Naciones Unidas A/HRC/40/32

Asamblea General

Distr. general
21 de enero de 2019
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos
40º período de sesiones
25 de febrero a 22 de marzo de 2019
Temas 2 y 3 de la agenda
Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

La habilitación y la rehabilitación en el sentido del artículo 26 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*

Resumen

Este informe, presentado en cumplimiento de la resolución 37/22 del Consejo de Derechos Humanos, ofrece un panorama general de la obligación de proporcionar habilitación y rehabilitación con arreglo al artículo 26 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Contiene orientaciones sobre un enfoque de la habilitación y la rehabilitación de las personas con discapacidad basado en los derechos humanos y recomendaciones para ayudar a los Estados a cumplir las obligaciones que les incumben en virtud del derecho internacional de los derechos humanos.

* Se acordó publicar el presente informe tras la fecha de publicación prevista debido a circunstancias que escapan al control de quien lo presenta.

GE.19-00958 (S) 050219 190219

1900958

Se ruega reciclar

Índice

		Página
I.	Introducción	3
II.	Definición de la habilitación y la rehabilitación	4
	A. Marco jurídico internacional de la habilitación y la rehabilitación	4
	B. Tipos de intervenciones de rehabilitación	5
III.	Elementos de la obligación de proporcionar habilitación y rehabilitación	8
	A. Elementos de la rehabilitación	8
	B. Adopción de un enfoque de la rehabilitación basado en los derechos humanos	10
IV.	Medidas de ejecución	14
	A. Marco normativo y jurídico	14
	B. Coordinación	15
	C. Personal de rehabilitación multidisciplinario y capacitado	15
	D. Mecanismos de financiación	16
	E. Toma de conciencia	16
	F. Investigación y datos	16
V.	Conclusiones y recomendaciones	17

I. Introducción

1. En su resolución 37/22, el Consejo de Derechos Humanos solicitó a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que dedicara su próximo estudio temático anual sobre los derechos de las personas con discapacidad al artículo 26 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y que lo presentara antes de su 40º período de sesiones.

2. El artículo 26 de la Convención establece que los Estados partes deben adoptar medidas de habilitación y rehabilitación 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. Los Estados partes tienen la obligación de organizar, intensificar y ampliar servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales (art. 26, párr. 1). Los Estados partes también están obligados a promover la disponibilidad, el conocimiento y el uso de dispositivos y tecnologías de apoyo (en adelante, "productos de apoyo") a efectos de habilitación y rehabilitación (art. 26, párr. 3).

3. En el presente informe se abordan la habilitación y la rehabilitación desde la perspectiva de los derechos humanos de las personas con discapacidad, en particular con respecto a la eliminación de las barreras debidas a la actitud y al entorno que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Convención, preámbulo, párr. e)). A fin de comprender el alcance y la función que deben tener la habilitación y la rehabilitación respecto de otras medidas de facilitación, se consideran en el contexto de una amplia gama de estrategias previstas en la Convención para garantizar y promover la autonomía, independencia e inclusión plenas de las personas con discapacidad, en particular medidas de accesibilidad y ajustes razonables, toma de conciencia, educación inclusiva, acceso a la justicia, apoyo para la adopción de decisiones y servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad. El informe también aborda la necesidad de distinguir entre las medidas relacionadas con la rehabilitación y las estrategias más generales de desarrollo comunitario para la inclusión de las personas con discapacidad.

4. A los efectos del presente informe, se entiende por habilitación y rehabilitación un conjunto de intervenciones destinadas a optimizar el funcionamiento de las personas con deficiencias en interacción con su entorno. El objetivo de la habilitación es ayudar a las personas que tienen deficiencias congénitas o las adquieren en la primera infancia para que aprendan a funcionar mejor con ellas. El objetivo de la rehabilitación, en sentido estricto, es ayudar a quienes experimentan una pérdida de funciones por haber adquirido una deficiencia para que vuelvan a aprender a realizar sus actividades cotidianas a fin de recuperar al máximo sus funciones. Al hacer que las personas adquieran o recuperen funciones, o compensar la pérdida o ausencia de una función o una limitación funcional, la habilitación y la rehabilitación equipan en última instancia a las personas con discapacidad para alcanzar un mayor grado de independencia. Si bien la rehabilitación es de particular importancia para las personas con discapacidad, no todas las personas con discapacidad necesitan habilitación y rehabilitación. En el presente informe se usa el término "rehabilitación" para designar tanto la habilitación como la rehabilitación, a menos que se hable de la habilitación de manera específica.

5. Para la elaboración del presente informe se envió una nota verbal a todos los Estados Miembros en la que se solicitaban sus aportaciones, en respuesta a la cual se recibieron contribuciones escritas de 17 de ellos. También se recibieron aportaciones de organizaciones de la sociedad civil. Además, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos organizó una consulta en persona los días 5 y 6 de noviembre de 2018 en Ginebra para examinar aspectos sustantivos del informe. Las

contribuciones recibidas y un resumen de la reunión se publicarán en el sitio web de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos[1].

II. Definición de la habilitación y la rehabilitación

A. Marco jurídico internacional de la habilitación y la rehabilitación

6. Desde hace mucho tiempo se entiende que el acceso a la rehabilitación es un elemento intrínseco del derecho a la salud. Aunque la rehabilitación no se menciona expresamente en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales explicó en su observación general núm. 5 (1994) sobre las personas con discapacidad (párr. 34) que el derecho a la salud física y mental implica también el derecho a tener acceso a los servicios médicos y sociales y a beneficiarse de dichos servicios, y que las personas con discapacidad deben tener a su disposición servicios de rehabilitación a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad. En su posterior observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (párr. 17), el Comité afirmó además que el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos de rehabilitación estaba comprendido en el artículo 12, párrafo 2 d), del Pacto, relativo a la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

7. La rehabilitación también ha sido reconocida como parte de la reparación debida a las víctimas de graves violaciones de los derechos humanos. En particular, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes garantiza a las víctimas de la tortura el derecho jurídicamente exigible a una indemnización justa y adecuada, incluidos los medios para su rehabilitación lo más completa posible (art. 14, párr. 1). El derecho de las víctimas a la rehabilitación se ha reconocido en los contextos de la violencia sexual (A/70/222, párr. 25), la trata de personas (A/HRC/7/8) y la esclavitud (A/HRC/24/43, párrs. 62 a 66).

8. La Convención sobre los Derechos del Niño fue el primer tratado de derechos humanos de las Naciones Unidas en incluir la obligación explícita de prestar servicios de rehabilitación a las personas con discapacidad. De conformidad con su artículo 23, los Estados partes deben asegurar que los niños con discapacidad tengan un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios de salud, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciban tales servicios. En ese artículo, la rehabilitación se considera independiente de los servicios de salud. Hace mucho tiempo que se entiende que la rehabilitación de las personas con discapacidad no se limita al ámbito médico[2].

9. En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se reconoce y refuerza un enfoque intersectorial de la rehabilitación. Cuando se redactó la Convención, se rechazó rápidamente la propuesta inicial de abordar la rehabilitación junto con la salud en una sola disposición. Hubo consenso general en el Comité Especial Encargado de Preparar una Convención Internacional Amplia e Integral para Proteger y Promover los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad en que la rehabilitación tenía componentes sociales, educativos, profesionales y de otra índole ajenos a la salud. Al final, se decidió que la solución más apropiada era un artículo separado dedicado específicamente a la rehabilitación.

