



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



138.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, 19-23 de junio de 2006

Punto 4.7 del orden del día provisional

CE138/15 (Esp.)

19 mayo 2006

ORIGINAL: ESPAÑOL

LA DISCAPACIDAD: PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN EN EL CONTEXTO DEL DERECHO AL GOCE DEL GRADO MÁXIMO DE SALUD QUE SE PUEDA LOGRAR Y OTROS DERECHOS RELACIONADOS.

La Organización de las Naciones Unidas estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de las cuales unas 400 millones están en los países en vías de desarrollo. En la Región de las Américas existen aproximadamente 60 millones de personas con discapacidad.

El aumento de la esperanza de vida, el incremento de las enfermedades no transmisibles, las enfermedades emergentes y re-emergentes, la creciente violencia, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo y el uso y abuso de alcohol, tabaco y sustancias prohibidas, son algunas de las principales causas de discapacidad, por lo que no hay una evidente tendencia a la disminución de su prevalencia en la población general. Esto traerá mayor demanda de atención en servicios y programas, que hasta ahora han sido insuficientes.

Este documento plantea que es necesario atender el problema de la discapacidad como una responsabilidad social compartida y no individual; y se fundamenta en las recomendaciones propuestas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2005 (Resolución WHA58.23) entre las que se incluye la necesidad de promocionar y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidades. El presente documento puede constituir una importante herramienta que ayude al Comité Ejecutivo a conocer la situación de las personas con discapacidades en la Región y a considerar distintas estrategias relacionadas con la prevención de las discapacidades de conformidad con instrumentos y lineamientos internacionales que promocionan el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr¹ y otros derechos relacionados de dichas personas. Se solicita al Comité Ejecutivo presentar sus observaciones y sugerencias sobre el enfoque que se plantea con relación a la prevención de las discapacidades y la rehabilitación integral de las personas con discapacidades.

¹ Los Estados Miembros de la OMS acordaron importantes principios relacionados con la salud pública que son establecidos en el preámbulo de su Constitución. Así, la Constitución establece un principio internacional fundamental en virtud del cual el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr no es solamente un estado o condición de la persona, sino también "...uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social..." La Constitución fue adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los Representantes de 61 Estados. Por su parte, El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" (ONU) protege "...el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental..." (Artículo 12) y el Protocolo de San Salvador (OEA) protege "el derecho a la salud" (Artículo 10). Adicionalmente, la protección de la salud como un derecho humano se encuentra consagrada en 18 de las 35 Constituciones de los Estados Miembros de la OPS (Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Conceptos básicos y definiciones	3
Funcionamiento y discapacidad	4
Funciones, estructuras corporales y deficiencias	4
Actividades y participación versus limitaciones en la actividad y restricciones en la participación	4
Otros conceptos básicos	5
Rehabilitación	5
Rehabilitación integral	5
Prevención de discapacidades	5
Calidad de vida	5
Servicios de rehabilitación	6
Enfoque intersectorial	6
Prevalencia y causas de la discapacidad	6
Análisis de situación de las personas con discapacidad en la Región de las Américas	6
El goce del grado máximo de salud que puede lograr, otros derechos humanos y la participación ciudadana de las personas con discapacidad	9
La salud de las personas con discapacidad vis à vis el ejercicio de los derechos humanos	9
Políticas, planes, legislaciones y prácticas relacionadas con la discapacidad y la rehabilitación vis à vis los derechos humanos	9
Instrumentos generales de Derechos Humanos	10
Sistema de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos	10
Sistema interamericano para la protección de los derechos humanos	11
Lineamiento o estándares internacionales	12
Sistema de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos	12
Sistema interamericano para la protección de los derechos humanos	13
Iniciativas de la OPS/OMS para el abordaje de la discapacidad y su rehabilitación: retos y nuevos desafíos	14
Enfoques estratégicos	14
Intervención del Comité Ejecutivo	15
Referencias	

