



El derecho a la salud de colectivos especialmente vulnerables*

THE RIGHT TO HEALTH OF PARTICULARLY VULNERABLE GROUPS

Alicia María Pastor García

Universidad de Málaga

ampastor@uma.es  0009-0005-9224-7573

Recibido: 03 de mayo de 2024 | Aceptado: 29 de mayo de 2024

RESUMEN

El presente trabajo aborda la cuestión del Derecho Humano a la salud en relación con colectivos especialmente vulnerables que, con frecuencia, se ven discriminados en el disfrute de sus Derechos Humanos y libertades fundamentales. En este contexto, nos referiremos a la protección jurídica internacional de ámbito universal del derecho a la salud de las personas con discapacidad. Al respecto, se examinará el concepto de colectivos vulnerables para, a continuación, analizar la protección directa e indirecta del derecho a la salud en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por las Naciones Unidas en 2006.

ABSTRACT

This paper addresses the issue of the Human Right to health in relation to particularly vulnerable groups that are often discriminated against in the enjoyment of their Human Rights and fundamental freedoms. In this context, we will refer to the universal international legal protection of the right to health of persons with disabilities. To do so, we will examine the concept of vulnerable groups and then we will analyze the direct and indirect protection of the right to health in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, adopted by the United Nations in 2006.

PALABRAS CLAVE

Derecho Humano a la salud
Personas con discapacidad
Colectivos vulnerables
Convención sobre los
Derechos de las Personas con
Discapacidad
Comité sobre los Derechos de las
Personas con Discapacidad

KEYWORDS

Human Right to health
Persons with disabilities
Vulnerable groups
Convention on the Rights of
Persons with Disabilities
Committee on the Rights of
Persons with Disabilities

* Este trabajo ha sido elaborado en el marco del Proyecto PID2021- 122143NB-I00: «Medio ambiente, seguridad y salud: nuevos retos del Derecho en el siglo XXI (MESESA)». Financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación/AEI/10.130.39/501100011033/FEDER/UE.

I. INTRODUCCIÓN

El Derecho a la salud se ha convertido en una de las cuestiones más relevantes en la esfera de la protección de los Derechos Humanos en el ámbito internacional. Vivimos una era en la que el promedio mundial de longevidad ha aumentado hasta el punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más notables del siglo XXI¹, lo cual es un indicativo de que algo se está haciendo bien. Sin embargo, esto también representa un nuevo desafío en lo que respecta al Derecho Humano a la salud de la sociedad internacional.

Tanto es así, que la salud ha pasado a formar parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (en adelante, ODS) de la Agenda 2030 de Naciones Unidas (concretamente el ODS 3)² constituyendo, de este modo, una de las prioridades de esta Organización Internacional a nivel global. Sin embargo, como acertadamente apunta la profesora Torres Cazorla, «cabe preguntarnos si realmente este ODS 3 va a intentar cumplirse respecto de toda la población mundial, sin que queden fuera de ella ciertos colectivos, que usualmente se ven discriminados en lo que a políticas sociales se refiere (como pudieran ser colectivos especialmente vulnerables de todo orden)» (Torres Cazorla, 2022: 419).

Por consiguiente, y partiendo de esta reflexión, en el presente artículo nos centraremos en analizar la protección de este derecho para quienes forman parte de uno de los colectivos más vulnerables del planeta: las personas con discapacidad. Esta elección se debe a que se trata del colectivo que ha visto reconocido sus derechos en el tratado internacional de más reciente creación en el ámbito de las Naciones Unidas³. Ergo, el análisis de esta Convención permitiría ofrecer una visión del estado actual de la cuestión.

Por lo tanto, nos referiremos a la protección jurídica internacional, de ámbito universal, del derecho a la salud de estas personas, sin distinción de sexo, raza o edad – pues la discapacidad puede afectar a una persona, bien desde su nacimiento o bien de forma sobrevenida, de manera que afecte a la capacidad física o intelectual y volitiva de un ser humano de forma prolongada– y, en consecuencia, debido a los impedimentos que impone la sociedad se produce una «interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás»⁴.

En este análisis trataremos de determinar, en primer lugar, qué se entiende por colectivos vulnerables y por qué las personas con discapacidad ostentarían esta consideración. A continuación, haremos una aproximación a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, primero desde un punto de vista general para, seguidamente, pasar a examinar las disposiciones convencionales que, de una manera

1. Y así se ha señalado, desde las Naciones Unidas, como uno de los actuales desafíos globales: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>. Fecha de la consulta, al igual que para los demás vínculos web que figuran en esta publicación, 30 de abril de 2024.

2. El ODS 3 es relativo a la salud y el bienestar. Vid. Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible ([un.org](https://www.un.org)).

3. Obviando, en este sentido, la Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, coetáneo al anterior.

4. Como indica el inciso e) del preámbulo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, además de señalar el carácter evolutivo del concepto de discapacidad.

directa o indirecta, inciden en el derecho humano a la salud de las personas con discapacidad. En este contexto, prestaremos especial atención a la regulación convencional del derecho a la salud, del artículo 25, así como del derecho disfrutar de servicios y programas de habilitación y rehabilitación, regulado en el artículo 26, como derecho conexo con el Derecho Humano a la salud. Trataremos así de proporcionar una visión integral del derecho a la salud de las personas con discapacidad y extraer conclusiones acerca de una cuestión tan relevante para la sociedad internacional en su conjunto.

II. UNA APROXIMACIÓN A LOS COLECTIVOS VULNERABLES: UNA ESPECIAL REFERENCIA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La primera cuestión a la que nos enfrentamos al plantearnos qué se entiende por colectivos vulnerables es que su definición no se encuentra recogida *per se* en los instrumentos jurídicos internacionales de protección de Derechos Humanos de ámbito universal.

En efecto, ni la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial⁵, ni la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer⁶, ni la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes⁷, ni la Convención sobre los Derechos del niño⁸, ni la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad⁹ se hacen eco de la misma.

Sin embargo, podemos entender que todos estos tratados internacionales abordan la protección de grupos vulnerables, en tanto que protegen a colectivos que tienen una mayor susceptibilidad a sufrir violaciones de sus Derechos Humanos debido a su condición física y/o biológica, económica, social, cultural o cualquier otra característica específica.

No obstante, a pesar de que las normas de ámbito universal parecen no ofrecer una respuesta concluyente a esta cuestión, en el ámbito regional europeo podemos observar determinados pronunciamientos jurisprudenciales en los que se pone de manifiesto la vulnerabilidad de ciertas personas o colectivos. Así pues, en el asunto del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en lo sucesivo, TEDH), *Sejdić y Finci v. Bosnia and Herzegovina*, de 2009, en relación con la discriminación de personas por su origen étnico en el acceso a cargos políticos, el Tribunal decreta que esta condición racial determina que se trate de colectivos especialmente vulnerables, al señalar que:

It is not the system of consensual democracy as such which raises problems but the mixing of territorial and ethnic criteria and the apparent exclusion from certain political rights of those who appear *particularly vulnerable* (TEDH, *Sejdić and Finci v. Bosnia and Herzegovina*, 2009: para. 76).

5. Publicada en *B.O.E.* núm. 118, de 17 de mayo de 1969.

6. Publicada en *B.O.E.* núm. 69, de 21 de marzo de 1984.

7. Publicada en *B.O.E.* núm. 268, de 9 de noviembre de 1987.

8. Publicada en *B.O.E.* núm. 131, de 31 de diciembre de 1990.

9. Publicada en *B.O.E.* núm. 96, de 21 de abril de 2008.

De este modo, el TEDH sostiene la especial vulnerabilidad de ciertas minorías que se enfrentan a obstáculos y un trato discriminatorio por razones étnicas o raciales.

Asimismo, en relación con la cuestión que nos ocupa, en el asunto *Alajos Kiss v. Hungría*, de 2010, relativo al derecho al voto de las personas bajo tutela, el TEDH afirma igualmente que los discapacitados mentales constituyen un grupo particularmente vulnerable de la sociedad, que tradicionalmente ha sido objeto de discriminación. Concretamente, sostiene que:

In addition, if a restriction on fundamental rights applies to a particularly vulnerable group in society, who have suffered considerable discrimination in the past, such as the mentally disabled, then the State's margin of appreciation is substantially narrower and it must have very weighty reasons for the restrictions in question (...). The reason for this approach, which questions certain classifications *per se*, is that such groups were historically subject to prejudice with lasting consequences, resulting in their social exclusion. Such prejudice may entail legislative stereotyping which prohibits the individualised evaluation of their capacities and needs (TEDH, *Alajos Kiss v. Hungría*, 2010: para. 42).

