

Discapacidad

Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad

Informe de la Secretaría

1. En el mundo hay más de 1000 millones de personas con discapacidad, lo que supone alrededor de un 15% de la población mundial. La prevalencia de las discapacidades va en aumento debido al envejecimiento de las poblaciones y al incremento mundial de las enfermedades crónicas, y es más elevada en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos. La discapacidad afecta de forma desproporcionada a las mujeres, las personas de edad y los pobres.
2. Las personas con discapacidad afrontan obstáculos generalizados para acceder a los servicios y presentan peores resultados sanitarios y académicos, un menor grado de participación en la economía y tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad. Además, hay más del doble de probabilidades de que declaren que las instalaciones de los centros de salud donde son atendidas y las competencias de sus proveedores de salud son insuficientes para responder a sus necesidades, casi el triple de probabilidades de que refieran episodios de denegación de asistencia sanitaria y el cuádruple de probabilidades de que afirmen que alguna vez se las ha tratado mal.
3. Muchos de esos obstáculos pueden evitarse, y también es posible superar los inconvenientes que vienen asociados a la discapacidad. Lograr que las personas con discapacidad gocen de mejor salud gracias a un mejor acceso a los servicios de salud es un factor crucial para favorecer la participación y obtener buenos resultados en ámbitos como la educación, el mundo laboral o la vida familiar, comunitaria y pública. Un buen estado de salud también contribuirá al cumplimiento de objetivos mundiales de desarrollo más generales.
4. En mayo de 2013 la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA66.9 sobre discapacidad. En ella, la Asamblea de la Salud hacía suyas las recomendaciones del *Informe mundial sobre la discapacidad*¹ y pedía a la Directora General que preparara, en consulta con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y los Estados Miembros, un plan de acción integral basado en los datos probatorios contenidos en el Informe y acorde con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el documento final de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre discapacidad y desarrollo.

¹ Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

5. Inmediatamente después de la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud se elaboró un primer borrador del plan de acción sobre discapacidad en consulta con muy diversas partes interesadas, en particular Estados Miembros, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y asociados internacionales y nacionales tales como organismos de desarrollo, entidades de la sociedad civil, incluidas asociaciones de personas con discapacidad, y asociaciones profesionales. Después se pidieron comentarios sobre ese borrador y sobre el proceso propuesto para preparar el plan de acción a representantes de las principales asociaciones de personas con discapacidad, a entidades de la sociedad civil que se ocupan de temas de discapacidad y desarrollo y a organismos de las Naciones Unidas durante el sexto periodo de sesiones de la Conferencia de los Estados Partes en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 17 a 19 de julio de 2013), así como a expertos y al personal de la OMS.

6. El primer borrador del plan de acción sobre discapacidad (31 de julio de 2013) fue objeto de examen a través de un vasto proceso de consultas que se prolongó desde mediados de agosto hasta primeros de noviembre de 2013 y que comprendió: una consulta pública en línea (20 de agosto a 18 de octubre); información y aportaciones de los miembros del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (11 de septiembre, durante el décimo periodo de sesiones del Comité, celebrado en Ginebra del 2 al 13 septiembre); consulta con las representaciones en Ginebra de Estados Miembros, organizaciones de integración económica regional y organismos del sistema de las Naciones Unidas (Ginebra, 8 de octubre); consultas regionales con Estados Miembros y otros interlocutores mediante eventos organizados por las oficinas regionales: la Oficina Regional para Europa (consulta electrónica finalizada el 9 octubre), la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (dos consultas por vídeo los días 9 y 23 de octubre), la Oficina Regional para África (Brazzaville, 17 y 18 de octubre), las Oficinas Regionales para Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental (Manila, 30 y 31 de octubre) y la Oficina Regional para las Américas (Quito, 5 y 6 de noviembre); y consultas con funcionarios clave de la OMS, celebradas en la sede de la Organización (en julio y octubre). Se recibieron alrededor de 300 aportaciones de Estados Miembros, organismos de las Naciones Unidas, asociaciones de personas con discapacidad y otras entidades de la sociedad civil, proveedores de servicios, instituciones de investigación y centros colaboradores de la OMS, asociados para el desarrollo y personas que se expresaron a título personal. En el sitio web de la OMS figura la cronología detallada del programa de consultas, junto con informes oficiosos de todas ellas y datos sobre los participantes.¹

7. La Secretaría se ha servido de las observaciones formuladas a lo largo de esas consultas oficiosas para preparar el proyecto de plan de acción sobre discapacidad que se presenta en anexo (segundo borrador).

8. Conforme a la resolución WHA66.9, el proyecto de plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014–2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad, tiene por objetivo contribuir a mejorar la salud, el bienestar y el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad. En él se fijan con claridad una serie de objetivos y acciones que han de llevar a cabo los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados internacionales y nacionales. Además, se proponen «indicadores de éxito» que pueden utilizarse para evaluar los avances en la ejecución y las repercusiones del plan de acción.

¹ <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/index.html>.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

9. Se invita al Consejo Ejecutivo a que tome nota del presente informe y facilite orientaciones sobre el proyecto de plan de acción, que se someterá a la consideración de la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.

ANEXO

**PROYECTO DE PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL DE LA OMS
SOBRE DISCAPACIDAD 2014–2021:
MEJOR SALUD PARA TODAS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹**

1. En mayo de 2013 la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA66.9 sobre discapacidad, hizo suyas las recomendaciones contenidas en el *Informe mundial sobre la discapacidad*.² La Asamblea de la Salud pidió además a la Directora General que preparase, en consulta con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y los Estados Miembros,³ un plan de acción integral de la OMS basado en los datos probatorios contenidos en el *Informe mundial sobre la discapacidad*, en consonancia con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y con el documento final de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad: «El camino a seguir: una agenda para el desarrollo que tenga en cuenta a las personas con discapacidad para 2015 y después de ese año».

2. La discapacidad es universal. Es bastante probable que toda persona la sufra, ya sea directamente o en la persona de un familiar aquejado de algún tipo de limitación funcional en uno u otro momento de la vida, sobre todo al ir envejeciendo. Conforme a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud y a su versión adaptada a niños y jóvenes, en este plan de acción se define «discapacidad» como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación y designa los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que sufre algún problema de salud) y sus factores contextuales (ambientales y personales). La discapacidad no es un fenómeno solo biológico ni tampoco únicamente social.

3. La OMS considera que la discapacidad es un problema mundial de salud pública, una cuestión de derechos humanos y una prioridad para el desarrollo. Es un problema mundial de salud pública porque las personas con discapacidad, en particular los niños, afrontan obstáculos generalizados para acceder a los servicios de salud y otros servicios conexos, como los de rehabilitación, y presentan peores resultados sanitarios que las personas sin discapacidad. Ciertas dolencias también pueden constituir un factor de riesgo para otros problemas de salud, a menudo mal tratados, como la mayor incidencia de obesidad en las personas con síndrome de Down o la mayor prevalencia de diabetes o cánceres intestinales en los afectados de esquizofrenia. La discapacidad es igualmente una cuestión de derechos humanos porque adultos, adolescentes y niños con discapacidad son objeto de estigmatización, discriminación y desigualdad, sufren múltiples violaciones de sus derechos, en especial de su dignidad, por ejemplo en forma de violencia, abusos, prejuicios o falta de respeto en razón de su discapacidad, y además se les niega la autonomía. La discapacidad es una prioridad para el desarrollo porque su prevalencia es más elevada en los países de ingresos bajos y porque discapacidad y pobreza se refuerzan y perpetúan mutuamente. La pobreza aumenta la probabilidad de deficiencias debidas a la malnutrición, la mala atención de salud o las condiciones peligrosas de vida, trabajo o viaje. La discapacidad, además, puede traducirse en un nivel de vida inferior o abocar a la persona a la pobreza por-

¹ En este plan de acción, la expresión «personas con discapacidad» comprende a niños y jóvenes.

² Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

³ Y, cuando proceda, las organizaciones de integración económica regional.

que la priva de acceso a la educación, al empleo y a un salario y porque trae aparejado un mayor nivel de gastos.

4. El plan de acción será aplicable y beneficiará a todas las personas con discapacidad, desde el momento del nacimiento hasta la tercera edad, entendiéndose por tales todas aquellas que tradicionalmente se han considerado discapacitadas, como niños nacidos con parálisis cerebral, usuarios de sillas de ruedas y personas ciegas, sordas o afectadas por alguna deficiencia intelectual o enfermedad mental, así como, más en general, toda persona que tenga dificultades funcionales debida a problemas de salud de muy diversa índole, como enfermedades no transmisibles, enfermedades infecciosas, trastornos neurológicos, traumatismos o afecciones resultantes del proceso de envejecimiento. En el artículo 1 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, estas personas vienen definidas como «aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás». En este plan de acción la expresión «personas con discapacidad» comprende a niños y jóvenes.

