

Salud integral de las personas con discapacidad

Intervención de Eduardo Joly, MA en Sociología, integrante de REDI – Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad, Presidente de Fundación Rumbos

Para comenzar, quiero aclarar que más que usar el término persona con discapacidad -usado en los tratados internacionales vigentes- tenderé a usar el de discapacitado -preferido por los ingleses que gestaron el modelo social de la discapacidad y que lo utilizaron para poner énfasis en que la discapacidad no es algo portado por la persona sino que es una construcción social-.¹ De hecho, cuando se habla de persona con discapacidad se habla de alguien sospechada de incapaz, a quien se le ha colgado una pesada mochila estigmatizante. El contenido de esa mochila es justamente la sospecha de incapacidad. A medida que avance, espero que éste concepto termine quedando claro.

El título de mi exposición “Salud integral de las personas con discapacidad” induce a pensar a la provisión de salud para este colectivo de personas como un sistema en paralelo al destinado a la población en su conjunto. Tal vez porque estamos hablando de un grupo social tan atípico, marginado y desatendido que convoca a pensar en medidas correctivas excepcionales, en leyes específicas para garantizar su atención, en dispositivos terapéuticos especializados. Esta manera de pensar ha orientado la provisión de servicios de salud a las personas discapacitadas vía centros de atención y rehabilitación e inclusive dio lugar a la especialidad concomitante de fisiatría y a múltiples subespecialidades médicas, especialmente para atender a los mutilados de la segunda guerra mundial y que luego revirtieron sobre quienes no eran considerados discapacitados. Sin embargo, desde la lógica de muchos que trabajan en discapacidad, incluyendo a personas discapacitadas, se piensa que estas necesitan, merecen y tienen derecho a una atención recortada del resto de la población. Discrepo con este enfoque, ya que contribuye a reproducir el lugar marginal, guetoizado, que caracteriza al colectivo.

Es cierto que las personas con discapacidad integran, en su conjunto y especialmente las pertenecientes a clases sociales más bajas, un sector social estructuralmente excluido de la producción, pero hay que comprender que este sector comparte el lugar estructural y las vicisitudes cotidianas de otros sectores sociales empobrecidos y marginados por el desarrollo que el

¹ Los primeros esbozos de un modelo social de la discapacidad surgieron en Inglaterra en 1972 y se plasmaron en el documento seminal de UPAIS – The Union of the Physically Impaired Against Segregation (1974 y modificado en 1976). <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/UPIAS/UPIAS.pdf>. Sus autores, en su amplia mayoría provenientes de distintas corrientes del socialismo inglés (Paul Hunt, Michael Oliver, Vic Finkelstein, entre otros), optaron por la denominación de “personas discapacitadas” o “discapacitados” para referirse a sí mismos. En EEUU, quienes empezaron luego a pensar desde este modelo optaron por “personas con discapacidad”.

capitalismo les ha impuesto, y que por tanto su accionar y sus reclamos deben aunarse con ellos, a saber, con la masa de trabajadores desocupados y sub-ocupados. El derecho a la salud de las personas discapacitadas pasa por integrarlas a un sistema universal y nacional de salud que dé respuesta a las necesidades de prevención y atención de la población en su conjunto. Esto guarda coherencia con la consigna que ha inspirado a REDI – la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad – desde la crisis del 2000/2001: “integrarnos en las luchas para luchar por nuestra integración”.

Esta reflexión me obliga a explicitar qué entiendo por discapacidad, para luego analizar la particular relación que se establece entre discapacidad y salud. No voy a aburrirlos con definiciones de la OMS, ni con lo que ustedes conocen o intuyen desde la mirada médica. Ya que entiendo que es parcializada y acotada a las exigencias de la práctica médica o de los profesionales de la salud en su conjunto. Voy a remitirme a una concepción más amplia, social, y anclada en la economía política: el concepto de discapacidad, tal como lo conocemos, tiene sus orígenes históricos en la etapa de la industrialización y del surgimiento del capitalismo. Antes no existía.

A lo largo de la historia, siempre hubo personas con limitaciones físicas, sensoriales, cognitivas, intelectuales, pero el lugar que ocuparon en los distintos modos en que las sociedades organizaron su producción fue distinto.