10. Si bien hay elementos de la rehabilitación en otros artículos de la Convención, el artículo 26 le da mayor visibilidad como importante estrategia para asegurar la inclusión y la participación de las personas con discapacidad a fin de lograr, mantener y maximizar su independencia, su plena capacidad física, mental, social y profesional y su plena inclusión y

[1] www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/StudiesReportsPapers.aspx.

[2] Organización Mundial de la Salud (OMS), “Comité de Expertos de la OMS en Rehabilitación Técnica: Segundo informe” (Ginebra, 1969), pág. 6. Véanse también las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, norma 3.

participación en todos los aspectos de la vida. Ello ha permitido crear un marco común para la prestación de servicios de rehabilitación coordinados e integrales que sean voluntarios, personalizados y basados en la comunidad. Los servicios y programas deben comenzar cuanto antes y basarse en una evaluación multidisciplinaria, apoyando al mismo tiempo la participación y la inclusión. El artículo 26 también exige que los Estados partes promuevan el desarrollo de la formación inicial y continua de los profesionales y el personal que trabajen en la habilitación y la rehabilitación, al mismo tiempo que la disponibilidad, el conocimiento y el uso de dispositivos y tecnologías de apoyo.

11. El artículo 25 garantiza expresamente la rehabilitación relacionada con la salud como elemento del derecho a la salud, y exige que los Estados partes adopten 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. El artículo 16 obliga a los Estados partes a promover la rehabilitación de las personas con discapacidad que sean víctimas de explotación, violencia y abusos. En el artículo 27 se cita la promoción de programas de rehabilitación vocacional y profesional como una de las obligaciones positivas de los Estados partes en relación con el derecho de las personas con discapacidad a trabajar. En el contexto del derecho a la educación, en el artículo 24, párrafo 3, se habla de medidas para que las personas con discapacidad puedan aprender habilidades para la vida y el desarrollo social a fin de propiciar su participación plena y en igualdad en la educación y como miembros de la comunidad, lo que podría considerarse habilitación y rehabilitación. En el artículo 20 se exige a los Estados partes que faciliten el acceso a ayudas para la movilidad personal, tecnologías de apoyo y dispositivos, mientras que el suministro de una gama más amplia de dispositivos y tecnologías de apoyo es una de las obligaciones generales previstas en el artículo 4.

B. Tipos de intervenciones de rehabilitación

12. La rehabilitación incluye una amplia gama de intervenciones funcionales, ya sean médicas o de otro tipo. Por ejemplo, algunas personas pueden necesitar rehabilitación para adquirir o volver a adquirir habilidades como la coordinación del movimiento de las piernas para caminar, aprender nuevas formas de realizar tareas como bañarse y vestirse, o aprender a comunicarse cuando su uso del lenguaje se ha visto afectado. La rehabilitación no es solo para personas con deficiencias físicas. Por ejemplo, los supervivientes de la tortura, la explotación sexual y la trata pueden necesitar rehabilitación psicosocial en forma de orientación, apoyo de otras víctimas y otras medidas.

13. La rehabilitación es un concepto en evolución que depende de las condiciones propicias o restrictivas del entorno. Los procesos de rehabilitación incluyen medidas con respecto al entorno inmediato de la persona afectada, como el suministro de ayudas para la comunicación, elementos accesibles en el entorno de la vivienda de la persona (por ejemplo, la instalación de un pasamanos para el retrete) o ajustes en el trabajo (por ejemplo, programas informáticos accesibles).

14. Tal vez no siempre sea evidente saber dónde termina la rehabilitación y comienzan otras formas de apoyo. Es preciso diferenciar entre ambas cosas para mejorar la programación y la ejecución de las políticas. Por ejemplo, una persona puede necesitar una rehabilitación a domicilio que incluya el acceso a dispositivos de apoyo y asistencia personal para contribuir a ese proceso. Al mismo tiempo, estos bienes y servicios pueden facilitar la participación de la persona en la sociedad más allá del proceso de rehabilitación y deben estar también disponibles después de la rehabilitación[3].

1. Intervenciones de rehabilitación relacionada con la salud

15. La rehabilitación relacionada con la salud se ha definido como un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento de las personas enfermas y

[3] Véase *H. M. c. Suecia* (CRPD/C/7/D/3/2011), párrs. 8.8 y 8.9, sobre la brecha entre la prestación de servicios de rehabilitación en virtud del artículo 26 y el apoyo previsto en el artículo 19 de la Convención.

reducir su discapacidad en interacción con su entorno[4]. Las intervenciones de rehabilitación pueden distinguirse de otras intervenciones médicas en la medida en que la rehabilitación no tiene por objeto curar o tratar las causas subyacentes de una enfermedad ni gestionar el proceso de una enfermedad.

16. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la disponibilidad de servicios de rehabilitación relacionada con la salud en la comunidad y en el hospital[5]. Las pruebas demuestran que la rehabilitación suele dar mejores resultados cuando se presta a domicilio o en entornos comunitarios, y por lo general los usuarios prefieren y valoran más la rehabilitación a domicilio[6]. La existencia de servicios de rehabilitación en los hospitales a menudo asegura el inicio de las intervenciones en la etapa más temprana posible, lo cual acelera la recuperación y optimiza los resultados[7]. Las pruebas también han demostrado que los hospitales deben contar con unidades de rehabilitación especializadas para las personas con necesidades de rehabilitación complejas[8]. La necesidad de proporcionar alguna rehabilitación en hospitales no debe confundirse con la concentración de los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en entornos institucionales. Esta práctica es incompatible con la Convención porque la institucionalización, también cuando se basa en la necesidad de servicios de rehabilitación, es contraria a los artículos 26 y 19 (A/73/161, párr. 58)[9].

17. Según la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, el acceso a servicios esenciales de habilitación y rehabilitación y a dispositivos de apoyo esenciales debe considerarse una obligación básica no sujeta a realización progresiva (A/73/161, párr. 18). La obligación de garantizar a las personas con discapacidad el acceso a una rehabilitación relacionada con la salud sobre una base no discriminatoria es una obligación básica de efecto inmediato[10].

2. Intervenciones de rehabilitación no relacionada con la salud

18. Además del ámbito de la salud, el artículo 26 garantiza el acceso a la rehabilitación en ámbitos como el empleo, la educación y los servicios sociales, que pueden no estar relacionados con la salud. Algunas intervenciones no relacionadas con la salud pueden llevarse a cabo en centros de rehabilitación, pero también en otros entornos. Por ejemplo, se puede proporcionar orientación sobre movilidad tanto en centros de rehabilitación como en escuelas. La rehabilitación en el ámbito del empleo puede realizarse en un centro de capacitación en el trabajo o en el contexto del propio empleo. Habida cuenta de que la rehabilitación es un proceso intersectorial que depende del entorno, debe adaptarse a la persona de que se trate y mantener flexibilidad sobre el lugar en que podrían alcanzarse los mejores resultados.