5. La misión de la OMS estriba en buena parte en prevenir problemas de salud que puedan provocar muerte, morbilidad o discapacidad. El presente plan de acción, sin embargo, tiene por objetivo mejorar la salud, las condiciones funcionales y el bienestar de las personas con discapacidad. En él, por lo tanto, solo se tienen en cuenta las cuestiones de prevención en la medida en que las personas con discapacidad deben tener igual acceso que las demás a servicios y programas preventivos. La prevención comprende un amplio conjunto de medidas destinadas a reducir los riesgos o amenazas para la salud: fomento de modos de vida sanos, por ejemplo consejos sobre buena alimentación o sobre la importancia de hacer regularmente ejercicio físico y evitar el consumo de tabaco; protección de las personas para impedir ante todo que contraigan patologías, como en el caso de la vacunación contra enfermedades infecciosas o de las prácticas seguras de partería; detección temprana de problemas de salud secundarios o comorbilidades, por ejemplo con medidas de detección sistemática de diabetes o depresión; y reducción de los efectos de una patología ya presente por medios como el tratamiento del dolor, programas de rehabilitación, grupos de apoyo al paciente o eliminación de los obstáculos al acceso. La mejora del acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas preventivos es importante para lograr mejores resultados sanitarios, y está contemplada en los objetivos 1 y 2 de este plan.

PANORÁMICA DE LA SITUACIÓN MUNDIAL

6. En el mundo hay más de 1000 millones de personas con discapacidad, lo que supone alrededor de un 15% de la población mundial, o una de cada siete personas. De todas ellas, entre 110 y 190 millones de adultos padecen dificultades funcionales importantes. Se calcula que unos 93 millones de niños (esto es, una de cada 20 personas de menos de 15 años) viven con una discapacidad entre moderada y grave. El número de personas con discapacidad seguirá aumentando debido al envejecimiento de la población y al incremento mundial de las enfermedades crónicas. Las características que reviste la discapacidad en cada país vienen influidas por las afecciones que tiendan a predominar y por factores ambientales o de otra índole, como accidentes en las vías de tránsito, caídas, violencia, emergencias humanitarias (lo que incluye desastres naturales y conflictos armados), dieta malsana o abuso de sustancias.

7. La discapacidad afecta de forma desproporcionada a las mujeres, las personas de edad y los pobres. Los niños de familias pobres, las poblaciones indígenas y los grupos étnicos minoritarios también presentan un riesgo sensiblemente mayor de padecer discapacidad. Las mujeres y las niñas con discapacidad tienden a sufrir una «doble discriminación», que se manifiesta en forma de violencia sexista, maltrato y marginación. De ahí que las mujeres con discapacidad afronten a menudo más in-

convenientes que los hombres con discapacidad o las mujeres sin discapacidad. Para los indígenas, desplazados internos, refugiados, ciudadanos apátridas, migrantes y reclusos que padecen discapacidad también resulta especialmente difícil acceder a los servicios. La prevalencia de discapacidades es mayor en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos. En el documento final de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre discapacidad y desarrollo de 2013 se señala que, según las estimaciones, un 80% de las personas con discapacidad vive en países en desarrollo, y se destaca la importancia de lograr que este colectivo sea tenido en cuenta en todos los aspectos del desarrollo, y especialmente en la agenda para el desarrollo después de 2015.

8. Las personas con discapacidad afrontan obstáculos generalizados para acceder a servicios como los de asistencia sanitaria (que engloban la atención médica, los tratamientos y las tecnologías auxiliares), educación, empleo y servicios sociales (lo que incluye vivienda y transporte). Estos obstáculos tienen orígenes diversos, por ejemplo: legislación, políticas y estrategias inadecuadas; insuficiente oferta de servicios; problemas en la prestación de servicios; desconocimiento e incomprensión de la discapacidad; actitudes negativas y discriminación; escasa accesibilidad; financiación insuficiente; y poca participación de las personas con discapacidad en decisiones que afectan directamente a su vida. También existen barreras específicas para que las personas con discapacidad tengan la posibilidad de expresar sus opiniones y buscar, recibir y difundir información e ideas en pie de igualdad con las demás personas y por los canales de comunicación que elijan.

9. Estos obstáculos abonan la situación de desventaja que sufren las personas con discapacidad. Estas personas, en particular las que viven en países en desarrollo, se encuentran en peor estado de salud, presentan tasas más altas de pobreza e índices más bajos de empleo y éxito académico, gozan de menos independencia y tienen una participación restringida en la sociedad. Muchas de las barreras que afrontan pueden evitarse, y es posible superar los inconvenientes que vienen asociados a la discapacidad. En el *Informe mundial sobre la discapacidad* se sintetizan los mejores datos científicos disponibles sobre la forma de vencer los obstáculos que afrontan las personas con discapacidad para acceder a servicios de salud, rehabilitación, apoyo y asistencia, a su entorno, a la educación y al empleo.

VISIÓN, FINALIDAD, OBJETIVOS, PRINCIPIOS RECTORES Y PLANTEAMIENTOS

10. La visión que inspira el plan de acción es la de un mundo en el que todas las personas con discapacidad, incluidos los niños, así como sus familiares, vivan dignamente y con iguales derechos y oportunidades y estén en condiciones de desarrollar al máximo su potencial.

11. La finalidad general se cifra en contribuir a lograr un nivel óptimo de salud, funcionamiento, bienestar y derechos humanos para todas las personas con discapacidad.

12. El plan de acción tiene los tres objetivos siguientes:

- 1) eliminar obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud;
- 2) reforzar y extender los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario;
- 3) mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos.

13. En este plan se respalda la aplicación de medidas concebidas para hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad consagrados en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y en particular en sus artículos 9 (Accesibilidad), 11 (Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias), 12 (Igual reconocimiento como persona ante la ley), 19 (Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad), 20 (Movilidad personal), 25 (Salud), 26 (Habilitación y rehabilitación), 28 (Nivel de vida adecuado y protección social), 31 (Recopilación de datos y estadísticas), 32 (Cooperación internacional) y 33 (Aplicación y seguimiento nacionales). Asimismo, apoya la aplicación de los artículos 4 (Obligaciones generales), 5 (Igualdad y no discriminación), 6 (Mujeres con discapacidad), 7 (Niños y niñas con discapacidad) y 21 (Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información). En él se proponen acciones destinadas a secundar los compromisos suscritos en el documento final adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Reunión de Alto Nivel sobre discapacidad y desarrollo (23 de septiembre de 2013) para garantizar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud (rehabilitación y dispositivos auxiliares inclusive), mejorar los procesos de obtención, análisis y seguimiento de datos sobre discapacidad y fomentar el conocimiento, la sensibilidad social y la comprensión sobre el tema.¹

14. El plan de acción apoya la labor que la Organización lleva a cabo de forma permanente para integrar la discapacidad en todos sus programas, conforme a las recientes resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.² Asimismo, es coherente con el Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019, y tiene en cuenta, en particular, las nuevas realidades políticas, económicas, sociales y ambientales y la evolución de los objetivos sanitarios. Por otra parte, complementa y respalda la ejecución de otros planes y estrategias de la Organización, como los relativos a envejecimiento saludable, salud reproductiva y maternoinfantil, situaciones de emergencia y desastre, salud mental, ceguera y discapacidad visual evitables o enfermedades no transmisibles.

15. En su concepción, el plan de acción se rige por una serie de principios, enunciados en su mayoría en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Se trata de los siguientes:

- respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual (incluida la libertad de decidir por sí mismo) y la independencia de las personas;
- no discriminación;
- plena y efectiva participación e integración en la sociedad;
- respeto de la diferencia y aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- igualdad de oportunidades;
- accesibilidad;
- igualdad entre el hombre y la mujer;

¹ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York, Naciones Unidas, 2006.

² Resoluciones 66/288 (El futuro que queremos), 66/229 (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo facultativo), 66/124 (Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad), 65/186 (La realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para las personas con discapacidad hasta 2015 y después de esa fecha) y 64/131 (La realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para las personas con discapacidad).

- respeto de la evolución de las facultades de los niños con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad;
- respeto de la dignidad y el valor imprescriptibles de las personas con discapacidad cuando envejecen.

16. Pese a que las personas con discapacidad tienen una percepción única de su situación y discapacidad, se han visto excluidas de los procesos de decisión sobre cuestiones que afectan directamente a su vida. Conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Convención, las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, deberán ser plenamente consultadas y participar activamente en todas las etapas de la formulación y aplicación de políticas, leyes y servicios que las incumban.