Introducción

1. La 58.^a Asamblea Mundial de la Salud OMS, en mayo de 2005 adoptó la Resolución WHA58.23: **Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación** en la cual, entre otras cosas, insta a los Estados Miembros "...a que desarrollen su base de conocimientos a fin de **promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad** y de garantizar su plena integración en la sociedad, en particular alentando la capacitación y protegiendo el empleo". En esta resolución también se exhorta a los Estados Miembros a que garanticen la atención médica apropiada a las personas que lo requieran y a su rehabilitación y faciliten el acceso a dispositivos de asistencia técnica; refuercen los programas y estrategias nacionales encaminados a aplicar las Normas Uniformes; promuevan la prevención, detección e intervención temprana de discapacidades; y promuevan los programas de rehabilitación comunitaria vinculados a la atención primaria en salud. Es importante subrayar que en la Resolución WHA58.23, la Asamblea Mundial de la Salud pidió a los Estados Miembros y al Director que "...participen de forma activa y constructiva en el proceso de **elaboración de la Convención internacional amplia e integral de las Naciones Unidas para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad**,² de modo que pueda ser adoptada, lo antes posible, por la Asamblea Mundial con carácter prioritario.

2. La Organización Panamericana de la Salud considera que es necesario atender el problema de la discapacidad como una responsabilidad social compartida y no individual; y consciente de las recomendaciones propuestas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2005 con relación a la necesidad de promocionar y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidades, en especial su derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, presenta este documento como una importante herramienta que contribuya a que el Director de la OMS pueda informar a la 60^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo "sobre la marcha de la aplicación de la presente resolución [Resolución WHA 58.23]...", tal como se le solicitara en la misma.

Conceptos básicos y definiciones

3. La 54.^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2001, aprobó la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual tiene por objetivo "...brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y de los estrados relacionados con la salud..." (1)

² Resolución 56/168 adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, A/56/583/Add.2, 19 de diciembre de 2001.

4. La CIF se basa en la integración del modelo médico y social, con la finalidad de conseguir la articulación de las diferentes dimensiones del funcionamiento humano basada en el enfoque “biopsicosocial” proporcionando una visión coherente de las dimensiones de la salud: Biológica, individual y social. En este marco los cambios conceptuales que se introducen con la CIF incluyen:

Funcionamiento y discapacidad

5. **“Funcionamiento”** es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción de un individuo (con una “condición de salud”) y los factores contextuales (factores ambientales y personales).

6. **“Discapacidad”** es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones corporales y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Funciones, estructuras corporales y deficiencias

7. **“Funciones corporales”** son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas. Por “cuerpo” nos referimos al organismo humano como un todo, y por tanto se incluye la mente en la definición.

8. **“Estructuras corporales”** son las partes anatómicas del cuerpo como los órganos, las extremidades y sus componentes.

9. **“Deficiencia”** son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa de la “norma” generalmente respecto al estado biomédico del cuerpo y sus funciones o una pérdida de dichas funciones o estructuras.

Actividades y participación versus limitaciones en la actividad y restricciones en la participación

10. **“Actividad”** es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

11. **“Participación”** es la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

12. La actividad (al igual que la participación) se clasifica en los siguientes apartados: aprendizaje y aplicación del conocimiento, b) tareas y demandas generales, c) comunicación, d) movilidad, e) autocuidado, f) vida doméstica, g) interacciones y demandas interpersonales, h) áreas principales de la vida, i) vida comunitaria, social y cívica.

Otros conceptos básicos

Rehabilitación.

13. Es el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcionales, físico, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional, con el fin de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad, así como promover las medidas que busquen prevenir la discapacidad. (OPS, 1998) (1)

Rehabilitación Integral

14. El orden coordinado e individualizado de sistemas y servicios de la sociedad y el medio cuyo objetivo primario es prevenir, minimizar o revertir las consecuencias de las pérdidas o alteraciones funcionales e incidir sobre los factores que impidan la participación plena. (2)

Prevención de discapacidades

15. Conjunto de actividades interprogramáticas e intersectoriales, tendientes a la identificación de factores de riesgo que produzcan deterioro o daño a la salud, impedir que el deterioro a la salud cause limitación funcional o minimizar el impacto de las consecuencias del daño a la salud, promoción de estilos de vida saludables y protección de la salud. Comprende la prevención primaria, secundaria y terciaria de la discapacidad. (3)

Calidad de vida

16. “Es la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en los cuales vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses” (OMS, 1994). Hablar de Calidad de Vida nos conduce al concepto de salud de OMS “Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no meramente la ausencia de malestar o enfermedad”. Un daño a la salud del individuo y las secuelas que pueda dejar en él, no solo lo afectará física o emocionalmente, sino también en la ejecución de actividades y en su participación.