19. La Convención no define la rehabilitación profesional. En el pasado, la rehabilitación profesional solía definirse como un amplio conjunto de medidas relacionadas con el empleo de las personas con discapacidad[11]. En la Convención se adopta un criterio más estricto sobre la función y el lugar de la rehabilitación profesional en el ejercicio del derecho de las personas con discapacidad al trabajo, y esta se asocia a programas de mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo (art. 27, párr. 1 k)) destinados a prestar apoyo a las personas que adquieran una deficiencia cuando ya están en el mercado laboral para su inclusión en igualdad de condiciones con las demás. La rehabilitación profesional abarca técnicas como orientación para la reincorporación al trabajo, apoyo a la

[4] OMS, *Rehabilitation in Health Systems* (Ginebra, 2017), pág. 35.
[5] *Ibid*., págs. 17 y 18.
[6] *Ibid*., pág. 17.
[7] *Ibid*., pág. 18.
[8] *Ibid*., pág. 21.
[9] Véase también Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, párrs. 21 y 30.
[10] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 43 a).
[11] Organización Internacional del Trabajo, Recomendación sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos, 1955 (núm. 99); véase también el Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo (Personas Inválidas), 1983 (núm. 159).

autogestión de la enfermedad, ajustes relacionados con las consecuencias médicas y psicológicas de una deficiencia, intervenciones psicosociales, evaluaciones de la capacidad funcional y laboral, y servicios de asesoramiento en posibilidades de carrera, análisis de puestos, desarrollo del empleo y colocación.

20. Hay que reconocer que no todos los servicios que las personas con discapacidad necesitan para tener más posibilidades de ser incluidas en sus comunidades guardan relación con la rehabilitación. Por ejemplo, para acceder al mercado de trabajo, necesitan educación inclusiva (incluida la igualdad de acceso a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje para toda la vida según lo dispuesto en el artículo 24, párrafo 5, y programas inclusivos de orientación profesional y colocación, ajustes razonables y otras medidas de apoyo previstas en el artículo 27, párrafo 1, que no deben considerarse servicios de rehabilitación.

21. En el contexto de la educación, las medidas de rehabilitación pueden ser medidas que brinden a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y el desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad, como el Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad (art. 24, párr. 3). En Irlanda, por ejemplo, el Departamento de Educación y Formación Profesional ofrece una serie de medidas de apoyo para facilitar la participación en el sistema general de enseñanza desde la educación primaria hasta la educación secundaria y superior, con inclusión de maestros especializados, terapias de logopedia y ortofonía en las escuelas, terapias ocupacionales y tecnología de apoyo.

22. La práctica de los países muestra que algunos servicios de rehabilitación pueden integrarse en el sistema de protección social. Por ejemplo, en Alemania se distingue entre la asistencia para la rehabilitación médica, la asistencia para la integración profesional y la asistencia para la integración social. Esta última incluye la prestación de ayuda no médica y no profesional, asistencia en la adquisición de los conocimientos prácticos y las habilidades necesarias para participar al máximo en la vida comunitaria, y ayuda para obtener, adaptar, amueblar y mantener una vivienda teniendo en cuenta necesidades concretas.

3. La rehabilitación como componente del desarrollo inclusivo a nivel de la comunidad

23. Como se indica más arriba, hay que reconocer que no todas las políticas y los servicios que facilitan la inclusión de las personas con discapacidad en la comunidad constituyen rehabilitación. El término “rehabilitación” ha llegado a utilizarse en un sentido amplio para designar las políticas de inclusión de las personas con discapacidad o las políticas relacionadas con la discapacidad en general. Esto se debe al contexto en que surgieron la habilitación y la rehabilitación, en el que las medidas y políticas relativas a las personas con discapacidad se centraban principalmente en “subsanar” la deficiencia de una persona como condición indispensable para su participación en la sociedad. Esa utilización general del término “rehabilitación” constituye un retroceso en el modelo médico de la discapacidad: la utilización del término de este modo es obsoleta e incompatible con la Convención, y corre el riesgo de perpetuar estereotipos respecto de las personas con discapacidad.

24. En los últimos años se han utilizado conceptos generales, como políticas inclusivas de las personas con discapacidad (A/71/314) y desarrollo inclusivo a nivel de la comunidad, para enmarcar una amplia gama de políticas y medidas relacionadas con la discapacidad, y la rehabilitación en el sentido del artículo 26 de la Convención es solo uno de sus muchos elementos. Por ejemplo, la rehabilitación a nivel de la comunidad ha pasado de ser una estrategia centrada en incrementar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de rehabilitación en la comunidad en entornos de recursos limitados a una estrategia multisectorial del desarrollo general de la comunidad destinada a lograr la equidad y la inclusión social. Si bien la rehabilitación a nivel de la comunidad es mucho más amplia que la rehabilitación en el sentido de la Convención, la estrategia sigue asimilándose a servicios de rehabilitación. El desarrollo inclusivo a nivel de la comunidad se basa en la rehabilitación basada en la comunidad y adopta los principios de esta como

instrumentos fundamentales para su logro[12]. Hacen falta más investigaciones y marcos metodológicos desde la perspectiva de los derechos de las personas con discapacidad para evaluar mejor los resultados de la rehabilitación basada en la comunidad y el desarrollo inclusivo a nivel de la comunidad[13].

III. Elementos de la obligación de proporcionar habilitación y rehabilitación

A. Elementos de la rehabilitación

1. Enfoque personalizado de la rehabilitación

25. El artículo 26, párrafo 1, de la Convención establece que los servicios y programas de rehabilitación deben basarse en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona. Las intervenciones de rehabilitación deben basarse en planes de rehabilitación personalizados centrados en la persona, con una orientación específica y adaptados al logro de sus objetivos. El acceso a la rehabilitación debe basarse en las necesidades reales de la persona y el reconocimiento o la certificación oficial como persona con discapacidad nunca debe ser una condición previa para acceder a los servicios de rehabilitación.

26. Las intervenciones de rehabilitación suelen estar orientadas a la recuperación total o parcial y, por lo tanto, tienden a tener una duración limitada. Es una buena práctica que cada plan de rehabilitación tenga un plazo definido. No obstante, algunas personas con discapacidad necesitan rehabilitación a largo plazo o continua para mantener cierto nivel de funcionalidad. En tales casos, es aconsejable revisar periódicamente el plan de rehabilitación para ajustar los objetivos establecidos en cada etapa en una serie de ciclos. La insistencia en los plazos no debe llevar a la interrupción o suspensión del apoyo necesario para la rehabilitación.

2. Intervención temprana

27. Artículo 26, párrafo 1, reconociendo la importancia de la intervención temprana, estipula que los servicios y programas de habilitación y rehabilitación deben comenzar en la etapa más temprana posible. Si bien las intervenciones tempranas son fundamentales para todas las personas, son particularmente importantes para los niños con discapacidad que tengan deficiencias congénitas o las hayan adquirido en la primera infancia. La intervención temprana, entre otras cosas mediante el uso de productos de apoyo, permite identificar los riesgos de retraso en el desarrollo, reduce las diferencias de desarrollo y aumenta las posibilidades de que el niño se beneficie de su educación, además de disminuir las necesidades de apoyo y prever intervenciones de habilitación adaptadas (A/71/314, párr. 44).

