



**La salud como derecho, avances y desafíos en personas con discapacidad en
América Latina**

Autor

**Natalia Piragauta-Vargas,
María Teresa Buitrago-Echeverri,**

**Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Magister en Salud Pública**

Director, Tutor

Ana Lucia Casallas-Murillo

**Escuela de Medicina
Maestría en Salud Pública
Universidad del Rosario**

Bogotá - Colombia

2021

La salud como derecho, avances y desafíos en personas con discapacidad en América Latina

Piragauta-Vargas, Natalia

Casallas-Murillo, Ana Lucia

Buitrago-Echeverri, María Teresa

|

|

La salud como derecho, avances y desafíos en personas con discapacidad en América Latina

Piragauta-Vargas, Natalia

Casallas-Murillo, Ana Lucia

Buitrago-Echeverri, María Teresa

Resumen

Objetivo: Describir cuáles han sido los avances del derecho a la salud, de las personas con discapacidad en Colombia y otros países en América Latina. *Método:* En este estudio se realizó una revisión de alcance de los documentos disponibles que abarcan la situación del derecho a la salud en población en situación de discapacidad en Latinoamérica, publicados entre los años 2010 hasta el 2020, y excluyendo cualquier documento que contemplara zonas geográficas distintas a América Latina y que incluyeran otros derechos diferentes al derecho a la salud. *Resultados:* De la revisión se obtiene que hay una marcada heterogeneidad en la concepción y enfoque de la documentación que aborda el derecho a la salud en población con discapacidad, esto en parte por la concepción de esta, que aún continúa teniendo un enfoque biomédico y deja a un lado el enfoque biopsicosocial.

Abstract

Objective: Describe what has been the progress of the right to health, of people with disabilities in Colombia and other countries in Latin América. *Method:* In this study, a scope review was carried out of the available documents that cover the situation of the right to health in the population with disabilities in Latin America, published between 2010 and 2020, and excluding any document that contemplated geographical areas different from Latin America and that include other rights other than the right to health. *Results:* From the review

it is obtained that there is a marked heterogeneity in the conception and approach of the documentation that addresses the right to health in the population with disabilities, this in part due to its conception, which still continues to have a biomedical approach and leaves aside the biopsychosocial approach.

Palabras clave: derechos humanos-personas con discapacidad-derecho a salud

Key words: human rights-people with disabilities-right to Health.

Introducción

Antes de realizar un abordaje sobre el derecho a la salud en población con discapacidad, es necesario reconocer el proceso evolutivo del concepto de salud y derecho a la salud, recordando que el concepto de salud fue planteado inicialmente en el año 1946 por la Organización de Naciones Unidas (ONU) a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando se estableció que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...) el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (...) considerada como una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad” (1).

Para el año **1948**, surge la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que fue elaborado por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales y proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre del mismo año, cuyo fin es un ideal común para todos los pueblos y

naciones. Este acuerdo fundamental, condujo a que los Estados y gobiernos fuesen los garantes de la promoción, preservación y restitución de los derechos allí contemplados. Es en este documento donde se menciona por segunda vez que; “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios... (artículo 25) (2,3).

Posteriormente en 1966, este grupo de Naciones Unidas consideró relevante precisar el alcance de los derechos y establecer un nuevo acuerdo denominado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y reconocer nuevamente a la salud como un derecho humano esencial (artículo 12) (3,4). Los Estados parte en el presente Pacto reconocieron el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental que sea posible. En este documento se establecen las medidas que deberán adoptar los Estados parte a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para (4):

- a) Reducir la mortalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) Mejorar en todos sus aspectos la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

Para el PIDESC, la salud es un proceso que va más allá de aspectos biológicos debido a que plantea una interacción de esta, con circunstancias de orden social, cultural y político, a

cambio de una visión funcionalista restringida a los aspectos biológicos y de atención de la enfermedad. Por lo anterior la definición del derecho a la salud se acompaña de las características y principios de los Derechos Humanos, como se observa en la tabla N°1.

Tabla N° 1. Características y principios del derecho a la salud

No discriminación	Para todas las personas, sin distinción de raza, color, sexo u orientación sexual, idioma, religión, opinión política y lugar de nacimiento. situación social, posición económica, impedimentos físicos o mentales.
Progreso adecuado	Evolucionar progresivamente y una vez alcanzados determinados logros, estos deben ser irreversibles, para lo cual el Estado debe adoptar medidas para satisfacer el derecho.
Carácter individual y social	El Estado debe orientarse a satisfacer tanto las necesidades individuales como las del conjunto de la colectividad, en tanto este derecho tiene aspectos personales y colectivos.
Equidad	Corresponde a la distribución de recursos financieros, técnicos y humanos basada en necesidades tanto individuales como colectivas. Adoptando las medidas que aseguren que las políticas generales de salud lleguen efectivamente a toda la población.
Participación	La población participa en todo el proceso de toma de decisiones e implementación de las medidas en el campo de la salud.
Acceso a recursos efectivos	Ante la regresión o vulneración del derecho a la salud, las personas cuentan con los recursos judiciales ante instancias nacionales e internacionales para el resarcimiento.

Fuente: elaboración propia con base en el PIDESC

Esta concepción integral de la salud es compatible con los atributos que debe considerar una atención, cuya disposición de los servicios debe estar cimentada en los derechos humanos, así para el caso del derecho a la salud y de acuerdo con la Observación General N° 14/2000), son (5):

Disponibilidad: entendida como disponer el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas y del conjunto de factores determinantes básicos de la salud (5).