Servicios de rehabilitación

17. En el marco del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y de acuerdo a lo contemplado en la norma número 2 (Atención Médica) y la 4 (Rehabilitación) de las Normas Estándares de la Organización de las Naciones Unidas sobre Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (4), se debe garantizar la atención médica eficaz y la prestación de servicios de rehabilitación a este grupo de población. Los servicios de salud deben proporcionar atención, por equipos multidisciplinarios, para la evaluación, detección precoz y tratamiento de las deficiencias; así mismo incluir a las personas con discapacidad en todos los programas e iniciativas de salud. Los servicios de rehabilitación deben ser accesibles a todas las personas y proporcionar asistencia para alcanzar y mantener un nivel óptimo de funcionamiento y autonomía, atendiendo cualquier tipo de discapacidad e involucrando a las mismas personas con discapacidad y su familia en el proceso de rehabilitación.

Enfoque intersectorial.

18. Dar respuesta a las necesidades reales de los grupos de personas con discapacidad, necesariamente se debe sustentar en el abordaje intersectorial, con la finalidad de que estas respuestas sean integrales, tomando en cuenta que estas necesidades van a estar determinadas por las dimensiones del funcionamiento/discapacidad que esté afectado: Biológica (cuerpo), perspectiva del individuo respecto al funcionamiento (actividad) y la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento (participación), siempre interactuando con los factores contextuales (ambiente/personales) y relacionada a una condición de salud.

Prevalencia y causas de la discapacidad

19. La identificación, caracterización y registro de casos nuevos y los ya conocidos de discapacidad en un tiempo y lugar determinado nos va a dar la prevalencia. Las causas son multifactoriales y dependerán de las dimensiones del funcionamiento humano afectado (funciones corporales, estructuras corporales, actividad y participación).

Análisis de situación de las personas con discapacidad en la Región de las Américas

20. La Organización de las Naciones Unidas estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de los cuales unos 400 millones están en los países en vías de desarrollo. En la Región de las Américas existen aproximadamente 60 millones de personas con discapacidad.

21. El aumento de la esperanza de vida, el incremento de las enfermedades no transmisibles, las enfermedades emergentes y re-emergentes, la creciente violencia, los conflictos armados; el uso y abuso de alcohol, tabaco y sustancias prohibidas, los accidentes de todo tipo, son algunas de las principales causas de discapacidad, por lo que no hay una evidente tendencia a la disminución de su prevalencia en la población general. Esto traerá mayor demanda de atención en servicios y programas, que hasta ahora han sido insuficientes. La distribución demográfica y geográfica de la discapacidad ejerce una influencia significativa en la sociedad. Las personas con discapacidad constituyen el 10% de la población general y se considera que la discapacidad tiene repercusión sobre el 25% de la población total. La discapacidad no solo afecta a la persona que la sufre, si no a aquellos que la cuidan, a los familiares, a la comunidad y a cualquiera que apoye el desarrollo de la comunidad (5-8).

22. Dados los índices de crecimiento poblacional de América Latina y el Caribe, se prevé un notable aumento en el número de personas con discapacidad, especialmente cuando la atención materno infantil es deficiente y cuando hay un alto nivel de accidentes y lesiones físicas y mentales a causa de la violencia.

23. Alrededor de un 50% de la población de personas con discapacidad de la Región, tiene edad para trabajar. Dados los altos niveles de pobreza y desempleo en la población general, al igual que la clara relación entre la pobreza y la discapacidad, la situación de las personas con discapacidad en la Región es crítica. La mayoría de estas personas están en el desempleo o excluidas del mercado laboral. En América Latina, se han encontrado cifras de prevalencia de discapacidad muy variadas, por ejemplo en Perú, las cifras reportadas por el estudio de prevalencia nacional están por el orden del 32%, mientras que en otros países está en un 10 al 13% (Ecuador, Venezuela, Colombia). En Centroamérica, las cifras de prevalencia de la discapacidad esta alrededor del 18% (5-8).

