|  |
| --- |
| **Artículo 25 - Indicadores 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 dentro de los servicios generales de salud** | **Seguro de salud inclusivo** | **Consentimiento libre e informado** |
| **Estructura** | 25.1 Legislación relativa a la salud que reconoce explícitamente: * igualdad de acceso de las personas con discapacidad[[1]](#endnote-1) 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, incluidas las mujeres, los niños y las personas de edad.

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), incluidas las mujeres y niñas con discapacidad.25.3 Existencia de una política/plan nacional para asegurar que las personas con discapacidad, en particular las mujeres, los niños y las personas de edad, tengan acceso a servicios de salud de calidad y asequibles,[[2]](#endnote-2) incluido el acceso a la cobertura universal de salud[[3]](#endnote-3) y el acceso a cuidados de emergencia (*Ibid*. 10.4).25.4 Adopción de estándares 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 de cada individuo, independientemente de su capacidad jurídica o condición de libertad, incluso en situaciones de angustia mental;
* Prohíbe la discriminación en el ejercicio del consentimiento libre e informado, incluyendo la denegación de ajustes razonables;
* Asegura que toda la información de salud y los formularios de consentimiento sean completamente accesibles y culturalmente apropiados;
* 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[[4]](#endnote-4)

25.7 Ninguna disposición en la legislación o en los reglamentos[[5]](#endnote-5) que permita:* Que el consentimiento lo otorgue un tercero[[6]](#endnote-6);

- Cualquier tipo de tratamiento involuntario, incluyendo cualquier forma de cirugía[[7]](#endnote-7), administración de cualquier tipo de medicamentos[[8]](#endnote-8), terapias (como TEC), dispositivos mecánicos, cinturones y correas. |
| 25.8 Los cursos y capacitaciones obligatorios sobre el derecho a la salud de las personas con discapacidad, el consentimiento libre e informado y los determinantes sociales subyacentes que afectan a la salud, incluida la salud mental, constituyen una parte esencial del currículo para los estudiantes de programas y médicos y de salud en universidades y otras instituciones educativas. |
| **Proceso** | 25.9 Proporción de clínicas, hospitales y otras instalaciones que ofrezcan servicios de salud que cumplan los estándares nacionales de accesibilidad, incluyendo la accesibilidad en edificios y entornos[[9]](#endnote-9), el equipo médico y de salud, la información y las comunicaciones.25.10 Proporción de clínicas y hospitales de salud pública que ofrecen métodos de comunicación accesibles y alternativos[[10]](#endnote-10) 25.11 Proporción del presupuesto destinado a la salud mental que se asigna a los servicios y el apoyo basados en la comunidad (en contraposición al presupuesto asignado a los hospitales y camas psiquiátricos) | 25.12 Proporción de la población con grandes gastos del hogar en salud como parte del gasto o ingreso total del hogar (indicador 3.8.2 de los ODS), desglosado por edad, sexo y discapacidad.25.13 Proporción de personas con discapacidad del total de la población que utiliza programas de asistencia médica financiados por el gobierno, por edad, género y tipo de discapacidad. 25.14 Costo promedio de atención sanitaria de las personas con discapacidad en comparación con otras personas, por sexo, edad y discapacidad. | 25.15 Protocolo adoptado sobre el derecho al consentimiento libre e informado para recibir tratamiento y el derecho a rechazar dicho tratamiento que se aplica a todos los servicios de atención sanitaria, como por ejemplo los servicios de salud mental, incluso en situaciones de angustia mental[[11]](#endnote-11).  |
| 25.16 Cobertura de los servicios esenciales de salud[[12]](#endnote-12) desglosados por edad, sexo y discapacidad (indicador 3.8.1 de los ODS)[[13]](#endnote-13).25.17 Procesos de consulta llevados a cabo para asegurar la participación activa de las personas con discapacidad, incluyendo a las organizaciones que las representan, en el diseño, la implementación y el monitoreo de leyes, reglamentos, políticas y programas, en relación con la salud, incluyendo la salud sexual, reproductiva y mental. [[14]](#endnote-14) 25.18 Proporción del personal, en particular, los profesionales de la atención sanitaria, que trabajen en los sectores público y privado de la salud y en la prestación de programas y servicios de salud, con capacitación sobre el derecho a la salud de las personas con discapacidad y en el consentimiento libre e informado.25.19 Campañas y actividades de concienciación dirigidas a personas con discapacidad y a sus familias sobre los programas, servicios e información sanitaria para las personas con discapacidad, particularmente para mujeres, niños y personas de edad, que abarque el consentimiento libre e informado, el bienestar y la salud mental, la salud sexual y reproductiva, y los beneficios de la actividad física, entre otros.  |
| 25.20 Proporción de denuncias recibidas relativas al acceso y la prestación de los servicios sanitarios y seguros médicos en las que se alegue discriminación por discapacidad y/o que involucren personas con discapacidad, que han sido investigadas y resueltas; proporción de las mismas resueltas a favor del denunciante, y proporción de estas últimas cumplidas por el gobierno o el responsable (por ejemplo, el proveedor de servicios de salud privada); todas ellas desglosadas por tipo de mecanismo. |
| **Resultado** | 25.21 Tasa de mortalidad materna (indicador 3.1.1 de los ODS) desglosada por edad y discapacidad de la persona.25.22 Proporción de mujeres y niñas en edad reproductiva que ven sus necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos (indicador 3.7.1 de los ODS), desglosadas por edad y discapacidad.25.23 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.25.24 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.25.25 Probabilidad de morir (por 1000) entre los 15 y los 60 años de edad, desglosada por sexo (indicador de la OMS), discapacidad y origen indígena o minoritario. 25.26 Prevalencia de desnutrición (indicador ODS 2.1.1) desglosada por edad, sexo y discapacidad.25.27 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.25.28 Proporción de partos asistidos por personal sanitario cualificado (indicador ODS 3.1.2) desglosado por edad y discapacidad de la persona que da a luz. | 25.29 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.25.30 Tasa anual de hospitalización involuntaria por cada 100.000 personas en la población general. |