Sin embargo, no se trata de una fórmula empleada uniformemente por el TEDH. En este contexto, llama la atención que el Tribunal no usa la denominación de «colectivos vulnerables» en relación con las personas con discapacidad en otros asuntos, como el caso *Glor v. Switzerland*, de 2009, en el que el TEDH determina la discriminación de una persona con discapacidad por la imposición de un impuesto sobre el servicio militar. Así, podemos observar una postura bastante cauta por parte del Tribunal en lo que se refiere al empleo de esta terminología.

Por otro lado, sí apunta alguna reflexión relativa a la categoría de colectivos vulnerables en el asunto *Savva Terentyev v. Russia*, de 2018, al afirmar la dificultad de considerar a la policía como un grupo vulnerable, pues:

can hardly be described as an unprotected minority or group that has a history of oppression or inequality, or that faces deep-rooted prejudices, hostility and discrimination, or that is vulnerable for some other reason, and thus may, in principle, need a heightened protection... (TEDH, *Savva Terentyev v. Russia*, 2018: para. 76).

De este modo, haciendo una interpretación *a sensu contrario* de esta aserción, un grupo vulnerable estará constituido por una «una minoría desprotegida o grupo con una historia de opresión o desigualdad, o que haya tenido que sufrir arraigados prejuicios, hostilidad y discriminación, o que sea vulnerable por cualquier otra razón» (como señala, en relación con las víctimas del delito de odio, Ferrari Puerta, 2023: 366-7), de manera que suponga una vulneración reiterada de sus Derechos Humanos por este motivo.

En consecuencia, determinadas sentencias de ámbito regional nos permiten hallar elementos significativos en la identificación de los *grupos vulnerables*, como aquellas minorías que, de acuerdo con alguna característica, sean susceptibles de discriminación y vulneración de sus Derechos Humanos.

Por otra parte, por lo que respecta al ámbito universal, algunos Órganos de tratados de Derechos Humanos sí han hecho referencia en ocasiones a la vulnerabilidad de de-

terminados grupos, cuyos derechos son protegidos por el tratado que se encargan de supervisar. No obstante, al tratarse de Observaciones Generales, en muchos casos la vulnerabilidad a la que se refieren se circunscribe a una disposición convencional concreta o a un determinado derecho y no al tratado en su conjunto.

Por citar algunas, el Comité contra la tortura dedica una sección en su segunda Observación General a la protección de las personas y los grupos que resultan vulnerables a causa de la discriminación o la marginación, en el contexto de la aplicación del artículo 2 de la Convención, relativo a la prohibición absoluta de la tortura en todo el territorio de todos los Estados partes. En este ámbito, subraya la especial necesidad de «protección de ciertas *personas o poblaciones minoritarias* o marginadas que corren mayor peligro de ser torturadas» (CAT/C/GC/2: ep. V, para. 21) (la cursiva es nuestra) y pone de manifiesto que estos colectivos pueden estar compuestos por individuos de diversas características, entre las que incluye razones de género, edad, condición social y «discapacidad mental o de otro tipo», u otras condiciones específicas que puedan suponer un factor adverso (*Ibíd.*: para. 21)¹⁰.

Asimismo, el Comité para la eliminación de la discriminación racial se refería a los grupos reconocidos en el artículo 1 de la Convención, el cual prohíbe la distinción por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico, tales como «los pueblos indígenas, los grupos cuya condición se basa en consideraciones de ascendencia, y los inmigrantes o los no ciudadanos, incluidos los trabajadores domésticos migrantes, los refugiados y los solicitantes de asilo, así como el discurso dirigido contra las mujeres pertenecientes a esos y a otros *grupos vulnerables*» (CERD/C/GC/35: para. 6) (la cursiva es nuestra).

Por su parte, el Comité sobre los derechos del niño ha reiterado en ocasiones la especial vulnerabilidad de los menores. Así, en su Observación General conjunta con el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, ambos comités abordan una serie de prácticas nocivas que fomentan la discriminación y la violencia por razón de género o edad. De esta manera, ponen de manifiesto la situación de vulnerabilidad de las mujeres y los niños frente a violaciones de Derechos Humanos¹¹.

Resulta especialmente relevante, asimismo, la Observación General número 9 del Comité sobre los derechos del niño, de 2006, relativa a los derechos de los niños con discapacidad en la que este órgano reconoce expresamente la particular vulnerabilidad de los niños con discapacidad¹². Así, en relación con el artículo 2 de la Convención, el Comité asegura que «los niños con discapacidad pertenecen a uno de los grupos más vulnerables de niños» (CRC/C/GC/9: para. 8). Además, sostiene la especial vulnerabilidad de estos menores en relación con determinados derechos y libertades, tales como el

10. Concretamente, se refiere a personas «cualesquiera que sean su raza, color, grupo étnico, edad, creencia o adscripción religiosa, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, género, orientación sexual, identidad transexual, *discapacidad mental o de otro tipo*, estado de salud, situación económica o pertenencia a una comunidad indígena, razón por la que la persona se encuentra privada de libertad, en particular las personas acusadas de delitos políticos o actos terroristas, los solicitantes de asilo, los refugiados u otras personas que se encuentran bajo protección internacional, o cualquier otra condición o factor distintivo adverso». La cursiva es nuestra.

11. Tales como la mutilación genital femenina o el matrimonio infantil.

12. Una afirmación que se reitera a lo largo de todo el documento.

derecho a la vida, el registro del nacimiento, la necesidad protección frente a los abusos, la violencia, o frente la explotación laboral, sexual o de otra índole, entre otras muchas cuestiones.

En relación con esta cuestión, por lo que respecta al Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (en adelante, el Comité), si bien en sus Observaciones Generales no contempla a las personas con discapacidad como un «colectivo vulnerable» de una forma integral, sí hace alusión a su vulnerabilidad específica en un contexto determinado y en relación con un derecho concreto.

Al respecto, en su Observación General número 4 este Comité establece el deber de observar «cualquier vulnerabilidad particular» en todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, haciendo valer en todo caso el interés superior del menor (CRPD/C/GC/4: para. 47). De esta manera, este órgano reconoce la posibilidad de que los niños y las niñas con discapacidad puedan formar parte de un *colectivo vulnerable*, cuyas necesidades deben ser observadas en aras de proteger adecuadamente los derechos que reconoce la Convención, al igual que hiciera el Comité sobre los derechos del niño en su Observación General número 9.

Sin embargo, en su Observación General número 3 sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, en relación con el derecho de las mujeres con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, el Comité cambia de fórmula al afirmar que «la institucionalización puede hacer que las personas con discapacidad sean *vulnerables* a la violencia y los abusos, estando las mujeres con discapacidad particularmente expuestas a ese peligro» (CRPD/C/GC/3: para. 55) (la cursiva es nuestra). Como se desprende de esta afirmación, contempla a las mujeres y a las niñas con discapacidad como un colectivo más susceptible de ser víctimas de violencia o abusos que las demás, de manera que formarían parte de un grupo especialmente vulnerable en relación con este derecho de forma específica.

En términos similares se pronuncia el Comité en su quinta Observación General, sobre la vida independiente y el derecho a ser incluido en la comunidad, al subrayar que «las mujeres y las niñas con discapacidad internadas son más vulnerables a la violencia de género, incluida la esterilización forzada, el abuso sexual y el maltrato físico, el maltrato emocional y un mayor aislamiento» (CRPD/C/GC/5: para. 83)¹³. Al igual que ocurría en la antedicha Observación del Comité, destaca la especial vulnerabilidad de las mujeres y las niñas con discapacidad, al presentar un mayor riesgo de sufrir estas vulneraciones de sus Derechos Humanos y libertades fundamentales en un ámbito tan elemental como es la salvaguarda su integridad física y moral.

En otro orden de consideraciones, en relación con el acceso al empleo, el Comité recuerda que los jóvenes con discapacidad son especialmente vulnerables en el sentido de que los programas formativos, tales como prácticas no remuneradas, se usen indebidamente con respecto a ellos, en lo que respecta a la promoción de la experiencia laboral (CRPD/C/GC/8: para. 47). Igualmente, el Comité llama la atención sobre el riesgo de coacción o explotación en el entorno laboral, como consecuencia de que «muchas veces las personas con discapacidad se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad

13. Y añade, asimismo, que estas mujeres «también se enfrentan a obstáculos mayores para denunciar estos actos de violencia».

social» (*Ibíd.*, para. 53) y de que «las personas con discapacidad experimentan barreras sociales y ambientales más importantes que propician una mayor vulnerabilidad, falta de alternativas satisfactorias y relaciones de dependencia o cuidados que pueden dar lugar a la explotación» (*Ibíd.*, para. 73). En este contexto, conviene retener el dato de que «(l)os niños con discapacidad son especialmente vulnerables a la explotación económica, incluido el trabajo infantil, el tráfico de drogas y la mendicidad» (*Ibíd.*, para. 73). El Comité pone así de manifiesto las prácticas abusivas en el entorno laboral de las que pueden ser víctimas las personas con discapacidad, destacando su especial vulnerabilidad y la debida protección de la que deben gozar los niños y las niñas con discapacidad.