Accesibilidad: accesibles a todas las personas, sin discriminación, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. Dentro de esta categoría se encuentran diferentes dimensiones de la accesibilidad (5):

- Acceso sin discriminación
- Accesibilidad física (alcance geográfico)
- Accesibilidad económica (asequibilidad)
- Accesibilidad a la información

Aceptabilidad: Los trabajadores de establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, reconociendo las particularidades de los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a las condiciones de géneros y al ciclo de vida (5).

Calidad: entendida como que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal de salud capacitado y con salarios adecuados, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (5).

En el año 1980, surge la primera Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual sería precedida por una nueva propuesta presentada por la OMS en 1997, en donde se realiza una reconceptualización de la discapacidad, que surge de la dialéctica entre lo que se denomina el “modelo médico” y el “modelo social”. De acuerdo con el modelo médico, la discapacidad es consecuencia de una enfermedad y se considera un problema personal, que requiere asistencia médica y rehabilitadora; en contraste el modelo social, enfoca la cuestión desde el punto de vista de la integración social de las personas que sufren las consecuencias de una enfermedad, considerando que no es propio del individuo sino también del medio que lo rodea (6).

Lo anterior da paso a un nuevo modelo biosocial de la discapacidad, que la conceptúo como un problema social y personal, que requiere de atención médica, rehabilitadora y de la integración social, a la que ha de darse respuesta mediante tratamientos individuales y acciones sociales y cuya superación requiere tanto de cambios personales, como en el entorno (6). Dicho planteamiento da lugar a que en el año 2001 la OMS, desarrolló la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), en donde integra los aspectos médicos y sociales de la discapacidad y ofrece una perspectiva más coherente de sus dimensiones (6).

Por otra parte, y en lo que compete a las personas que viven en situación de discapacidad, en función del imperativo ético de la equidad, le corresponde una legislación especial para resarcir aspectos que históricamente han dado lugar a la discriminación y a una especie de negación sobre lo “diferente” o lo “normal”. Por lo que, desde la normatividad internacional, en el 2006, se estableció la convención internacional por los derechos de las personas con discapacidad, emitida por la Organización de Naciones Unidas (7), cuyo propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente (7). Delimitando que 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 (7).

Dicha convención que recuerda y reconoce la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, entre otras convenciones y reuniones

determinantes; es considerada como un progreso necesario, en tanto adopta un cambio epistemológico en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, doctrina que identifica y niega la conveniencia general de mantener barreras y prejuicios sociales (6).

Problemática mundial

De acuerdo con el informe de la OMS para el año 2014, en el mundo habían más de 1.000 millones de personas en situación de discapacidad, lo que supone alrededor de un 15% de la población mundial (8). Estimando que la prevalencia de las discapacidades continuará en aumento debido al envejecimiento de las poblaciones y al incremento mundial de las enfermedades crónicas, así como el impacto será mayor en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos. Afectando de forma desproporcionada a las mujeres, las personas de mayor edad y en situación de pobreza (8).

De igual forma este informe, anota que se debe considerar que las personas con discapacidad afrontan grandes obstáculos para acceder a los servicios y presentan peores resultados sanitarios y académicos, que las personas sin discapacidad (8). Adicional, hay mayor probabilidad que se encuentren con 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 negación de asistencia sanitaria y el cuádruple de probabilidades de que afirmen que alguna vez se han sentido **mal tratadas** (8).

Muchos de los obstáculos anteriormente mencionados se pueden mitigar e incluso superar, mediante acciones dirigidas a garantizar los derechos fundamentales, para lograr un mejor

bienestar para la población. Por ejemplo, el gozar de un acceso a los servicios de salud, es 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 (8,9).

Por lo anterior el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014 –2021, planteó como propósito, contribuir a mejorar la salud, el bienestar y el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad. En él se fijaron 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, contiene «indicadores de éxito» que pueden utilizarse para evaluar los avances en la ejecución y las repercusiones del plan de acción implementado (8).

Contexto general de la población con discapacidad en América Latina

De acuerdo con datos de la OPS/OMS, 2002, en Latinoamérica «probablemente más de un cuarto de la población total se encuentra afectada directa o indirectamente por situaciones de discapacidad», lo que significa al menos 50 millones de personas (10). En concordancia para el año 2005 Naciones Unidas, anota que las personas con discapacidad son excluidas tanto del proceso político como de los procesos de adopción de decisiones que afectan su bienestar y se les suele denegar sus derechos humanos básicos (11).

Según el informe para la región CIR/IDRM-2005; “el 40% de los países de Latinoamérica tiene una versión en formato alternativo de su Constitución Política. Pocos países trabajan para adaptar los sistemas nacionales de comunicaciones de modo que sean más inclusivos,

tal es el caso de Chile, Costa Rica y Panamá. En Brasil, el 70% del país actualmente está cubierto por un sistema de telefonía accesible para personas sordas. En cuanto a educación existe poca información estadística contable sobre la niñez con discapacidad que asiste a la escuela, no obstante, se puede aseverar que los niños con discapacidad suelen estar excluidos del sistema educativo. Países como Colombia sólo el 0,32% de la población estudiantil tiene discapacidad. Las cifras son similares en Argentina (0,71%) y en México (0,52%)” (11).

