

## Artículo 25. Convención CDPD



**Salud**



## Artículo 25

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;

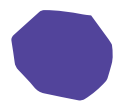
- d. Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía 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 éstos 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.

## **Artículos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad con los que se relaciona**

- Artículo 2. No discriminación por motivo de discapacidad
- Artículo 3. Principios Generales
- Artículo 5. Igualdad y No Discriminación
- Artículo 6. Mujeres con discapacidad
- Artículo 7. Niños y niñas con discapacidad
- Artículo 9. Accesibilidad
- Artículo 12. Igual reconocimiento como persona ante la ley
- Artículo 17. Respeto a la integridad física y mental
- Artículo 23. Respeto del hogar y de la familia
- Artículo 26. Habilitación y rehabilitación
- Artículo 28. Nivel adecuado de vida y protección social

## **Normas complementarias de Derechos Humanos**

- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- Convención sobre los Derechos del Niño



## Derecho al nivel más alto de salud sin discriminación

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha expresado que toda persona tiene:

Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. En este sentido, el derecho a la salud se refiere al derecho de toda persona a gozar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#), párr. 100).

El derecho a la salud se encuentra reconocido en diversos instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos; abarca tanto libertades como derechos, entre los que se encuentran:

El derecho a la no discriminación, el derecho a tomar decisiones que afecten a la salud y la integridad corporal propias, el derecho al consentimiento libre e informado, el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuales y el derecho a no ser sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#), párr. 119).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido que el consentimiento informado es un elemento fundamental del derecho a la salud, que consiste en:

Una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo. Esta regla no solo consiste en un acto de aceptación, sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber que sea previo, libre, pleno e informado. En este sentido, los prestadores de salud deberán informar al paciente, al menos, sobre: i) la evaluación del diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados



del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#), párr. 120).

## Obligación de respetar

Los Estados deben abstenerse de interferir, ya sea directa o indirectamente, en la salud de las personas, y deben adoptar medidas para impedir que terceras personas interfieran en ella. Asimismo, deben adoptarse medidas positivas para permitir que personas y comunidades disfruten de este derecho ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 10).

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha recalcado que los Estados tienen la obligación de impedir que el consentimiento en la adopción de decisiones sea otorgado por personas que sustituyan a las personas con discapacidad. En su lugar, deben fomentarse sistemas de apoyo a la toma de decisiones. El personal médico y sanitario debe velar por que las personas que presten este apoyo respeten la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad, no las sustituyan en sus decisiones y no tengan una influencia indebida sobre ellas. Y en el caso de que, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible obtener el consentimiento libre e informado de una persona o determinar su voluntad y preferencias, ni siquiera mediante la prestación de apoyos, asistencia y ajustes, debe aplicarse como último recurso la norma de “mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias” ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 15).

La Corte IDH ha explicado que la exigencia del consentimiento informado respecto a la atención brindada a personas con discapacidad, es una obligación de carácter inmediato, señalando que:

La violación del derecho al consentimiento informado implica no solo una violación del derecho a la salud, sino también al derecho a la libertad personal, el derecho a la dignidad y la vida privada, y el derecho al acceso a la información (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de marzo de 2021. Serie C No. 423](#), párr. 110).

De igual forma, dicha Corte ha destacado que el consentimiento, al ser una acto personal, debe ser brindado por la persona quien se somete al procedimiento, y ha enfatizado que la discapacidad real o percibida no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, por lo que debe presumirse que las personas con discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal sanitario y las autoridades (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#)).

## Obligación de proteger

El artículo 25 reafirma el derecho de todas las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación alguna. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad exige eliminar las estructuras, barreras y prácticas sociales que limitan o impidan el disfrute pleno y en condiciones de igualdad del más alto nivel posible de salud por parte de las personas con discapacidad ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 12).

La Relatora Especial sobre Discapacidad de Naciones Unidas ha señalado tres desafíos principales relacionados con el disfrute del derecho a la salud de las personas con discapacidad:

- A. Desigualdades en materia de salud y atención sanitaria;
- B. Obstáculos para acceder a servicios de salud; y
- c. Violaciones específicas de los derechos humanos en entornos sanitarios.

([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 21).

Los Estados tienen la obligación de proteger a las personas con discapacidad de las violaciones de su derecho a la salud que puedan cometerse en su propio territorio o en la jurisdicción de terceros. En la Convención se solicita específicamente que se adopten todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad (art. 4.1 e)) y que se aseguren de que las entidades privadas que proporcionen instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de la accesibilidad (art. 9.2 b)).

Los Estados deben prevenir, abordar y reparar los abusos cometidos por agentes no estatales en el sector privado [...] ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 19).

Los Estados deben derogar inmediatamente toda legislación discriminatoria que permita hospitalizar y tratar a personas con discapacidad sin su consentimiento, libre e informado, o cuando lo decida una tercera persona, como personas curadoras, familiares y profesionales de la salud. En su lugar, los Estados deben velar por que las personas con discapacidad puedan tener acceso a la planificación anticipada y otras formas de apoyo para la toma de decisiones. En específico, el Relator refiere:

La legislación debe proporcionar medios de defensa eficaces para las personas con discapacidad cuyo derecho a la salud haya sido violado, como compensaciones y reparaciones adecuadas, eficaces y oportunas por el daño sufrido, así como sanciones judiciales y administrativas contra los autores ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 50).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que:

Los Estados son responsables de regular [...] con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud. Deben, inter alia, crear mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones, [...] presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes ([Caso Vera Rojas y otros vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021](#), párr. 90).