17. En su concepción y ejecución, el plan de acción reposa y se inscribe en los siguientes planteamientos:

- trabajo desde la óptica de los derechos humanos, lo que incluye potenciar la autonomía de las personas con discapacidad;
- trabajo sobre la totalidad del ciclo vital y desde todos los eslabones de la cadena asistencial;
- cobertura sanitaria universal;
- planteamiento culturalmente apropiado y centrado en el individuo;
- rehabilitación multisectorial/de ámbito comunitario;¹
- diseño universal (véase el párrafo 29 *infra*).

PROPUESTA DE ACCIONES POR PARTE DE LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS ASOCIADOS NACIONALES E INTERNACIONALES Y LA SECRETARÍA

18. En este plan se proponen acciones específicas que han de llevar a cabo los Estados Miembros, los asociados nacionales e internacionales y la Secretaría, detallando qué se puede hacer para cumplir los tres objetivos del plan y explicitando, en forma de aportaciones de las diversas partes, posibles líneas de trabajo que indican cómo poner en práctica dichas acciones. Este conjunto de acciones y aportaciones se basa, por un lado, en datos empíricos extraídos del *Informe mundial sobre la discapacidad* acerca de fórmulas eficaces para superar los obstáculos que dificultan el acceso a los servicios y, por el otro, en la labor técnica de la Secretaría para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

19. Dado que la discapacidad es una cuestión transversal, que interesa a todos los sectores y a gran número de interlocutores distintos, la ejecución del plan de acción requerirá un firme compromiso, así como recursos y actividades, de muy diversos asociados internacionales, regionales y nacionales, además de la creación o consolidación de redes regionales y mundiales. Aunque la función más destacada recae en las administraciones nacionales y locales, también hay otras partes que tienen un papel importante que cumplir, como organismos del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones en pro del desarrollo, asociaciones de personas con discapacidad, proveedores de servicios (incluidas las en-

¹ La rehabilitación de ámbito comunitario proporciona una metodología operativa para hacer realidad los derechos humanos y objetivos de desarrollo a escala comunitaria, metodología que, partiendo de un planteamiento multisectorial integral, puede propiciar la emancipación de las personas con discapacidad y sus familiares.

tidades de la sociedad civil y organizaciones confesionales), establecimientos universitarios, instancias del sector privado, comunidades y las propias personas con discapacidad y sus familiares. En el plan se reconoce asimismo la importante contribución de los cuidadores, tanto formales como informales, a la hora de respaldar a las personas con discapacidad, así como las particulares necesidades de apoyo que tiene este colectivo para cumplir tal función.

20. El éxito del plan pasa por la aplicación de un planteamiento multisectorial eficaz, con mecanismos prácticos de coordinación y ejecución entre los ministerios y departamentos responsables de la prestación de servicios de salud, rehabilitación y otros servicios conexos para las personas con discapacidad. Los ámbitos de gobierno interesados son básicamente los de salud, servicios relativos a la discapacidad, protección social, servicios comunitarios y de bienestar, economía, infraestructuras, transportes, comunicaciones, empleo y educación. Es esencial una eficaz coordinación entre todas ellas, pero cada ministerio, departamento u organismo es el primer responsable de garantizar que sus principales áreas de trabajo sean accesibles a las personas con discapacidad y respondan a sus necesidades.

21. Una forma de facilitar la colaboración multisectorial consiste en pasar por la rehabilitación de ámbito comunitario, actividad que ha ido evolucionando hasta erigirse en estrategia multisectorial que ofrece pautas prácticas sobre el modo de fortalecer los principales servicios y establecer vínculos entre ellos para garantizar que las personas con discapacidad y sus allegados puedan acceder provechosamente a la educación, el empleo y los servicios sanitarios y sociales. La aplicación de tal estrategia reposa en el trabajo combinado de las personas con discapacidad, sus familiares, las asociaciones y comunidades y los pertinentes servicios, ya sean gubernamentales o no gubernamentales, de salud, educación, integración profesional, asistencia social u otros. Este planteamiento se aplica actualmente en más de 90 países a las tareas de rehabilitación, igualdad de oportunidades, lucha contra la pobreza e integración social de las personas con discapacidad.

22. En el plan de acción se tiene en cuenta la considerable variedad de contextos y puntos de partida de los diferentes países y regiones en sus esfuerzos por garantizar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud y ofrecerles programas y apoyo específicos. El plan está concebido para estructurar y orientar estas labores, pero en modo alguno puede ofrecer soluciones de validez universal. Es preciso que las actividades para cumplir los objetivos del plan estén adaptadas a las obligaciones, políticas, planes y metas existentes en cada región o país.

SEGUIMIENTO DE LA PROGRESIÓN HACIA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE ACCIÓN

23. Para seguir de cerca y cuantificar los avances hacia el logro de la finalidad general del plan cabe emplear los «indicadores de éxito» definidos para cada objetivo. Una vez aprobado el plan se determinarán los niveles de partida y las metas de referencia. Toda vez que las metas revestirán carácter voluntario y dimensión mundial, no se presupone que cada Estado Miembro vaya a alcanzar todas las metas específicas, sino que cada uno pueda contribuir en grado variable a su consecución. Como se indica en las acciones correspondientes al Objetivo 3, la Secretaría proporcionará a los Estados Miembros orientaciones, formación y apoyo técnico, previa solicitud al respecto, para mejorar de modo eficaz y rentable los análisis y el uso de los datos sobre discapacidad. Se recomienda hacer balance de los progresos realizados en la aplicación del plan de acción e informar de ello a los órganos deliberantes una primera vez al llegar al ecuador del plan (2017) y otra vez en su último año de aplicación (2021).

OBJETIVO 1: ELIMINAR OBSTÁCULOS Y MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD

24. La salud es más que la ausencia de afecciones o enfermedades: es un estado de completo bienestar físico, mental y social. La Constitución de la OMS consagra el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad apropiada. Fomentar el derecho a la salud significa también que los Estados Miembros deben crear condiciones en las que toda persona pueda gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr y dispensar servicios de salud acordes con el principio del consentimiento libre e informado.

25. La discapacidad es sumamente heterogénea. Aunque algunos de los problemas sanitarios asociados a ella deterioran el estado de salud y generan enormes necesidades asistenciales y otros en cambio no, todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades generales de asistencia sanitaria que cualquier otra persona y por lo tanto necesitan acceso a los principales servicios de salud. Las personas con discapacidad pueden ser más vulnerables a enfermedades secundarias prevenibles, comorbilidades y afecciones relacionadas con la edad y precisar servicios especializados de atención sanitaria. En ocasiones son objeto de tratamiento u otras medidas de protección sin que hayan dado su consentimiento. Están más expuestas a la violencia que las personas sin discapacidad, y presentan mayor riesgo de sufrir lesiones por accidente de tránsito, quemadura o caída. Algunos estudios han puesto además de relieve que en ciertos grupos de personas con discapacidad se observan índices más elevados de conductas de riesgo tales como consumo de tabaco, dieta malsana o inactividad física.

26. Además de engendrar discapacidades, las emergencias pueden colocar en situación de mayor vulnerabilidad a las personas con discapacidad, cuyas necesidades básicas y específicas a menudo se omiten o desatienden en la gestión del riesgo de emergencias. Ni antes, ni durante, ni después de una emergencia se suelen determinar esas necesidades. Las personas con discapacidad rara vez son consultadas o están representadas en los procesos de elaboración de políticas y programas de gestión del riesgo de emergencias.

27. Gozar de buena salud permite participar en muy diversas actividades, entre ellas la educación y el empleo. Sin embargo, los datos demuestran que las personas con discapacidad, en particular los niños, no gozan de igualdad de acceso a los servicios de atención de salud, tienen más necesidades asistenciales desatendidas y están en peor estado de salud que la población en general. Los sistemas de salud no suelen dar respuesta adecuada a las necesidades de atención, ya sean generales o específicas, de las personas con discapacidad. Cuando tratan de acceder a la asistencia sanitaria estas personas, sobre todo los niños, tropiezan con multitud de obstáculos, ya sean físicos, sistémicos o de mentalidad. El análisis de la Encuesta Mundial de Salud realizada por la OMS demuestra que las personas con discapacidad, comparadas con quienes no sufren discapacidad, tienen el doble de probabilidades de considerar inadecuadas las competencias de los profesionales de la salud y las condiciones de los centros de atención, el triple de probabilidades de que se les niegue asistencia sanitaria y el cuádruple de probabilidades de que las traten mal en el sistema de salud. La mitad de las personas con discapacidad carecen de medios para costearse la atención de salud que necesitan y tienen un 50% más de

probabilidades, en comparación con las personas sin discapacidad, de incurrir en gastos sanitarios catastróficos.¹

28. Los principales obstáculos para acceder a los servicios de salud son los siguientes: barreras físicas relacionadas con el diseño arquitectónico de los centros de salud, los equipos médicos o los medios de transporte; falta de competencias y conocimientos adecuados por parte de los proveedores de asistencia sanitaria; ideas equivocadas acerca de la salud de las personas con discapacidad, que llevan a presuponer que estas personas no necesitan acceder a los servicios y programas de fomento de la salud o prevención de enfermedades; falta de respeto o actitudes y conductas negativas para con las personas con discapacidad; barreras informativas y dificultades de comunicación; e insuficiente información de las personas con discapacidad acerca de su derecho a acceder a los servicios de salud.