28. Los Estados deben establecer mecanismos para la identificación temprana y la evaluación individualizada de las necesidades de apoyo al desarrollo y el aprendizaje y ofrecer habilitación y apoyo integrales centrados en el niño y la familia a fin de ayudar a los niños a aprovechar todo su potencial. A fin de respetar la evolución de las facultades de los niños con discapacidad y prestar apoyo para propiciar y reforzar su independencia en la toma de decisiones, se les debe empoderar para que participen en su habilitación y

[12] Véase www.cbm.org/Community-Based-Inclusive-Development-250825.php.

[13] Véanse, entre otros, Valentina Iemmi y otros, *Community-based Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-income Countries: A Systematic Review*, Campbell Systematic Reviews, 2015:15 (Oslo, Campbell Collaboration, 2015); Marie Grandisson, Michèle Hébert y Rachel Thibeault, "A systematic review on how to conduct evaluations in community-based rehabilitation", *Disability and Rehabilitation*, vol. 36, núm. 4 (2014), págs. 265 a 275; y Sally Hartley y otros, "Community-based rehabilitation: opportunity and challenge", *Lancet*, vol. 374, núm. 9.704 (28 de noviembre de 2009), págs. 1.803 y 1.804.

rehabilitación desde la más temprana edad[14]. Los mecanismos de intervención temprana no deben reforzar un modelo médico de la discapacidad que dé lugar a la segregación y la exclusión de la enseñanza y otros servicios generales.

3. Productos de apoyo

29. El artículo 26, párrafo 3, de la Convención obliga a los Estados partes a promover 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. El acceso a productos de apoyo también se garantiza en el marco de las obligaciones generales de los Estados partes en el artículo 4, párrafo 1 h) y g), en el contexto de la movilidad personal en el artículo 20 (facilitar el acceso a tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible), y como parte del derecho a la protección social en el artículo 28 (asegurar el acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad).

30. La OMS ha definido los productos de apoyo como cualquier producto externo, incluidos dispositivos, equipos, instrumentos y programas informáticos, fabricado especial o ampliamente disponible, cuya finalidad principal es mantener o mejorar el funcionamiento y la independencia de las personas y promover así su bienestar, así como contribuir a prevenir afecciones secundarias[15]. Los productos de apoyo permiten que las personas realicen actividades que, de lo contrario, no podrían realizar, o mejoran la comodidad y seguridad con que se realizan esas actividades (A/71/314, párr. 44). Son ejemplos de productos de apoyo las sillas de ruedas, los andadores, las prótesis, los audífonos, dispositivos de alarma, los anteojos, los programas informáticos de reconocimiento de voz, los tableros de comunicación y los sintetizadores de voz.

31. Aunque no hay datos completos disponibles sobre las necesidades no satisfechas de dispositivos de apoyo, hay pruebas de que muchas personas con discapacidad de todo el mundo, incluso de países de renta elevada, no tienen acceso a productos de apoyo básicos[16]. Para garantizar la asequibilidad de los productos de apoyo, los Estados deben incluir los dispositivos de apoyo en la cobertura de los regímenes nacionales de seguro módico o protección social, y estudiar otras medidas para reducir su costo como la exención de impuestos y derechos de importación a los productos fabricados en el extranjero, el apoyo a los productores locales mediante subvenciones, préstamos y créditos fiscales o la mejora del gasto en adquisiciones (A/71/314, párr. 47).

32. Los productos de apoyo deben adaptarse al entorno y el usuario. La disponibilidad de servicios locales de atención de seguimiento y mantenimiento asequibles es importante para asegurar un uso eficiente y seguro (*ibid.*, párr. 46). Es esencial formar a profesionales para prescribir los productos de apoyo, ajustarlos al usuario, dar a este las debidas instrucciones y hacer un seguimiento y un mantenimiento adecuados[17].

4. Apoyo entre pares

33. En el artículo 26, párrafo 1, se habla del apoyo entre pares como uno de los posibles elementos de la prestación de servicios de rehabilitación. El apoyo entre pares puede definirse como el apoyo social, emocional o práctico que las personas con la experiencia de la discapacidad pueden darse entre ellas. Los Estados deben reconocer el carácter voluntario de la actividad y respetar plenamente la libertad de asociación y expresión de los grupos de apoyo entre pares, tomando al mismo tiempo medidas positivas para apoyar y promover servicios de rehabilitación dirigidos por pares[18]. El apoyo entre pares en forma de

[14] Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 12 (2009) sobre el derecho del niño a ser escuchado, párr. 21.

[15] OMS, *Rehabilitation in Health Systems*, pág. 35.

[16] OMS, “Lista de ayudas técnicas prioritarias”, mayo de 2016, pág. 3.

[17] OMS, “Lista de ayudas técnicas prioritarias”, pág. 9. Véase también OMS, *Rehabilitation in Health Systems*, pág. 26.

[18] Por ejemplo, mediante el suministro de fondos públicos a las organizaciones de personas con discapacidad, incluidas las organizaciones dirigidas por niños y jóvenes, o mediante la capacitación.

grupos de autoayuda ha demostrado ser una estrategia eficaz para ofrecer ciertas formas de rehabilitación en los países de renta baja como parte del desarrollo inclusivo a nivel de la comunidad[19].

34. Los beneficios del apoyo entre pares están ampliamente reconocidos. La experiencia demuestra que el apoyo entre pares puede incorporarse con éxito en los programas de rehabilitación integral de diversas maneras. Puede ser un medio independiente para ofrecer ciertos tipos de intervenciones, apoyo o ayuda con algunos elementos de la prestación de rehabilitación, como la sensibilización. Los pares también pueden trabajar junto a los profesionales, incluso en los centros de salud, prestar asistencia para la comunicación entre el cliente y el personal de rehabilitación y ayudar a superar obstáculos como la impotencia aprendida, la ansiedad y la desconfianza[20].

B. Adopción de un enfoque de la rehabilitación basado en los derechos humanos

1. Consentimiento libre e informado

35. Todos los servicios y programas de rehabilitación deben ser voluntarios y basarse en el consentimiento libre e informado[21]. Para ello es necesario que las personas reciban información adecuada sobre las propuestas de intervención de una manera que sea accesible y comprensible para ellas y que puedan decidir libremente al respecto. La información proporcionada por el personal de rehabilitación debe incluir una explicación completa e imparcial de la razón por la que se propone la intervención; sus resultados previstos, incluidos los posibles beneficios y riesgos; los métodos que se utilizarán (incluida la posible duración y frecuencia de las sesiones); las consecuencias de no someterse a la intervención y las intervenciones alternativas disponibles. El consentimiento no es un acto definitivo, sino que debe revisarse periódicamente para asegurarse de que la persona desea continuar, en particular cuando cambian las circunstancias. Toda persona tiene derecho a dejar de recibir el servicio en cualquier momento, así como a volver a participar en el proceso.

36. Todos los adultos con discapacidad, incluidos los que tienen discapacidades intelectuales o psicosociales, deben gozar de plena autonomía en sus decisiones sobre las intervenciones de rehabilitación. La práctica de limitar o eliminar la capacidad jurídica de una persona a causa de su deficiencia y transferir sus facultades decisorias a un tercero (como un tutor legal) es contraria a lo dispuesto en el artículo 12 de la Convención, también en el caso de la rehabilitación[22]. Algunas personas con discapacidad tal vez deseen solicitar apoyo, incluido apoyo entre pares, para tomar una decisión sobre su rehabilitación (A/HRC/37/56, párr. 27). Las modalidades de apoyo pueden mejorar la comunicación entre la persona y el personal de rehabilitación —que es fundamental para el principio del consentimiento libre e informado— en todas las etapas del proceso de rehabilitación. También pueden ayudar a la persona a evaluar las opciones de rehabilitación disponibles (*ibid*., párr. 41).