El mismo Tribunal ha recordado que la integridad personal y la vida se hallan directa e inmediatamente vinculadas con la atención a la salud, por lo que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de los artículos 4, 5 y 26 de la Convención. En este contexto, los Estados:

Tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la seguridad social, y a los derechos de los niños y niñas, los cuales son particularmente vulnerables cuando se encuentran bajo un tratamiento que requiere cuidados paliativos y de rehabilitación ante la presencia de una enfermedad progresiva que conlleva una discapacidad para quien la padece. En consecuencia, los Estados tienen el deber de garantizar su prestación, al igual que la de regular y fiscalizar la actividad de las empresas privadas de servicios de salud, incluidos los servicios de las aseguradoras, en tanto su actuación se encuentra en la esfera de un servicio de naturaleza pública, por lo que actúa a nombre del Estado ([Caso Vera Rojas y otros vs. Chile. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021](#), párr. 124).

Asimismo, el Tribunal recordó que el derecho a la salud se encuentra estrechamente relacionado con el derecho a la seguridad social. Por ende, se destacó que:

Los Estados se encuentran obligados a organizar su sistema de salud de forma tal que permita a las personas acceder a servicios de salud adecuados, los cuales además deben incluir el acceso a medidas preventivas y curativas, y el apoyo suficiente a las personas con discapacidad. Por esta razón, la Corte considera que las deficiencias normativas de la Circular No. 7 produjeron una afectación del derecho a la seguridad social, en tanto permitieron que la decisión de la Isapre estableciera una limitación arbitraria y discriminatoria del acceso a Martina a los servicios de salud necesarios para atención de su enfermedad, y que se encontraban previstos en el sistema de atención a la salud chileno. Lo anterior ocurrió como resultado del incumplimiento del Estado de regular adecuadamente la prestación de servicios por parte de la aseguradora, lo que tuvo como resultado que el Estado incumpliera su deber de prevenir que los actos de terceros pusieran en riesgo la posibilidad de que Martina gozara plenamente del RHD, el cual estaba incluido en el CAEC, y por consiguiente constituía una de las prestaciones de salud que ofrece el sistema de seguridad social ([Caso Vera Rojas y otros vs. Chile](#), párr. 133).

En relación a las obligaciones del Estado con respecto a las personas con discapacidad mental, la Corte Interamericana ha destacado la posición especial de garante que debe asumir con respecto a personas que se encuentran

bajo su custodia o cuidado, para lo cual se deben proveer las condiciones necesarias para el desarrollo de una vida digna (Corte IDH, [Caso Ximenes Lopes vs. Brasil](#), párr. 138).

El Tribunal explicó que además ello se aplica de forma especial a las personas que se encuentran recibiendo atención médica, dado que la finalidad última de la prestación de servicios de salud es justamente la mejoría de la condición de salud física o mental del paciente, lo cual incrementa significativamente las obligaciones del Estado, y le exige la adopción de las medidas disponibles y necesarias para impedir el deterioro de la condición del paciente y optimizar su salud (Corte IDH. [Caso Ximenes Lopes vs. Brasil](#), párr. 139).

## Investigación, justicia y sanción

Los Estados deben establecer mecanismos de cumplimiento de la ley, recursos judiciales u otros que resulten efectivos, para asegurarse que se cumpla el derecho a la salud de las personas con discapacidad:

Toda persona o grupo de personas con discapacidad que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados. Estos recursos deberían incluir reparaciones apropiadas, que podrán tomar la forma de restitución, indemnización, satisfacción y garantías de no repetición, según sea el caso. Se debería dar mandato a las instituciones nacionales de derechos humanos y los mecanismos independientes de promoción, protección y supervisión de la aplicación de la Convención para que realicen indagaciones e investigaciones (art. 33 2)) y presten asistencia a las personas con discapacidad para acceder a vías de recurso. Los organismos de protección del consumidor deben realizar indagaciones e investigaciones sobre la discriminación de personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 64).

## Obligación de garantizar

El derecho a un consentimiento libre e informado se requiere para cualquier tratamiento o experimento médicos, e incluye el derecho a rechazar



un tratamiento, ampliamente reconocido en el derecho internacional de los derechos humanos. La Relatora de Naciones Unidas sobre Discapacidad ha explicado que:

A pesar de ser un elemento esencial del derecho a la salud y el derecho a no ser sometido a torturas ni a malos tratos, a menudo se niega este derecho a las personas con discapacidad. Por ejemplo, en los artículos 6 y 7 del Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa, aprobado en 1997, se contemplan excepciones al derecho de las personas con discapacidad a no ser sometidas a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Del mismo modo, algunos órganos creados en virtud de tratados y procedimientos especiales de las Naciones Unidas han justificado el uso de la coacción contra las personas con discapacidad en la atención sanitaria, por ejemplo, el tratamiento y la hospitalización forzosos, el aislamiento, el uso de medidas de contención y la esterilización forzada, basándose en las nociones de “necesidad médica” y “peligrosidad” (véanse, por ejemplo, CCPR/C/GC/35 y A/HRC/22/53). Estas normas y jurisprudencia son contrarias a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que prohíbe cualquier forma de coacción sobre la base de una deficiencia real o subjetiva, aunque se utilicen factores o criterios adicionales para justificar la coacción ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 14).

La CDPD exige que las personas con discapacidad gocen de atención de la salud de la misma calidad que las demás personas, sobre la base de un consentimiento libre e informado. La denegación del consentimiento libre e informado es una violación extendida del derecho a la salud de las personas con discapacidad.