29. En el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se subraya el derecho de las personas con discapacidad «a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad». En el artículo 9 (Accesibilidad) se resumen las medidas que hay que adoptar para «asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales». Entre tales medidas están la detección y eliminación de las barreras de acceso a los edificios, las vías públicas, el transporte y demás instalaciones exteriores o interiores (comprendidas las instalaciones médicas) y a los servicios de información, comunicaciones o de otro tipo (incluidos los servicios electrónicos y de emergencia). Dada la heterogeneidad que caracteriza a los usuarios de los servicios de salud, es importante aplicar el principio de la universalidad de diseño a la hora de concebir productos, entornos, programas y servicios, a fin de garantizar que todas las personas puedan utilizarlos, en la mayor medida posible, sin necesidad de ningún tipo de adaptación o diseño especializado.

30. Las disparidades sanitarias se reducirán haciendo más integradores todos los eslabones de los actuales sistemas de atención de salud y más accesibles a las personas con discapacidad, niños en particular, los programas de salud pública (sobre todo los destinados a promover modos de vida sanos, una dieta más equilibrada y el ejercicio físico). Dado que hay múltiples factores que limitan el acceso a la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad, es menester incidir en todas las dimensiones del sistema de salud, lo que incluye mejorar la gobernanza, los niveles de sensibilización y conocimiento y los datos de los ministerios de salud y otros ministerios conexos, de forma que estos puedan tener más en cuenta la cuestión de la discapacidad y mejorar el acceso a sus servicios. Se recomienda mantener niveles mínimos de protección social,² definidos país por país, que prevean una serie de garantías básicas de seguridad social y aseguren con ello un acceso universal a servicios esenciales de atención de salud y un nivel mínimo de ingresos, que incumbe a cada país determinar. Es preciso que en las políticas nacionales de atención de salud se reconozca oficialmente que ciertos grupos de personas con discapacidad padecen desigualdades sanitarias, lo que supondrá un paso fundamental para corregir esas disparidades, y se afirme la voluntad de instituir la colaboración e impulsar labores coordinadas entre los proveedores de asistencia sanitaria. La rehabilitación de ámbito comunitario es un me-

¹ Cuando hay que abonar honorarios o copagos por la atención de salud, el importe puede ser tan elevado en relación con los ingresos que la persona o familia se ve abocada a una situación de «catástrofe económica». La OMS ha propuesto que se considere «catastrófico» todo gasto sanitario que sea igual o superior al 40% de los «ingresos tras gastos de subsistencia» de un hogar, esto es, la renta que queda disponible una vez cubiertas las necesidades básicas.

² *Recomendación sobre los pisos de protección social* de la Organización Internacional del Trabajo, 2012 (n.º 202): Recomendación relativa a los pisos nacionales de protección social adoptada el 14 de junio de 2012.

dio importante para garantizar y mejorar la coordinación entre los servicios de salud y el acceso a ellos, sobre todo en zonas rurales y apartadas.

31. Para tener éxito en la eliminación de los obstáculos y la mejora del acceso a los servicios de salud es imprescindible la aportación de las personas con discapacidad, que son las que mejor conocen esos obstáculos y más sufren sus consecuencias. Es importante asegurarse de que la información de índole sanitaria se publique en un formato adecuado y accesible y de que los modos de comunicación estén adaptados a lo que necesitan las personas con discapacidad (por ejemplo, uso de la lengua de signos). Es posible asimismo que algunas personas con discapacidad necesiten ayuda para reivindicar su derecho a la salud y a la igualdad de acceso a los servicios sanitarios

OBJETIVO 1: ELIMINAR OBSTÁCULOS Y MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD		
Indicadores de éxito	Medios de verificación	Evidencias de éxito
<p>1.1 X% de países que cuenten con una política nacional de salud donde se haga mención expresa del derecho de las personas con discapacidad a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.</p> <p>1.2 X% de países donde los seguros de salud tengan prohibida toda discriminación con respecto a discapacidades preexistentes.</p> <p>1.3 Proporción de personas con discapacidad que tengan acceso a los servicios de salud que necesiten.</p> <p>1.4 X% de hogares con personas con discapacidad que incurran en gastos directos catastróficos para sufragar servicios de salud.</p>	<p>Obtención de los datos encuestando a informantes clave de los ministerios de salud y de entidades de la sociedad civil o asociaciones de personas con discapacidad, con encuestas organizadas por la Secretaría al inicio, a los 5 años y a los 10 años.</p> <p>Aplicación de la encuesta modelo sobre discapacidad (véase el Objetivo 3) y otras encuestas nacionales sobre salud y discapacidad como parte del dispositivo de seguimiento y del método para medir la cobertura sanitaria universal.</p>	<p>Existencia de una política de salud acorde con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.</p> <p>Cobertura sanitaria universal que incluya a las personas con discapacidad.</p>

ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 1	Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales
<p>1.1 Formular y/o reformar leyes, políticas, estrategias y planes sobre salud y discapacidad para dar cumplimiento a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Examinar y modificar las políticas vigentes y eliminar de ellas toda disposición discriminatoria para ayudar a mejorar el acceso de las personas con discapacidad al sector de la salud y otros sectores, así como su integración en ellos. Movilizar al sector de la salud para que contribuya a la elaboración de una estrategia nacional multisectorial sobre discapacidad, junto con el correspondiente plan de acción, que asegure líneas claras de responsabilidad y mecanismos de coordinación, seguimiento y presentación de informes. Instrumentar el apoyo del sector de la salud para seguir de cerca y evaluar la aplicación de las políticas sanitarias y garantizar así el cumplimiento de lo dispuesto en la Convención. Promover servicios de salud centrados en el individuo, así como la activa participación 	<ul style="list-style-type: none"> Prestar apoyo técnico y elaborar directrices sobre el fortalecimiento de sistemas de salud que tengan en cuenta la discapacidad para ayudar a hacer efectiva la cobertura universal. Prestar apoyo técnico y reforzar los medios de acción de los ministerios de salud y otros sectores competentes para la formulación, aplicación y supervisión de leyes, políticas, estrategias y planes. 	<ul style="list-style-type: none"> Favorecer las oportunidades de intercambio sobre políticas de probada eficacia para promover la salud de las personas con discapacidad. Participación de las instancias nacionales pertinentes, comprendidas las asociaciones de personas con discapacidad y otras entidades de la sociedad civil, en la reforma de leyes, políticas, estrategias y planes sobre salud y discapacidad.

ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 1	Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales
	en todo el proceso de las personas con discapacidad y asociaciones que las agrupan.		
<p>1.2 Reforzar el liderazgo y la gobernanza en pro de una salud que tenga en cuenta la discapacidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Designar a funcionarios de enlace sobre temas de discapacidad dentro de los ministerios de salud y formular planes de acción internos que ayuden a tener en cuenta a las personas con discapacidad y favorezcan su acceso a los principales servicios de salud. • Velar por que el sector de la salud esté presente en los organismos nacionales de coordinación sobre temas de discapacidad. • Velar por que las asociaciones de personas con discapacidad tomen parte en la elaboración de políticas sanitarias y los procesos de garantía de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo a los Estados Miembros para que refuercen sus estructuras y medios de dirección; elaborar y aplicar un paquete pedagógico sobre la integración de la discapacidad en el sector de la salud. • Acoger talleres regionales sobre cobertura sanitaria universal y equidad dirigidos a funcionarios de ministerios de salud, planificadores de políticas y representantes de asociaciones de personas con discapacidad, integrándolos en otras iniciativas en curso o conexas y tomando como punto de partida la experiencia de los países. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a los ministerios de salud para que refuercen sus estructuras y medios de dirección para lograr que los servicios de salud tengan en cuenta la discapacidad (artículo 32). • Reforzar los medios de acción de las asociaciones de personas con discapacidad para que participen eficazmente en la gobernanza de los servicios de salud.
<p>1.3 Eliminar los obstáculos que dificultan la financiación y la asequibilidad, instituyendo líneas de trabajo y medidas que garanticen que las personas con discapacidad puedan costearse y recibir la asistencia sanitaria que necesitan sin incurrir en gastos directos desmesurados y catastróficos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destinar recursos suficientes a la aplicación de los aspectos sanitarios de la estrategia y el plan de acción nacionales sobre discapacidad. • Garantizar que los mecanismos de financiación del sistema nacional de atención de salud incluyan paquetes mínimos y medidas de reducción de la pobreza y protección social que apunten a responder, y respondan, a las necesidades sanitarias de las personas con discapacidad. • Reducir o eliminar los pagos directos en el caso de personas con discapacidad que no tengan medios para costearse la atención sanitaria. • Promover soluciones multisectoriales para cubrir los costos indirectos relacionados con el acceso a la asistencia sanitaria (p.ej. el transporte). 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico a los países para que formulen medidas de financiación de la salud que mejoren los niveles de acceso y asequibilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico y económico a los Estados Miembros para que garanticen a las personas con discapacidad el acceso a los principales servicios de atención de salud. • Proporcionar orientaciones a los Estados Miembros para establecer y mantener niveles mínimos de protección social definidos por cada país.

ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 1	Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales
	<ul style="list-style-type: none"> Allí donde existan seguros de salud privados, garantizar que sean asequibles y accesibles para las personas con discapacidad. 		
<p>1.4 Eliminar los obstáculos a la prestación de servicios (en especial aquellos que dificultan el acceso físico, la información y comunicación y la coordinación) en todos los programas y niveles de asistencia sanitaria, en particular los de salud sexual y reproductiva, fomento de la salud y otras iniciativas de salud pública dirigidas a toda la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aprobar normas nacionales de accesibilidad (acordes con los principios de diseño universal) y velar por su cumplimiento en los principales centros de salud. Instrumentar un amplio conjunto de ajustes razonables para superar los obstáculos que dificultan el acceso a los principales servicios de salud, por ejemplo: modificaciones estructurales de las instalaciones; equipos con características de diseño universal; adaptación de los sistemas de cita previa; modelos alternativos de prestación de servicios; o uso de formatos adecuados en la comunicación e información, como lengua de signos, sistema Braille, caracteres de gran tamaño, dispositivos de lectura fácil o información ilustrada. Apoyar mecanismos para mejorar las prestaciones asistenciales dispensadas en el conjunto del sistema a las personas con discapacidad, con medidas como planificación de las altas, trabajo en equipos multidisciplinarios, definición de itinerarios de derivación o elaboración de directorios de servicios. Promover y facilitar el acceso a las principales iniciativas nacionales y locales de salud pública destinadas a fomentar y proteger la salud. Respaldar la inclusión, dentro de las actividades de los programas de rehabilitación de ámbito comunitario, de la derivación de la atención sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a detectar los obstáculos para acceder a determinados servicios, prestando apoyo técnico a la obtención de datos desglosados por discapacidad sobre el uso de los servicios. Elaborar material sobre temas de accesibilidad para los centros de salud. Facilitar pautas técnicas para ayudar a tener en cuenta a las personas con discapacidad en las políticas, estrategias y programas de salud pública. Promover la capacitación de los programas de rehabilitación de ámbito comunitario, sobre todo en temas relacionados con la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a grupos de consumidores a realizar auditorías de accesibilidad con el fin de detectar obstáculos que puedan privar de acceso a los servicios de salud a las personas con discapacidad. Financiar programas piloto destinados a demostrar los beneficios que depara la integración de las personas con discapacidad. Potenciar la autonomía de las personas con discapacidad para optimizar su salud, y a tal efecto facilitarles información y formación y favorecer el apoyo mutuo entre ellas. Respaldar la creación de programas de rehabilitación de ámbito comunitario.

ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 1	Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales
<p>1.5 Superar los problemas que merman específicamente la calidad de la asistencia sanitaria dispensada a las personas con discapacidad, en particular los que tengan que ver con los conocimientos, actitudes y praxis del personal de salud y con la participación de las personas con discapacidad en decisiones que las afecten directamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar mayores niveles de comprensión y conocimiento, así como una imagen más positiva, de las personas con discapacidad, mediante campañas específicas en los medios de comunicación y las redes sociales, elaboradas junto con asociaciones de personas con discapacidad. • Apoyar la enseñanza y formación, promoviendo y alentando la integración de la discapacidad en los correspondientes programas de estudio universitarios y en la formación continua impartida a los proveedores de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer entender mejor y destacar lo importante que es la integración de los temas de discapacidad (incluida la cuestión de los derechos) en los programas de estudio de las facultades de medicina y enfermería y de otros establecimientos relacionados con la salud. • Elaborar modelos de programas de estudio sobre discapacidad para el personal de salud y rehabilitación. • Prestar apoyo técnico a los Estados Miembros que estén tratando de aplicar modelos de programas de estudio sobre discapacidad y salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar la formación sobre la salud y los derechos humanos de las personas con discapacidad en la enseñanza universitaria y continua de todo el personal de salud. • Lograr que las personas con discapacidad participen como educadores y formadores cuando proceda. • Proporcionar formación y apoyo a los trabajadores comunitarios y cuidadores informales que ayudan a las personas con discapacidad a acceder a los servicios de salud. • Ofrecer a las personas con discapacidad la oportunidad de aprender a desenvolverse y defenderse por sí mismas para abordar eficazmente sus problemas específicos de acceso a los servicios de salud.
<p>1.6 Dar solución a las necesidades específicas de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la gestión del riesgo de emergencia sanitaria, esto es, prevención, preparación, respuesta y recuperación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar la discapacidad en las políticas, evaluaciones, planes y programas de gestión del riesgo de emergencia sanitaria. • Integrar medidas sobre la gestión del riesgo de emergencia en las políticas, servicios y programas referentes a la discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar pautas y asistencia técnicas de capacitación para manejar la discapacidad en la gestión de los aspectos sanitarios del riesgo de emergencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar la discapacidad en todos los aspectos de la gestión del riesgo de emergencias previstos en los marcos y foros al respecto, ya sean estos multisectoriales o sanitarios, de ámbito mundial, regional o nacional. • Incluir la discapacidad en las evaluaciones de riesgos y tenerla presente al hacer previsiones sobre los servicios de salud en los planes de respuesta y recuperación en caso de emergencia.

OBJETIVO 2: REFORZAR Y EXTENDER LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN, TECNOLOGÍA AUXILIAR, ASISTENCIA Y APOYO, ASÍ COMO LA REHABILITACIÓN DE ÁMBITO COMUNITARIO

32. No todas las personas con discapacidad, pero sí muchas de ellas, necesitan servicios de rehabilitación, rehabilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como rehabilitación de ámbito comunitario. A menudo el acceso a una serie de servicios y tecnologías es un requisito previo para que las personas con discapacidad puedan ir a trabajar, participar en la vida ciudadana, acceder a la atención de salud y, en el caso de los niños, asistir a la escuela. Todos estos servicios tienen por principal objetivo hacer posible que la persona se integre y participe en la comunidad.

33. En el artículo 26 (Habilitación y rehabilitación) de la Convención se recalca la necesidad de que los Estados Partes adopten medidas apropiadas para organizar, reforzar y ampliar servicios y programas de rehabilitación y rehabilitación en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales. En el mismo artículo se estipula que los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías y dispositivos auxiliares con fines de rehabilitación y rehabilitación. Además, los artículos 4 (Obligaciones generales), 20 (Movilidad personal) y 32 (Cooperación internacional) exigen a los Estados Miembros y la comunidad internacional que inviertan en facilitar el acceso a tecnología auxiliar de calidad, por ejemplo ofreciéndola a un costo asequible.

34. La rehabilitación y la rehabilitación pueden paliar los efectos de muy diversos problemas de salud (tales como enfermedades o traumatismos). Estos dos procedimientos vienen definidos en el *Informe mundial sobre la discapacidad* como «conjuntos de medidas que ayudan a las personas que padecen o puedan probablemente padecer una discapacidad a lograr y mantener un funcionamiento óptimo, en interacción con su entorno». Ambos procesos, que engloban atención médica, terapia y tecnologías auxiliares, deben comenzar lo antes posible y ofrecerse a las personas con discapacidad lo más cerca posible del lugar donde vivan.

35. Las tecnologías auxiliares están evolucionando con rapidez. Esta expresión engloba todo artículo, parte de un equipo o producto, ya sea adquirido comercialmente, modificado o personalizado, que se utilice para acrecentar, mantener o mejorar las aptitudes funcionales de las personas con discapacidad. Entran en esta categoría gafas, audífonos, aparatos de comunicación aumentativa o alternativa, caminadores, sillas de ruedas y prótesis tales como piernas artificiales, junto con dispositivos de comunicación e información como ordenadores, programas de lectura de pantalla o teléfonos adaptados. Las tecnologías auxiliares cumplen una importante función porque habilitan a las personas con discapacidad a manejarse en la vida y participar.

36. Los servicios de asistencia y apoyo permiten a las personas con discapacidad realizar actividades cotidianas y participar en la comunidad. Estos servicios, que por lo común, además de la prestación formal, dispensan familiares u otros allegados, incluyen asistencia personal, servicios para llevar una vida independiente, servicios de relevo, intérpretes en lengua de signos, apoyo laboral y educativo y labores de información y asesoramiento.