24. Más recientemente con la aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se han comenzado a realizar estudios de prevalencia teniendo esta clasificación como base técnica de los estudios. Hasta la fecha se han realizado tres estudios nacionales basados en CIF en Chile, Ecuador, Nicaragua, Panamá (en ejecución). Una encuesta de hogares con un módulo de discapacidad basado en CIF en Uruguay y el estudio nacional de Argentina, basado en la anterior Clasificación Internacional de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía. Otros datos disponibles en la Región son reportados por los censos, con la limitación que estos representan para caracterizar la discapacidad y que el dato que se obtiene está más limitado a discapacidad severa o permanente: Costa Rica, México, Panamá, Venezuela. Estudios especiales limitados a grandes áreas urbanas o no basados en CIF: Cuba, El Salvador, Honduras, Paraguay, y Perú. En Colombia se están llevando los registros continuos del dato de discapacidad a nivel municipal, basados en CIF y más

recientemente desarrollaron el módulo de discapacidad en el Censo Nacional, basado también en CIF.

25. De acuerdo a los estudios más reciente sobre discapacidad, en Nicaragua la prevalencia nacional de discapacidad es del 10.3%, de los cuales el 56% es femenino y del total de la población con discapacidad el 60% viven en zona urbana. El grupo de edades más afectadas está de 20 a 59 años representando el 47 %. El 45% no tiene ningún grado de instrucción. Las discapacidades más frecuentes son la de movilidad, comunicación y participación. En Chile la prevalencia nacional es del 12.9%, de los cuales el 2.5% es severa; el 58.2 % es del sexo femenino y el 83.3% viven en medio urbano y las edades más afectadas está entre 30 y 64 años representando el 51%. En Chile, la discapacidad es el doble de frecuente en la población con condiciones socioeconómicas bajas y 1 de cada 2 personas con discapacidad no ha completado la educación básica.

26. En Ecuador la prevalencia nacional es de 12.1% de los cuales el 51% es del sexo femenino y las edades más afectadas son de 20 a 64 años representando el 51%. El 80% declaró que la causa de su discapacidad es por condiciones de salud. Otros datos generales incluyen por ejemplo a Argentina donde el 20.6% de los hogares albergan al menos a una persona con discapacidad; Costa Rica con una prevalencia del 5.3% (Censo 2000), Cuba con un 3.2% (Discapacidad severa) y Uruguay con un 7.6% de prevalencia de discapacidad.

27. A pesar de la diversidad de datos y metodología empleadas, la tendencia va dirigida a la utilización de herramientas técnicas de referencias internacional como la CIF. Todos los estudios han aportado datos muy importantes que nos dan una idea de la situación: de los 60 millones de personas con discapacidad en América Latina y El Caribe, aproximadamente el 25 % son niños (as) y adolescentes; del 2% al 3 % de la población con discapacidad tiene acceso a los programas y servicios de RHB, la mitad de los accidentados de tránsito son jóvenes entre los 15 y 34 años, la población de 65 años y más con discapacidad representa un alto porcentaje; un 2% a 3 % de los recién nacidos presentan graves deficiencias y 6% a 8 % de la infancia son niños de alto riesgo. De la población infantil con discapacidad solo 20% a 30 % asiste a la escuela y solo el 5% finalizan la escuela primaria. Las niñas con discapacidad sufren aún más discriminación. Los niños (as) con discapacidad sufren más violencia y maltrato que cualquier otro niño y a menudo se encuentran institucionalizados.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, otros derechos humanos y la participación ciudadana de las personas con discapacidad

La salud de las personas con discapacidades vis-à-vis el ejercicio de los derechos humanos

28. De acuerdo a distintos organismos internacionales las personas con discapacidades frecuentemente encuentran obstáculos con relación al goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales. (9) Por ejemplo, la existencia de obstáculos (en la práctica o en la legislación) relacionados con el acceso de las personas con discapacidades a los servicios de salud y rehabilitación, su libertad de movimiento en edificios públicos; la falta de oportunidades laborales; la exclusión de estas personas en los sistemas educativos; la participación en experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado; la falta de instrumentos de apoyo para poder votar o la existencia de deficientes condiciones de vida en instituciones de salud pública pueden perjudicar su salud física o mental y otros derechos humanos básicos con consecuencias muchas veces irreparables. (10)

29. Cierta grado de salud física y mental es necesario para poder ejercer los derechos y libertades fundamentales y de esta forma participar en la vida civil, social, política y económica de un Estado; y al mismo tiempo, el ejercicio de los derechos humanos y libertades arriba mencionados es esencial para que las personas con discapacidades puedan disfrutar de un verdadero bienestar físico y mental³ (10).