A tenor de estas consideraciones, podemos concluir que las Observaciones Generales del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, a pesar de ofrecer un análisis sectorial de los derechos recogidos en la Convención, ponen de relieve las dificultades a las que se enfrentan las personas con discapacidad, tales como la discriminación, una mayor exposición a la violencia, los abusos y la explotación, con una especial limitación en el ejercicio de sus derechos.

En definitiva, en estos términos, el Comité nos brinda las claves necesarias para poder afirmar que las personas con discapacidad forman parte de un colectivo vulnerable, pues se trata de una minoría de personas que, de acuerdo con las conclusiones del Comité en sus distintas Observaciones Generales a diversos artículos de la Convención, se enfrenta a obstáculos sociales que las hacen especialmente susceptibles de sufrir una vulneración de sus Derechos Humanos y libertades fundamentales en una gran variedad de áreas que conforman la vida cotidiana de todo ser humano.

III. LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE 2006

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, creada bajo los auspicios de Naciones Unidas, es el instrumento multilateral encargado de la promoción jurídica internacional de estas personas en el ámbito universal. Este tratado cuenta en la actualidad con 189 Estados Partes, además de la Unión Europea, en su condición de Organización Internacional. Por consiguiente, su alcance material está próximo a la universalidad.

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó esta Convención por consenso, el 13 de diciembre del año 2006. Tal y como indicó el vicesecretario general de la ONU, Mark Malloch Brown, en nombre del entonces secretario general, Kofi Annan, «es el primer tratado del siglo XXI en ser adoptado, el tratado que se ha negociado con mayor rapidez en la historia del derecho internacional y el primero que surgió del cabildeo emprendido por internet»¹⁴.

Consideramos que esta iniciativa es indiciaria de la necesidad imperante a principios del presente siglo de dar respuesta jurídica a una cuestión que preocupaba a la sociedad internacional. De hecho, «fue la comunidad de las personas con discapacidades que

14. Como figura en la noticia publicada por las Naciones Unidas en: <https://news.un.org/es/story/2006/12/1093621>.

trabajó incansablemente para promover esta Convención y la ONU respondió»¹⁵. La negociación de este tratado destaca por la participación directa de este colectivo en la elaboración del texto que, a través de organizaciones de personas con discapacidad y sus familias, hicieron las aportaciones y propuestas pertinentes que cristalizarían en el texto de la Convención (Moreno Piñero, 2022: 308) (asimismo, Sanjosé Gil, 2007: 119 y ss.). De este modo, se trató así de colmar una laguna legislativa que protegiera los derechos de un colectivo que representa el 10% de la población mundial (CRC/C/GC/9: para. 1)¹⁶.

Por lo que respecta a la estructura de esta Convención, la misma consta de Preámbulo y cincuenta artículos, dedicados a las diferentes materias que abarcan el ámbito de protección omnicomprendido de este colectivo. Se trata, por ende, de un tratado internacional que tiene como objetivo promover, proteger y asegurar el disfrute pleno y equitativo de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de las personas con discapacidad (al respecto, Moreno Piñero, 2022: 310).

Para ello, esta Convención establece una serie de principios que se encuentran engarzados a lo largo de todo el texto convencional y que inspiran el tratado en su conjunto. No obstante, de una forma más explícita, el preámbulo y el artículo 2 enuncian que los principios generales de la Convención¹⁷ serán el respeto a la dignidad inherente de la persona, la autonomía e independencia individuales, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, el respeto por la diversidad, la igualdad de oportunidades y de género, la accesibilidad, así como el respeto al desarrollo de los niños y niñas con discapacidad¹⁸. También reconoce la importancia de garantizar que las personas con discapacidad puedan disfrutar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con las demás¹⁹.

Además, la Convención requiere que los Estados partes tomen medidas concretas para garantizar los derechos de las personas con discapacidad en una variedad de áreas. Por lo que respecta a las obligaciones generales, estas se detallan en el artículo 4, que subraya la obligación de los Estados partes de adoptar medidas para garantizar la inclusión y participación plena de las personas con discapacidad, así como de eliminar las barreras que impidan su plena integración en la sociedad. Entre estas obligaciones se recogen la de asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, sin discriminación por tal motivo, adoptando a tal fin las medidas legislativas necesarias. Del mismo modo, los Estados partes deberán derogar y modificar las leyes existentes que impidan dar cumplimiento a la Convención, así como garantizar su respeto por parte de las autoridades e instituciones públicas. También la protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad, evitando su discriminación en todos los aspectos de la vida. De

15. *Ibíd.*

16. Asimismo, de acuerdo con la nota de prensa publicada por la ONU, en 2006 existían 650 millones de personas con discapacidad. Vid. <https://news.un.org/es/story/2006/12/1093621>.

17. Partiendo de los principios de la Carta de las Naciones Unidas, como recuerda el epígrafe a) del Preámbulo.

18. Como establece el artículo 2 del tratado. Asimismo, en el Preámbulo la convención reconoce estos principios y reafirma la necesidad de garantizarlos.

19. Y, especialmente, en el caso de los niños y las niñas con discapacidad, como recuerda el párrafo r) del Preámbulo.

este modo, esta disposición establece un marco general para la implementación de la Convención y enfatiza la importancia de garantizar la igualdad de derechos y oportunidades para las personas con discapacidad.

Y ello sin perjuicio de otras obligaciones concretas, incluyendo la igualdad ante la ley²⁰, la accesibilidad²¹, la educación²², el empleo²³, la participación en la vida política y cultural²⁴ y, por supuesto, la atención de la salud, a la que nos referiremos de forma detallada en la presente publicación.

Asimismo, cabe señalar el carácter abierto de esta Convención, aplicable a todas las personas con discapacidad, «independientemente de cual fuera el tipo de discapacidad» (Sanjosé Gil, 2007, *REEI*: 8), evitando toda discriminación en el disfrute de los derechos recogidos en sus disposiciones, por cuanto se trata del principal mecanismo jurídico internacional garante de la salvaguarda de los derechos de este colectivo. Por consiguiente, los miembros negociadores de este texto convencional se enfrentaron a la tarea de implementar una regulación que otorgara la debida protección a todos los tipos de discapacidad.

En este contexto resulta, pues, fundamental determinar que el primer artículo de la Convención define la discapacidad en los siguientes términos:

Las personas con discapacidad incluyen a 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.

A primera vista, este concepto contiene dos características fundamentales. Por un lado, la existencia de una serie de rasgos que limitan en cierto grado la autonomía de la persona y, por otro lado, la necesidad de asistencia para el desarrollo de ciertas actividades cotidianas (De Asís Roig y Palacios, 2007: 15-6).

A la luz de esta definición, conviene señalar el cambio de concepción que ha sufrido la discapacidad. Mientras que en sus inicios la discapacidad se concebía desde el prisma biológico, protector o rehabilitador, la tendencia avanza hacia un modelo social de la discapacidad (Sanjosé Gil, 2007, *REEI*: 9). La Convención establece un sistema novedoso²⁵, en virtud del cual un individuo con discapacidad no se define únicamente por

20. Artículos 5 y 12. El artículo 5 se refiere a la igualdad y no discriminación ante la ley, garantizando que todas las personas tienen derecho a igual protección legal. Por su parte, el artículo 12 determina el igual reconocimiento como persona ante la ley y reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, sin discriminación y en igualdad de condiciones que las demás, en todos los aspectos de la vida.

21. Artículo 9. Se refiere a la accesibilidad en todas sus vertientes, tanto física como al acceso a la información.

22. Artículo 24. De forma que se garantice la educación inclusiva a todos los niveles.

23. Artículo 27, en relación con el acceso al empleo, la contratación y la permanencia en el trabajo, en condiciones justas y favorables.

24. Artículos 29 y 30, relativos a la participación en la vida política y pública y a la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte, respectivamente.

25. A pesar de que este enfoque de la discapacidad no fue enunciado *ex novo* por la Convención, pues se trata de una definición similar a la recogida por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en la que establece que el término discapacidad «incluye déficits, limitaciones en la

tener una limitación física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo, sino más bien como aquel que no puede participar de manera plena y efectiva en la sociedad en condiciones similares a los demás debido a las barreras creadas por el entorno, que chocan con dichas limitaciones. En consecuencia, la discapacidad surge de la incidencia de los obstáculos originados por la sociedad sobre la persona.

Por tanto, estos rasgos y su interacción con las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad habrán de ser tenidas en cuenta para salvaguardar correctamente su Derecho Humano a la salud, al margen del tipo de discapacidad, ya sea física o mental.