Resumidamente, en la esclavitud, los esclavos lo eran por conquista militar (Grecia) o por haber sido comprados (la situación en el continente americano y sus islas). Trabajaban de sol a sol en tareas manuales de esfuerzo físico, hasta morir y ser reemplazados. Cuando se los compraba tenían un precio asociado a su sexo, edad y condición física. Pero todos eran comprados y cumplían las tareas que sus cuerpos les permitían.²

En el sistema feudal, los siervos entregaban al señor un tributo, una parte de su producción. Quienes tuvieran algo del orden que hoy denominamos discapacidad contribuían en lo que podían a la economía familiar y si no podían, eran abandonados.³

Con el advenimiento de la industria, de la manufactura que demandó una división técnica del trabajo y que sentó las bases para el modo de producción capitalista que hoy conocemos, surgió el empleo de la fuerza de trabajo a cambio de un salario en una relación en la cual los propietarios de los medios de producción, los empresarios, procuraron contratar sólo a quienes consideraban capaces de realizar tareas repetitivas, durante largas horas de

² Barnes, Colin: *A Legacy of Oppression: A History of Disability in Western Culture*, en Disability Studies: Past Present and Future, ed. by Len Barton and Mike Oliver (1997), Leeds: The Disability Press; y Andrés-Gallego, José: *La esclavitud en la América española*. Ediciones Encuentro y Fundación Ignacio Larramendi. Madrid. 2005.

³ Russell, Marta: *The political economy of disablement*, en Dollars and Sense. 2002

trabajo, en condiciones laborales que desde un principio demostraron ser inhumanas, y que les dejara un buen margen de ganancia.

Fue en este contexto, en los inicios de la industria y del modo de producción capitalista, que surgió por primera vez el concepto de incapacidad para el trabajo productivo, que luego derivó en el concepto de discapacidad, como incapacidad sospechada para ser explotados, para generarles ganancias a los empresarios.⁴ Esto dio lugar a la construcción de un cuerpo legal para justificar la exclusión de estas personas de la fuerza laboral, restringiendo su acceso al empleo y forzando una jubilación temprana por invalidez laboral. El efecto ideológico más contundente de esta construcción fue extender la sospecha de incapacidad a todos los atributos de estas personas. El estigma de incapacidad productiva tiñó, en el imaginario social, a la persona misma. Las implicancias en términos de incumplir sistemáticamente las leyes de cupo laboral (es políticamente correcto aprobarlas pero es letra muerta en materia de aplicación), de limitar oportunidades educativas (¿para qué molestarse en educar a quienes jamás podrán aplicar productivamente lo que puedan aprender?), y de restringir prestaciones médicas y de rehabilitación, reflejan el lugar marginal que ocupan en las políticas públicas de Estado.

Ahora bien, los economistas de hoy día, ¿cómo piensan a la discapacidad?

El criterio habitual concierne la habilidad de realizar las tareas de una ocupación común y corriente, es decir, la habilidad de realizar suficiente trabajo como para “*ganarse la vida*”, concepto que encubre que se trabaja no sólo para cubrir el propio salario, sino muy especialmente para asegurarle ganancias al empleador.⁵

En las Encuestas Permanentes de Población de EEUU,⁶ desde 1981 se define a personas con discapacidad como quienes

“...reportan una enfermedad o discapacidad que les impide trabajar o limita la cantidad de trabajo que pueden realizar”. O sea que “...el ingrediente clave de discapacidad es la incapacidad de realizar o una limitación en el desempeño de roles y tareas socialmente esperadas. El trabajo en el mercado es un rol socialmente esperado. Por lo tanto, quienes no pueden desempeñar o se encuentran limitados en su capacidad laboral se consideran discapacitados”.

El estigma discapacitante puede o bien anteceder al ingreso potencial al mercado laboral o bien derivar en la expulsión del mismo cuando el trabajador

⁴ Russell, Marta: *The political economy of disablement*, en Dollars and Sense. 2002; y Oliver, Michael: “*Disability and the Rise of Capitalism*” en *The Politics of Disablement*, Basingstoke: Macmillan and St Martins Press 1990.