37. Los niños con discapacidad, independientemente de su edad, deben poder participar plenamente en las decisiones relativas a su habilitación y rehabilitación (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 7, párr. 3; y Convención sobre los Derechos del Niño, art. 12)[23]. Se les debe proporcionar información sobre las intervenciones propuestas de una manera y en un formato que sean comprensibles y accesibles para ellos. Las opiniones, preferencias, deseos y preocupaciones del niño deben tenerse debidamente en cuenta en función de su edad, su madurez y la evolución de su

[19] OMS, *Rehabilitación basada en la comunidad: Guía para la RBC – Componente de fortalecimiento* (Ginebra, 2010), págs. 37 a 47.

[20] OMS, *Rehabilitación basada en la comunidad: Guía para la RBC – Componente de Salud* (Ginebra, 2010), pág. 55.

[21] Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 5, párr. 90.

[22] Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1 (2014) relativa al igual reconocimiento como persona ante la ley, párr. 41.

[23] Véase también Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 12, párr. 100.

capacidad, durante la elaboración del plan de habilitación o rehabilitación o a lo largo de todo el proceso de rehabilitación. Los proveedores de servicios de rehabilitación deben crear un entorno seguro, respetuoso e inclusivo para facilitar la participación del niño[24] y garantizar el respeto del derecho a preservar su identidad (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 3 h)). Los niños con discapacidad que son víctimas de violencia o malos tratos deben tener libertad de acceso a los servicios de asesoramiento y rehabilitación previstos en el artículo 16 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sin el consentimiento de sus padres o tutores legales[25].

38. No puede considerarse que la rehabilitación está basada en el consentimiento si una persona debe aceptar la intervención para evitar su institucionalización. Del mismo modo, la rehabilitación no debe ser una condición previa para recibir prestaciones sociales y otras formas de protección social esencial (A/70/297, párr. 68).

2. No discriminación

39. Los Estados deben velar por que las personas con discapacidad puedan acceder a todos los servicios de rehabilitación, tanto públicos como privados, en igualdad de condiciones con las demás, independientemente de su deficiencia, sexo, edad, origen étnico, orientación sexual, identidad de género u otros motivos. Es preciso identificar y afrontar la existencia de motivos múltiples y concomitantes de discriminación para impedir que las víctimas queden desprotegidas a causa de lagunas normativas. Toda discriminación en el acceso a los servicios de rehabilitación debe estar prohibida por ley y eliminarse de la legislación, las políticas y la práctica[26]. Deben abolirse las prácticas inherentemente discriminatorias que afectan a la forma en que las personas con discapacidad reciben rehabilitación, como la institucionalización, la sustitución en la adopción de decisiones y la educación segregada, pero, mientras no se haga, hay que ponerles fin de inmediato en el contexto de la rehabilitación.

40. Los ajustes razonables también son un elemento intrínseco del principio de no discriminación y, por lo tanto, constituyen una obligación de efecto inmediato (A/73/161, párr. 58). Los ajustes razonables pueden conllevar modificaciones y ajustes en la prestación de los servicios de rehabilitación para atender las necesidades específicas de la persona. También pueden entrañar ajustes en contextos ajenos al prestador de servicios de rehabilitación, como la escuela o el lugar de trabajo de la persona, para que esta pueda recibir la rehabilitación que necesita (por ejemplo, flexibilidad en el horario de trabajo o tutorías adicionales para compensar la pérdida de clases) o como componente directo de su programa de rehabilitación (por ejemplo, cambios en el entorno de trabajo o en la descripción del puesto de la persona).

3. Disponibilidad y asequibilidad

41. Los servicios de habilitación y rehabilitación en todas las disciplinas de la rehabilitación, así como los productos de apoyo, deben estar disponibles en cantidades suficientes para satisfacer plenamente las necesidades existentes. En muchos países sigue habiendo graves deficiencias en la prestación de servicios de rehabilitación, en particular en lo que respecta a la disponibilidad de profesionales[27]. Además, las personas que necesitan ciertos tipos de rehabilitación pueden verse aún más desfavorecidas porque determinados servicios están insuficientemente representados[28].

42. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha subrayado en repetidas ocasiones la falta de ciertos tipos de servicios de rehabilitación, como los orientados a la recuperación y de base comunitaria para las personas con discapacidades

[24] *Ibid*., párrs. 22, 23 y 25.

[25] *Ibid*., párr. 101.

[26] A/HRC/34/58, párrs. 65 y 66; véase también A/73/161, párrs. 58 a 60.

[27] *Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities: UN Flagship Report on Disability and Development 2018*. Puede consultarse en www.un.org/development/desa/disabilities/publication-disability-sdgs.html.

[28] Por ejemplo, las terapias físicas suelen ser más fáciles de obtener que otras intervenciones, como las terapias de logopedia y ortofonía. Véase también A/73/161, párr. 24.

psicosociales (CRPD/C/POL/CO/1, párr. 24; y CRPD/C/MKD/CO/1, párr. 26), el apoyo para la rehabilitación en los lugares de detención (CRPD/C/POL/CO/1, párr. 27), los servicios de rehabilitación para las mujeres y las niñas con discapacidad expuestas a la violencia de género (CRPD/C/BGR/CO/1, párr. 38; y CRPD/C/PHL/CO/1, párr. 31) y la rehabilitación médica de las personas con discapacidad, en particular las que tienen enfermedades crónicas, genéticas o raras (CRPD/C/BGR/CO/1, párr. 54).

43. En sus políticas de planificación estratégica, asignación presupuestaria, formación profesional y adquisiciones, los Estados deben velar por que haya servicios de rehabilitación y productos de apoyo a disposición de un amplio espectro de personas con discapacidad. También deben asegurar su distribución geográfica equitativa, de manera que sus comunidades rurales o alejadas no queden excluidas. Los Estados deben adoptar un enfoque que tenga en cuenta las cuestiones de género para la formulación y aplicación de los programas de rehabilitación, ya que las mujeres y las niñas con discapacidad a menudo se enfrentan a obstáculos adicionales para acceder a servicios de rehabilitación y productos de apoyo[29].

44. Los servicios de rehabilitación y las tecnologías y dispositivos de apoyo deben ser asequibles para las personas con discapacidad, que a menudo se enfrentan a mayores costos de vida en general. La cobertura sanitaria universal debe incluir el acceso a los servicios de rehabilitación y las tecnologías y dispositivos de apoyo esenciales. Los Estados deben utilizar la "Lista de ayudas técnicas prioritarias" de la OMS para orientar sus adquisiciones. Deben garantizar por ley que el seguro médico cubra la rehabilitación esencial de las personas con discapacidad. En Eslovenia, por ejemplo, el acceso a dispositivos de apoyo y su mantenimiento se sufragan con cargo al sistema nacional de seguro médico obligatorio. En Irlanda, las personas con discapacidad pueden tener derecho a una tarjeta sanitaria que les proporciona acceso gratuito a productos de apoyo y servicios de atención comunitarios, entre otras prestaciones.