De este modo, una vez señalado el marco jurídico internacional de referencia, nos centraremos en el examen de aquellas disposiciones que de una manera directa o indirecta se encuentran relacionadas con el Derecho Humano a la salud de este colectivo.

IV. EL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE 2006

4.1. Protección del Derecho Humano a la salud: un examen del artículo 25 de la Convención

Por lo que respecta al Derecho Humano a la salud, y sin olvidar la perspectiva holística que caracteriza a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad apuntada *ut supra*, no es de extrañar que este tratado dedique un artículo concreto a una cuestión tan relevante: el artículo 25.

Dicho artículo se centra en el derecho fundamental de las personas con discapacidad a disfrutar del más alto nivel posible de salud, de forma adecuada y sin discriminación alguna. En su primer párrafo, este artículo busca garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud de calidad en igualdad de condiciones que las demás personas, tomando además en consideración las cuestiones de género. Tal y como determina este artículo:

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

En primer lugar, es esencial retener el dato de que este derecho no se limita estrictamente a la atención médica, sino que abarca un enfoque integral de la salud adaptado a las personas con discapacidad. Esto incluye la salud sexual y reproductiva, a la que hace una sucinta referencia el apartado a) del artículo 25²⁶.

actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)», CIF, OMS, 2001, p. 206. Documento disponible en https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf.

26. Que se limita a sostener que los Estados «Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que

Sin embargo, no es de extrañar el enfoque superficial de este ámbito del Derecho a la salud en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de acuerdo con el precedente establecido en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Este convenio de 1979 tampoco parece poner un especial énfasis en la protección de la salud sexual y reproductiva de la mujer, más allá de establecer en su artículo 10, h) la obligación de los Estados partes de tomar medidas para asegurar la igualdad de las mujeres en el:

acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

O, en virtud del artículo 11, f);

El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

Sobre el particular, podemos observar otros textos jurídicos internacionales que han proporcionado una información algo más completa y significativa. El artículo 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948²⁷, se refiere de forma concreta a la atención prenatal y postnatal al establecer que:

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

De este modo, se reconocen las especiales necesidades en lo que respecta al derecho a la salud en el ámbito reproductivo, aunque sin concretar medidas específicas de protección.

Se trata de una cuestión fundamental en el derecho a la salud de la mujer que no ha sido objeto de una especial atención por parte de la Convención de 2006, a pesar de su gran impacto en la vida de las personas con discapacidad. Sin embargo, su relevancia no ha pasado desapercibida para el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, que ha planteado los problemas que suscita la protección de este Derecho en relación con las mujeres pertenecientes a este colectivo.

En la primera Observación General del Comité, relativa al igual reconocimiento como persona ante la ley, este Órgano relaciona la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, fundamental en la toma de decisiones trascendentales, con el ejercicio de derechos fundamentales, tales como el derecho a fundar una familia y los derechos reproductivos (CRPD/C/GC/1: para 8). Asimismo, establece la obligación de los Estados partes de implementar un régimen de apoyo adecuado y proporcionado para la adopción de decisiones en cuestiones tales como los derechos reproductivos de las

a las demás personas, *incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva*, y programas de salud pública dirigidos a la población». La cursiva es nuestra.

27. Concretamente, a través de su Resolución 217 A (III).

mujeres o el derecho a otorgar su consentimiento para mantener relaciones íntimas y el tratamiento médico (*Ibíd.*: para. 29, f), de manera que las mujeres con discapacidad puedan emitir un consentimiento válido y consciente en relación con aquellas materias con implicaciones en su salud sexual y reproductiva.

Finalmente, el Comité recuerda que los Derechos reconocidos en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se aplicará a todas las mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad. Sin embargo, reconoce que las mujeres con discapacidad suelen ser víctimas de discriminación y, al respecto, pone de relieve que «las mujeres con discapacidad presentan tasas elevadas de esterilización forzada, y con frecuencia se ven privadas del control de su salud reproductiva y de la adopción de decisiones al respecto, al darse por sentado que no son capaces de otorgar su consentimiento para las relaciones sexuales» (*Ibíd.*: para. 35). Esto pone en evidencia que el ámbito de la salud sexual y reproductiva es uno de los más problemáticos y discriminatorios en lo que respecta al igual reconocimiento del derecho humano a la salud en las personas con discapacidad.

Por otro lado, en su segunda Observación General, sobre la accesibilidad al derecho a la salud de las personas con discapacidad, el Comité destaca que «es especialmente importante tener en cuenta la dimensión de género de la accesibilidad en la atención de la salud, sobre todo en la atención de la salud reproductiva de las mujeres y las niñas con discapacidad, incluidos los servicios ginecológicos y obstétricos» (CRPD/C/GC/2: para. 40). Se desprende que dicha accesibilidad se puede contemplar desde un punto de vista físico e intelectual a la asistencia ginecológica.

Esto conecta con otra de las principales premisas establecidas por la disposición convencional objeto de estudio, que es la igualdad en la accesibilidad a la atención de la salud. De esta manera, los Estados partes estarán obligados a garantizar que los sistemas de salud sean accesibles física, económica y mentalmente, para todas las personas con discapacidad. Por ende, la accesibilidad física o material se contempla desde el punto de vista del acceso a la infraestructura de los centros de salud, concretamente en el epígrafe c) de este artículo 25, que se refiere a la proximidad de los servicios de salud a las comunidades, incluidas las zonas rurales.

Sobre la accesibilidad en el ámbito de la salud resulta especialmente esclarecedora la Observación General nº2 del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, que afirma que «la atención de la salud y la protección social seguirán estando fuera del alcance de las personas con discapacidad si no pueden acceder a los locales en los que se prestan esos servicios. Incluso en el caso de que los edificios en los que se prestan los servicios de atención de salud y protección social sean accesibles, sin transporte accesible las personas con discapacidad no pueden trasladarse a los sitios en que se ofrecen los servicios» (CRPD/C/GC/2: para. 40). Así, la accesibilidad material se refiere a la buena comunicación del local por medios de transporte adecuados para las personas con discapacidad y, por otro lado, a los medios adaptados para acceder al interior de las instalaciones del centro de salud.

Además, el artículo 25, a) establece la *accesibilidad* económica, a través de la necesidad de proporcionar programas y atención de la salud de calidad, que sean «gratuitos o a precios asequibles», así como la prestación de los seguros de salud a los que hace referencia el apartado e) de este artículo. Aunque ni la Convención ni el Comité emplean de forma expresa el término accesibilidad en este contexto, consideramos que la

perspectiva económica forma parte de este derecho y que, como tal, deber ser traída a colación y contemplada en relación con la accesibilidad al derecho a la salud.

Resulta, asimismo, especialmente pertinente para las personas con discapacidad la accesibilidad intelectual o mental, sin discriminación y con la misma calidad de los demás, en lo que respecta a la comprensión de la atención médica a través de un consentimiento informado acorde a las capacidades de la persona. En este sentido, el artículo 25, d) destaca que los Estados partes

Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un *consentimiento libre e informado*, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado (la cursiva es nuestra).

Para ello, la información relativa a los servicios de salud deberá ser accesible para todas las personas, independientemente de su tipo de discapacidad. Acerca de esto, como señala el Comité «toda la información y comunicación relativa a la prestación de la atención de salud debe estar disponible en lengua de señas, Braille, formatos electrónicos accesibles, escritura alternativa y modos, medios y formatos de comunicación y orientación aumentativos y alternativos» (*Ibid.*: para. 40). Implica, pues, la disponibilidad de información y comunicación en formatos comprensibles, la capacitación del personal de salud en la atención centrada en la discapacidad y la eliminación de cualquier tipo de discriminación en el ámbito de la salud, lo cual incluye la realización de ajustes razonables –como establece el artículo 5.3– para garantizar que los servicios de salud sean accesibles para todos.

En otro orden de consideraciones, la perspectiva global de la que se hace eco el artículo 25 comprende la promoción de la salud en atención a la discapacidad específica de la persona. Al respecto, en virtud del artículo 25, b) se subraya la importancia de la *pronta detección* y de la *prevención* en la aparición de nuevas discapacidades. De esta manera se insta a la detección temprana en el tratamiento de las personas con discapacidad, así como los servicios de apoyo necesarios para asegurar su bienestar.