En cuanto al empleo varios países tienen políticas dirigidas a la inserción laboral de personas con discapacidad, como: Argentina, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Uruguay y Venezuela; siendo uno de los principales problemas es el desempleo y la marginación laboral. Alrededor del 70% de las personas con discapacidad está desempleada a causa de diversos factores, entre ellos: falta de capacitación, inaccesibilidad al lugar de trabajo, falta de transporte accesible y los constantes problemas económicos que afectan la región (11).

Y en lo que respecta al servicio de salud, el acceso al seguro médico depende del estado ocupacional, de modo que las altas tasas de desempleo pueden privar de cobertura a las personas con discapacidad. Por ejemplo, el 84% de las personas con discapacidad en Ecuador no tiene ningún tipo de cobertura médica. En Chile, sólo el 7% tiene un seguro médico privado, mientras que entre el 60% y el 80% recibe asistencia a través del sistema de salud público. Siendo común que las compañías aseguradoras rechacen a las personas con discapacidad. Si bien los gobiernos de la región aceptan la responsabilidad de proveer atención médica y rehabilitación, las personas con discapacidad no pueden acceder a servicios médicos porque carecen de recursos; además, se percibe como deficitario el servicio por parte de los usuarios (11).

De igual forma no se cuenta con un número alto de profesionales médicos debidamente capacitados para asistir a las personas con discapacidad. La mayoría de los países cuenta con programas dirigidos exclusivamente a formar especialistas en rehabilitación. Los médicos generales y los especialistas que se desempeñan en áreas no relacionadas con la discapacidad reciben poca o ninguna capacitación sobre cómo atender a personas con discapacidad, en consecuencia, no se puede hablar de calidad en la atención (11).

En materia de derechos humanos, la historia, la carga emotiva y la carga ideológica, generan dificultad para llegar a una definición consensuada en la región, aunque su reconocimiento positivo se registra en los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales, es clara la necesidad del respaldo del Derecho en términos jurídicos para viabilizar el ejercicio de los derechos en términos de ciudadanía. Es así como documentos como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, en 2001, le aporta a la región un enfoque que le permite incorporar conceptos, estándares y métodos, considerando la discapacidad en términos globales y relacionando una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socio-ambiental (11). Por lo que se empieza a visualizar, esfuerzos de países de la región como; Argentina, Chile, Colombia, Ecuador y Nicaragua por aplicar la CIF, aunque con limitaciones de tipo conceptual y metodológico, que implican responder con exactitud cuántas personas con discapacidad existen en cada país, por lo que urge generación de indicadores clave, consensuados y aceptados por todos los Estados (11).

Entendiendo que los derechos son inherentes a la condición de ser persona, por lo que no pueden ser considerados como especiales o específicos para determinada persona o grupos

de personas, entonces los derechos de las personas con discapacidad son los mismos derechos de toda persona (11).

Normatividad sobre derecho a la salud y discapacidad en Colombia.

En Colombia, con el advenimiento de los diferentes propósitos internacionales se han venido realizando modificaciones del marco normativo en torno a la discapacidad. Si bien, el marco jurídico internacional de discapacidad ha tenido una injerencia, desde la Declaración de los Derechos Humanos en 1948, hasta la promulgación de otras declaraciones y principios en esta materia. Para el caso de Colombia, la Constitución Política de 1991, desde el modelo de Estado Social de Derecho, consagró los derechos de las personas con discapacidad y garantizó su protección especial en el artículo 13, impartiendo las directrices para adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social en el artículo 47, así como señaló la obligatoriedad del Estado en la formación e inclusión laboral de las personas con discapacidad en el artículo 54, garantizando también su educación en el artículo 68 (12).

Para el año 2013, la Ley Estatutaria 1618 se crea con el fin de garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables, eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley previa, 1346 de 2009.

Para finales de ese mismo año, el CONPES, rediseñó la política pública de discapacidad establecida en el Documento CONPES 80 de 2004. El objetivo fue precisar los compromisos necesarios para la implementación de la política como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014, “Prosperidad para Todos”. Así mismo, buscaba definir los lineamientos,

estrategias y recomendaciones que con la participación de las instituciones del Estado, la sociedad civil organizada y la ciudadanía, permitieran avanzar en la construcción e implementación de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social - PPDIS, que se basa en el *goce pleno en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las Personas con Discapacidad* (en adelante PcD), como lo establece la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (12).

Sentado lo anterior, el objetivo del presente artículo es valorar ¿cuáles han sido los avances del derecho a la salud, de las personas con discapacidad en Colombia y otros países en América Latina?.

Metodología

En este estudio se realizó una revisión de alcance de la literatura sobre la situación del derecho a la salud en población en situación de discapacidad en Latinoamérica. Entendiendo que la revisión de alcance identifica rápidamente conceptos claves de un tema a través de una cobertura exhaustiva de la literatura y para este caso resulta útil, ya que es difícil encontrar información disponible acerca del tema fácilmente (13).

Los criterios de inclusión fueron: artículos originales producto de investigación, libros, revisión, o reflexión, que involucrara el derecho a la salud en personas con discapacidad, publicados en Latinoamérica y Colombia, entre los años 2010 hasta el 2020, y excluyendo cualquier documento que contemplara zonas geográficas distintas a América Latina y que incluyeran otros derechos diferentes al derecho a la salud.