45. Las tecnologías digitales pueden contribuir a aumentar la disponibilidad y asequibilidad de la rehabilitación a domicilio. Se ha utilizado Internet para prestar una amplia gama de servicios de rehabilitación, como apoyo y orientación psicosocial, terapias de logopedia y ortofonía, rehabilitación cardíaca y evaluaciones a distancia para ofrecer servicios de modificación de la vivienda[30]. Internet también facilita la creación y el funcionamiento de grupos de apoyo entre pares, que de por sí son una solución eficaz para hacer frente tanto al costo como a la disponibilidad de ciertas categorías de rehabilitación. Sin embargo, el uso de tecnologías digitales también debe respetar el derecho de las personas con discapacidad a la privacidad enunciado en el artículo 22, párrafo 2, de la Convención, en virtud del cual los Estados partes deben proteger 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.

4. Accesibilidad y acceso a la rehabilitación en la comunidad

46. Los Estados deben velar por que todos los servicios de rehabilitación y los servicios y programas de atención de la salud sean plenamente accesibles a las personas con discapacidad, ya sean públicos o privados[31]. Para ello hacen falta infraestructura, equipos e información y comunicaciones accesibles. Toda la información y las comunicaciones relativas a la prestación de servicios de rehabilitación y dispositivos de apoyo también deben hacerse accesibles mediante el uso de la lengua de señas, el Braille, formatos electrónicos accesibles, escritura alternativa, formatos de lectura fácil y modos, medios y formatos de comunicación y orientación aumentativos y alternativos, incluida la comunicación no verbal. Esto incluye campañas de sensibilización e información general acerca de los servicios disponibles, instrucciones y formularios para la solicitud de servicios, los sitios web de los proveedores de servicios, manuales de instrucciones para los

[29] Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 3 (2016) sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, párr. 57.

[30] OMS, *Informe Mundial sobre la Discapacidad* (Ginebra, 2011), pág. 134.

[31] A/HRC/34/58, párrs. 51 y 52; véase también A/73/161, párrs. 56 y 57.

productos de apoyo y comunicaciones entre el personal de rehabilitación y los distintos usuarios.

47. En los artículos 25 y 26 de la Convención se pone de relieve la necesidad de que los servicios de rehabilitación se presten en un lugar lo más cercano posible a las propias comunidades del beneficiario, incluidas las zonas rurales. No obstante, en la práctica, los servicios de rehabilitación en las comunidades suelen ser escasos o inexistentes, y cuando existen tienden a concentrarse en las zonas urbanas[32]. Debe garantizarse la accesibilidad del transporte para subsanar esa deficiencia. La necesidad acuciante de desarrollar servicios de rehabilitación a nivel de la comunidad con una cobertura geográfica equitativa debe reflejarse en la asignación de recursos financieros, en los programas de formación para profesionales de la rehabilitación y en las políticas laborales (por ejemplo, mediante la creación de más incentivos para que los profesionales de la rehabilitación se trasladen a las comunidades rurales o alejadas o permanezcan en ellas). El desarrollo inclusivo de base comunitaria ha resultado ser una estrategia eficaz para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación y los productos de apoyo en los países de renta baja y mediana, en particular en las comunidades rurales. Ese desarrollo fomenta y adopta un enfoque participativo e inclusivo con respecto a la rehabilitación, en particular promoviendo el apoyo entre pares.

48. Los Estados deben estar estratégicamente decididos a acabar con la institucionalización —y prever un plan de acción específico a tal efecto—, para lo que deben crear y ampliar servicios de rehabilitación de base comunitaria adecuados y apropiados. Las nuevas inversiones en servicios de rehabilitación deben canalizarse hacia el desarrollo de servicios de rehabilitación que estén basados en los derechos humanos. También ha de reconocerse la prestación de servicios de rehabilitación de base comunitaria y productos de apoyo de gran calidad como una de las medidas positivas que los Estados deben adoptar para eliminar esas prácticas discriminatorias. Esos servicios deben incluir intervenciones destinadas específicamente a ayudar a las personas a superar las consecuencias negativas de la institucionalización, como la impotencia aprendida y los traumas psicológicos causados por la violencia psicológica, física o sexual sufrida en la institución. Por ejemplo, en la ex República Yugoslava de Macedonia, los programas de desinstitucionalización prevén la rehabilitación a fin de preparar a los niños y los adultos con discapacidad para vivir en la comunidad.

5. Participación

49. De conformidad con el artículo 4, párrafo 3, de la Convención, los Estados deben celebrar consultas estrechas y colaborar activamente con las personas con discapacidad, incluidas las organizaciones que representan a los niños con discapacidad, para la elaboración y aplicación de las leyes, políticas y otras medidas públicas. No obstante, la participación de las personas con discapacidad no es solo una obligación legal, sino también una cuestión de buena gobernanza (A/HRC/31/62, párrs. 25 a 33). Se trata de un principio general cuya aplicación no se limita a los procesos legislativos y normativos, sino que se extiende a todos los aspectos de la planificación, la organización y la prestación de los servicios de rehabilitación.

50. Las personas con discapacidad pueden proporcionar información esencial de primera mano acerca de sus necesidades de rehabilitación, los obstáculos a que se enfrentan, su experiencia con los servicios de rehabilitación y la eficacia de las soluciones propuestas, y proponer alternativas que les resulten útiles en su entorno. Además, la participación da a conocer las leyes y políticas futuras y existentes a la comunidad de personas con discapacidad, lo que permite que más personas puedan beneficiarse de ellas. Algunos Estados han establecido mecanismos permanentes para hacer participar a las personas con discapacidad en la formulación de políticas. Por ejemplo, el Parlamento de Dinamarca ha establecido un consejo de la discapacidad que asesora al Parlamento y otros órganos públicos y supervisa la aplicación de las leyes y políticas relativas a las personas con discapacidad. En Alemania, las organizaciones de personas con discapacidad formulan recomendaciones que determinan las responsabilidades de los distintos proveedores de

[32] OMS, *WHO Global Disability Action Plan 2014-2021: Better Health for All People with Disability* (Ginebra, 2015), párr. 40.

servicios de rehabilitación. Cuando celebran consultas con las personas con discapacidad, los encargados de la formulación de políticas deben asegurarse de recabar un amplio espectro de opiniones que sean representativas de la diversidad de la comunidad de personas con discapacidad, en particular en lo que respecta a la edad, el género, la ubicación geográfica y las necesidades de rehabilitación. Deben adoptarse medidas para contar con las personas con discapacidad que suelen estar excluidas, como las mujeres y las niñas, los niños, las personas de edad, las personas con discapacidad intelectual o psicosocial, las personas autistas y las personas sordociegas, y colaborar de manera significativa con ellas.

IV. Medidas de ejecución

A. Marco normativo y jurídico

51. Los Estados deben crear un marco legislativo para el establecimiento, la organización y la prestación de servicios de rehabilitación integrales, coordinados, multidisciplinarios e inclusivos (véase, por ejemplo, CRPD/C/MKD/CO/1, párr. 44). Cuando el Estado ha decidido abordar los servicios de rehabilitación principalmente en el marco de la legislación relativa a la salud, debe asegurarse de reconocer y financiar también sus aspectos no relacionados con la salud. Para ello, es aconsejable que, cuando proceda, la rehabilitación se trate también en la legislación en materia de trabajo, educación y protección social y en las leyes y políticas por las que se establece un marco general para la protección de los derechos de las personas con discapacidad. Los Estados deben evitar que sus leyes o políticas generales sobre los derechos de las personas con discapacidad se centren en la rehabilitación, ya que esta es solo una de las muchas estrategias que contribuyen a la inclusión de esas personas, como se reconoce en la Convención.