Políticas, planes, legislaciones y prácticas relacionadas con la discapacidad y la rehabilitación vis à vis los derechos humanos

30. Las políticas, planes, legislaciones o prácticas sobre discapacidad y rehabilitación pueden ser instrumentos que protejan los derechos básicos y libertades fundamentales de las personas con discapacidades; o por el contrario pueden ser instrumentos que obstaculicen el ejercicio de derechos básicos vinculados al bienestar físico y mental tales como aquellos arriba mencionados. (11)

31. Sin embargo, la aplicación de los instrumentos de derechos humanos en el contexto de la salud todavía es muy limitada y por ello es importante incorporar en las políticas, planes, legislaciones y prácticas vinculadas a la discapacidad en general, su prevención y la rehabilitación la normativa internacional existente en materia de derechos humanos y en especial aquellos lineamientos o estándares internacionales y regionales que protegen los derechos humanos de las personas con discapacidades y que se detallan a continuación (11). Teniendo esto en consideración, el Consejo

³ Lawrence Gostin se ha referido a este vínculo sobre todo en el contexto del bienestar de las personas con discapacidades mentales.

Directivo de la OPS solicitó en 2001 a los Estados Miembros que actualizaran “...las disposiciones jurídicas que protegen los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales...” (12)

Instrumentos generales de derechos humanos

32. En las Américas algunos países han aprobado leyes sobre discapacidad que específicamente protegen algunos derechos humanos básicos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades⁴. En la mayoría de los países de Latino América y del Caribe, los derechos humanos y las libertades de las personas con discapacidades son también protegidos [en algunos casos] por leyes generales aplicables también al resto de los individuos (disposiciones constitucionales, civiles, penales, laborales o procesales, entre otras) que solamente garantizan algunos de los derechos y/o libertades fundamentales de las referidas personas. (13)

33. Por su parte, los instrumentos generales de derechos humanos establecidos por el derecho internacional reconocen que todos los seres humanos han nacido libres e iguales en dignidad y en derechos⁵ (14-15) y protegen a todas las personas sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, afiliación política, origen nacional, extracción social, posición económica o cualquier otra característica.⁶ (16-21). Las personas con discapacidades se encuentran protegidas por instrumentos tales como:

Sistema de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos

- *La Declaración Universal de Derechos Humanos* (14);
- *El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*⁷ (16);
- *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*⁸ (17);

⁴ Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Estados Unidos y Venezuela han aprobado leyes que específicamente protegen algunos derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidades.

⁵ Artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y Preámbulo de la Declaración Americana de los Derechos y deberes del Hombre.

⁶ De conformidad con los estándares establecidos por el Derecho Internacional de Derechos Humanos “cualquier otra característica” se aplica a la discriminación basada en motivos de discapacidad.

⁷ Entró en vigor el 23 de marzo de 1976 y ha sido ratificado por Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

⁸ Entró en vigor el 3 de enero de 1976 y ha sido ratificado por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Bulgaria, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada,

- La *Convención de los Derechos del Niño*⁹ (18);

Sistema Interamericano para la protección de los derechos humanos

- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹⁰(15);
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos¹¹(19); y
- El Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ó Protocolo de San Salvador¹² (20), entre otros.

34. Es importante mencionar que el Protocolo de San Salvador se refiere específicamente a la protección de las personas con discapacidades en su artículo 18, en el cual se establece que los Estados partes se comprometen a ejecutar programas específicos tales como programas laborales adecuados a sus posibilidades; la formación especial a sus familiares; la inclusión de las necesidades específicas de estas personas en sus planes de desarrollo urbano y a estimular la formación de organizaciones sociales en las que las personas con discapacidades puedan desarrollar una vida plena. De acuerdo al mencionado artículo, la finalidad de esta protección especial por parte del Estado es que las personas con discapacidades puedan “...alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad...” (el subrayado es nuestro).