El rastreo se realizó en las siguientes bases de: Directory of Open Access Journals, MedicLatina, PSICODOC, SciELO, ScienceDirect, Supplemental Index y vLex. A partir de las referencias bibliográficas de la primera búsqueda, se realizó una segunda búsqueda en Google Académico de artículos publicados en la ventana de observación del estudio.

Una vez seleccionadas las publicaciones se eliminaron los registros repetidos, y se procedió a la lectura completa para realizar un primer filtro con respecto al país en la que se originó; ámbito a que se refiere si es nacional o internacional; tipo de artículo, de reflexión, revisión, o investigación y en este caso, qué tipo de estudio fue: cualitativo, cuantitativo o mixto. Todo esto se sistematizó en una matriz que permitió su posterior categorización y análisis, de acuerdo con los criterios mencionados anteriormente. Como referenciador bibliográfico se utilizó Zotero y como idioma principal se incluyó el español seguido del inglés.

Resultados

De acuerdo con lo establecido metodológicamente en los criterios de inclusión, se trabajó con un total de 27 documentos, entre los cuales, según el año de publicación el mayor porcentaje se encontró en el año 2018 25% (n=7), 2013 con 14% (n=4), seguido de una participación similar para los años 2017, 2019 y 2020 con un 11%, (n=3), ver tabla 2. Respecto al país de origen de los artículos el 68% (n=19) fueron realizados en Colombia y en segundo lugar se encuentra Argentina que aportó un 14% (n=4) de artículos y en menor frecuencia estuvieron los demás países aportantes relacionados en la tabla 2.

Tabla 2. Comportamiento de las publicaciones analizadas por año, país de origen e idioma de publicación.

Año	País	Nº país	Nº año	% participación país/Total
2010	Colombia	2	2	7%
2012	Colombia	1	2	7%
	Ecuador	1		
2013	Colombia	3	4	14%
	Uruguay	1		
2015	Chile	1	2	7%
	Nicaragua	1		
2016	Colombia	2	2	7%
2017	Colombia	2	3	11%
	Argentina	1		
2018	Colombia	4	7	26%
	Argentina	2		
	Uruguay	1		
2019	Colombia	3	3	11%
2020	Colombia	1	2	7%
	Argentina	1		
Total			27	100%

Fuente: elaboración propia con base en la revisión.

Respecto al tipo de documento, entre los 27 revisados un 44% correspondieron a resultados de investigación, con predominio del diseño cualitativo con un 75%, cuantitativo 25%; el restante 56% correspondió respectivamente a 73% artículos de reflexión, seguidos de un 13% libros, teóricos y políticas públicas 7% respectivamente.

Las poblaciones sobre las cuales se centraron los documentos se distribuyeron de la siguiente manera; 21 en población general, 4 en población infante y un único documento se centró en población adulto mayor y población masculina, respectivamente.

Posterior a la lectura de los documentos, se identificó que cada uno de ellos se enfocó en una temática específica, de los 27 documentos analizados; **18** se ocuparon de *identificar mecanismos dirigidos hacia el uso y cumplimiento de los atributos del derecho a la salud* descritos en la introducción de este documento; **6** a *la concepción sobre discapacidad y si*

existen avances mediante la concreción de Políticas públicas y 3 artículos hacia la valoración concreta sobre la materialización de las políticas sobre discapacidad y salud.

Dado lo anterior los resultados encontrados se ordenaron en función de las temáticas encontradas, lo que, para fines del estudio, serán consideradas como categorías para facilitar el análisis de contenido de los documentos relacionados en la matriz analítica, así:

Identificación de mecanismos dirigidos hacia el uso y cumplimiento de los atributos del derecho a la salud en población en situación de discapacidad.

Inicialmente dentro del reconocimiento de mecanismos o estrategias que permitan dar cumplimiento al derecho en salud en esta población se destaca la migración en el cambio de lenguaje en donde las leyes y/o normativa, han evolucionado de una visión médica-rehabilitadora a la visión social, en la cual se contempla que la población en situación de discapacidad se enfrenta a deficiencias y barreras para la participación e igualdad social, tal como lo refiere Gómez et al en su documento “El concepto de discapacidad en las leyes relacionadas con el enfoque de derechos de la salud laboral en Colombia” (14).

Desde el ámbito de los derechos de las personas en situación de Discapacidad y la Convención internacional sobre los derechos de las personas en situación de discapacidad (15,16), “todas las iniciativas, mecanismos y herramientas que se construyan deben brindar un enfoque centrado en la persona, el respeto de sus derechos y el fomento de su independencia y autonomía y a su vez deben impulsar el goce de una vida plena y digna, y facilitar la participación activa del individuo en la sociedad” (17).

De igual forma la creación de mecanismos o herramientas que permitan hacer uso y dar cumplimiento al enfoque de derecho en salud en la población en situación de discapacidad implica una evolución de los conceptos y conceptos culturales de una sociedad, como los mencionados anteriormente (17,18).

El autor *Arias*, en su texto comenta que “los derechos de las personas que padecen algún sufrimiento o discapacidad mental ocupan un lugar prioritario en los debates contemporáneos en el campo de la salud mental comunitaria, en íntima relación con la integración social, el restablecimiento de la capacidad social y el quiebre del estigma del enfermo mental” (19), así mismo analizó los alcances de la Ley 1306 de junio de 2009, que cobija los derechos civiles de las personas en situación de discapacidad mental, suscritas en Colombia. Encontrando que aunque son evidentes las inconsistencias formales y prácticas para que se hagan efectivos los derechos de las personas en situación de discapacidad mental, resulta necesario su reconocimiento gradual, para de esta forma fortalecer la movilización social y así asumir los desafíos del marco normativo para su cumplimiento (19).