37. Los programas de rehabilitación de ámbito comunitario pueden proporcionar servicios de rehabilitación, tecnologías auxiliares y apoyo en países con escasez de recursos y potenciar la autonomía de las personas con discapacidad y sus familiares. Las directrices de la OMS sobre el tema contienen

sugerencias prácticas sobre la forma de establecer vínculos con los principales servicios, reforzar la capacidad de estos y facilitar el acceso a servicios específicos.¹

38. Las inversiones en habilitación, rehabilitación y suministro de tecnologías auxiliares reportan beneficios porque fortalecen los recursos personales y pueden ser decisivas para que personas con limitaciones funcionales permanezcan en su casa o comunidad o regresen a ellas, lleven una vida independiente y se integren en la enseñanza, el mercado laboral y la vida cívica. Además, pueden reducir la necesidad de servicios formales de apoyo, así como el tiempo y la carga física que ello supone para los cuidadores.

39. No existen datos de dimensión mundial sobre la necesidad de servicios de habilitación, rehabilitación, tecnologías auxiliares, apoyo y asistencia o sobre la índole y calidad de las medidas instituidas al respecto, ni tampoco estimaciones de las necesidades desatendidas. Sin embargo, los datos de ámbito nacional revelan grandes carencias en la prestación de servicios y el acceso a ellos en muchos países de ingresos bajos o medios. De los datos de cuatro países de África meridional, por ejemplo, se desprende que solo se dispensaron servicios de rehabilitación médica a entre el 26% y el 55% de las personas que los necesitaban. Actualmente la producción de audífonos satisface menos del 10% de las necesidades mundiales, y en los países en desarrollo cada año quedan cubiertas menos del 3% de las necesidades de audífonos.

40. Existen importantes obstáculos que dificultan la prestación de servicios de habilitación, rehabilitación, tecnología auxiliar, apoyo y asistencia, en particular los siguientes: nula priorización; ausencia de políticas y planes; costos elevados y mecanismos de financiación inexistentes o insuficientes; dotación insuficiente de profesionales con la debida formación; ausencia de instalaciones y material; modelos de servicio ineficaces; y deficiente integración y descentralización de los servicios (por ejemplo, prestación de servicios de rehabilitación y habilitación en los centros de atención primaria y secundaria). En general, los grandes centros de rehabilitación se encuentran en las zonas urbanas, y en las rurales no suele haber ni siquiera servicios terapéuticos básicos. Viajar hasta donde se dispensen servicios secundarios o terciarios de rehabilitación puede ser costoso y largo, y además el transporte público no suele estar adaptado a personas con dificultades de movilidad. La falta de investigaciones y datos sobre las necesidades, las necesidades desatendidas y la índole y calidad de los servicios dispensados, así como sus costos y beneficios, también lastra la creación de servicios de rehabilitación eficaces. Por último, ni se consulta ni se da participación suficiente a las personas con discapacidad por lo que respecta a la prestación de este tipo de servicios.

41. La habilitación y la rehabilitación son actividades transectoriales, que los profesionales de la salud pueden asumir conjuntamente con especialistas en educación, empleo, bienestar social y otros campos. En lugares con escasez de recursos tales servicios pueden estar a cargo de personal no especializado, por ejemplo trabajadores comunitarios de rehabilitación, además de familiares, amigos y colectivos de ciudadanos. Aunque los ministerios de salud cumplirán una función básica a la hora de garantizar el acceso a servicios apropiados, oportunos, asequibles y de buena calidad, también es importante tener presentes y articular los vínculos con otros ministerios, como los de bienestar social (que pueden proporcionar tecnología auxiliar o subvenciones para servicios o material), trabajo (que pueden prestar servicios de reeducación profesional) o educación (que pueden formar al personal, por ejemplo). A menudo las entidades no gubernamentales, como organizaciones confesionales o instancias del sector privado (con fines de lucro), contribuyen sustancialmente a la prestación de servicios de rehabilitación. A los gobiernos incumbe la importante tarea de definir un mecanismo por el que sea

¹ OMS. *Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

posible coordinar y regular esos servicios entre todos los sectores e interlocutores que intervienen en ellos.

42. Aunque la habilitación y la rehabilitación son actividades de carácter voluntario, hay personas que necesitan ayuda para tomar decisiones sobre las distintas opciones terapéuticas. En todos los casos los servicios de habilitación, rehabilitación, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario, deben fortalecer la autonomía de las personas con discapacidad y sus familiares. El hecho de que estas personas y los familiares de niños con discapacidad participen y decidan activamente es un ingrediente básico para el éxito de los servicios de habilitación, rehabilitación y asistencia y apoyo.

OBJETIVO 2: REFORZAR Y EXTENDER LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN, TECNOLOGÍA AUXILIAR, ASISTENCIA Y APOYO, ASÍ COMO LA REHABILITACIÓN DE ÁMBITO COMUNITARIO		
Indicadores de éxito	Medios de verificación	Evidencias de éxito
2.1 X% de países que cuenten con políticas nacionales de habilitación, rehabilitación y servicios o programas comunitarios en beneficio de las personas con discapacidad.	Utilización de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones y de encuestas realizadas por entidades profesionales.	Existencia de legislación, políticas y reglamentos sobre servicios de rehabilitación y comunitarios que sean compatibles con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
2.2 Número de titulados de establecimientos educativos por cada 10 000 personas, por nivel y materia de enseñanza.	Obtención de los datos encuestando a informantes clave de los ministerios de salud y de entidades de la sociedad civil o asociaciones de personas con discapacidad, con encuestas organizadas por la Secretaría al inicio, a los 5 años y a los 10 años (indicador 2.3).	
2.3 Proporción de la población que esté cubierta por servicios de rehabilitación de ámbito comunitario u otros servicios dispensados a escala comunitaria.		
2.4 Porcentaje de personas con discapacidad que reciban las tecnologías auxiliares que necesitan (audífonos, gafas, prótesis/ortosis).	Uso de encuestas sobre el tema, como la encuesta modelo sobre discapacidad de la OMS (indicador 2.4).	

ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 2	Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales
2.1 Asumir el liderazgo e instaurar mecanismos de gobierno para formular y reforzar políticas, estrategias y planes sobre servicios de habilitación, rehabilitación, tecnología auxiliar, apoyo y asistencia, rehabilitación de ámbito comunitario y otras estrategias conexas.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar o modificar leyes, políticas, normas y mecanismos reglamentarios en materia de servicios de habilitación, rehabilitación, tecnología auxiliar, apoyo y asistencia desde la comunidad, rehabilitación de ámbito comunitario y otras estrategias conexas. • Efectuar análisis de la situación en los que cimentar las políticas y la planificación. • Dar mejor a conocer la rehabilitación y concebir mecanismos de planificación, coordinación y financiación del sector nacional de la rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar pautas técnicas, concluyendo y difundiendo directrices científicamente contrastadas sobre la rehabilitación ligada a la salud. • Facilitar pautas y asistencia técnicas para reforzar la capacidad de los ministerios de salud y otros sectores pertinentes para formular, aplicar y seguir de cerca leyes, políticas, estrategias y planes. • Acoger manifestaciones regionales sobre la elaboración y/o el refuerzo de planes de acción regionales sobre rehabilitación. • Secundar la realización de análisis de la situación a escala nacional y regional, cuyos resultados sirvan para definir planes destinados a reforzar la prestación de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar directamente en la elaboración de políticas, estrategias y planes. • Proporcionar ayuda técnica y apoyo a los países que estén implantando o extendiendo servicios de rehabilitación.

ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 2	Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales
<p>2.2 Proporcionar suficientes recursos económicos para garantizar la prestación de servicios de habilitación y rehabilitación y el suministro de tecnologías auxiliares.</p>	<p>Crear o promover mecanismos de financiación para lograr una mayor cobertura con servicios asequibles de habilitación, rehabilitación y tecnología auxiliar, así como mayores cotas de acceso a ellos. Dependiendo de las circunstancias específicas de cada país, para esta labor se podrían combinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fondos públicos destinados específicamente a las personas con discapacidad, otorgando prioridad a los elementos esenciales de la rehabilitación, incluida la tecnología auxiliar, y a quienes carezcan de medios para pagar; • fomento de un acceso equitativo a la rehabilitación gracias a la cobertura de seguros médicos y prestaciones sociales; • reasignación y redistribución de los recursos existentes; • prestación de apoyo a través de la cooperación internacional, por ejemplo en crisis humanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • En colaboración con otros organismos competentes, proporcionar a los ministerios de salud y otros sectores e interlocutores interesados directrices científicamente sólidas acerca de mecanismos adecuados para financiar la rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abogar ante las autoridades nacionales por el incremento de la dotación de recursos destinados a la rehabilitación. • Prestar apoyo financiero a través de la cooperación internacional, en particular en crisis humanitarias.
<p>2.3 Crear y mantener una dotación duradera de personal de rehabilitación y habilitación como parte de una estrategia más general de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formular y aplicar planes nacionales de salud y rehabilitación para incrementar la dotación de recursos humanos, así como sus medios de acción, para servicios de rehabilitación. • Mejorar las condiciones de trabajo y salariales, así como las oportunidades de progresión profesional, del personal de rehabilitación, con el fin de atraerlo y retenerlo. • Elaborar normas nacionales de formación de personal de rehabilitación de distintos tipos y grados que hagan posible la progresión profesional y la formación continua en todos los niveles. • Formar al personal de salud en identificación precoz, 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los ministerios de salud y otros sectores e interlocutores competentes directrices científicamente fundamentadas sobre contratación, formación y retención del personal de rehabilitación. • Prestar asistencia técnica para ayudar a los ministerios de salud y otros sectores e interlocutores competentes a reforzar la capacidad de los proveedores de formación y a elaborar normas pedagógicas. • Concebir un paquete pedagógico en línea sobre rehabilitación de ámbito comunitario para mejorar las competencias del personal, especialmente a nivel comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar normas sobre la formación de especialistas en rehabilitación de distintos tipos y grados. • Reforzar la capacidad de formación en consonancia con los planes nacionales de salud y rehabilitación. • Aplicar medidas para mejorar la contratación y retención de especialistas en rehabilitación, sobre todo en zonas rurales y apartadas. • Impartir a personal de salud no especializado formación sobre los aspectos de la discapacidad y la rehabilitación que guarden relación con sus funciones y responsabilidades.

ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 2	Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales
	<p>evaluación y derivación de personas susceptibles de beneficiarse de servicios de rehabilitación, habilitación, apoyo y asistencia.</p>		
<p>2.4 Ampliar y reforzar los servicios de habilitación y rehabilitación, velando por su integración en todos los ámbitos de la atención primaria (incluido el nivel comunitario), secundaria y terciaria de salud y por la equidad de acceso, lo que incluye el acceso puntual de niños con discapacidad a intervenciones precoces.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar los programas y servicios de rehabilitación existentes e introducir los cambios necesarios para mejorar su cobertura, eficacia y eficiencia. • Integrar los servicios de rehabilitación en la infraestructura sanitaria, social y educativa existente. • Utilizar la rehabilitación de ámbito comunitario como estrategia para complementar y reforzar la prestación de servicios de rehabilitación y habilitación, sobre todo en países donde haya pocos servicios disponibles. • Establecer mecanismos para una coordinación eficaz entre los distintos proveedores de servicios de rehabilitación y niveles del sistema de salud. • Trabajar con diversos interlocutores para garantizar que los servicios para niños con discapacidad estén disponibles y coordinados entre las instancias responsables de prestarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los países a integrar los servicios de rehabilitación y habilitación en el sistema de salud, poniendo el acento en la descentralización de los servicios hasta el nivel primario o comunitario. • Elaborar herramientas y módulos de formación que sean útiles para instituir y reforzar servicios de habilitación y rehabilitación, en particular para niños. • Proporcionar directrices técnicas a los países que quieran poner en marcha o reforzar programas de rehabilitación de ámbito comunitario. • Secundar la creación de una base de datos mundial sobre programas de rehabilitación de ámbito comunitario y establecer una red mundial sobre el tema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con los ministerios de salud para ampliar y reforzar la prestación de servicios de rehabilitación en consonancia con los planes nacionales de rehabilitación. • Promover la rehabilitación de ámbito comunitario como estrategia eficaz para apoyar a las personas con discapacidad y facilitar su acceso a los servicios de rehabilitación. • Proporcionar apoyo técnico y económico para lograr que se pongan en marcha programas de rehabilitación de ámbito comunitario de calidad y para mantener las redes existentes de dimensión mundial, regional o nacional. • Trabajar con los interlocutores competentes para instaurar o perfeccionar sistemas de derivación, de forma que las personas con discapacidad, comprendidos los niños, puedan acceder al tipo de prestación de servicio que necesiten en cada uno de los niveles del sistema de salud.
<p>2.5 Ofrecer tecnologías auxiliares adecuadas que sean seguras, de buena calidad y de precio asequible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir el suministro de tecnologías auxiliares en las políticas, estrategias y planes sectoriales de salud, rehabilitación u otros temas conexos, acompañándolo de la correspondiente dotación presupuestaria. • Instaurar diversos mecanismos y programas de financiación, por ejemplo sistemas de alquiler. • Definir normas para el suministro de tecnología auxiliar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar y difundir directrices científicamente fundamentadas sobre el suministro y uso de tecnología auxiliar. • Prestar asistencia técnica a los Estados Miembros con el fin de reforzar su capacidad para implantar y fortalecer el suministro y uso de tecnología auxiliar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar asistencia técnica y económica a los Estados Miembros con el fin de reforzar su capacidad para implantar y fortalecer el suministro de tecnología auxiliar.

ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 2	Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales
<p>2.6 Fomentar el acceso a un conjunto de servicios de asistencia y apoyo y favorecer la vida independiente y la plena integración en la comunidad de las personas con discapacidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a la formulación de planes que potencien los servicios de asistencia y apoyo de ámbito comunitario, previendo una dotación suficiente de recursos humanos y económicos cuando se vayan a cerrar establecimientos. • Reforzar los mecanismos de derivación de casos entre los servicios de rehabilitación y los de asistencia y apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Propugnar la concepción y aplicación de políticas generales adecuadas y proporcionar directrices técnicas al efecto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Propugnar la elaboración de políticas generales que garanticen una prestación eficaz de servicios de asistencia y apoyo. • Ayudar a las autoridades nacionales a encontrar y obtener los recursos técnicos y económicos necesarios para los servicios de asistencia y apoyo. • Proporcionar información y ayuda técnicas para que las personas con discapacidad y sus familiares y/o cuidadores informales gocen de apoyo comunitario.
<p>2.7 Capacitar y dar participación y apoyo a las personas con discapacidad y a sus familiares y/o cuidadores informales para ayudarlas a llevar una vida independiente e integrarse plenamente en la comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir a las personas con discapacidad y sus familiares y/o cuidadores informales en todos los aspectos de la creación y el refuerzo de servicios de rehabilitación, apoyo y asistencia. • Colaborar con otros sectores, además del de la salud, para garantizar que los cuidadores informales cuenten con el debido apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el conocimiento y la comprensión de los derechos de las personas con discapacidad y de la función que cumplen los familiares y/o cuidadores informales. • Mantener y estrechar los vínculos de colaboración con organizaciones y asociaciones representativas de las personas con discapacidad y sus familiares y/o cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Propugnar la integración de las personas con discapacidad y sus familiares y/o cuidadores en todos los aspectos de la creación y el refuerzo de servicios de rehabilitación. • Defender el trascendental papel de los cuidadores informales en la vida de las personas con discapacidad y la importancia de promover su salud y bienestar.

OBJETIVO 3: MEJORAR LA OBTENCIÓN DE DATOS PERTINENTES E INTERNACIONALMENTE COMPARABLES SOBRE DISCAPACIDAD Y POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD Y LOS SERVICIOS CONEXOS

43. Para cimentar las políticas y programas sobre discapacidad y asignar los recursos con eficacia es indispensable contar con datos e investigaciones de buena calidad sobre el tema. Ello también es importante para aprehender mejor la discapacidad y las medidas que resultan eficaces para eliminar obstáculos y conseguir que las personas con discapacidad puedan participar en la sociedad y contribuir a ella en pie de igualdad con las demás.

44. No hay sin embargo, ni en los países ni a escala mundial, un acervo suficiente de investigaciones y datos rigurosos y comparables en torno a la discapacidad y los sistemas de salud. Aunque por ahora se recogen datos sobre mortalidad, falta información sobre las aptitudes funcionales y la discapacidad que sea pertinente de cara a la formulación de políticas. Los sistemas nacionales de obtención de datos, que pueden comprender censos, encuestas de población y registros de datos administrativos, no suelen recoger información sobre discapacidad. A menudo las personas con discapacidad quedan excluidas de los ensayos destinados a obtener pruebas científicas de los resultados de una intervención sanitaria. La falta de datos empíricos es un lastre importante a la hora de adoptar decisiones, lo que a su vez influye en el acceso a prestaciones básicas de salud y a servicios especializados para personas con discapacidad.