52. La legislación sobre rehabilitación debe exigir una calidad mínima a los servicios y consolidar un enfoque basado en los derechos humanos en su prestación, en particular en lo que respecta al consentimiento libre e informado, la no discriminación, la disponibilidad, la asequibilidad, la accesibilidad, el acceso en la comunidad y la participación. El marco legislativo para la rehabilitación debe incluir mecanismos de supervisión y rendición de cuentas con respecto a la calidad de los servicios de rehabilitación. Debe prever recursos efectivos para que las personas con discapacidad puedan obtener una reparación adecuada en caso de vulneración de sus derechos en el contexto de la rehabilitación. Es necesario que las denuncias sobre los servicios de rehabilitación prestados en centros de salud sean examinadas por un órgano judicial o cuasijudicial, y no por mecanismos meramente administrativos (A/69/299, párr. 17).

53. Los Estados deben elaborar políticas de rehabilitación que hagan hincapié en la participación y la inclusión como principios subyacentes y objetivos de la rehabilitación. Las políticas de rehabilitación deben dar prioridad a la intervención temprana y promover un enfoque integral y personalizado en la prestación de servicios, el acceso a dispositivos y tecnologías de apoyo accesibles, adecuados y asequibles, la integración y descentralización de los servicios de rehabilitación, y la disponibilidad de servicios lo más cerca posible de las comunidades, incluidas las zonas rurales (A/73/161, párr. 52)[33]. Una buena práctica consiste en aprobar un plan nacional de rehabilitación con base empírica que considere los principales aspectos de la prestación de rehabilitación, como el liderazgo, la financiación, la información, la prestación de servicios, productos y tecnologías, y el personal de rehabilitación[34]. En la elaboración de las leyes y políticas sobre rehabilitación se debe contar con la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños, mediante la celebración de consultas estrechas y la colaboración activa con las organizaciones que las representan[35].

[33] Véase también OMS, *Informe Mundial sobre la Discapacidad*, pág. 118.

[34] *Ibid*., pág. 118.

[35] Art. 4, párr. 3, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

B. Coordinación

54. El carácter intersectorial de la rehabilitación hace que varios organismos estatales puedan participar en su prestación, como los que trabajan en las esferas de la salud pública, la protección social, el empleo y la educación[36]. Una coordinación eficaz mejora los resultados funcionales y reduce los costos de los servicios de rehabilitación. Mejora la eficacia y accesibilidad del sistema de derivación y permite a las personas con discapacidad recibir integralmente todos los servicios de rehabilitación que necesitan. Cuando intervienen varios proveedores, la coordinación también contribuye a garantizar la continuidad de la atención[37].

55. Los Estados deben establecer un sistema de derivación coordinado, eficaz y accesible que garantice que las personas con discapacidad puedan acceder de manera oportuna a servicios de gran calidad. En los países de renta baja, el desarrollo inclusivo basado en la comunidad ha resultado ser una estrategia eficaz para llevar actividades de rehabilitación a las comunidades y facilitar la derivación a servicios de rehabilitación más especializados[38]. Los modelos que dependen de organizaciones sin fines de lucro y benéficas no eximen al Estado de su obligación de asegurar la disponibilidad y asequibilidad de los servicios de rehabilitación y los productos de apoyo.

C. Personal de rehabilitación multidisciplinario y capacitado

56. La disponibilidad de personal cualificado en múltiples disciplinas de rehabilitación es fundamental para proporcionar servicios de rehabilitación de gran calidad que satisfagan plenamente las diversas solicitudes de las personas con discapacidad[39]. La necesidad de un personal de rehabilitación multidisciplinario se reconoce implícitamente en el artículo 26, párrafo 1, de la Convención, que exige que los servicios y programas de rehabilitación se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona.

57. Una fuerza de trabajo multidisciplinaria cualificada requiere una formación adecuada. Se suele exigir una educación profesional a nivel universitario para obtener calificaciones en ciertas disciplinas como la fisioterapia, la terapia ocupacional, la terapia prostética y la ortopedia, la psicología, la logopedia y la ortofonía. Además, muchos países han reaccionado a la grave escasez de personal de rehabilitación y la limitación de los recursos financieros estableciendo programas de nivel medio para capacitar a personal de rehabilitación polivalente en diversas disciplinas o a auxiliares especializados para que presten servicios de rehabilitación bajo supervisión. Para mejorar el acceso a la rehabilitación en las zonas rurales se ofrece un tercer nivel de capacitación a los trabajadores comunitarios que pueden superar las fronteras tradicionales de los servicios sanitarios y sociales y ofrecer rehabilitación básica[40]. La capacitación debe tener por objeto asegurar un enfoque de la rehabilitación de las personas con discapacidad basado en los derechos humanos, como se describe más arriba, que tenga en cuenta los elementos analizados a fin de contribuir a la aplicación de la Convención. La inclusión de contenidos sobre los factores sociales, políticos, culturales y económicos que repercuten en la salud y calidad de vida de las personas con discapacidad puede hacer que el programa de estudios esté más en consonancia con el contexto en que va a trabajar el personal de rehabilitación[41]. Los programas de formación deben ser accesibles e inclusivos para que las personas con discapacidad puedan formarse como personal de rehabilitación y se sientan alentadas a ello.

58. En algunos países, el personal de rehabilitación está constituido en su mayoría por hombres, lo cual puede afectar negativamente al acceso de las mujeres con discapacidad a los servicios de rehabilitación. Los Estados deben adoptar medidas concretas para mejorar el equilibrio de género en el personal de rehabilitación, en particular facilitando el acceso

[36] OMS, *WHO Global Disability Action Plan 2014–2021*, párr. 41.
[37] OMS, *Informe Mundial sobre la Discapacidad*, pág. 130.
[38] Véase https://www.who.int/disabilities/cbr/es/.
[39] OMS, *Rehabilitación de los sistemas de salud*, págs. 14 y 15.
[40] OMS, *Informe Mundial sobre la Discapacidad*, pág. 125.
[41] *Ibid*., pág. 127.

de las mujeres a programas de capacitación e incorporando la perspectiva de género en las políticas de empleo.

D. Mecanismos de financiación

59. Los Estados deben crear mecanismos de financiación para garantizar a todas las personas con discapacidad un acceso adecuado a servicios de rehabilitación asequibles. Esto suele lograrse mediante una combinación de diversas soluciones de eficacia comprobada como la financiación pública, el seguro médico, el seguro social, las alianzas público-privadas para la prestación de servicios y la reasignación y redistribución de los recursos existentes[42]. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen el compromiso explícito de lograr la cobertura sanitaria universal (meta 3.8). Al establecer y aplicar la cobertura sanitaria universal, los Estados deben asegurarse de que abarque la rehabilitación y los productos de apoyo (A/73/161, párr. 55).