En concordancia otros autores como *Azrak*, reconocen que adicionalmente, es necesario garantizar integralidad en el cumplimiento de los derechos de la población, ya que por ejemplo tendencias educativas no inclusivas pueden amenazar simultáneamente el respeto del derecho a la salud de las personas con discapacidad (20).

La construcción de una herramienta que evalúe y certifique la condición de discapacidad fue una de las estrategias fundamentales creadas en el año 2013 en Colombia, para facilitar el acceso a salud en condiciones de equidad a la población en situación de discapacidad; siendo esta una muestra clara del compromiso por parte del Estado y convirtiéndose en uno de los avances del país, para dar cumplimiento a los artículos contemplados en la constitución de

1991 y del artículo 5° de la Ley 361 DE 1997 (19,20). Dentro de esta normativa, las personas deberán aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado al Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado (21). Posteriormente robustecida por la ley estatutaria 1618 de 2013, por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, como se mencionó anteriormente.

En países de la región, como Nicaragua, que reportan una importante magnitud de la discapacidad como efecto de múltiples causas, principalmente secundario al conflicto interno armado; se han tenido que establecer medidas gubernamentales para garantizar la provisión de servicios de rehabilitación, girando entonces, las acciones hacia el modelo biopsicosocial. En este escenario, Nicaragua ha aprobado leyes y reglamentos para la búsqueda de igualdad y mejores condiciones de vida a las personas con discapacidad, sin embargo, aún no cuenta con un modelo que promueva la real equiparación de oportunidades sobre la base del cumplimiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad. No obstante, el Ministerio de Salud, con apoyo de la cooperación finlandesa, promovió una propuesta, multisectorial y plurirrepresentativa, con el propósito de contribuir con el diseño de una Política Pública sobre Discapacidad (22).

Por lo que herramientas o estrategias como el marco legal, aun presentan deficiencias en la región, porque se siguen centrando en la protección de esta población desde un abordaje biológico, sean físicas, psíquicas o sensoriales, y por ende, se siguen refiriendo a definiciones excluyentes, como “personas inválidas” y “discapacitadas” (14).

Concepción sobre discapacidad y si existen avances mediante la concreción de Políticas públicas

La discapacidad en las Américas es un tema de enorme impacto social y económico, del que se encuentra información incompleta, por lo que el trabajo en políticas o programas relacionados con la discapacidad se basa en datos estimados. No obstante, según el informe de la Organización Mundial de la Salud de 2014, la discapacidad ha sufrido un incremento de más de mil millones de personas (23).

En cuanto al seguimiento del cumplimiento del derecho a la salud y del mismo, en personas con discapacidad en la región, se ha registrado un aumento en relación con la denuncia de casos sobre sus vulneraciones, durante los últimos años. En América Latina y como resultado del soporte que ofrece la justiciabilidad a nivel internacional, principalmente en el Sistema Interamericano, la referencia frente a las personas con discapacidad al parecer no es muy alta, no obstante, ya se han presentado casos en donde la jurisprudencia internacional otorga un reconocimiento al trato diferenciado en busca de la igualdad material y la prestación de apoyos de servicios integrales para la población con discapacidad (24).

En Argentina, uno de los estudios elaborado por *Capurro*, aduce que la mitad de las demandas por el derecho a la salud que llegaron a la Corte Suprema de Justicia entre 1994 y 2013, corresponden a casos de personas con discapacidad. El litigio del derecho a la salud en este marco genera riesgos como: la medicalización de las necesidades sociales y la individualización del litigio, es decir se requiere de la discrecionalidad de cada caso y su garantía puede ser individual, pues no se ha logrado tener una concepción de la integralidad de los derechos y la disponibilidad de los recursos para respuestas integrales y los organismos de los gobiernos solo dan cumplimiento a quienes han solicitado el litigio; el segundo riesgo es desconocimiento técnico por parte de los jueces sobre las prestaciones, que conduce a decisiones erráticas en salud debido a la falta de información (24).

En Colombia, el balance sobre el cumplimiento de las acciones previstas en la Convención realizado en 2015, señaló un conjunto de observaciones que se destacan en los siguientes aspectos (7):

- La falta de procesos amplios y accesibles de consulta de las organizaciones de personas con discapacidad en la adopción de políticas y otros asuntos que les afectan, y que sus opiniones no se reflejen en las decisiones adoptadas. También considera que el Sistema Nacional de la Discapacidad (SND) no facilite los recursos necesarios para promover la participación efectiva de organizaciones de personas con discapacidad, que los procesos de acreditación para esta participación sean complicados y costosos, y la falta de garantías en zonas rurales
- El escaso cumplimiento de la ley 1616 de salud mental en lo referente al consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos invasivos y tratamientos psiquiátricos.
- La falta de accesibilidad en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los relativos al VIH-SIDA
- Los prejuicios y actitudes negativas del personal prestador de servicios de salud, tanto a nivel general como en los servicios especializados por tipo de discapacidad
- La poca o inexistente cobertura y accesibilidad de servicios de salud en las áreas rurales y zonas más remotas.
- La falta de asignación de recursos económicos y humanos suficientes para cumplir con la cobertura de salud a todas las personas con discapacidad, particularmente víctimas del conflicto armado, mujeres, niños y personas mayores con discapacidad, y personas con discapacidad afrocolombianas, raizales o indígenas.