Los procesos estándar de consentimiento informado se basan generalmente en formularios escritos, que son inaccesibles para las personas ciegas y aquellas que necesitan interpretación o apoyo a la comunicación. La mayoría de las legislaciones nacionales, en particular las leyes sobre salud mental, disponen la hospitalización y el tratamiento forzosos de personas con discapacidad sobre la base de su deficiencia real o subjetiva, por sí misma o en conjunción con otros factores, como la “necesidad médica” y la “peligrosidad”. En muchos países, se permite a los curadores y los cuidadores dar su consentimiento a un tratamiento, incluidos los procedimientos experimentales, en nombre de una persona con discapacidad. También se recurre más al tratamiento ambulatorio forzoso, por el cual no solo aumentan las intervenciones forzosas, sino que además se permiten otras formas de abuso, como los toques de queda y las prohibiciones ilegales ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 39).

La Corte señaló que la necesidad de protección de la salud, como parte de la obligación del Estado de garantizar los derechos a la integridad personal y a la vida, se incrementa con respecto a una persona con enfermedades o condiciones graves o crónicas, cuando su salud se pueda deteriorar de manera progresiva.

Bajo el principio de no discriminación (artículo 1.1 de la Convención), esta obligación adquiere particular relevancia respecto de las personas privadas de libertad. Esta obligación puede verse condicionada, acentuada o especificada según el tipo de enfermedad, particularmente si ésta tiene carácter terminal o, aún si no lo tiene per se, si puede complicarse o agravarse ya sea por las circunstancias propias de la persona, por las condiciones de detención o por las capacidades reales de atención en salud del establecimiento carcelario o de las autoridades encargadas. Esta obligación recae en las autoridades penitenciarias y, eventual e indirectamente, en las autoridades judiciales que, de oficio o a solicitud del interesado, deban ejercer un control judicial de las garantías para las personas privadas de libertad (Corte IDH, [Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala](#), párr. 188).

La Corte dejó en claro la especificidad que requiere la intersección de condiciones, como la discapacidad mental o psicosocial, explicando que:

Los cuidados de que son titulares todas las personas que se encuentran recibiendo atención médica, alcanzan su máxima exigencia cuando se refieren a pacientes con discapacidad mental, dada su particular vulnerabilidad cuando se encuentran en instituciones psiquiátricas ([Corte IDH, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil](#), párr. 140).

Los Estados deben elaborar y adoptar un marco legislativo y regulatorio del derecho a la salud de las personas con discapacidad, para lo cual:

Se deberían revisar las leyes que protegen la salud de la población a la luz del marco internacional del derecho a la salud y del enfoque de la discapacidad basado en los derechos, en los que se dispone que los bienes, servicios e instalaciones de atención sanitaria deben estar disponibles, ser accesibles, asequibles y aceptables para las personas con discapacidad y ser de buena calidad. Se deberían modificar las disposiciones que excluyan o restrinjan el acceso de las personas con discapacidad a servicios de atención sanitaria, entre otros, los servicios de salud sexual y reproductiva, a fin de favorecer un acceso universal y equitativo ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 49).

Los derechos incluyen el derecho a acceder a una atención primaria básica y a medicamentos esenciales. El derecho a la salud engloba también los principales factores determinantes de la salud, como:



El acceso al agua limpia potable, a condiciones sanitarias adecuadas, a alimentos sanos, a una nutrición y una vivienda adecuadas, a condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 9).

Las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que las demás personas; entre otras, la promoción de la salud, la atención preventiva, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 4).

En dicho contexto, los Estados deberán garantizar que servicios y programas de salud incluyan perspectiva de discapacidad y enfoque de derechos humanos, no sean discriminatorios, soliciten el consentimiento informado antes de iniciar un tratamiento médico, respeten la privacidad de las personas y no las sometan a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 74). La Corte IDH ha expresado que los Estados tienen la obligación internacional de:

Asegurar la obtención del consentimiento informado antes de la realización de cualquier acto médico, ya que éste se fundamenta principalmente en la autonomía y la auto-determinación del individuo, como parte del respeto y garantía de la dignidad de todo ser humano, así como en su derecho a la libertad (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#), párr. 119).

Asimismo, los Estados deben garantizar la accesibilidad universal de los servicios y programas de salud.

Todos los servicios e instalaciones de atención sanitaria deben tener en cuenta todos los aspectos de la accesibilidad para las personas con discapacidad, incluida la accesibilidad de la infraestructura, el equipo y la información y las comunicaciones. Se debe garantizar también un transporte accesible, ya que de otra forma las personas con discapacidad no pueden acudir a los servicios o centros de salud ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 56).

La planificación sanitaria y presupuestaria gubernamental debe incluir, en todas las partidas presupuestarias, los servicios de salud que necesitan las personas con discapacidad, así como sus necesidades específicas. Los sis-

temas de protección social también deben ayudar a reducir los costos adicionales que deben asumir las personas con discapacidad, para acceder a la asistencia sanitaria y a facilitar servicios de apoyo a quienes los necesiten ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 65).

Por otro lado, en atención al principio de progresividad, los Estados no deben adoptar medidas regresivas que afecten el derecho a la salud de las personas con discapacidad y deben abstenerse de financiar prácticas contrarias a la CDPD (como, por ejemplo, el internamiento o las intervenciones sanitarias coercitivas) ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 66).

Los Estados deben consultar activamente a las personas con discapacidad y a las organizaciones que las representan en los procesos de toma de decisiones, relacionados con la aplicación de legislación, programas y políticas en materia de salud y asistencia sanitaria. Asimismo, debe recopilarse información adecuada sobre el estado de salud y el acceso a la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad, incluidos datos estadísticos y de investigaciones desglosados por sexo, edad y discapacidad ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 74).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos considera que la naturaleza y el alcance de las obligaciones que derivan de la protección del derecho a la salud incluyen aspectos que tienen una exigibilidad inmediata, así como aspectos que tienen un carácter progresivo. Al respecto, la Corte recuerda que:

En relación con las primeras [obligaciones de exigibilidad inmediata], los Estados deberán adoptar medidas eficaces a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud, garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, y en general avanzar hacia la plena efectividad de los desca. Respecto a las segundas [obligaciones de carácter progresivo], la realización progresiva significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de dicho derecho, en la medida de sus recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados. Asimismo, se impone la obligación de no regresividad frente a la realización de los derechos alcanzados. En virtud de lo anterior, las obliga-



ciones convencionales de respeto y garantía, así como de adopción de medidas de derecho interno (artículos 1.1 y 2), resultan fundamentales para alcanzar su efectividad (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#), párr. 106).