En relación con la prevención a la que se refiere este artículo, la Asamblea General de Naciones Unidas, mediante su Resolución 48/96 de 4 de marzo de 1994, sobre la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, hacía una distinción entre prevención primaria y prevención secundaria. Por prevención primaria se entiende, de acuerdo con esta Resolución, «la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial», mientras que la prevención secundaria consiste en «impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente» (A/RES/48/96: para. 22). A mayor abundamiento, la Asamblea General aclara que «La prevención puede incluir muchos tipos de acción diferentes, como atención primaria de la salud, puericultura prenatal y posnatal, educación en materia de nutrición, campañas de vacunación contra enfermedades transmisibles, medidas de lucha contra las enfermedades endémicas, normas y programas de seguridad para la prevención de accidentes en diferentes entornos, incluidas la adaptación de los lugares de trabajo para evitar discapacidades y enfermedades profesionales, y

prevención de la discapacidad resultante de la contaminación del medio ambiente u ocasionada por los conflictos armados» (*Ibíd.*: para. 22). En efecto, la prevención afectará a una multitud de aspectos en el ámbito del derecho a la salud de las personas con discapacidad, entre los que se encuentran la salud prenatal y posnatal a la que hacíamos referencia *ut supra*, en relación con el apartado a) del artículo 25.

Es importante retener el dato de que el Artículo 25 reconoce la diversidad de las necesidades de salud de las personas con discapacidad. No todas las discapacidades son iguales, por lo que los servicios de salud deben ser individualizados y centrados en la persona. Esto implica la participación activa de las personas con discapacidad en la toma de decisiones sobre su propia salud y la relevancia de proporcionar al respecto una información comprensible y sin distinciones por razón de discapacidad.

De hecho, en cuanto a la prohibición de la discriminación por la Convención, el artículo 25, en su apartado f), establece que los Estados partes:

impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Sobre este aspecto, Sanjosé Gil apunta que se trata de «discriminaciones habituales basadas en las situaciones en las que ante situaciones de riesgo general y de escasos medios, se decide priorizar la atención a las personas dejando en último lugar la atención a las personas con discapacidad» (Sanjosé Gil, 2007, *REEI*: 15), bajo la premisa de un mal entendido principio de «mayor utilidad» de los recursos disponibles²⁸. Una práctica que debe ser erradicada por los Estados partes en aras de proporcionar, en igualdad de condiciones para todas las personas, el disfrute de un Derecho Humano tan básico como es el derecho a la salud.

En resumen, el Artículo 25 de la Convención establece el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Esto implica no sólo el acceso a la atención médica, sino también a servicios de prevención, detección temprana y apoyo en todos los ámbitos del derecho a la salud. Para garantizar este derecho, es fundamental que los Estados partes tomen medidas concretas para eliminar las barreras de acceso y promover una atención de salud inclusiva y centrada en la persona.

Así pues, la regulación contenida en este artículo se presenta de forma exhaustiva, alcanzando todos los ámbitos de la esfera del derecho a la salud de las personas con discapacidad en igualdad con las demás.

Sin embargo, resulta pertinente destacar, a fecha de redacción de la presente publicación, la ausencia de una Observación General específicamente referida al artículo 25 sobre el derecho a la salud por parte del Comité. En efecto, el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad no ha dedicado un documento íntegro al artículo 25 de la Convención, sino que ha optado por hacer una referencia, más o menos exhaustiva, y en ocasiones tangencial, en otras Observaciones Generales relativas a derechos conexos con este. Entendemos que sería deseable una Observación concreta dedicada al examen de una disposición convencional que contempla un derecho tan

28. Como apunta la autora, sería así, por ejemplo, en cuestiones como la recepción de un trasplante, en la que se suele priorizar a una persona sin discapacidad.

relevante, y con aspectos tan complejos, como los que se han puesto de manifiesto en esta sede del presente trabajo.

Por lo que respecta a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, no obstante, además de contar con una regulación específica en su artículo 25, la misma desarrolla otros muchos derechos cuyo alcance tiene incidencia directa o indirecta en materia de salud, tal y como se desprende del estudio de las Observaciones Generales del Comité.

Este tratado proporciona así una regulación omnicomprendiva de este derecho fundamental, que requiere un estudio pormenorizado y en la que centraremos nuestra atención en las páginas siguientes.

4.2. Protección del derecho humano a la salud en otras disposiciones convencionales

Como hemos tenido ocasión de comprobar, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad dedica una disposición concreta, el artículo 25, a la regulación de todos los aspectos del derecho humano a la salud. Sin embargo, tal y como se desprende de las Observaciones Generales del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, la regulación del derecho a la salud en la Convención va más allá del artículo 25.

De este modo, trataremos de examinar aquellas otras disposiciones con relación directa o indirecta en el acceso a la salud, para tratar de ofrecer una visión completa de la salvaguarda de este derecho en este instrumento jurídico internacional de ámbito universal.

En primer lugar, el artículo 5, que consagra las obligaciones de los Estados partes en relación con la igualdad y la no discriminación: principios y derechos fundamentales que inspiran el conjunto de los derechos reconocidos en el tratado. Tal y como asevera el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad en su sexta Observación General «La igualdad y la no discriminación constituyen el núcleo de la Convención y son evocadas sistemáticamente en sus artículos sustantivos» (CRPD/C/GC/6: para. 7). Tanto es así que a lo largo de todo el texto convencional se reitera con frecuencia que los derechos enunciados se ejercerán «en igualdad de condiciones con los demás».

La vinculación del artículo 5 con el artículo 25 de la Convención se explica en la obligación de los Estados partes de prohibir la discriminación en el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad, tal y como expresa el Comité en su Observación General nº6. Al respecto, este órgano destaca la prohibición de la discriminación en relación con ámbitos concretos de los servicios de salud, como son los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, el derecho a recibir atención sanitaria sobre la base de un consentimiento libre e informado y el derecho de acceso (*Ibíd.*: para. 66).

Lamentablemente, la vulneración del artículo 5 se materializa mediante la discriminación de las personas con discapacidad en múltiples prácticas relacionadas con el derecho a la salud, tales como «la esterilización sistemática y las intervenciones médicas u hormonales que se practican por la fuerza o sin el consentimiento de la persona afectada (...), la administración forzada de medicamentos y electrochoques, el internamiento, el asesinato sistemático bajo la denominación de «eutanasia», el aborto forzado y bajo coacción, la denegación de acceso a la atención de salud, la mutilación y el tráfico de órganos, en particular de personas con albinismo» (*Ibíd.*: para. 7).

Se trata, asimismo, de prácticas absolutamente contrarias al artículo 17 de la Convención, que establece que:

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

Resulta evidente que la protección de la integridad física y mental enlaza directamente con el derecho a la salud. En este sentido, la cuestión merece realizar un examen atento, pues la erradicación de las prácticas discriminatorias y que atentan contra la integridad física y mental de las personas con discapacidad continúa representando una asignatura pendiente para determinados Estados partes.

Sin ir más lejos, en las últimas Observaciones Finales sobre los informes periódicos segundo y tercero presentados por España, del año 2019, el Comité expresaba su preocupación por que «se siga obligando a abortar y se siga esterilizando por la fuerza a mujeres y niñas con discapacidad. Le preocupa, además, que en el Estado parte se administren tratamientos médicos sin el consentimiento libre e informado del afectado» (CRPD/C/ESP/CO/2-3: para. 33)²⁹.

Si bien España no ha sido el único Estado parte en recibir una llamada de atención en estos términos por parte del Comité. Países como Australia (CRPD/C/AUS/CO/2-3: para. 33), Hungría (CRPD/C/HUN/CO/2-3: para. 35-36), Irán (CRPD/C/IRN/CO/1: para. 36-37) o Noruega (CRPD/C/NOR/CO/1: para. 29-30), son solo algunos ejemplos de una larga lista de Estados que han sido objeto de una crítica similar en sus respectivas Observaciones Finales.

Otro artículo que, sin duda, guarda una estrecha relación con estos artículos y con el derecho a la salud, es el artículo 12 de la Convención, que establece que las personas con discapacidad tienen derecho al igual reconocimiento como personas ante la ley. Esto significa que las personas con discapacidad deben gozar de capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas, es decir, que deben tener derecho a tomar decisiones sobre su propia vida, sin discriminación basada en su discapacidad.

El reconocimiento de la capacidad jurídica, por tanto, tiene su reflejo en la emisión de un consentimiento válido, libre e informado de los tratamientos médicos y supone, en efecto, la prohibición de la atención o tratamientos médicos obligatorios (como apunta Pastor Palomar, 2019: 20).

De hecho, el Comité dedica su primera Observación General a este derecho y reconoce que «la capacidad jurídica está vinculado de manera indisoluble con el disfrute

29. Una cuestión que consideramos que debería haberse resuelto, a tenor de las profundas modificaciones del ordenamiento jurídico español llevada a cabo en los años 2020 y 2021, para adaptarlo al modelo que impone la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad:

- En 2020, en cumplimiento con las recomendaciones del Comité, se ilegalizó la esterilización forzada o no consentida de las personas con discapacidad en España, a través de la modificación del Código Penal publicada en *B.O.E.* núm. 328, de 17 de diciembre de 2020.
- En 2021 se producía una reforma de la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, publicada en *B.O.E.* núm. 132, de 3 de junio de 2021.