**ANEXO**

**\*** Véase el informe sobre el derecho a la salud de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, [A/73/161](https://undocs.org/es/A/73/161)

1. Incluidas las personas que viven con el VIH/SIDA. [↑](#endnote-ref-1)
2. Esto incluye:

	* la no discriminación por razón de discapacidad;
	* reconocer el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad en pie de igualdad con los demás;
	* integrar servicios y programas de salud y prevención en igualdad de condiciones con los demás;
	* servicios específicos dentro de los servicios generales de salud, incluyendo: identificación e intervención temprana según corresponda (incluyendo la detección de discapacidad 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 dispositivos y tecnologías de apoyo para la movilidad, visión, audición, comunicación y auto cuidado);
	* servicios que aborden la minimización y prevención de nuevas deficiencias;
	* abarcar todos los ámbitos de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA, la salud de los adolescentes y las personas de edad y servicios de salud mental. Los servicios de salud mental deben prestarse como un servicio general disponible para todas las personas, 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 una amplia gama de alternativas a los servicios convencionales, incluyendo apoyo entre pares, apoyo en caso de crisis, psicoterapia y asesoramiento (incluido el asesoramiento sobre traumas), etc. [↑](#endnote-ref-2)
3. La implementación 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-3)
4. Los proveedores de atención sanitaria deben dirigirse directamente a las personas con discapacidad al hablar de su atención sanitaria y buscar el consentimiento libre e informado, respetando al mismo tiempo la participación de las personas escogidas como apoyos. Las directivas anticipadas y los poderes se aceptarán como medidas de apoyo con sujeción al derecho de la persona a revocarlos en cualquier momento como ejercicio de su capacidad jurídica. Cuando, a pesar de importantes esfuerzos, se demuestre que no es factible obtener la voluntad de una persona, se establecerán protocolos para determinar la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la persona sobre la base de pruebas (incluida "tener en cuenta las preferencias, los valores, las actitudes, los argumentos y los hechos anteriores, incluidas las formas de comunicación verbales o no verbales, de la persona concernida", [A/HRC/37/56](https://undocs.org/es/A/HRC/37/56), párr. 31), y con sujeción a su corrección mediante posteriores expresiones de voluntad o toma de decisiones por parte de la persona (obtenidas o no mediante medidas de apoyo). [↑](#endnote-ref-4)
5. Esto incluye salud, salud mental, familia, derecho civil y penal. [↑](#endnote-ref-5)
6. Un tercero puede ser cualquier miembro de la familia, tutor, trabajador o profesional del ámbito social o sanitario. [↑](#endnote-ref-6)
7. Por ejemplo, esterilización, aborto, etc. [↑](#endnote-ref-7)
8. Por ejemplo, anticonceptivos, neurolépticos, medicamentos que atenúan el crecimiento o alterar el estado mental, etc. [↑](#endnote-ref-8)
9. Habitaciones para consulta, tratamiento y operación, aseos, zonas de espera. [↑](#endnote-ref-9)
10. Entre otros, información para pacientes en lenguajes accesibles, como lenguaje de señas o idiomas indígenas/minoritarios, Braille, etc. e interpretación en lenguaje de señas o idiomas indígenas/minoritarios. [↑](#endnote-ref-10)
11. El protocolo debería:

	* incluir explícitamente a las personas con discapacidad;
	* 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 en cualquier momento.
	* garantizar que cuando no haya sido posible obtener la expresión de la voluntad de la persona, a pesar de esfuerzos significativos, la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias determinará el curso de la acción y no la norma del "mejor interés" (véase la [Observación General nº 1](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en) del Comité de la CDPD sobre el artículo 12, reconocimiento igualitario ante la ley). [↑](#endnote-ref-11)
12. Esto se define como la cobertura promedio de servicios esenciales basados ​​en intervenciones de seguimiento que incluyen salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y capacidad y acceso a servicios, entre la población general y más desfavorecida. [↑](#endnote-ref-12)
13. Véanse metadatos sobre el indicador ODS, donde, bajo desglose, expone que: "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-13)
14. 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 y [la Observación general N.º 7](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/7&Lang=en) del Comité, 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 y accesibilidad 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 de los participantes. [↑](#endnote-ref-14)