El tribunal ha resaltado que los Estados deben proporcionar los servicios de salud necesarios para prevenir posibles discapacidades, así como prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#), párr. 143).

Adicionalmente, la CDPD establece, dentro de las obligaciones incluidas en el derecho a la salud, que los Estados:

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 (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#), párr. 144).

El derecho a la salud y a la vida de las personas privadas de libertad implica la obligación del Estado de garantizar su salud física y mental, específicamente mediante la provisión de una revisión médica regular y, cuando así se requiera, de un tratamiento médico adecuado, oportuno y, en su caso, especializado y acorde a las especiales necesidades de atención que requieran las personas detenidas en cuestión (Corte IDH, [Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala](#), párr. 171).

De conformidad a los estándares del derecho internacional, los Estados tienen la obligación de asegurar que se mantenga un registro o expediente sobre el estado de salud y el tratamiento de toda persona que ingresa en un centro de privación de libertad, ya sea en el propio lugar o en los hospitales o centros de atención donde lo vaya a recibir (Corte IDH, [Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala](#), párr. 184).

Asimismo, los Estados tienen el deber de asegurar:

Una prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad mental. La anterior obligación se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios de salud básicos; la promoción de la salud mental; la prestación de servicios de esa naturaleza que sean lo menos restrictivos posible, y la prevención de las discapacidades mentales (Corte IDH, [Caso Ximenes Lopes vs. Brasil](#), párr. 128).

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha expresado su preocupación por los tratamientos e internamientos involuntarios, y ha recomendado a los Estados que:

Incorporen en la legislación la prohibición de someter a un paciente a cirugía o a un tratamiento sin su consentimiento pleno e informado y se cercioren de que la legislación nacional respete los derechos que asisten a la mujer con arreglo a los artículos 23 y 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Otras normas internacionales de derechos humanos también prohíben el tratamiento forzado y coercitivo de las personas que sufren algún tipo de discapacidad intelectual, independientemente de que se aduzca como argumento que ello redundaría en su interés. El Comité de Derechos Humanos señaló que se necesitaba una protección especial en el caso de las personas que no estaban en condiciones de dar un consentimiento válido y que esas personas no debían ser objeto de experimentos médicos o científicos que pudieran ser perjudiciales para su salud. El tratamiento obligatorio o forzado de las personas con discapacidad, incluidas las mujeres, puede llegar a constituir maltrato y tortura. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental también ha hecho hincapié en que el consentimiento para el tratamiento constituye una de las cuestiones más importantes de derechos humanos en relación con la discapacidad mental y, por consiguiente es muy importante respetar y aplicar rigurosamente las garantías procesales del derecho al consentimiento informado (ACNUDH, [Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad, 2019](#), párr. 29).

En el contexto de la pandemia, el ACNUDH ha establecido directrices que exigen a los Estados:

- Asegurar la realización de pruebas prioritarias a las personas con discapacidad que presenten síntomas.
- Asegurar el suministro y el acceso continuos a medicamentos de las personas con discapacidad durante la pandemia.
- Consultar estrechamente con, e involucrar activamente a, las personas con discapacidad y a las organizaciones que las representan en la elaboración de una respuesta a la pandemia basada en derechos que sea inclusiva de las personas con discapacidad en toda su diversidad.
- Dar de alta y liberar a las personas con discapacidad de las instituciones y asegurar rápidamente la prestación de apoyo en la comunidad a través de redes familiares y/o informales, y financiar los servicios de apoyo de proveedores de servicios públicos o privados.



- Mientras tanto, dar prioridad a los análisis y promover medidas preventivas en las instituciones para reducir los riesgos de infección abordando el hacinamiento, aplicando medidas de distanciamiento físico para los residentes, modificando las horas de visita, exigiendo el uso de equipo de protección y mejorando las condiciones de higiene.
- Aumentar temporariamente los recursos de las instituciones, incluidos los recursos humanos y financieros, para aplicar medidas preventivas.
- Durante el período de emergencia, garantizar el respeto continuo de los derechos de las personas que viven en instituciones, incluido el derecho a no vivir libre de explotación, violencia y abuso, la no discriminación, el derecho al consentimiento libre e informado y el acceso a la justicia.

(ACNUDH, Directrices del ACNUDH sobre el COVID-19 y los derechos de las personas con discapacidad, 2020, pág. 2 y 3).

Las instalaciones y los servicios sanitarios generales deben estar **disponibles**, ser **accesibles**, **adaptables** y **aceptables** para las personas con discapacidad, en sus comunidades, e incluir el apoyo que necesitan algunas (por ejemplo, las que tienen necesidades de comunicación complejas, discapacidad psicosocial o intelectual, o las personas sordas), durante hospitalizaciones, operaciones quirúrgicas y consultas médicas. Los servicios de enfermería, fisioterapia, psiquiatría o psicología, tanto en hospitales como a domicilio, forman parte de la atención de la salud y no debe considerarse que los Estados cumplen con ello las obligaciones dimanantes del artículo 19, sino las del artículo 25 (CDPD, [Observación General 5, 2017](#), párr. 89).