Desgraciadamente, tales reformas legislativas no conllevan necesariamente la eliminación de todas las prácticas discriminatorias en el ámbito del derecho a la salud de las personas con discapacidad que son susceptibles de seguir produciéndose en nuestro país, pero sin duda supone un paso adelante en la promoción de estos derechos.

de muchos otros derechos humanos establecidos en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, entre ellos (...): el derecho a no ser internado contra su voluntad en una institución de salud mental y a no ser obligado a someterse a un tratamiento de salud mental y el derecho a dar su consentimiento para el tratamiento médico» (CRPD/C/GC/1: para. 31).

Además, el artículo establece, en sus epígrafes 3, 4 y 5, que los Estados partes deben tomar medidas efectivas y apropiadas para garantizar que las personas con discapacidad gocen plenamente de este derecho. Esto puede incluir la adopción de medidas de apoyo en la toma de decisiones cuando sea necesario, de manera proporcional y respetando en todo momento la voluntad y las preferencias de la persona con discapacidad.

De este modo, el artículo 12 reconoce el derecho de las personas con discapacidad a tener capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas, con obligación de los Estados partes de garantizar este derecho.

Por lo tanto, al reconocer el derecho de las personas con discapacidad al igual reconocimiento como personas ante la ley y a tener capacidad jurídica en igualdad de condiciones, juega un papel crucial en asegurar que estas personas tengan acceso a decisiones de salud autónomas, autoricen su atención médica, reciban apoyo cuando sea necesario y vean respetada su autonomía y voluntad en el ámbito de la salud.

Asimismo, el artículo 19 reconoce el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad. Esto incluye el acceso a servicios de apoyo, como la asistencia personal y la asistencia domiciliaria, como recoge el artículo 19, c), que pueden ser fundamentales para mantener la salud y el bienestar de las personas con discapacidad.

Como podemos observar, está relacionado con el derecho a la salud, pues el derecho a disfrutar de una vida independiente puede requerir acceso a servicios de salud en el hogar y en la comunidad, así como apoyo para actividades de la vida diaria que afectan la salud, como la administración de medicamentos y el cuidado personal.

El Comité ha puesto de manifiesto el vínculo existente entre el derecho a la salud y el derecho a vivir de forma independiente, que incluye las medidas asistenciales pertinentes. No obstante, ha aclarado, en relación con la asistencia en el derecho a vivir de forma independiente y de ser incluido en la comunidad, que «Las instalaciones y los servicios sanitarios generales (art. 25) deben estar disponibles, ser accesibles, adaptables y aceptables para las personas con discapacidad en sus comunidades, *e incluir el apoyo que necesitan algunas personas con discapacidad* (por ejemplo, las que tienen necesidades de comunicación complejas, discapacidad psicosocial o intelectual y/o las personas sordas) durante las hospitalizaciones, operaciones quirúrgicas y consultas médicas. *Los servicios de enfermería, fisioterapia, psiquiatría o psicología, tanto en hospitales como a domicilio, forman parte de la atención de la salud y no debe considerarse que los Estados partes cumplen con ello las obligaciones dimanantes del artículo 19, sino las del artículo 25*» (CRPD/C/GC/5, para. 89) (la cursiva es nuestra).

De este modo, el Comité pone de relieve la posible confusión entre las diferentes medidas apoyo a las que se refieren los artículos 19 y 25 y se ve obligado a aclarar que los servicios de «enfermería, fisioterapia, psiquiatría o psicología», es decir, todas aquellas que tengan una dimensión médica o sanitaria, formarán parte del artículo 25, incluso en los casos en los que se lleven a cabo de forma domiciliaria.

Igualmente, aclara que la vida independiente, del artículo 19, y el derecho a la habilitación y rehabilitación, contemplado en la disposición 26, son derechos interdependientes. La interrelación en el disfrute de estos derechos se debe a que «algunas personas con discapacidad no pueden participar en servicios de rehabilitación si no reciben un apoyo individualizado suficiente. Al mismo tiempo, el propósito de la rehabilitación es que las personas con discapacidad puedan participar plena y eficazmente en la comunidad» y explica que la habilitación y la rehabilitación son especialmente relevantes en lo que respecta ciertos ámbitos, entre los que se encuentra el derecho a la salud (*Ibíd.*: para. 90).

Esta afirmación nos traslada al examen de otro derecho que recoge un aspecto crucial, e íntimamente conectado al derecho a la salud: el artículo 26, relativo a la habilitación y rehabilitación.

4.3 El derecho a la habilitación y la rehabilitación en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

El artículo 26 de la Convención se refiere al derecho de las personas con discapacidad de disfrutar de servicios y programas de habilitación y rehabilitación, es decir, la provisión de servicios de rehabilitación y apoyo a largo plazo para las personas con discapacidad que lo requieran.

Sin embargo, hemos de admitir que la redacción de este precepto puede resultar un tanto oscura y confusa, pues carece de una definición que permita distinguir los efectos de la «habilitación» y la «rehabilitación», cuyas principales características trataremos de dilucidar. Al respecto, el artículo 26 estipula que:

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

A tenor de este precepto, los servicios y programas de habilitación y rehabilitación se destinan a favorecer la vida independiente de las personas con discapacidad –derecho reconocido específicamente en el artículo 19, que comprende las medidas de apoyo a las que hacíamos referencia–, y su inclusión en la sociedad. Aunque ello no obsta para que también incluyan medidas destinadas a mantener la capacidad física y mental de estas personas. Entendemos, a la luz de esta disposición, que esto puede incluir terapias físicas, psicológicas y ocupacionales, que permitan a las personas con discapacidad participar plenamente en la sociedad y llevar una vida independiente, pues, como continúa diciendo el artículo 26:

A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales.

Observamos que los ámbitos de actuación de los programas de habilitación y rehabilitación no se circunscriben a un aspecto concreto de la vida, sino que alcanzan al disfrute todos los derechos que suponen la plena inclusión en la sociedad.

No obstante, conviene llamar la atención sobre la aplicación de estas medidas al ámbito de la salud, pues el artículo 25, en su primer párrafo, dispone que las personas con discapacidad tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud, así como la obligación de los Estados de adoptar las medidas necesarias para ello, «incluida la *rehabilitación* relacionada con la salud». De esta manera, se puede sostener sin temor a equivocarnos la estrecha relación existente entre los derechos reconocidos en los artículos 25 y 26 de la Convención, relativos a la salud y la rehabilitación, respectivamente.

Sin embargo, de acuerdo con el artículo 26, los Estados partes tienen la obligación de proporcionar servicios y programas de habilitación y rehabilitación en atención a otras esferas de la vida, tales como el empleo, la educación y los servicios sociales.

Sobre este particular, consideramos que los servicios y programas de habilitación y rehabilitación a los que se refiere el artículo 26 en el ejercicio de derechos diferentes del acceso a la salud, se distinguen del tipo de rehabilitación a la que alude el artículo 25. Así, la aplicación de los derechos de habilitación y rehabilitación en ámbitos como el empleo o la educación nos remite a las medidas asistenciales y de apoyo que establece el artículo 19 para el disfrute del derecho a la vida independiente y a ser incluidos en la comunidad. Este planteamiento se ve reforzado por la explicación proporcionada por el Comité en los párrafos 89 y 90 de su Observación General nº5, en la que declaraba la interdependencia entre los derechos a la vida independiente y a la habilitación y rehabilitación.

No obstante, la variedad de áreas en las que se aplicarán la habilitación y la rehabilitación nos hace preguntarnos ¿qué se entiende realmente por habilitación y rehabilitación?

Pues bien, en primer lugar, debemos tener presente que el término habilitación solo figura en el artículo 26 de la Convención, mientras que el término rehabilitación aparece vinculado a otros derechos a lo largo del tratado.

Además de figurar en la disposición 25 relativa al derecho a la salud, la rehabilitación se contempla en el artículo 16.4 que, en relación con la protección contra la explotación, la violencia y el abuso establece:

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

También en el artículo 22.2, relativo al respeto a la privacidad, que dispone que:

Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Y, finalmente, en el artículo 27, k) de la Convención, en el que se establece la obligación de los Estados partes de:

Promover programas de *rehabilitación vocacional y profesional*, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad (la cursiva es nuestra).

A la luz de estas disposiciones convencionales, resulta difícil interpretar si la rehabilitación se refiere a medidas en materia de salud relativas al artículo 25, o medidas de apoyo derivadas del artículo 19.

Una ambigüedad que subsume el Comité en su octava Observación General, relativa al derecho de las personas con discapacidad al trabajo y al empleo. En ella, este órgano no deja claro si por el derecho a la «rehabilitación» se entiende el tratamiento médico de aquel trabajador que presente una discapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad o si, por el contrario, se refiere a la adquisición de habilidades que le permitan volver a desempeñar su actividad laboral (CRPD/C/GC/8: para. 49).