Valoración concreta sobre la materialización de las políticas sobre discapacidad.

Por otra parte, uno de los documentos señala como desde la experiencia de abogados litigantes en su mayoría los casos interpuestos por las personas con discapacidad se relacionan con la precarización en el acceso a la salud y a las garantías constitucionales y legales tanto en Argentina como en Colombia (25).

Un estudio realizado por el Banco Mundial en Colombia con jueces que responden a las tutelas interpuestas por los ciudadanos, manifestaron no conocer la Ley Estatutaria de Salud de 2015, no obstante algunos rescatan la jurisprudencia previa y se basan en la concepción de la salud como un derecho fundamental, sin embargo, un grupo considera que puede significar una mejora del sistema y por tanto una disminución de las tutelas de salud, en tanto que, otros consideran que es un cambio semántico pero que en realidad no impactará drásticamente la situación actual del sistema de salud, ni representará una disminución de las tutelas. El estudio reiteró la necesidad de que las EPS actúen para que los casos no tengan que llegar a soluciones judiciales y se requieran sanciones estrictas a estas entidades para que respeten lo pactado en los planes de beneficios (26).

Sobre los atributos del derecho a la salud

Los estudios sobre acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad muestran barreras económicas y geográficas, dificultades de transporte, elevados costos de visitas al médico, carencia de equipos especializados, experiencias negativas con los equipos de salud, problemas con la calidad de los servicios, poco conocimiento de los profesionales, y negación de servicios (27).

En Colombia, con la declaratoria de salud como derecho fundamental en 2008, las personas con discapacidad adquirieron el derecho a una cobertura integral, incluyendo tratamientos que no estuvieran incluidos en el Plan de Beneficios, y no están obligados a realizar copagos y las cuotas moderadoras, no obstante, el número de tutelas por el derecho a la salud en Colombia siguen aumentando, lo que implica que es necesario acudir a la justicia para acceder a los servicios de salud (25).

De igual forma y de manera particular la evaluación de política pública de discapacidad para Bogotá 2007-2017, en relación con la prestación de servicios de salud, identificó los siguientes problemas: el 55,2 % de las personas con discapacidad que habitan en Bogotá encontró problemas en la prestación de los servicios de salud relacionados con barreras de accesibilidad y, con mayor frecuencia: la falta de disponibilidad de profesionales de la salud en los servicios (28,4 %), muchos trámites (17,1 %), dificultad o demora para la asignación de citas, autorizaciones o remisiones (14,8 %), servicios de salud muy lejanos del hogar (7,9 %) y dificultades en la entrega de medicamentos (6,1 %). En comparación con los resultados nacionales (21,4 %), llama la atención que en Bogotá las personas con discapacidad presentan mayores barreras de acceso debido a la baja disponibilidad de profesionales de salud (28,4 %). Igualmente, presentan mayores dificultades o demoras en la asignación de citas, autorizaciones o remisiones –14,8 % frente al 11 % a nivel nacional (28).

Sobre el atributo de la accesibilidad en Colombia, la mayor oferta institucional se encuentra en las zonas urbanas en tanto que la ruralidad está más desprovista de estos servicios (27). En concordancia países como Argentina, la insuficiente cobertura social y sanitaria es identificada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, como una de las principales barreras que enfrentan las personas con discapacidad para el ejercicio de sus derechos.

Además, la anunciada reforma para dar paso a la llamada Cobertura Universal en Salud CUS, no es clara en relación con el alcance del derecho a la salud y ha sido interpretada como el alcance de unos mínimos, en tal caso es una alerta, si una política no garantiza las prestaciones sanitarias al que una persona puede acceder, podría fungir como una violación al principio de no regresividad emanado del PIDESC (25).

Al respecto es necesario mantener el precedente que una reforma no puede desconocer estos avances y CIDH enfatice en futuros pronunciamientos la importancia de sostener un sistema que garantice el más alto nivel posible de salud a todos los habitantes, de acuerdo con los estándares internacionales delineados por el Comité DESC (25).

La interdependencia con otros derechos

El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en su Observación General No. 22 habla precisamente de los determinantes sociales de la salud y para el caso de frente a la salud sexual y reproductiva, incluye el acceso a la educación en sexualidad. Aunque no deba ser competencia del sector salud exclusivamente, debe existir una oferta coordinadora entre sectores, como afirma la Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (25).

Discusión

Esta revisión buscaba conocer cuál es el avance del derecho a la salud, de las personas con discapacidad, tanto en Colombia, como en otros países en América Latina, mediante una revisión de alcance y un análisis crítico sobre la garantía del derecho a la salud.

Inicialmente es importante anotar, que se encontró material nutrido en relación con la jurisprudencia y en particular el nexo con los derechos humanos como los mínimos

esperados. Desde el escenario global de las Naciones Unidas, se ha promovido que los países organicen en sus políticas instrumentos para dar cumplimiento a estos derechos. De esta manera la mayoría de los 18 documentos que se ocuparon de *identificar mecanismos dirigidos hacia el uso y cumplimiento de los atributos del derecho a la salud* tuvieron en cuenta los documentos de referencia, descritos en la introducción de este documento.