60. Una buena práctica consiste en destinar a los servicios de rehabilitación fondos públicos suficientes para garantizar un acceso equitativo a servicios de la misma calidad para todos los usuarios, incluidas las personas con discapacidad que viven en la pobreza[43]. Los encargados de la formulación de políticas deben estudiar y medir los efectos económicos positivos más generales de la inversión en rehabilitación, como el aumento de la participación en el mercado de trabajo y la educación, la prolongación de la vida independiente y la reducción y menor duración de las hospitalizaciones.

E. Toma de conciencia

61. De conformidad con el artículo 8 de la Convención, los Estados deben adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para sensibilizar sobre las personas con discapacidad y sus necesidades en materia de salud y rehabilitación. Las campañas de sensibilización deben adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, y promover a las personas con discapacidad como titulares de derechos y no como pacientes o receptores de caridad y atención. En este sentido, las campañas públicas de recaudación de fondos en apoyo de los servicios de rehabilitación o los actos públicos de entrega de dispositivos y tecnologías de apoyo pueden reforzar un enfoque benéfico y una visión patologizadora de la discapacidad (A/73/161, párr. 69). Las campañas generales de sensibilización deben tener por objeto informar a los usuarios finales sobre los servicios disponibles y sus derechos, y deben organizarse campañas más personalizadas para tratar de cambiar las actitudes de los profesionales de la rehabilitación y las familias hacia un enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos.

F. Investigación y datos

62. Hacen falta investigaciones y datos fiables de gran calidad para elaborar y ejecutar políticas y programas de rehabilitación eficaces con base empírica. De conformidad con el artículo 31 de la Convención y el Objetivo de Desarrollo Sostenible 17, se insta a los Estados partes a suministrar a disposición datos de gran calidad, oportunos y fiables, desglosados por sexo, edad, discapacidad y otras características en que se base la discriminación, con el fin de identificar las deficiencias y mejorar la formulación de políticas. Esos datos siguen siendo escasos[44]. Los Estados deben aumentar las investigaciones relacionadas con la rehabilitación, especialmente en las esferas prioritarias establecidas por la OMS, como los tipos y las repercusiones de los diferentes modelos de prestación de servicios, las estructuras de gobernanza y la asignación de recursos

[42] *Ibid*., págs. 137 y 138.

[43] OMS, *Rehabilitation in Health Systems*, pág. 22. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha expresado preocupación por el hecho de que la imposición de criterios de ingresos para recibir servicios de rehabilitación suponga una excesiva carga financiera para las personas con discapacidad y ha recomendado la eliminación de esos criterios (CRPD/C/POL/CO/1, párrs. 45 y 46).

[44] OMS, *Rehabilitation in Health Systems*, pág. 33.

financieros; el análisis de la relación costo-beneficio de la rehabilitación; y los facilitadores y los obstáculos al acceso a la rehabilitación[45]. Los Estados también deben aumentar la investigación sobre el desarrollo de productos de apoyo asequibles (Convención, art. 4, párr. 1 g)). Siempre que sea posible, la investigación debe estar dirigida por investigadores con discapacidad, ser participativa e incluir en todas sus fases las opiniones de las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan. Los Estados deben reunir datos desglosados sobre las necesidades de rehabilitación de las personas y los tipos y la calidad de los servicios de rehabilitación. Los datos sobre el gasto en servicios de rehabilitación deben desglosarse de otros servicios de atención de la salud[46]. Los Estados deben velar por la publicación accesible y la difusión sistemática de los resultados de las investigaciones y los datos, de modo que las prácticas clínicas puedan tener una base empírica y las personas con discapacidad puedan influir en el uso de la investigación[47], y a los efectos de la supervisión y la rendición de cuentas.

V. Conclusiones y recomendaciones

63. **La habilitación y la rehabilitación son un conjunto de intervenciones destinadas a optimizar el funcionamiento de las personas con deficiencias en interacción con su entorno. Tienen por objeto contribuir a la independencia de las personas con discapacidad y a su participación en la sociedad. La habilitación y la rehabilitación pueden consistir en intervenciones relacionadas y no relacionadas con la salud. El hecho de que la habilitación y la rehabilitación se aborden en un artículo específico de la Convención aumenta su visibilidad como una importante estrategia para asegurar la participación de las personas con discapacidad en la sociedad. No obstante, lograr el máximo funcionamiento no es suficiente para garantizar la participación efectiva de las personas con discapacidad en la sociedad, que se ve obstaculizada por barreras debidas a la actitud y al entorno. Por consiguiente, no debe considerarse erróneamente que la habilitación y la rehabilitación constituyen la única estrategia para alcanzar ese objetivo.**

64. **La organización, provisión y prestación de servicios integrales que sean voluntarios, no discriminatorios, disponibles, asequibles, accesibles, comunitarios y participativos refleja la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos respecto de la habilitación y la rehabilitación de las personas con discapacidad. Además, los programas y servicios de habilitación y rehabilitación deben adaptarse a la persona y prever una intervención temprana en el caso de los niños con discapacidad. Los Estados deben garantizar el desarrollo, la disponibilidad y el suministro de productos de apoyo, así como el apoyo entre pares, como elementos esenciales de los servicios de habilitación y rehabilitación.**

65. **Existe una necesidad urgente de ampliar los servicios de habilitación y rehabilitación para las personas con discapacidad, en particular en los centros de salud y otros contextos pertinentes como la educación y el empleo. Esas iniciativas deben enmarcarse en políticas generales que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y sus derechos.**

66. **Al aplicar las disposiciones del artículo 26 de la Convención, se recomienda a los Estados partes que establezcan o refuercen:**

a) Un marco normativo y jurídico que establezca servicios de habilitación y rehabilitación integrales de gran calidad que sean voluntarios y garanticen igualdad de acceso a las personas con discapacidad, y que al mismo tiempo promueva un enfoque participativo de la rehabilitación centrado en las personas y basado en los derechos, que tenga en cuenta el género y la edad;

b) Mecanismos de coordinación para promover entre los organismos del Estado un enfoque integral en la prestación de servicios de habilitación y

[45] *Ibid*.
[46] OMS, *Informe Mundial sobre la Discapacidad*, pág. 138.
[47] *Ibid*., pág. 137.

rehabilitación de gran calidad, habida cuenta de su carácter intersectorial, en particular entre los organismos que trabajan en los ámbitos de la salud pública, la protección social, el empleo y la educación;

c) Un personal de habilitación y rehabilitación multidisciplinario y capacitado, lo que requiere una capacitación adecuada que promueva una perspectiva centrada en las personas que tenga en cuenta el género y la edad y un enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos;

d) Mecanismos de financiación para proporcionar un acceso equitativo y apropiado a los servicios de habilitación y rehabilitación mediante una combinación de diversas soluciones de eficacia comprobada, como la financiación pública, el seguro médico, el seguro social, las alianzas público-privadas para la prestación de servicios y la reasignación y redistribución de los recursos existentes;

e) Sensibilización mediante medidas inmediatas, eficaces y apropiadas, y campañas centradas en un enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos que no trate a las personas con discapacidad como pacientes o receptores de caridad y atención;

f) Investigación y recopilación de datos relacionados con la habilitación y la rehabilitación, desglosados por necesidades de habilitación y rehabilitación de las personas, tipo y calidad de los servicios de habilitación y rehabilitación prestados, género, edad y discapacidad, especialmente en las esferas prioritarias establecidas por la OMS, y difusión sistemática de los resultados.