## Derecho a programas y servicios accesibles y asequibles

La accesibilidad de la atención de salud exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles para todas las personas, sin discriminación, por motivo de discapacidad. Implica el diseño universal, las condiciones de accesibilidad, la adopción de ajustes razonables y las medidas

de apoyos. Asimismo, requieren ser asequibles. La accesibilidad económica —asequibilidad— implica que:

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#), párr. 141).

Los servicios y los programas de salud no suelen estar diseñados pensando en la diversidad de las personas con discapacidad, ni en sus distintas necesidades interculturales; tampoco suelen estarlo con perspectiva de género ni de edad. Explica la Relatora de Naciones Unidas que:

Muchos niños con discapacidad no pasan de la asistencia sanitaria pediátrica a la adulta por falta de especialistas o por las reticencias de los profesionales generalistas a tratar a las personas con discapacidad. Además, los servicios no siempre respetan la confidencialidad y la privacidad de las personas con discapacidad. Por ejemplo, a menudo se viola la privacidad de las personas sordas ya que los familiares deben actuar como intérpretes. Asimismo, en muchos países el acceso a la atención sanitaria y los servicios de rehabilitación está sujeto a la obtención de un certificado de discapacidad, lo que representa un requisito arbitrario ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 37).

## Obligación de garantizar

Los Estados deben prestar atención a la diversidad de identidades existentes en la comunidad de personas con discapacidad, para afrontar adecuadamente las desigualdades y la discriminación interseccional que sufren. Se debe elaborar y aplicar políticas y prácticas dirigidas a los grupos más marginados de personas con discapacidad para acelerar o alcanzarla igualdad de hecho en el acceso a la atención sanitaria ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 60).



La Corte IDH ha expresado que los Estados deben asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable ([Caso Vera Rojas y otros vs. Chile](#), párr. 100).

Asimismo, el Tribunal advirtió que la CDPD obliga a los Estados a proporcionar a las personas con discapacidad servicios de salud, lo más cercano posible de sus comunidades, incluso en zonas rurales, así como el acceso a servicios de asistencia domiciliaria y residencial.

En un sentido similar, el Comité de los Derechos del Niño ha sostenido que la mejor forma de cuidar y atender al niño con discapacidad es dentro de su propio entorno familiar cuando la familia tenga medios suficientes. En definitiva, la Corte considera que los cuidados especiales y la asistencia necesaria para un niño o una niña con discapacidad debe incluir, como elemento fundamental, el apoyo a las familias a cargo de su cuidado durante el tratamiento, en especial a las madres, en quienes tradicionalmente recaen las labores de cuidado ([Caso Vera Rojas y otros vs. Chile](#), párr. 111).

Adicionalmente, la calidad en la atención a la salud exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, y de buena calidad ([Caso Vera Rojas y otros vs. Chile](#), párr. 132). Los servicios sanitarios referidos a la rehabilitación y a los cuidados pediátricos deben proveerse conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, tomando en cuenta las particularidades que requiere un tratamiento médico de personas menores de edad con discapacidades ([Caso Vera Rojas y otros vs. Chile](#), párr. 146).

El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos en situación de vulnerabilidad y realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera

progresiva y de la legislación nacional aplicable (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de marzo de 2021. Serie C No. 423](#), párr. 101).

Por otro lado, ha explicado la Corte IDH que:

El Estado es responsable, en su condición de garante de los derechos consagrados en la Convención, de la observancia del derecho a la integridad personal de todo individuo que se halla bajo su custodia. Lo anterior se aplica de forma especial a las personas que se encuentran recibiendo atención médica, ya que la finalidad última de la prestación de servicios de salud es la mejoría de la condición de salud física o mental del paciente, lo que incrementa significativamente las obligaciones del Estado, y le exige la adopción de las medidas disponibles y necesarias para impedir el deterioro de la condición del paciente y optimizar su salud. Asimismo, la Corte resalta que los cuidados de que son titulares todas las personas que se encuentran recibiendo atención médica, alcanzan su máxima exigencia cuando se refieren a pacientes con discapacidad que se encuentran en instituciones psiquiátricas, sin que lo anterior implique suplantar la capacidad jurídica de la persona internada. El deber de cuidado está relacionado con los elementos de aceptabilidad y calidad del derecho a la salud ([Corte IDH, Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#), párr. 151).

En particular, en atención a lo señalado en las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos, los Estados deben proveer atención médica calificada, inclusive psiquiátrica, a las personas privadas de libertad, tanto en situaciones de emergencia como para efectos de atención regular, ya sea en el propio lugar de detención o centro penitenciario o, en caso de no contar con ello, en los hospitales o centros de atención en salud donde corresponda otorgar ese servicio. El servicio de atención de la salud debe mantener historiales médicos adecuados, actualizados y confidenciales de todas las personas privadas de libertad, lo cual debe ser accesible para esas personas cuando lo soliciten. Esos servicios médicos deben estar organizados y coordinados con la administración general del servicio de atención en salud general, lo cual implica establecer procedimientos adecuados y expeditos para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos, así como para su traslado cuando su estado de salud requiera cuidados especiales en establecimientos penitenciarios especializados o en hospitales civiles. Para hacer efectivos estos deberes, son necesarios protocolos de atención en salud y mecanismos ágiles y efectivos de traslado de prisioneros, particularmente en situaciones de emergencia o enfermedades graves (Corte IDH, [Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala](#), párr. 178).

En el caso M. contra México, la Comisión IDH indicó al Estado mexicano que las medidas que se adoptaran para la preseervación de la vida, la integridad



personal y la salud de una persona menor de edad, se hicieran tomando en cuenta su condición de adolescente y la salvaguarda de su interés superior, así como el respeto a su autonomía y la obtención de su consentimiento informado respecto a las medidas o a los tratamientos médicos o psicológicos que se estimen necesarios (Comisión IDH, [Resolución 23/2018, Medida Cautelar No. 48-18, 2018](#), párr. 29).