En cuanto a la *concepción sobre discapacidad y si existen avances mediante la concreción de Políticas públicas*, los 6 documentos revisados en su mayoría tienen en común que se puede identificar el abordaje de la discapacidad desde diferentes modelos teóricos, que van desde la visión médico-rehabilitador hasta el modelo biopsicosocial. Este último enfoque confrontó al modelo médico, ya que lleva a que se descentralice la mirada de la discapacidad concebida desde el individuo y su patología, reorientándola hacia el contexto en interacción con ese individuo que posibilita la emergencia de una discapacidad, asumiendo así mismo a la persona como sujeto de derechos y posibilidades, más allá de la discapacidad (29).

Desde este punto de vista, documentos como el PIDESC, resultan siendo el cimiento para la construcción de otros (normas, políticas, etc.) más específicos en el abordaje del derecho a la salud en población con discapacidad. Así mismo, el PIDESC, es una herramienta garante de la defensa de los derechos allí contemplados ya que todos los Estados parte, tienen la obligación de respetar, proteger y garantizarlos, de lo contrario se procederá a ejecutar medidas sancionatorias establecidas en la Comisión Interamericana de derechos humanos. En donde los casos llevados al Sistema Interamericano, a su vez se han convertido en antecedentes jurídicos para apoyar y sentar bases jurídicas para allegar otras solicitudes y para que los gobiernos amplíen la protección a las personas (4,7).

Actuar en derecho, requiere que la salud se movilice en función de la interdependencia de los derechos o visiones como los determinantes sociales, ambos contemplados ampliamente en la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad de la ONU-2006, en donde se reconoce que la discapacidad, es un concepto que evoluciona y que resulta de la 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 y que adicionalmente destaca la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (7).

En ese sentido la normatividad Colombiana y en general la de la región, debe incluir una amplia gama de ofertas que recojan la diversidad de necesidades y que constituyan realmente oportunidades para el desarrollo integral de la población con capacidades diferentes, tal y como lo afirma la Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: “una diversidad de intervenciones públicas y privadas encaminadas a velar por el bienestar de las personas en casos de riesgo social y necesidad, por ejemplo: a) falta de ingresos relacionados con el trabajo; b) acceso inasequible a la atención médica; y c) apoyo insuficiente a la familia y los hijos (30).

En dicho informe se entiende en general que la protección social abarca una diversidad de intervenciones destinadas a garantizar una seguridad básica de los ingresos y el acceso a servicios sociales esenciales, con el objetivo último de lograr la inclusión social y la ciudadanía social” (30).

Por lo anterior, es necesario que la región y en particular los gobiernos, tal como lo menciona el Conpes Social y su política pública nacional de discapacidad e inclusión social para Colombia, adopten medidas integrales que se ocupen de los determinantes sociales, zonas de bajos ingresos, bajo nivel educativo y por su puesto del envejecimiento progresivo que viene aconteciendo, ya que, en esta etapa del curso de vida, la discapacidad aumenta y sumado a la ausencia de otras protecciones sociales, como la falta de pensión, acrecentará las necesidades de intervención y protección (12).

De igual forma es importante tener en cuenta el llamado que realiza la CEPAL, en cuanto a contar con información real, caracterización y armonización de la medición de la discapacidad para prever la presión creciente sobre el cuidado en los hogares, sobre las redes disponibles y los limitados recursos y servicios que el Estado destina a estos fines (6).

Y por supuesto de acuerdo con las apreciaciones de algunos autores revisados, tener en cuenta también las características de los servicios prestados, tales como; falta de calidad, calidez e integralidad de la atención, pobre cobertura, la creencia de que la rehabilitación es un proceso costoso para el asegurador y las barreras en el ambiente hospitalario.

Conclusiones

El derecho a la salud es un componente de la doctrina de los derechos humanos pactado por la ONU, que se mantiene particularmente vulnerado en población con discapacidad, al ser afectado por restricciones como barreras de acceso a servicios y en general desde el no cubrimiento de las necesidades para la cobertura de servicios de la salud, afectando la calidad de vida de las personas y marcando procesos de deterioro de esta.

A pesar de encontrar una abundante legislación sustentada en la doctrina de los derechos humanos en el espacio regional y nacional; el derecho a la salud no está garantizado de forma efectiva para las personas con discapacidad, estos obstáculos se encuentran relacionados con el modelo de aseguramiento en salud que establece barreras para el acceso a los servicios de tipo económico, administrativo e incluso de accesibilidad principalmente en nuestro país, así como las barreras geográficas representan una restricción importante para la garantía del derecho a la salud como consecuencia de la limitada oferta institucional de los servicios principalmente en áreas rurales.

Sin embargo, vale la pena mencionar los avances que durante los últimos años países como Colombia, han mostrado, en torno al abordaje de la discapacidad. Estos avances están relacionados con acciones de política pública desde el gobierno, el sector privado, la sociedad civil representada en organizaciones, así como redes sociales, academia y organismos de cooperación internacional. Así como se destaca que los debates en torno a la discapacidad han empezado a ganar espacio y reconocimiento dentro de la agenda pública nacional y territorial.