⁵ Haveman, Robert & Wolfe, Barbara: *The Economics of Disability and Disability Policy*. Department of Economics, The University of Wisconsin-Madison. 1999

⁶ Current Population Surveys (CPS)

pierde productividad por enfermedad o lesión, con lo cual al trabajador –ahora designado discapacitado- se le niega el derecho a seguir ganándose la vida. Y en este doble movimiento de exclusión y expulsión, al trabajador discapacitado se lo ubica en el lugar de trabajador remanente, en lo que la economía clásica definió como superpoblación relativa, o ejército industrial de reserva. Por ello, sostengo que la discapacidad, más que un problema crónico de salud-enfermedad, es un problema crónico de desempleo, independiente de las limitaciones funcionales que tengan las personas. Es por ello que el único derecho indiscutido que han tenido y tienen estas personas es el de ganarse la vida mendigando.⁷ A nadie se le ocurre decirle a un ciego, a un amputado, a un usuario de silla de ruedas “andá a laburar vago” cuando le pide limosna, ya que está instalado sabe que para dicha persona no hay otro trabajo posible.

Tal como la concibo, la discapacidad, entonces, va más allá de la necesaria presencia de un condicionamiento biológico o de un compromiso psíquico o mental, o de lo que suele denominarse una deficiencia. La discapacidad tiene mucho más que ver con la clase social a la cual se pertenece. De hecho, es más prevalente y con implicancias más serias en clases sociales más bajas que en las clases altas.⁸

Me refiero a las denominadas discapacidades mentales que comprometen la capacidad cognitiva del sujeto y que, más allá de las de origen genético, en gran medida son producto de la desnutrición fetal y la malnutrición infantil, asociadas a los niveles de pobreza en nuestra sociedad, y que se potencian con bajos niveles de escolaridad.

También me refiero a las denominadas discapacidades motrices, viscerales, sensoriales, cognitivas y mentales, producto de mala praxis, de enfermedades o de accidentes ocupacionales, asociados a la flexibilización laboral, así como producto de accidentes de tránsito, y de la contaminación del medio ambiente, asociados a la ausencia del Estado de sus funciones de resguardo de la salud pública, tanto en sus aspectos preventivos como curativos.

Un problema que se presenta en materia de discapacidad y vinculado a la salud concierne pensar a la discapacidad como un rasgo patológico que define a quien la “porta”, y que debe ser atendida por especialistas en discapacidad.

⁷ Silberkasten, Marcelo: “*La construcción imaginaria de la discapacidad*” (1ra. Edición, 2006, Topía Editorial, Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, Buenos Aires). Correspondería investigar el derecho del discapacitado a limosnear que se remonta a las leyes de vagancia y mendicidad, presentes en Inglaterra a partir del siglo XVI, así como los edictos en época del Virreinato del Río de la Plata, y luego de la independencia, y posteriores.

⁸ Buena parte de este análisis apareció en Joly, Eduardo: *¿Qué le pasa a la ciencia y a la tecnología con las personas con discapacidad: las ve, las escucha, o es sorda y ciega?*, Ponencia en Mesa Redonda sobre Cooperación en Ciencia y Tecnología con Incidencia en la Autonomía Personal de los Niños y Adolescentes con Graves Problemas de Discapacidad, en la VIII Conferencia Científica del Programa CYTED - Reunión de Ministros y Altas Autoridades de Ciencia y Tecnología de la Comunidad Iberoamericana, celebrado en Panamá, Mayo 8-9, 2000.

De ahí que existan – como señalé al principio – leyes específicas para la atención de personas con discapacidad, y leyes con asignaciones presupuestarias específicas para la atención de patologías puntuales que recortan y refuerzan las diferencias y sin querer discriminan en contra de quienes quedan afuera de sus prestaciones y beneficios. Aun existiendo dichas leyes, se observa su sistemático incumplimiento por parte de los sistemas de medicina privada e inclusive, en nuestro país, de las obras sociales. El acceso a las prestaciones demanda recurrir a la justicia una y otra vez, proceso en el cual la atención se escamotea y demora con efectos aun más nocivos para la salud.

Al respecto, quiero señalar que las enfermedades y lesiones, teñidas de estigma en el imaginario social con el rótulo de discapacidad, son en gran medida prevenibles. Por otra parte, en gran medida, las personas discapacitadas comparten la misma falta de acceso a la salud que el resto de los trabajadores desocupados o en negro. Y en particular, tienden a ser excluidos de los sistemas de medicina prepaga y obras sociales, o impedidos de cambiar de cobertura, cuando estas toman conocimiento de pre-existencias. Debemos agregar que por lo general, para acceder a dichas prestaciones hay que contar con un certificado de discapacidad emitido por entidades de salud pública. Pero ocurre que escasamente el 15% de estas personas cuentan con dicho certificado.⁹ Cuando sí lo tienen y usan, las prepagas y obras sociales logran que el Estado les reintegre una parte importante de los gastos en que incurren en su atención, en virtud de la ley 24901. Esto explica por qué estos servicios no-públicos de salud procuran sólo cubrir aquello para lo cual obtendrán un reintegro y escamotean una atención integral.