En idénticos términos se expresa Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General 23 cuando afirma que los trabajadores que sufran un accidente o se vean afectados por una enfermedad «reciban una indemnización adecuada que incluya los gastos de tratamiento, la pérdida de ingresos y otros gastos, y tengan acceso a servicios de rehabilitación» (E/C.12/GC/23: para. 29). Si bien, *a priori*, podría interpretarse en el sentido médico, tampoco especifica si se trata de la adquisición de la pericia que requiere el puesto de trabajo.

Una cuestión que el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad tampoco dilucida en su cuarta Observación General, en la que determina el deber de los Estados partes de «adoptar medidas eficaces para proporcionar servicios de habilitación y *rehabilitación en el sistema educativo, incluidos servicios de atención de la salud, ocupacionales, físicos, sociales, de asesoramiento y de otra índole*» (CRPD/C/GC/4: para. 55). De esta manera se proporciona un enfoque integral al término rehabilitación.

Además, determina que «dichos servicios deben comenzar en la etapa más temprana posible, basarse en una evaluación multidisciplinar de las capacidades de los alumnos y apoyar la máxima independencia, autonomía, respeto de la dignidad, capacidad física, mental, social y vocacional plenas, y la inclusión y participación en todos los aspectos de la vida». Y, por tanto, tampoco deja claro qué debe entenderse por rehabilitación en este contexto.

De acuerdo con Sanjosé Gil, en relación con el cambio de concepción de la discapacidad, se ha permutado la perspectiva de beneficencia con la que se identificaba la discapacidad por una perspectiva rehabilitadora. Y apunta que «frente a las acciones «benéficas» y caritativas anteriores a partir de ahora se inician diferentes programas para lograr la «rehabilitación» a fin de «integrar» a las personas con discapacidad» (Sanjosé Gil, 2007, *REEI*: 4). Se refiere así a una perspectiva integradora de la rehabilitación. Mas, esto no excluye la perspectiva de la rehabilitación en el ámbito de la salud.

De este modo, consideramos que el empleo indistinto de los términos «habilitación y rehabilitación», sumado a las múltiples aplicaciones de los mismos, enturbian los efectos jurídicos de los derechos contenidos en el artículo 26. Al respecto, sería conveniente que la Convención contuviese una distinción en sus definiciones, en función del ámbito al que se apliquen. Al respecto, la propuesta de *lege ferenda* podría consistir en la identificación del término «habilitación» con una perspectiva social o asistencial,

que se materializaría en las obligaciones de los Estados partes de proporcionar medidas de apoyo a las personas con discapacidad en el desarrollo de su vida diaria e independiente, que dimanen del artículo 19. Mientras que, por otra parte, la «rehabilitación» tendría unas connotaciones terapéuticas, tales como los servicios de fisioterapia o psicológicos, que estarían comprendidos en el ámbito del derecho a la salud, del artículo 25.

Sin embargo, a pesar de su indefinición y de su alcance integral, resulta obvio que la rehabilitación se relaciona directamente con el derecho a la salud al proporcionar servicios y terapias que ayudan a las personas con discapacidad a mejorar su salud física, mental y funcional.

De esta forma, dada su importancia en la implementación del disfrute del derecho a la salud, el derecho a disfrutar de programas y servicios de rehabilitación tiene una especial relevancia. Como se desprende del texto convencional, el derecho reconocido a las personas con discapacidad en virtud del artículo 26 puede incluir servicios de salud física, psicológica y vocacional, así como tecnologías y dispositivos de apoyo³⁰, que contribuyan a mejorar su calidad de vida y su participación en la sociedad, una cuestión fundamental para estas personas.

Como podemos observar, el texto convencional reconoce el derecho a la salud de las personas con discapacidad de forma directa e indirecta, a través de diversas disposiciones. La percepción omnicompreensiva de la discapacidad proporcionada por este tratado supone que todos los derechos que en él se contienen se encuentren íntimamente relacionados e interconectados entre sí.

En consecuencia, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad comprende una regulación holística y completa de los derechos que afectan a todas las esferas de la vida de este colectivo especialmente vulnerable, sin pasar por alto, como no podía ser de otra manera, el Derecho Humano de acceso a la salud.

V. CONCLUSIONES

- Primera: Los instrumentos jurídicos internacionales de protección de Derechos Humanos de ámbito universal no definen explícitamente el término «colectivos vulnerables». En este contexto, y en busca de respuestas concluyentes en este sentido, resulta relevante el examen de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (o TEDH), a pesar de tratarse de un órgano judicial de ámbito regional. Asimismo, en el ámbito universal se han examinado las Observaciones Generales de algunos Órganos de tratados de Derechos Humanos.

Al respecto, podemos determinar que los grupos vulnerables, de acuerdo con los elementos comunes extraídos del examen llevado a cabo, serían las personas pertenecientes a grupos que representan una minoría, que tradicionalmente ha sufrido discriminación y que, de acuerdo con alguna característica, sean especialmente susceptibles de vulneración de sus Derechos Humanos.

30. En virtud del apartado 3 de este artículo 26.

Por su parte, las personas con discapacidad se enfrentan a obstáculos sociales que las hacen susceptibles de sufrir una vulneración de sus Derechos Humanos y libertades fundamentales en una gran variedad de áreas que conforman la vida cotidiana. En consecuencia, podemos considerar que las personas con discapacidad conforman un colectivo especialmente vulnerable. Así ha sido reconocido por los Comités de Derechos Humanos y por sentencias del TEDH, tales como en el asunto *Alajos Kiss v. Hungría*, de 2010.

- Segunda: La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, creada bajo la égida de las Naciones Unidas en el año 2006, destaca por ser el primer tratado del siglo XXI en ser adoptado y por su rápida negociación, impulsada en gran medida por la comunidad de personas con discapacidad, que participaron activamente en su elaboración.

La misma establece una serie de principios fundamentales, como el respeto a la dignidad humana, la autonomía, la no discriminación, la participación plena en la sociedad y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, así como la obligación de los Estados partes de adoptar medidas para garantizar la inclusión y completa participación de las personas con discapacidad en una gran variedad de áreas.

Destaca en este sentido el enfoque novedoso de la Convención, que define la discapacidad no desde un punto de vista biológico o paternalista, sino desde un modelo social que destaca por la importancia de eliminar las barreras creadas por el entorno, a las que se enfrentan las personas con discapacidad para participar plenamente en la sociedad. En consecuencia, la discapacidad surge de la incidencia de los obstáculos originados por la sociedad sobre la persona.

- Tercera: Por lo que respecta al derecho a la salud de las personas con discapacidad, este se regula de forma monográfica en el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Esta disposición garantiza el derecho fundamental a la salud de manera integral, abordando aspectos como el acceso a servicios de salud de calidad sin discriminación, la salud sexual y reproductiva, la prevención y la accesibilidad.

Aunque determinados derechos no han sido ampliamente desarrollados por la Convención, el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad ha examinado estas cuestiones y ha identificado los problemas relativos al ejercicio de este derecho. La labor del Comité ha sido especialmente relevante en lo que respecta al desarrollo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad, que se encuentra enunciado en la Convención.

Es igualmente significativo el desarrollo de la accesibilidad en el ámbito de la salud para las personas con discapacidad. Este derecho abarca aspectos físicos, económicos y mentales, incluyendo la disponibilidad de información y comunicación en formatos accesibles, así como la emisión de un consentimiento válido e informado.

A pesar de la relevancia de la regulación en el artículo 25, el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad aún no ha dedicado una Observación General monográfica a este derecho, lo que podría ser deseable para abordar aspectos complejos relacionados con la salud de las personas

con discapacidad. No obstante, el derecho a la salud ha sido tratado por el Comité en Observaciones Generales relativas a otros derechos.

- Cuarta: La Convención ofrece una regulación integral de los derechos de las personas con discapacidad en materia de salud, que excede la literalidad del artículo 25 e incluye disposiciones que tienen incidencia directa o indirecta en este ámbito. De hecho, el Comité amplía el alcance del derecho a la salud más allá del artículo 25, relacionándolo con otros aspectos de la Convención. En este sentido, el correcto ejercicio de este derecho se hace depender de otros derechos recogidos en la Convención, tal y como se desprende de las Observaciones Generales del Comité.

Concretamente, se establece el vínculo del derecho a la salud, del artículo 25, con el artículo 5, que consagra las obligaciones de los Estados partes en relación con la igualdad y la no discriminación; con el artículo 17, relativo a la protección de la integridad física y mental de las personas con discapacidad; el artículo 12, que establece que las personas con discapacidad tienen derecho al igual reconocimiento como personas ante la ley y el artículo 19, que reconoce el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad.