De igual forma es importante anotar que el análisis de los documentos que abordan la situación de la población con discapacidad en América Latina y el derecho a la salud en la misma, resulta ser muy complejo porque existe variabilidad en los datos y diversidad en los conceptos. Esto impide realizar una comparación directa desde el punto de vista de logros y alcances, ya que los tiempos e implementación también ha sido altamente heterogéneos. En ese sentido el aporte de esta revisión es insistir en que, si bien persisten problemas de comparabilidad de información entre países, lo relevante es la necesidad que se plantea de avanzar de manera coordinada y consensuada con el fin de homologar criterios que permitan realizar diagnósticos exhaustivos y unificar la perspectiva regional, además de posibilitar una visión dinámica que recoja los cambios a lo largo del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición; 2006. Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
2. ONU: Asamblea General. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 217 A (III); 1948. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>
3. Asociación Médica Mundial WMA. Derecho a la Salud, un derecho inclusivo para todos [Internet]. 2021 [citado 13 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/derechos-humanos/derecho-a-la-salud/>
4. ONU: Asamblea General. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 [Internet]. Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 993, p. 3; 1966. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/4c0f50bc2.html>
5. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22o período de sesiones, mayo de 2000) [Internet]. 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2012 [Internet]. CEPAL; 2013 [citado 13 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1247-panorama-social-america-latina-2012>
7. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
8. Consejo Ejecutivo, 134. Discapacidad: Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad [Internet]. 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175064>
9. Cárdenas Ramírez E. Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. *Rev Derecho*. 2013;(40):199-226.
10. Pan-American Health Organization, editor. La salud en las Américas. Ed. 2002. Washington, D.C s.l: Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación científica y técnica).
11. Samaniego de Garcia P, Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (Madrid). Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica. Madrid: CERMI; 2006.
12. Departamento Nacional de Planeación. Conpes Social 166. Política pública nacional de discapacidad e inclusión social [Internet]. 2013. Disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/GOBIERNO/CONPES%20No.%20166%20de%202013%20DISCAPACIDAD%20E%20INCLUSION%20SOCIAL.pdf>
13. Chambergo-Michilot D, Diaz-Barrera ME, Benites-Zapata VA. Revisiones de alcance, revisiones paraguas y síntesis enfocada en revisión de mapas: aspectos metodológicos y aplicaciones. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 26 de marzo de 2021 [citado 13 de agosto de 2021];38(1):136-42. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/6501>
14. Gómez Rúa NE, Cardona Arango D, Gañan Echavarría J, Gómez Rúa NE, Cardona Arango D, Gañan Echavarría J. El concepto de discapacidad en las leyes relacionadas con el enfoque de derechos de la salud laboral en Colombia. *Rev Derecho* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 13 de agosto de 2021];(52):116-37. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-86972019000200116&lng=en&nrm=iso&tIng=es
15. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
16. Biel I. Los derechos humanos de las personas con discapacidad. Tirant; 2011.

17. Sánchez P. Primera infancia y discapacidad en Chile: Revisión y enfoque actual a los Programas de Gobierno. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 13 de agosto de 2021];26(4):520-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015001017>
18. Sticca MA. Los derechos de las personas con discapacidad. Un tema prioritario en la labor de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Rev Fac Derecho*. 11(1):133-44.
19. Arias López BE. Los derechos civiles de las personas con discapacidad mental en Colombia: una actualización tardía y restringida. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39(2):405-14.
20. Azrak AM. Sobre educación inclusiva: enfoque de derechos humanos y contribuciones de la psicología. *Anu Investig*. 2017;24:61-8.
21. Guzmán-Suárez OB. Certificación de discapacidad como herramienta para la accesibilidad a derechos e inclusión social. *Rev Salud Pública*. 2013;15:149-57.
22. González Pérez YD. Servicios de salud a personas con discapacidad. *REICE Rev Electrónica Investig En Cienc Económicas*. 2015;3(5):118-39.
23. Gómez-Perea CA, Pasos-Revelo LM, González-Rojas T, Arrivillaga M. Health services accessibility for people with physical disabilities in Zarzal (Valle del Cauca, Colombia). *Rev Salud Uninorte*. 2018;34(2):276-83.
24. Capurro Robles F, Jaime Pardo JS. Nuevas perspectivas en la defensa de los derechos de las personas con discapacidad en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Comentario al caso " Irene". *Rev Latinoam En Discapac Soc Derechos Hum*. 2018;2(1).
25. Moreno Angarita M. Infancia, políticas y discapacidad. *Fac Med*. 2010;
26. Cubillos Turriago L, Lunes R, Bonilla Torres J, Bolívar D, Silva JL. Estudio exploratorio sobre mecanismos de asistencia técnica en asuntos de salud y tutela en Colombia [Internet]. Banco Mundial; 2015. Disponible en: <http://www.fecoer.org/wp-content/uploads/2016/09/EstudiomecanismosdeasistenciatecnicaentutelasColombia.pdf>
27. Rocío Hurtado L, Arrivillaga M. Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. *Rev Cuba Salud Pública*. 2018;44:100-9.
28. Roth A-N, Gordillo Motato AM, Gonzalez Moya NC, Suárez Higuera EL. Análisis de la política pública de discapacidad de Bogotá (2007-2017): la implementación vista desde los actores institucionales, las personas con discapacidad y sus cuidadores. agosto de 2019 [citado 13 de agosto de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76693>

29. Urrego-Mendoza ZC, Natib-Rosero AC. La discapacidad psicosocial y otras discapacidades en la Revista Colombiana de Psiquiatría, 2006-2018. Rev Latinoam En Discapac Soc Derechos Hum. 2021;5(1).
30. Naciones Unidas. Asamblea General. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10406.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2016/10406>