25.12 Proporción de personas con discapacidad que utilizan programas de sanidad apoyados por el gobierno, en comparación con otros, por edad, género y tipo de discapacidad. 25.13 Desembolsos medios de atención sanitaria de las personas con discapacidad en comparación con otras personas, por tipo de deficiencia. | 25.14 Protocolo adoptado sobre el derecho al consentimiento libre e informado para el tratamiento y el derecho a rechazar el tratamiento que hace referencia explícita a las personas con discapacidad[[17]](#endnote-17)  |
| 25.15 Cobertura de los servicios esenciales de salud[[18]](#endnote-18) desagregados por edad, sexo y discapacidad (indicador 3.8.1 de los ODS)[[19]](#endnote-19)25.16 Procesos de consulta emprendidos para asegurar la participación activa de las personas con discapacidad, incluso a través de sus organizaciones representativas, en el diseño, la implementación y la monitorización de leyes, reglamentos, políticas y programas, en relación con la salud, incluyendo la salud sexual, reproductiva y mental. [[20]](#endnote-20) 25.17 Proporción del personal que trabaja en los sectores público y privado de la salud y en la prestación de programas y servicios de salud, con formación en derecho a la salud de las personas con discapacidad y en el consentimiento libre e informado.25.18 Campañas y actividades de toma de conciencia sobre los programas y servicios de salud para las personas con discapacidad[[21]](#endnote-21)  |
| 25.19 Número de reclamaciones recibidas relacionadas con el acceso y la prestación de los servicios sanitarios y seguros médicos en las que se alega discriminación por discapacidad[[22]](#endnote-22) y/o relacionadas con personas con discapacidad, que se hayan investigado y resuelto a favor del denunciante, desglosadas por tipo de mecanismo, y proporción de las mismas cumplidas por el gobierno o el responsable (por ejemplo, el proveedor de servicios de salud).  |
| **Resultado** | 25.20 Tasa de mortalidad materna (indicador 3.1.1 de los ODS) desagregada por edad y discapacidad de la persona. 25.21 Proporción de mujeres y niñas en edad reproductiva que satisfacen sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos (indicador 3.7.1 de los ODS), desglosados por edad y discapacidad.25.22 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 personas no infectadas, por sexo, edad y población clave (indicador 3.3.1 de los ODS) y discapacidad.25.23 Incidencia de tuberculosis, malaria y hepatitis B por cada 1.000 habitantes (indicadores 3.3.2, 3.3.3 y 3.3.4 de los ODS) entre la población de personas con discapacidad en comparación con los demás.25.24 Tasas de inscripción de nacimientos y defunciones de personas con discapacidad en comparación con otras personas. 25.25 Prevalencia de la subalimentación (indicador ODS 2.1.1) desglosada por edad, sexo y discapacidad.25.26 Prevalencia de la malnutrición entre los niños menores de 5 años, desglosada por tipo (emaciación ysobrepeso) (indicador ODS 2.2.2), y por edad, sexo y discapacidad.25.27 Proporción de partos asistidos por personal sanitario cualificado (indicador ODS 3.1.2) desglosada por edad y discapacidad de la persona que da a luz. | 25.28 Proporción de mujeres y niñas que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la salud reproductiva (basado en el indicador 5.6.1 de los ODS) por edad y discapacidad. |

**ANEXO**

1. Incluida la salud sexual y reproductiva, etc. [↑](#endnote-ref-1)
2. Incluidas las personas que viven con el VIH/SIDA. [↑](#endnote-ref-2)
3. Incluidas las mujeres, los niños y los adultos mayores. [↑](#endnote-ref-3)
4. Políticas/planes de acción nacionales de carácter general o específico para la discapacidad diseñadas en estrecha colaboración con las organizaciones de personas con discapacidad y contienen:

	* Líneas claras de responsabilidad, objetivos y calendario para la implementación;
	* Mecanismos de cooperación interministerial
	* Presupuesto asignado;
	* Mecanismo de control y aplicabilidad
	* Criterios que requieren accesibilidad física e informativa [↑](#endnote-ref-4)
5. En particular, mujeres, niños y personas mayores. [↑](#endnote-ref-5)
6. Esto incluye:

	* integrar los programas y servicios de salud y prevención, en pie de igualdad con los demás;
	* servicios específicos dentro de los servicios generales de salud, incluyendo: identificación e intervención temprana según corresponda (incluyendo la detección de discapacidades en la infancia y la planificación para la prestación de servicios específicos como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, comunicación en lenguaje de señas, estimulación en la infancia, etc., y la provisión de ayudas de asistencia y dispositivos de movilidad);
	* servicios que aborden la minimización y prevención de nuevas deficiencias;
	* abarcar todos los ámbitos de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, el VIH/SIDA, la salud de los adolescentes y las personas mayores, etc.;
	* defender explícitamente la no discriminación por motivos de discapacidad;
	* reconocer el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás;
	* los servicios de salud mental deben prestarse sobre la base del modelo psicosocial y no del modelo médico, como un servicio general disponible para todos los individuos, incluidas las personas con cualquier tipo de discapacidad, y como un servicio específico para las personas con discapacidad psicosocial. Estos servicios deben basarse en el consentimiento libre e informado de la persona interesada y deben incluir apoyo en caso de crisis, psicoterapia y asesoramiento (incluido el asesoramiento sobre traumas), una amplia gama de alternativas a los servicios convencionales, incluido el apoyo entre iguales (que puede variar según la práctica cultural), etc. [↑](#endnote-ref-6)
7. La aplicación de la cobertura universal de salud -desde paquetes de servicios esenciales de salud hasta reformas de la financiación de la salud- debería incluir toda la gama de servicios de sanidad que puedan necesitar las personas con discapacidad, incluidas la habilitación y rehabilitación relacionadas con la salud, los dispositivos de asistencia y las tecnologías. [↑](#endnote-ref-7)
8. Incluido el derecho a rechazar el tratamiento. [↑](#endnote-ref-8)
9. Incluyendo la denegación de ajustes razonables. [↑](#endnote-ref-9)
10. Esto incluye que los proveedores de atención sanitaria se dirijan directamente a las personas con discapacidad para hablar de su atención y buscar el consentimiento libre e informado, respetando al mismo tiempo la participación de las personas escogidas que les brinden apoyo. [↑](#endnote-ref-10)
11. Esto incluye salud, salud mental, familia, derecho civil y penal. [↑](#endnote-ref-11)
12. Un tercero incluye cualquier miembro de la familia, tutor, trabajador o profesional del ámbito social o sanitario. [↑](#endnote-ref-12)
13. Por ejemplo, esterilización, aborto, etc. [↑](#endnote-ref-13)
14. Por ejemplo, anticonceptivos, neurolépticos, medicamentos que atenúan el crecimiento... [↑](#endnote-ref-14)
15. Instalaciones de consulta, tratamiento y operación, aseos, zonas de espera. [↑](#endnote-ref-15)
16. Por ejemplo, intérpretes de lenguaje de señas y material para pacientes en Braille. Sin embargo, los métodos de comunicación no deben limitarse a esto. [↑](#endnote-ref-16)
17. El protocolo debería:

	* prohibir el tratamiento no consentido y el consentimiento proporcionado por un tercero;
	* reconocer y garantizar la prestación de un apoyo que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias del individuo;
	* reconocer y poner a disposición métodos de comunicación accesibles y alternativos;
	* reconocer en todo momento las directivas de salud anticipadas/instrumentos de planificación sujetos al ejercicio de la capacidad jurídica de la persona. [↑](#endnote-ref-17)
18. Se define como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos. [↑](#endnote-ref-18)
19. Véanse metadatos sobre el indicador ODS, que expone que "el desglose: La equidad es clave para la definición de la CSU, y por lo tanto el índice de cobertura de servicios de CSU debe utilizarse para comunicar información sobre desigualdades en la cobertura de servicios dentro de los países. Esto se puede llevar cabo presentando el índice desglosado entre población nacional y poblaciones desfavorecidas para resaltar las diferencias entre ellas". [↑](#endnote-ref-19)
20. Este indicador requiere la verificación de las actividades concretas emprendidas por las autoridades públicas para involucrar a las personas con discapacidad en los procesos de toma de decisiones relacionados con cuestiones que les afectan directa o indirectamente, de conformidad con el artículo 4.3 de la CDPD, incluidas reuniones de consulta, sesiones informativas técnicas, encuestas de consulta en línea, solicitud de comentarios sobre proyectos de ley y políticas, entre otros métodos participativos. A este respecto, los Estados deben

garantizar la transparencia de los procesos de consulta

garantizar el suministro de información adecuada y accesible

no ocultar información, condicionar o impedir que las organizaciones de personas con discapacidad expresen libremente sus opiniones.

incluir tanto a las organizaciones registradas como a las no registradas.

garantizar una participación temprana y continua.

cubrir los gastos relacionados con los participantes (por ejemplo, transporte y otros gastos para asistir a reuniones y sesiones informativas técnicas). [↑](#endnote-ref-20)
21. En particular, mujeres, niños y los adultos mayores con discapacidad. [↑](#endnote-ref-21)
22. Incluido el tratamiento no consentido (y abarcando también el tratamiento consentido por un tercero) [↑](#endnote-ref-22)