45. Los datos necesarios para reforzar los sistemas de salud son sobre todo los siguientes: número y estado de salud de las personas con discapacidad; obstáculos sociales y ambientales, incluida la discriminación; receptividad de los sistemas de salud a las personas con discapacidad; uso de los servicios de atención sanitaria por parte de las personas con discapacidad; y magnitud de las necesidades, cubiertas o no cubiertas, de atención de salud.

46. En el plano internacional es preciso definir, ensayar en distintos contextos culturales y aplicar sistemáticamente métodos para obtener datos sobre discapacidad. También hacen falta herramientas para desglosar esos datos, que además deben estar normalizados y ser internacionalmente comparables para que sea posible fijar niveles de referencia y seguir de cerca los progresos nacionales e internacionales en materia de políticas sobre discapacidad y en la aplicación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. A escala nacional es menester incluir el tema de la discapacidad en las actividades de obtención de datos y después analizar y utilizar estos datos con fines normativos y de planificación. El uso de definiciones homogéneas de la discapacidad, basadas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), comprendida la versión específica para niños y jóvenes, puede servir para generar datos comparables a escala internacional. La inclusión de un módulo sobre discapacidad en las actuales encuestas por muestreo puede ser una solución rentable y eficaz para generar datos sobre las personas con discapacidad. El uso de encuestas dedicadas específicamente al tema, como la encuesta modelo sobre discapacidad que está preparando la Secretaría, debería proporcionar información completa sobre las características de la discapacidad que son de utilidad para formular políticas, como la prevalencia, los problemas de salud asociados a la discapacidad, el uso y la necesidad de servicios, la calidad de vida, las oportunidades y las necesidades de rehabilitación. El subsiguiente desglose de estos datos por sexo, edad, nivel de ingresos u ocupación es importante para descubrir patrones, tendencias y demás información sobre los «subgrupos» de personas con discapacidad. Reuniendo datos administrativos se puede obtener información específica sobre los usuarios, la tipología, las cifras de utilización y el costo de los servicios.

47. Atendiendo a las circunstancias de cada país deben definirse ámbitos prioritarios de investigación sobre la discapacidad en relación con la salud, que pueden incluir los siguientes: cuantificación de la discapacidad y sus determinantes; identificación de los obstáculos que dificultan la prestación de

servicios de asistencia sanitaria y rehabilitación, así como el suministro de tecnología auxiliar, y de estrategias para superarlos; factores de éxito de las intervenciones de fomento de la salud para personas con discapacidad; prevención de afecciones secundarias; detección precoz y derivación de problemas médicos gracias a la atención primaria de salud; relación entre necesidades de rehabilitación, servicios dispensados, resultados sanitarios (funcionamiento y calidad de vida) y costos; modelos de prestación de servicios, métodos de desarrollo de los recursos humanos y modalidades de financiación; y relación costo-eficacia de las medidas de rehabilitación, en particular los programas de rehabilitación de ámbito comunitario. Las investigaciones relativas a la discapacidad deben dar cabida a los propios interesados, que también deben tomar parte activa, ya sea directamente o a través de las organizaciones que los representan, en la definición de las grandes líneas de investigación sobre el tema.

OBJETIVO 3: MEJORAR LA OBTENCIÓN DE DATOS PERTINENTES E INTERNACIONALMENTE COMPARABLES SOBRE DISCAPACIDAD Y POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD Y LOS SERVICIOS CONEXOS		
Indicadores de éxito	Medios de verificación	Evidencias de éxito
<p>3.1 X% de países que hayan reunido información completa¹ sobre discapacidad.</p> <p>3.2 X% de países que subvencionen la investigación relativa a la discapacidad.</p>	<p>Respuestas de los gobiernos.</p> <p>Informes nacionales procedentes de los ministerios de salud y educación, centros nacionales de excelencia u organismos universitarios.</p>	<p>Número de países que dispongan de una herramienta de seguimiento válida y fiable para generar datos internacionalmente comparables sobre la situación sanitaria y social de las personas con discapacidad.</p> <p>Frecuencia de obtención de datos, desglosada según se hayan obtenido o no en el último quinquenio.</p> <p>Programas de financiación de investigaciones, donde los haya, que proporcionen recursos para investigar sobre la discapacidad.</p>

ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 3	Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales
<p>3.1 Mejorar la obtención de datos sobre discapacidad con la creación y aplicación de un modelo normalizado de encuesta sobre discapacidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar herramientas válidas y fiables, coherentes con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, para posibilitar y mejorar la obtención de datos sobre discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar herramientas científicamente fundamentadas para apoyar y mejorar la obtención de datos sobre discapacidad, entre ellas una encuesta modelo sobre discapacidad. • Elaborar directrices para favorecer la participación de las personas con discapacidad en la obtención, análisis y utilización de datos sobre discapacidad. • Prestar apoyo técnico a los Estados Miembros con objeto de facultarlos para reunir, analizar y utilizar datos relacionados con la discapacidad, instrumentando y aplicando para ello medidas de formación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico y económico a la Secretaría para ayudarla a crear herramientas de obtención de datos sobre discapacidad. • Prestar apoyo técnico y económico a los Estados Miembros con objeto de facultarlos para reunir datos sobre discapacidad.

¹ Entendiendo por tal la referida a todas las dimensiones del funcionamiento (deficiencias funcionales y estructurales del cuerpo, actividades y participación), así como a los problemas de salud conexos y a los factores ambientales. Téngase en cuenta que la mayoría de las iniciativas emprendidas desde el año 2000 para reunir datos sobre discapacidad excluyen los factores ambientales, y que 55 países han recopilado datos sobre las demás dimensiones. Otra posibilidad estribaría en elaborar un índice (p.ej., un punto por cada dimensión del funcionamiento, uno por los problemas sanitarios y otro por los factores ambientales, hasta un máximo de 5 puntos).

ACCIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETIVO 3	Propuesta de aportaciones de los Estados Miembros	Aportaciones de la Secretaría	Propuesta de aportaciones de los asociados internacionales y nacionales
<p>3.2 Reformar los sistemas nacionales de obtención de datos, en particular los sistemas de información sanitaria, para que incluyan sistemáticamente datos sobre discapacidad desglosados por sexo y edad atendiendo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir la discapacidad en los sistemas nacionales de obtención de datos y generar datos desglosados por sexo y edad. • Reforzar los datos sobre discapacidad, ya provengan del sistema administrativo o de los servicios, lo que incluye la gestión de historias en los sistemas de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar pautas técnicas que ayuden a los Estados Miembros a establecer y/o reformar sus sistemas nacionales de obtención de datos, comprendido el sistema de información sanitaria, con el fin de dar más presencia en ellos a las cuestiones de discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico y económico a los Estados Miembros que establezcan y/o reformen sus sistemas nacionales de obtención de datos con el fin de dar más presencia en ellos a las cuestiones de discapacidad.
<p>3.3 Potenciar la investigación sobre temas prioritarios en materia de discapacidad, privilegiando en particular los principales objetivos de este plan de acción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con organismos que financien la investigación para promover la discapacidad como tema prioritario. • Apoyar la investigación sobre temas prioritarios de discapacidad (p.ej., necesidades cubiertas y no cubiertas de servicios, obstáculos a la prestación de servicios o resultados sanitarios y de la rehabilitación), dando después a conocer las conclusiones y aplicándolas a la formulación de políticas y la planificación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, publicar y difundir directrices científicamente fundamentadas para los Estados Miembros y los asociados sobre temas prioritarios de discapacidad (p.ej. seguimiento y evaluación de la rehabilitación de ámbito comunitario). • Colaborar con entidades de investigación marcando líneas de investigación sobre temas prioritarios de discapacidad (p.ej. discapacidad relacionada con las enfermedades no transmisibles). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los Estados Miembros y a la Secretaría a realizar investigaciones sobre temas prioritarios de discapacidad.
<p>3.4 Generar y potenciar la capacidad de recursos humanos necesaria para la investigación sobre discapacidad en diversas disciplinas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aplicar una estrategia de refuerzo y desarrollo de la dotación de recursos humanos (incluidas las personas con discapacidad) para la investigación sobre el tema. • Colaborar con los principales establecimientos de enseñanza y formación (nacionales e internacionales) para capacitar a los recursos humanos en materia de investigación sobre discapacidad. • Velar por que las personas con discapacidad tengan acceso a la formación que necesitan para pesar en la definición de las grandes líneas de investigación y llegar a ser investigadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con los Estados Miembros y los principales asociados nacionales e internacionales para definir estrategias de refuerzo y desarrollo de la dotación de recursos humanos para la investigación sobre discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico y económico a los Estados Miembros y a la sociedad civil con vistas a definir y aplicar estrategias de refuerzo y desarrollo de la dotación de recursos humanos para la investigación sobre discapacidad. • Generar oportunidades de aprendizaje e investigación creando vínculos entre las universidades de países de ingresos bajos y las de países de ingresos altos o medios.

= = =