## Obligación de promover

Los Estados deben adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para que la sociedad tome mayor conciencia de las personas con discapacidad y sus necesidades de salud, adoptando un enfoque basado en los derechos.

Las personas con discapacidad no deberían ser vistas como enfermos o pacientes, sino como titulares de derechos al igual que todos los demás miembros de la sociedad. Los Estados también deben promover el respeto al derecho a la salud de las personas con discapacidad mediante actividades de sensibilización y capacitación dirigidas a los profesionales y el personal sanitarios. La capacitación también debería tratar las formas interseccionales de discriminación que afectan a las personas con discapacidad en el disfrute de su derecho a la salud. Los centros de formación de personal médico y sanitario deberían revisar sus programas de estudios para garantizar que la educación que imparten refleje adecuadamente las necesidades y los derechos de las personas con discapacidad en relación con la salud. Además, las personas con discapacidad idóneas y calificadas deberían recibir apoyo en sus esfuerzos por formarse como profesionales de la salud ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 67).

Los Estados deben aplicar estrategias de:

Alfabetización sanitaria dirigidas a personas con discapacidad, entre otros medios con la difusión de información sobre la salud en distintos formatos, a fin de que las personas con discapacidad puedan estar en condiciones de obtener, procesar y entender información básica sobre la salud y los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas en este ámbito ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 68).

Asimismo, los Estados deben promover la investigación sobre el impacto de la COVID-19 en la salud de las personas con discapacidad (ACNUDH, [Directrices del ACNUDH sobre el COVID-19 y los derechos de las personas con discapacidad, 2020](#), pág. 2).

## **Derecho a la salud sexual y reproductiva**

### Obligación de protección

Es común que las personas con discapacidad no tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, o limitado. Varios estudios han demostrado que tienen un menor acceso a servicios de calidad que las personas sin discapacidad, como educación sexual y conocimientos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

Los jóvenes con discapacidad, por ejemplo, suelen tener unos conocimientos menores sobre la transmisión y prevención del VIH. Las mujeres y las niñas con discapacidad informan también de que los servicios prenatales y ginecológicos no satisfacen sus necesidades y expectativas ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 27).

Especialmente, las mujeres con discapacidad se enfrentan a múltiples desventajas en relación con el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el igual reconocimiento como persona ante la ley y el acceso a la justicia.

Las mujeres con discapacidad pueden afrontar asimismo estereotipos eugenésicos nocivos que suponen que van a dar a luz a niños con discapacidad y, por lo tanto, conducen a que se desaliente o se impida a las mujeres con discapacidad que realicen su maternidad (CDPD, [Observación General 3, 2016](#), párr. 39).

También suele limitarse o restringirse a las mujeres con discapacidad el acceso a la información y la comunicación, incluida una educación sexual integral, sobre la base de estereotipos nocivos que suponen que son asexua-



les y, por ende, no necesitan esa información en igualdad de condiciones con las demás. Además, la información no suele encontrarse disponible en formatos accesibles.

La información sobre la salud sexual y reproductiva incluye datos sobre todos los aspectos pertinentes, entre ellos la salud materna, los anticonceptivos, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, la prevención del VIH, el aborto sin riesgo y la asistencia posterior en casos de aborto, la infertilidad y las opciones de fecundidad, y el cáncer del sistema reproductor (CDPD, [Observación General 3, 2016](#), párr. 40).

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha destacado que la falta de acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad, especialmente con discapacidad intelectual, y sordas y sordociegas, puede aumentar el riesgo de ser objeto de violencia sexual (CDPD, [Observación General 3, 2016](#), párr. 41).

Asimismo, suelen enfrentar distintos eslabones en la cadena de accesibilidad. Así, los equipos y las instalaciones de atención de la salud, incluidos los aparatos de mamografía y las camillas para exámenes ginecológicos, suelen no contar con condiciones de accesibilidad, y por ende convertirse en inaccesibles para las mujeres con discapacidad. Es posible que las mujeres con discapacidad no tengan a su disposición un transporte seguro para trasladarse a los centros de atención de la salud o a programas de detección, o que no sea asequible o accesible (CDPD, [Observación General 3, 2016](#), párr. 42).

Sumado a barreras físicas y comunicacionales, suelen enfrentarse a las actitudinales (incumplimiento del elemento de aceptabilidad), como consecuencia de prejuicios y estereotipos del personal de atención de la salud y el personal conexo, que les impiden el acceso a servicios y profesionales de atención de la salud, especialmente a las mujeres con discapacidades psicosociales o intelectuales, sordas y sordociegas, y aquellas que se encuentran institucionalizadas (CDPD, [Observación General 3, 2016](#), párr. 43).

Los Estados deben derogar de inmediato las leyes, los reglamentos, las costumbres y las prácticas que permitan esterilizar o someter a otras intervenciones quirúrgicas invasivas, dolorosas o irreversibles a infancias con discapacidad, sin su consentimiento libre e informado o por decisión de

una tercera persona “La interpretación del interés superior del niño no puede utilizarse para justificar esas prácticas, que son incompatibles con la dignidad humana, la identidad y el derecho a la integridad física del niño o la niña” ([Estudio Temático sobre los efectos del capacitismo en la práctica médica y científica de la Relatora sobre Discapacidad de Naciones Unidas, 2020](#), párr. 66).