35. En la Región de las Américas, los derechos de las referidas personas se encuentran también protegidos por la *Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad*¹³ (21) (en adelante Convención Interamericana sobre Discapacidad), adoptada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) el 8 de junio de 1999. Esta

Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

⁹ Entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 y ha sido ratificada por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Saint Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

¹⁰ 199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992).

¹¹ Entró en vigor el 18 de julio de 1978 y ha sido ratificada por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela

¹² Entró en vigor el 16 de noviembre de 1999 y ha sido ratificado por Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay

¹³ Entró en vigor el 14 de septiembre de 2001 y ha sido ratificada por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, y Uruguay.

convención presenta lineamientos muy importantes que pueden guiar a los Estados Miembros de la OPS en la formulación de sus planes, políticas, legislaciones y prácticas. No obstante, a pesar de que la Convención crea un Comité para dar seguimiento a los compromisos adquiridos por los Estados Partes, el mismo hasta el momento no ha discutido los avances logrados por los referidos Estados en esta materia.

Lineamientos o estándares internacionales

36. Tales lineamientos también pertenecen al ámbito del derecho internacional y son, en su gran mayoría, declaraciones, recomendaciones e informes promulgados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Comisión de Derechos Humanos (ONU), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros.

37. A diferencia de los tratados generales de derechos humanos que hayan sido ratificados por los Estados Miembros de la OPS, estos estándares no tienen fuerza vinculante sin embargo establecen importantes lineamientos que pueden ser incorporados en los planes, políticas, legislaciones y prácticas nacionales vinculadas a la discapacidad, su prevención y rehabilitación. Además, constituyen una importante guía para interpretar los derechos básicos y libertades fundamentales con relación a las personas con discapacidad que aparecen en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos antes mencionados. El valor de estos estándares radica principalmente en el consenso general de los Estados Miembros en la Asamblea General de Naciones Unidas u otros órganos de que es necesario promocionar y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidades y su efectividad dependerá al final de que éstos lineamientos sean puestos en práctica por los referidos Estados y organizaciones (22). Los estándares o lineamientos más importantes incluyen:

Sistema de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos

- La *Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental*¹⁴ (23) (Actualmente “personas con discapacidad intelectual” de conformidad con los estándares internacionales);
- La *Declaración de los Derechos de los Impedidos*¹⁵ (24) (Actualmente “personas con discapacidades” de conformidad con los estándares internacionales);

¹⁴ Principalmente establece que las personas con discapacidad intelectual tienen los mismos derechos que las demás personas, incluyendo la atención médica, la educación, la capacitación y la rehabilitación, entre otros.

- *Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*¹⁶ (25);
- *Las Normas Uniformes sobre Igualdad para las Personas con Discapacidad*¹⁷ (4)
- *La Observación General 5, Personas con discapacidad*¹⁸ (26); y
- *La Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*¹⁹ (27)

Sistema Interamericano para la protección de los derechos humanos

- *La Declaración de Caracas (OPS/OMS)*²⁰ (28); y
- *La Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental*²¹ (29)

¹⁵ Algunos de los derechos a los que se refiere esta Declaración incluyen: atención médica, educación, empleo, un trato digno y garantías judiciales, entre otros.

¹⁶ Constituyen una guía para el establecimiento de sistemas nacionales de salud mental y la evaluación de la práctica de los mismos. Se refiere a los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales sobre todo en el contexto de instituciones psiquiátricas.

¹⁷ Tienen la finalidad de "...garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de ciudadanos de sus respectivas sociedades puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás..."

¹⁸ Esta observación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales analiza las obligaciones de los Estados con relación a derechos tales como la igualdad ante la ley para hombres y mujeres; derechos relacionados con el trabajo; la seguridad social; la protección de la familia, de madres y niños con discapacidad; la libertad de movimiento; el goce de salud física y mental; la educación y a la participación en la vida cultural y a gozar de los beneficios del progreso científico.

¹⁹ En esta observación, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas analiza el contenido, alcance y obligaciones para los Estados Miembros que se derivan del artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud). El Comité establece que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de derechos tales como la vida, la no discriminación, la igualdad, a no ser sometido a tratamientos inhumanos o degradantes, a la reunión, a la circulación, a la alimentación, a la vivienda, al trabajo y a la educación, entre otros. Se refiere a las personas con discapacidades como un grupo que por su vulnerabilidad requiere de programas especiales de relativo bajo costo que proporcione el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación.