Por otra parte, están las nociones que prevalecen entre los profesionales de la salud con relación a la discapacidad y que atentan contra una atención integral.¹⁰ Es muy frecuente escuchar a pediatras y clínicos expresar su resistencia a tratar a pacientes con enfermedades o lesiones rotuladas como discapacidades o a considerar que los esfuerzos en este campo suelen ser estériles y frustrantes. Aducen que “no saben qué hacer” ante estos casos. La discapacidad se les presenta como atributo determinante de todo lo que pueda acontecerle al sujeto y por ende requiere de un profesional especializado, y si se especializa en pacientes con discapacidad, mejor. Aquí, el clínico o pediatra revela un prejuicio social y culturalmente generalizado – y por cierto inconsciente – de que la discapacidad constituye una entidad absolutamente diferenciada de lo habitual, de lo normal.

⁹ INDEC, CONADIS: *La población con discapacidad en la Argentina – Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI)*, Buenos Aires. 2005, p. 97.

¹⁰ Joly, Eduardo: “*Discapacidad, salud y explotación: una construcción social*”, Encuentro Nacional de Discapacidad y Enfermos Crónicos – Foro de Salud – Buenos Aires, Noviembre 2003 – Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires.

Además, prevalece la noción de que la persona rotulada con discapacidad tiene limitadas perspectivas y que su existencia seguramente será improductiva, marcada por una letanía de secuelas que configuran una existencia de dependencia médica, psicológica, familiar y social. Aquí, el criterio médico – plasmado en un diagnóstico y pronóstico presuntivo – delimita lo posible, predispone al paciente y a sus familiares, y (des)orienta el accionar terapéutico.¹¹ A los médicos, formados para curar, la discapacidad los frustra y desarma.

En este contexto ideológico, donde confluyen criterios políticos y económicos y prejuicios médicos, el certificado de discapacidad al que hice referencia antes, más que servir para acceder a prestaciones médicas, e inclusive algunas sociales (tal como la exención de pago en el transporte público), fue originalmente diseñado como instrumento clasificador de la capacidad productiva de las personas. A los médicos se les asignó el papel de determinar cuánta discapacidad tiene una persona, adjudicándole un valor en menos según el grado de compromiso físico o mental “medido”, pensado esto en función de la capacidad o no de la persona de desplegar una actividad productiva... una manera más elegante para decir cuánto podría llegar a rendir esa persona, o más crudamente, si es o no explotable como trabajador asalariado. Esta mirada sigue prevaleciendo a pesar del cambio de metodología propuesto por la OMS (la CIF – Clasificación de Funciones) para el otorgamiento del certificado de discapacidad, y de la incorporación de profesionales no-médicos en la evaluación.

Esta lógica también se hace presente en los exámenes de apto laboral, previo a una contratación. La persona recibe la más alta calificación si tiene todos sus dedos, brazos, piernas, ojos, oídos, etc., pero este valor baja significativamente si alguna de las partes no "funciona" o si presenta alguna patología sospechada de limitar su potencial productividad. De hecho, este criterio también se verifica en las pólizas de seguro de vida y de salud, en los criterios que se emplean para asignar una jubilación por invalidez, y en la negativa a reconocer pre-existencias por parte de las prepagas y obras sociales.

La medicalización de la discapacidad, entonces, define cuáles cuerpos y mentes son "normales" y deseables, y por tanto aceptables. Ha transformado en patologías estigmatizantes a la ceguera, la sordera y los déficit que se han manifestado a lo largo de la historia de la humanidad, y al hacerlo, ha contribuido a discapacitar a sus portadores, relegándolos al aislamiento y a la exclusión.

¹¹ Joly, Eduardo: *“La experiencia de un parapléjico: El valor de la incertidumbre”*. Ponencia en Segundo Congreso Caneo 1997 (Capítulo Argentino de Neuroortopedia). Buenos Aires, 1997.

Así entendida, la discapacidad es una categoría generada socialmente que se deriva de las relaciones de trabajo, un producto de la estructura económica del capitalismo que crea la sospecha de incapacidad como una de las condiciones que le permite acumular riquezas. Crea discapacidades. Me refiero a las evitables si se garantizara una adecuada nutrición fetal e infantil, vacunas, atención temprana, buenas condiciones del parto, seguridad e higiene en el trabajo, protección ambiental, entre otros.