Los Estados deben:

- A. Proteger mediante ley la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad y eliminar todos los obstáculos legales que les impiden acceder a la información, los bienes y los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular la legislación que limita su derecho a tomar sus propias decisiones;
- B. Prohibir mediante ley la esterilización forzada de las niñas y las jóvenes con discapacidad, así como otras prácticas obligatorias o involuntarias que afecten a su salud y derechos sexuales y reproductivos, y velar por que existan garantías procesales adecuadas que protejan su derecho al consentimiento libre e informado;
- C. Incorporar los derechos de las niñas y las jóvenes con discapacidad en todas las estrategias y planes de acción sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, a fin de que toda la información y los bienes y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva sean accesibles y tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad;
- D. Velar por que en los servicios de salud sexual y reproductiva se respeten los derechos de las niñas y las jóvenes con discapacidad, en particular su derecho a la no discriminación, a dar su consentimiento informado antes de cualquier tratamiento médico, a la intimidad y a la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes;
- E. Elaborar y aplicar programas y materiales para la educación sexual integral inclusivos y accesibles para las niñas y las jóvenes con discapacidad dentro y fuera del sistema escolar;
- F. Velar por que los servicios y programas destinados a proteger a las mujeres y las niñas de la violencia, como comisarías de policía, centros de acogida y tribunales, sean inclusivos y accesibles para las niñas y las jóvenes con discapacidad;
- G. Capacitar adecuadamente a los agentes de policía, fiscales y magistrados sobre las maneras de proteger a las niñas y las jóvenes con discapacidad de la violencia.

([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad, 2017](#), párr. 62).





## **Derecho a la no discriminación por motivos de discapacidad en el acceso a seguros de salud y/o vida, y en el acceso a servicios de salud o atención a la salud**

Las personas con discapacidad forman un grupo heterogéneo con una amplia variedad de condiciones y rasgos identitarios, como raza, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, lengua, religión, origen nacional, étnico, indígena o social y edad.

La interacción entre estos rasgos provoca aún más desigualdades y barreras relacionadas con la salud y la atención sanitaria. Por ejemplo, las barreras de comunicación son particularmente importantes para migrantes, refugiados y solicitantes de asilo con discapacidad y las barreras financieras son especialmente problemáticas para algunos grupos, como los romanes y las personas indígenas con discapacidad ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 43).

### **Obligación de respetar**

La Corte IDH ha recordado que, como condición transversal de la accesibilidad a los servicios de salud, los Estados se encuentran obligados a garantizar un trato igualitario a todas las personas. De esta forma, y de conformidad con el artículo 1.1 de la Convención Americana, no son permitidos tratos discriminatorios por motivos de discapacidad (Corte IDH, [Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador](#), párr. 166).

La discriminación en el acceso a seguros médicos es una barrera importante para acceder a la atención sanitaria. Las tasas de cobertura suelen ser bajas, porque las aseguradoras a menudo se niegan a ofrecer seguro médico a las personas con discapacidad.

La discriminación puede manifestarse también en el diseño de las pólizas de seguro, que limitan las prestaciones o la cobertura que pueda recibir una persona con discapacidad o aumentan de forma desproporcional el costo de las primas. Estas prácticas violan la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 36).

## Obligación de proteger

El estigma y los estereotipos son obstáculos importantes para el acceso a la atención sanitaria.

Aunque los datos demuestran lo contrario, las ideas erróneas sobre la salud de las personas con discapacidad han llevado a asumir que no se pueden satisfacer sus necesidades en servicios de atención primaria o que no son candidatos adecuados para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. El estigma y los estereotipos también provocan actitudes negativas y hostiles por parte del personal sanitario. Por ejemplo, contribuyen en gran medida a limitar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad (véase A/72/133). Además, la vergüenza y el estigma asociados a la discapacidad impiden a las personas con discapacidad y sus familias solicitar atención médica o rehabilitación ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 31).

Los avances en materia de inteligencia artificial entrañan el riesgo de que las personas con discapacidad sean discriminadas en la atención de la salud. La CDPD prohíbe la denegación, de manera discriminatoria, de servicios de salud o de atención de la salud por motivos de discapacidad.

La prohibición, en el mismo artículo, de la discriminación en la provisión de cobertura de seguros médicos y de vida por motivos de discapacidad cubriría el uso de la inteligencia artificial para determinar el acceso al seguro de salud ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre la Inteligencia Artificial y los derechos de las personas con discapacidad, 2022](#), párr. 50).

Los Estados deben prohibir la denegación de tratamientos médicos por motivos de discapacidad y derogar las disposiciones que impidan o restrinjan el acceso al tratamiento en razón de discapacidad, nivel de necesidades de apoyo, evaluaciones de calidad de vida o cualquier otra forma de sesgo médico contra las personas con discapacidad, incluso dentro de directrices para la asignación de recursos escasos (por ejemplo, los respiradores o el acceso a los cuidados intensivos) (ACNUDH, [Directrices del ACNUDH sobre el COVID-19 y los derechos de las personas con discapacidad, 2020](#), pág. 2).

Los instrumentos y las normas relacionados con la salud, que puedan contribuir a aumentar el estigma y la patologización de la discapacidad, deben ser derogados. Determinadas herramientas de diagnóstico e instrumentos



de clasificación, como la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, pueden reforzar el estigma público y provocar que las personas eviten solicitar atención sanitaria por miedo a ser etiquetadas.

Asimismo, los sistemas de medición de la salud, como el año de vida ajustado por calidad y el año de vida ajustado en función de la discapacidad, utilizados ampliamente para calcular la longevidad y el bienestar relacionado con la salud y guiar la asignación de recursos, son controvertidos por las implicaciones éticas del peso de la discapacidad y su impacto en la formulación de políticas ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 32).