El ejercicio de estos derechos tendrá implicaciones directas en la salvaguarda del derecho de las personas con discapacidad a disfrutar de los más altos niveles de salud, en igualdad de condiciones que las demás. Ello supone el respeto de la igualdad y no discriminación de este colectivo y su protección física y mental. Asimismo, la capacidad jurídica reconocida en el artículo 12 es fundamental para el ejercicio autónomo del derecho a la salud, lo que implica su consentimiento informado y decisiones médicas libres de coerción. Además, el artículo 19 sobre la vida independiente también está relacionado con el derecho a la salud, pues el ejercicio de este derecho puede requerir apoyo en el hogar y la comunidad para mantener el bienestar de las personas con discapacidad.

- Quinta: Con respecto al artículo 26, relativo a la habilitación y la rehabilitación, se observa una imprecisión terminológica en el contexto de la Convención en lo que respecta a la distinción entre habilitación y rehabilitación. Esto dificulta la comprensión del alcance de este derecho.

Al respecto, se propondría una reforma o una aclaración por parte del Comité. Desde esta perspectiva, podemos entender que la habilitación se podría asociar con medidas de apoyo para la vida independiente, relacionadas con el artículo 19 de la Convención, mientras que la rehabilitación podría tener connotaciones terapéuticas relacionadas con la salud. Consideramos que la falta de una definición clara, así como el deficiente esclarecimiento del Comité en la materia, puede dificultar la aplicación efectiva de estos derechos. No obstante, no se pone en duda la íntima relación de esta disposición con el derecho a la salud del artículo 25.

- Sexta: La regulación omnicomprendiva de los derechos de las personas con discapacidad proporcionada por la Convención de 2006 supone que sus disposiciones se encuentren íntimamente relacionadas entre sí, alcanzando la esfera de otros derechos conexos. Al respecto, se puede comprobar la indivisibilidad del acceso a la salud con el ejercicio de otros derechos.

En conclusión, por lo que respecta al derecho humano a la salud de este colectivo especialmente vulnerable, este tratado establece un marco normativo completo para garantizar que todas las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud de calidad en igualdad de condiciones con los demás, si bien su alcance y correcto ejercicio excede del contenido del artículo 25.

BIBLIOGRAFÍA

- DE ASÍS ROIG, R. y PALACIOS, A. (2007), «Aproximación al concepto de dependencia», en AA.VV., *La protección internacional de las personas con discapacidad*, Ed. Fernández Liesa, C.R., Universidad Carlos III de Madrid y Boletín Oficial del Estado, pp. 15-46.
- FERRARI PUERTA, A.J. (2023), «Incitación al odio y colectivos vulnerables, del Derecho internacional al Derecho español: especial referencia al delito de incitación al odio por motivos religiosos», *Revista de la Facultad de Derecho de México*, Tomo LXXIII, Núm. 285, pp. 361-382.
- MORENO PIÑERO, J.C. (2022), «ODS y discapacidad» en AA.VV., *El Derecho Internacional, los ODS y la comunidad internacional*, coord. Fernández Liesa, C.R., López-Jacoiste Díaz, E., Oliva Martínez, J.D., Dykinson, Madrid, pp. 305-330.
- PASTOR PALOMAR, N. (2019), «Reservas a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad», *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, N° 37, pp. 1-34.
- SANJOSÉ GIL, A. (2007), «El primer tratado de Derechos Humanos del siglo XXI: la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad», *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, nº13, pp. 1-26. Disponible en <http://www.reei.org/index.php/revista/num13>. Fecha de consulta, al igual que los demás vínculos web que figuran en esta publicación: 30 de abril de 2024.
- SANJOSÉ GIL, A. (2007), «Situación del proyecto de Convenio de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad», en AA.VV., *La protección internacional de las personas con discapacidad*, Ed. Fernández Liesa, C.R., Universidad Carlos III de Madrid y Boletín Oficial del Estado, pp. 115-146.
- TORRES CAZORLA, M.I. (2022), «Salud y bienestar: a vueltas con el ODS 3 en tiempos recientes», en AA.VV., *El Derecho Internacional, los ODS y la comunidad internacional*, coord. Fernández Liesa, C.R., López-Jacoiste Díaz, E., Oliva Martínez, J.D., Dykinson, Madrid, pp. 411-428.

FUENTES DOCUMENTALES

Tratados Internacionales

- Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, 1966. Publicada en *B.O.E.* núm. 118, de 17 de mayo de 1969.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979. Publicada en *B.O.E.* núm. 69, de 21 de marzo de 1984.
- Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 1984. Publicada en *B.O.E.* núm. 268, de 9 de noviembre de 1987.
- Convención sobre los Derechos del niño, 1989. Publicada en *B.O.E.* núm. 131, de 31 de diciembre de 1990
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006. Publicada en *B.O.E.* núm. 96, de 21 de abril de 2008.

Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos:

European Court of Human Rights, *Sejdić and Finci v. Bosnia and Herzegovina*, Applications nos. 27996/06 and 34836/06, Judgment of 22 December 2009. Disponible en [SEJDIĆ AND FINCI v. BOSNIA AND HERZEGOVINA \(coe.int\)](#).

European Court of Human Rights, *Alajos Kiss v. Hungary*, Application nº. 38832/06, Judgment of 20 May 2010, Final 20 August, 2010. Disponible en [ALAJOS KISS v. HUNGARY \(coe.int\)](#).

European Court of Human Rights, *Glor v. Switzerland*, Application nº. 13444/04, Judgment of 30 April 2009, Final 6 November, 2009, disponible en [GLOR v. SWITZERLAND \(coe.int\)](#).

European Court of Human Rights, *Savva Terentyev v. Russia*, Application nº. 10692/09, Judgment of 28 August 2018, Final 4 February 2019, disponible en [SAVVA TERYTYEV v. RUSSIA \(coe.int\)](#).

OBSERVACIONES DE ÓRGANOS DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS

Observaciones Generales

Observación General núm. 2 del Comité contra la tortura, sobre la aplicación del artículo 2 por los Estados Partes, Doc. CAT/C/GC/2, de 24 de enero de 2008. Disponible en tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2FC%2FGC%2F2&Lang=en.

Observación General núm. 35 del Comité para la eliminación de la discriminación racial, sobre la lucha contra el discurso de odio racista, Doc. CERD/C/GC/35, de 26 de septiembre de 2013. Documento disponible en tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CERD%2FC%2FGC%2F35&Lang=es.

Recomendación General núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Observación General núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, Doc. CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, de 14 de noviembre de 2014. Documento accesible en tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2FGC%2F31%2FCRC%2FC%2FGC%2F18&Lang=es.

Observación General núm. 9 del Comité sobre los derechos del niño, sobre los derechos de los niños con discapacidad, Doc. CRC/C/GC/9, de 27 de febrero de 2007. Disponible en tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FGC%2F9&Lang=en.

Observación General núm. 23 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sobre el derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, Doc. E/C.12/GC/23, de 27 de abril de 2016. Disponible en <https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=E%2FC.12%2FGC%2F23&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False>.

Observación General núm. 1 del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, sobre el igual reconocimiento como persona ante la ley, Doc. CRPD/C/GC/1, de 19 de mayo de 2014. Accesible, al igual que todas las Observaciones Generales del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, en el vínculo web https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=4&DocTypeID=11.

Observación General núm. 2 del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, sobre accesibilidad, Doc. CRPD/C/GC/2, de 22 de mayo de 2014.

Observación General núm. 3 del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, Doc. CRPD/C/GC/3, de 25 de noviembre de 2016.

- Observación General núm. 4 del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, sobre el derecho a la educación inclusiva, Doc. CRPD/C/GC/4, de 25 de noviembre de 2016.
- Observación General núm. 5 del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, Doc. CRPD/C/GC/5, de 27 de octubre de 2017.
- Observación General núm. 6 del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, sobre la igualdad y la no discriminación, Doc. CRPD/C/GC/6, de 26 de abril de 2018.
- Observación General núm. 8 del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, sobre el derecho de las personas con discapacidad al trabajo y al empleo, Doc. CRPD/C/GC/8, de 7 de octubre de 2022.

Observaciones Finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

- Observaciones Finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Australia, Doc. CRPD/C/AUS/CO/2-3, de 15 de octubre de 2019. Todas las Observaciones Finales del Comité se encuentran disponibles en https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/TBSearch.aspx?Lang=es.
- Observaciones Finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España, Doc. CRPD/C/ESP/CO/2-3, de 13 de mayo de 2019.
- Observaciones Finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Hungría, Doc. CRPD/C/HUN/CO/2-3, de 20 de mayo de 2022.
- Observaciones finales sobre el informe inicial de la República Islámica del Irán, Doc. CRPD/C/IRN/CO/1, de 10 de mayo de 2017.
- Observaciones Finales sobre el informe inicial de Noruega, CRPD/C/NOR/CO/1, de 7 de mayo de 2019.