Pero, del cuerpo y mente no-explotable en la producción, el capitalista también saca beneficio: lo aprovecha como objeto de la mercantilización de la salud, pretendiendo curarlo, borrarle la marca de la discapacidad, rehabilitarlo para una supuesta integración social, preferentemente laboral, que luego le niega por su propia discapacidad. En este sentido – desde una lógica empresaria –, los profesionales de la salud son convocados a negar el propio sentido de su profesión y a ejercer una práctica frustrante y alienante tanto para sí como profesionales, como para el “paciente”, ya que casi nunca se alcanzan los objetivos supuestos.

Sin embargo, para la lógica empresaria el objetivo sí se alcanza: la salud es un gran negocio, para los laboratorios farmacéuticos, para los centros privados de rehabilitación e internación, para los fabricantes de sillas de ruedas y audífonos, para las grandes ortopedias, etc.¹²

En todo este andamiaje, el Estado juega un papel clave.¹³

Por un lado, sirve a dichos intereses al no incorporar a trabajadores identificados como discapacitados – sea por la vía del cupo laboral o no – tanto en el sector Estatal como en el privado, y al imponerle una jubilación a todo trabajador que se cataloga como tal, apartándolo del mercado laboral.

Por otro lado, el Estado asigna fondos a programas de capacitación laboral (para empleos que nunca se concretan), y terceriza la prestación de atención médica a través de programas de rehabilitación y asistencia manejados por instituciones privadas – algunas hasta bajo el manto de ONGs supuestamente sin fines de lucro. Una y otra vez comprobamos que se asignan partidas presupuestarias pensadas más en función del rédito económico para los empresarios o profesionales intervinientes que en función de satisfacer las

¹² Albrecht, Gary L.: *The Disability Business: Rehabilitation in America*, Newbury Park, CA., Sage Library of Social Research (1992).

¹³ Ver *Presentación ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Cuestiones a considerar en Informe periódico sometido por Argentina en cumplimiento del art. 9 de la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación Racial*, conocido como Contrainforme CERD Julio 2004, elaborado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), el Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Refugiados y Migrantes, junto a la Federación Internacional de Ligas de Derechos Humanos (FIDH). *Anexo IV - La Situación de las Personas con Discapacidad en Argentina*, preparado por REDI, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), y Red de Asistencia Legal, Agosto 2003, http://www.cels.org.ar/Site_cels/documentos/CERD_personas_discapacidad.pdf

necesidades de los destinatarios finales. En este sentido, las personas con discapacidad sufren la misma falta de salud integral que los sectores relegados de la población en su conjunto.

Ante este panorama, podríamos sugerir las siguientes medidas correctivas:

- 1) *Poner los mayores esfuerzos en desarrollar un Sistema Universal de Salud Pública Gratuita, que atienda las necesidades de salud preventiva, curativa y de rehabilitación de las personas discapacitadas al igual que las de la población en su conjunto, reemplazando el sistema actual basado en prepagas y obras sociales. Pensar en cómo gestar la transición del sistema actual al propuesto.*
- 2) *Mientras se avanza en la estructuración de un sistema universal como el propuesto en el primer punto, asegurar que las prestaciones médicas y de rehabilitación contempladas en la ley 24901 se brinden a toda persona que las precise sin requerir para ello el certificado de discapacidad. Asimismo, propender a que las prestaciones no-sanitarias (educativas/formativas, de transporte, de seguridad social, y otras) tomen cuerpo en los sistemas correspondientes, es decir, sacarlas del ámbito de la salud.*
- 3) *Desalentar leyes específicas por patologías con asignaciones presupuestarias focalizadas en ellas, ya que su atención debiera estar contemplada en la ley 24901 y eventualmente en los programas de salud pública general.*
- 4) *Desmitificar la discapacidad como problema médico incurable y por tanto frustrante para los profesionales de la salud, reconociendo que la discapacidad no es sinónimo de enfermedad sino una designación social, que conlleva marginación. Sacar a las personas discapacitadas del gueto de atención en salud en el que están encapsulados y que sean atendidos por los mismos profesionales y con los mismos parámetros que el resto de la población.*
- 5) *Sistematizar el control preventivo de la salud en las estructuras educativas (sanidad escolar), y garantizar una comida nutritiva en las escuelas públicas, especialmente en zonas de mayor pobreza.*
- 6) *Los enormes avances en materia de medicación, cirugía, rehabilitación funcional, y tratamientos de estimulación temprana, psicología, psicomotricidad y psicopedagogía, debieran estar disponibles independientemente de si las personas cuentan o no con un certificado de discapacidad. Si el Estado asegurara con recursos financieros, humanos, materiales e infraestructura necesarios un sistema universal de salud pública y gratuita, con servicios que alcanzaran a toda la población, la salud*