## Obligación de garantizar

Con el objetivo de ayudar a hacer efectivo el derecho de las personas con discapacidad al disfrute del más alto nivel posible de salud, los Estados deben:

Reconocer por ley el derecho de las personas con discapacidad a disfrutar del más alto nivel posible de salud y eliminar todas las barreras jurídicas que les impiden acceder a la información, los bienes y los servicios relacionados con la salud y la atención de la salud, en particular la legislación que las discrimina en la prestación de seguros de salud ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 74).

Los Estados tienen la obligación de proporcionar atención sanitaria a las personas con discapacidad sin discriminación. Por lo tanto, deben eliminar la discriminación de las personas con discapacidad de la legislación, las políticas y las prácticas, y prohibir las formas de discriminación en la atención sanitaria.

Los Estados deberían, por ejemplo, abstenerse de proporcionar atención sanitaria, predominantemente, en entornos institucionales y residenciales. Asimismo, los Estados deben adoptar medidas para proporcionar ajustes razonables a las personas con discapacidad, a fin de que puedan acceder a esos servicios e instalaciones y disfrutar de ellos en igualdad de condiciones con las demás. Si bien la accesibilidad es de realización progresiva, los Estados tienen la obligación inmediata de proporcionar ajustes razonables a las personas con discapacidad para que puedan acceder a la atención sanitaria sin demora ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 58).

En virtud de los artículos 5 y 25 de la Convención, los Estados tienen la obligación de prohibir y prevenir la denegación discriminatoria de servicios de salud a las personas con discapacidad y de proporcionar servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluidos los derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Los Estados también deben hacer frente a las formas de discriminación que vulneran el derecho de las personas con discapacidad, que coartan su derecho a recibir atención de la salud sobre la base del consentimiento libre e informado, o que hacen inaccesibles las instalaciones o la información (CDPD, [Observación General 6, 2018](#), párr. 66).

Los Estados partes deben crear programas de salud, higiene y nutrición con una perspectiva de género que estén integrados en los servicios educativos y permitan la supervisión continua de todas las necesidades de salud. Esos programas deben elaborarse basándose en los principios de diseño universal y accesibilidad, disponer visitas periódicas de enfermeros a las escuelas y exámenes médicos, y crear asociaciones comunitarias. Se debe ofrecer a las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, una educación sexual adaptada a su edad, integral e inclusiva, basada en pruebas científicas y en las normas de derechos humanos, y en formatos accesibles (CDPD, [Observación General 4, 2016](#), párr. 54).

Los Estados deben prohibir la discriminación de las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y combatirla. La denegación de seguro médico a personas por su discapacidad debe estar prohibida por la ley.

Los Estados también deberían estudiar la adopción de regulaciones para garantizar que se fijen de manera justa y razonable los planes de seguro y las primas. En México, por ejemplo, la Suprema Corte de Justicia ha dictaminado que las aseguradoras no pueden discriminar a las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y que deberían adoptar políticas y planes para incluirlas en ellos ([Estudio Temático Relator sobre Discapacidad de Naciones Unidas, sobre el derecho a la salud, 2018](#), párr. 59).

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha mostrado al Estado mexicano su preocupación por:

Las graves restricciones que sufren las personas con discapacidad en el acceso a la atención de la salud, incluidos los servicios de salud mental y los servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, inquietan al Comité las excepciones legales al consentimiento libre e informado para las intervenciones médicas y las informaciones recibidas sobre el incumplimiento del requisito de consentimiento libre e informado en relación con las personas con discapacidad (CDPD, [Observaciones Finales a México, 2022](#), párrs. 56 a 59).



En ese sentido, el Comité ha recomendado al Estado mexicano que:

- A. Elimine las excepciones legales al requisito del consentimiento libre e informado de todas las personas con discapacidad para las intervenciones médicas, incluida la hospitalización, y garantice el cumplimiento del requisito del consentimiento libre e informado con respecto a todas las personas con discapacidad;
- B. Vele por la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva, para las personas con discapacidad, en particular para las mujeres y las niñas, haga accesibles los hospitales y los centros de salud para las personas con discapacidad en las zonas urbanas y rurales, y proteja a las mujeres embarazadas con discapacidad para que no se las presione a abortar;
- C. Recopile datos desglosados sobre el acceso de las mujeres con discapacidad a servicios seguros de salud sexual y reproductiva, y sobre las infracciones de su derecho a decidir si quieren abortar;
- D. Proporcione recursos efectivos y accesibles a las personas con discapacidad que aleguen una vulneración de los derechos que las asisten en virtud del artículo 25, en particular cuando se trate de mujeres con discapacidad que aleguen una conculcación de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

(CDPD, [Observaciones Finales a México, 2022](#), párrs. 56 a 59).

Asimismo, el Comité mostró preocupación por:

Los graves recortes realizados durante la pandemia de COVID-19 en los servicios de salud destinados a las personas con discapacidad, y las carencias en el ámbito de los servicios médicos de urgencia en los casos de violencia sexual contra las personas con discapacidad (CDPD, [Observaciones Finales a México, 2022](#), párrs. 56 a 59).

Por ello, el Comité recomienda que el Estado que:

- A. Restaure todos los servicios de salud para las personas con discapacidad que se redujeron durante la pandemia de COVID-19, y recopile datos desglosados sobre los efectos de esta en el estado de salud de las personas con discapacidad y en su acceso a los servicios de salud;
- B. Proporcione servicios médicos de emergencia a las personas con discapacidad que sean víctimas de violencia sexual.

(CDPD, [Observaciones Finales a México, 2022](#), párrs. 56 a 59).

## Obligación de promover

Los Estados deben llevar a cabo actividades de capacitación y toma de conciencia dirigidas a personal y profesionales de la salud, como medida para prevenir la discriminación basada en prejuicios contra las personas con discapacidad (ACNUDH, [Directrices del ACNUDH sobre el COVID-19 y los derechos de las personas con discapacidad, 2020](#), pág. 3).