²⁰ Propone la reforma de las legislaciones sobre discapacidad mental de conformidad con los compromisos internacionales de derechos humanos y la creación de servicios de salud mental basados en la comunidad.

²¹ Exhorta a los Estados a "promover e implementar a través de legislación y planes nacionales de salud mental la organización de servicios comunitarios de salud mental cuyos objetivos sean la plena integración de las personas con discapacidad mental en la sociedad..."

Iniciativas de la OPS/OMS para el abordaje de la discapacidad y su rehabilitación: Retos y nuevos desafíos

Enfoques estratégicos

38. Promoción de la salud y prevención de discapacidad: evitar o minimizar la incidencia de discapacidades por enfermedades crónicas; detectar factores de riesgo que produzcan discapacidad.; y promover estilos saludables de vida.
39. Asistencia médica y rehabilitación integral: promover una mayor equidad en la provisión de los servicios de rehabilitación a todos los niveles; detectar y atender tempranamente a niños con deficiencias o con alteraciones del desarrollo; y desarrollar acciones de intervención a necesidades de grupos vulnerables [niños (as), adultos mayores, indígenas, mujeres, víctimas de minas antipersonales, víctimas de desastres].
40. Integración comunitaria: consolidar la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC); promover la activa participación de las personas con discapacidad, sus familias y organizaciones en la obtención de una calidad de vida acorde a la dignidad humana; impulsar la estrategia de comunidades accesibles para todos (accesibilidad universal).
41. Desarrollo científico tecnológico: Definir políticas públicas para la producción de prótesis, ortésis y ayudas técnicas, accesibles y desarrollar una tecnología simplificada; establecer programas de entrenamiento de profesionales de la rehabilitación; y promover la investigación en rehabilitación.
42. Inclusión e integración socio-económica: promover la igualdad de oportunidades de empleo para las personas con discapacidad y contribuir con la integración laboral de las personas con discapacidad en correspondencia con sus potencialidades.
43. Integración escolar y educación inclusiva: escolarización de personas con discapacidad en el sistema de educación regular; promoción la enseñanza de convivencia con las diferencias; establecimiento de servicios de salud escolar que atiendan las necesidades de los niños y niñas con discapacidades y de los que están en riesgo.
44. Consejos nacionales de rehabilitación: fomentar la responsabilidad social frente al problema de la discapacidad.; estimular la participación de las municipalidades en el establecimiento de Ciudades Accesibles para todos; promover la defensa de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad; y fomentar el desarrollo de políticas públicas ante el problema de a discapacidad.

45. Enfoque epidemiológico de la discapacidad: consolidación de los sistemas de información de discapacidad y rehabilitación; establecimiento de parámetros para vigilancia epidemiológica de la discapacidad; y difusión e implementación de la CIF.

46. En conclusión, la multicausalidad de la discapacidad y la complejidad de los diversos factores que interactúan para producir “Discapacidad”, nos empujan a la búsqueda e identificación de enfoques y estrategias que permitan dar respuestas integrales insertadas en los programas y políticas públicas sobre atención a las personas con discapacidad, su rehabilitación e inserción social, especialmente transversalizando el tema en todas las iniciativas de desarrollo que conduzcan al bienestar humano.

47. Esta visión abarca, por lo tanto, el desarrollo inclusivo, entendiendo por esto *“La elaboración e implementación de acciones y políticas encaminadas para el desarrollo socioeconómico y humano que apuntan a la igualdad de oportunidades y de derechos para todas las personas, independientemente de su estatus social, género, condiciones físicas, intelectuales o sensoriales y de su raza”* (30). Por consiguiente, es necesario promover, entre las diferentes agencias de cooperación y desarrollo, el intercambio, unificar criterios y desarrollar una colaboración permanente, para generar una sinergia de trabajo que potencie las actividades que cada una de ellas lleva a cabo y evitando que éstas sean puntuales o aisladas.

Intervención del Comité Ejecutivo

48. Se invita al Comité Ejecutivo dar observaciones y sugerencias sobre el enfoque que se presenta para prevenir las discapacidades y lograr una rehabilitación integral de las personas con discapacidades.