no sólo sería inclusiva para con las personas discapacitadas sino para con todos los grupos vulnerables y vulnerados. Hasta tanto dicho sistema se instrumente, imponer la obligatoriedad de cobertura a las prepagas y obras sociales, prohibiendo las exenciones por preexistencias.

- 7) *Asegurarle a la mujer discapacitada, y por supuesto a todas las mujeres, los apoyos necesarios tanto para prevenir o interrumpir un embarazo no deseado, así como asegurarle las mejores condiciones para un embarazo deseado.*
- 8) *Mayor intervención del Estado para asegurar condiciones de trabajo saludables, condiciones de producción industrial y agrarias y logísticas no-contaminantes; reimposición de la jornada laboral de 8 horas, y de 6 horas para quienes realizan trabajos insalubres, y efectivización en planta permanente de trabajadores tercerizados y contratados por fuera de las paritarias. Erradicación del trabajo infantil que es un agravante de las condiciones para “discapacitar” a cualquiera. Notablemente, estas son reivindicaciones históricas de los trabajadores que convergen con los criterios de prevención de enfermedades y lesiones “discapacitantes”.*
- 9) *Reconocer que la accesibilidad física y comunicacional en su sentido más estricto es un factor de salud, y que las soluciones accesibles reducen los riesgos de accidentes traumatológicos para todos, brindan orientación en su circulación a personas con limitaciones cognitivas, y mejoran las posibilidades de desarrollar una vida plena a todas las personas. La accesibilidad al entorno físico-social, en su sentido más amplio, propicia un desarrollo pleno mediante el acceso a la educación, al trabajo, al esparcimiento, al ejercicio de los derechos políticos, entre otros.*
- 10) *El desempleo crónico que caracteriza a las personas con discapacidad se cura con trabajo dignamente remunerado y no permitiendo que se despidan a trabajadores cuya productividad decaiga por enfermedad o lesión. Empleo con un ingreso no inferior a la canasta familiar para todo trabajador con discapacidad (cumplir con el cupo laboral previsto en la ley). Ingreso no inferior a la canasta familiar en todo hogar donde habite una persona discapacitada (para que el hogar no se encuentre sumido en la pobreza). Incorporación del cupo laboral y del no-despido de trabajadores catalogados como discapacitados en los convenios colectivos de trabajo tanto en el sector público como en el privado.*
- 11) *De la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que forma parte de nuestro cuerpo legal gracias a la ley nacional 26.378 del 2008, tomar en cuenta su preámbulo (incisos 15 y 22), y los artículos 4-Obligaciones generales (incisos 3 y 5), 16-Protección contra la explotación, la violencia y el abuso (inciso 4), 22-Respecto de la*

privacidad (inciso 2), 25-Salud, 26-Habilitación y rehabilitación, 27-Trabajo y empleo (inciso 1.2), 33-Aplicación y seguimiento nacionales (inciso 3).

Anexo

A continuación, transcribo los artículos e incisos mencionados de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad:

Preámbulo:

Inciso 15: Considerando que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente.

Inciso 22: Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Artículo 4-Obligaciones generales:

Inciso 3: Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

Inciso 5: Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discriminen por motivos de discapacidad.

Artículo 16-Protección contra la explotación, la violencia y el abuso: Inciso 4: Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

Artículo 22-Respecto de la privacidad: Inciso 2: Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 25-Salud:

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:

1. 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;
2. 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;
3. Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
4. 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;

5. 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;
6. 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.

Artículo 26-Habilitación y rehabilitación:

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:
 1. Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;
 2. Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.
2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.
3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

Artículo 27-Trabajo y empleo: Inciso 1.2: Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos.

Artículo 33-Aplicación y seguimiento nacionales: Inciso 3: La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento.

FUENTE: Por Eduardo Joly. Ponencia presentada en Congreso de países del Mercosur sobre Bioética y derechos humanos. Tema: El Derecho a la Salud. Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, Cátedra Libre de Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA-BIO&SUR Asociación de Bioética y Derechos Humanos. 3 de diciembre de 2010.