Referencias

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra, 2001.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Seminario Políticas Sociales y Rehabilitación Integral en los Países del Cono Sur*. Montevideo, 2002.
3. *Atención Primaria en Salud y Rehabilitación*. Programa Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua, 2005.
4. Las Normas Uniformes sobre Igualdad para las Personas con Discapacidad, A.G. res 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 202, ONU. Doc. A/48/49 (1993).
5. Situación de la discapacidad en las Américas. Programa Regional de Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua, 2004.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Discapacidad*. Programa de Rehabilitación OPS/OMS. Washington, D.C 1991.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Niveles de Atención en Rehabilitación*. Washington, D.C 1991.
8. Montero, Federico. *Right to Health and Rehabilitation for Persons with Disabilities*. DAR/WHO. Geneva, 2006.
9. G. Quinn, T. Degener, *Human Rights and Disability* [Derechos Humanos y Discapacidad], HR/PUB/02/1, United Nations, 2002. Ver también *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Paul Hunt, Comisión de Derechos Humanos, Naciones Unidas, E/CN.4/2005/51.
10. Gostin LO, Gable L., *The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: a Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health* [Los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidades Mentales: una Perspectiva Global sobre la Aplicación de los Principios de Derechos Humanos a la Salud Mental], Maryland L Rev., 2004; 63:27. Ver también Lawrence O. Gostin and Zita Lazzarini, *Human Rights and Public Health In the AIDS Pandemic* [Derechos Humanos Y Salud Publica en la Pandemia del Sida] 43-49 (1997).

11. Jonathan M. Mann, Sofia Gruskin, Michael A. Grodin, George J. Annas, Health and Human Rights [Salud y Derechos Humanos] 11-14 (1999).
12. Resolución CD43R10, *Salud Mental*, 43er Consejo Directivo, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington D.C., EUA, 2001.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Acerca de la Discapacidad y sus instrumentos jurídicos: una perspectiva sanitaria*, Washington D.C.; 1997.
14. Declaración Universal de Derechos Humanos. A.G. Res. 217 A (III), ONU Doc. A/810 p. 71 (1948).
15. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992).
16. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A.G. Res. 2200, 21 ONU GAOR Sup. (No.16) 52, ONU Doc. A/6316 (1966).
17. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A.G. Res. 2200A(XXI), 21 ONU GAOR Sup. (No. 16) 49, ONU Doc. A/6316 (1966).
18. Convención de los Derechos del Niño. A.G. res.44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49 (1989).
19. Convención Americana sobre Derechos Humanos. OEA, Off. Rec., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 rev. 6 (1979).
20. El Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ó Protocolo de San Salvador. OEA, No. 69 (1988), sucrita el 17 de noviembre de 1988, Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1, p. 67 (1992).
21. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad. A.G./res. 1608 (XXIX-0/99), 7 junio 1999.
22. Juan Antonio Carrillo Salcedo, *El Derecho Internacional en un Mundo en Cambio*, 127 (1984). Ver también Mark W. Janis, *An Introduction to International Law [Introducción al Derecho Internacional]*, 51 (1993).
23. Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental, A.G. res. 2856 (XXVI), 26 ONU GAOR Supp. (No. 29) p. 93, ONU Doc. A/8429 (1971).

24. Declaración de los Derechos de los Impedidos, A.G. res. 3447 (XXX), 30 U.N. GAOR Supp. (No. 34) at 88, U.N. Doc. A/10034 (1975).
25. Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, A.G. res. 46/119,46 ONU GAOR Supp. (No.49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991).
26. La Observación General 5, *Personas con discapacidad*, U.N. Doc. E/C.12/1994/13 (1994).
27. La Observación General 14, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 22º Período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4.
28. Levav I, Restrepo, Guerra de Macedo C. The restructuring of psychiatric care in Latin America: a new policy for mental health services [La reestructuración de la atención psiquiátrica en Latino América: una nueva política para los servicios de salud mental]. *J Public Health policy*. 1994; 15:71.
29. La Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental, Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rev., 16 de abril 2001.
30. Manual sobre Desarrollo Inclusivo. Banco Mundial. Río de Janeiro, 2005.