



Adunarea Generală

Distrib.: generală
16 iulie 2018

Originalul: Limba engleză

Tradus și revizuit de IER
(<http://ier.gov.ro/>)

Cea de-a șaptezeci și treia sesiune
Punctul 74 litera (b) de pe ordinea de zi provizorie*
**Promovarea și protejarea drepturilor omului: aspecte
legate de drepturile omului, inclusiv abordări
alternative pentru îmbunătățirea exercitării efective a
drepturilor omului și a libertăților fundamentale**

Drepturile persoanelor cu dizabilități

Nota Secretarului General

Secretarul General are onoarea de a transmite Adunării Generale raportul Raportoarei speciale privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Catalina Devandas-Aguilar, în conformitate cu Rezoluția 35/6 a Consiliului Drepturilor Omului.

* [A/73/50](#).



Raportul Raportoarei speciale privind drepturile persoanelor cu dizabilități

Rezumat

În prezentul raport, Raportoarea specială privind drepturile persoanelor cu dizabilități examinează provocările cu care se confruntă persoanele cu dizabilități în ceea ce privește exercitarea dreptului lor la cel mai înalt standard posibil de sănătate și oferă statelor orientări cu privire la modalitățile de promovare a unor servicii medicale care țin seama de nevoile persoanelor cu dizabilități și sunt accesibile acestora.

I. Introducere

1. Prezentul raport evidențiază diferitele provocări întâmpinate de persoanele cu dizabilități în ceea ce privește exercitarea dreptului lor la cel mai înalt standard posibil de sănătate și oferă statelor orientări cu privire la modalitățile de promovare a unor servicii medicale bazate pe drepturile omului, incluzive și accesibile. Normele internaționale în materia drepturilor omului, prezentate în raport, se bazează pe recomandările anterioare formulate de mecanismelor ONU pentru apărarea drepturilor omului, inclusiv ale organismelor de monitorizare a tratatelor și ale titularilor de mandate de proceduri speciale.

2. Pentru elaborarea raportului său, Raportoarea specială a analizat 116 răspunsuri la un chestionar adresat statelor membre, instituțiilor naționale pentru drepturile omului și organizațiilor societății civile, inclusiv organizațiilor care reprezintă persoanele cu dizabilități.¹ De asemenea, aceasta a organizat o consultare între experți și reprezentanți ai unor agenții ONU, organizații ale persoanelor cu dizabilități și cadre universitare.

II. Înțelegerea stării de sănătate a persoanelor cu dizabilități

3. Sănătatea este esențială pentru bunăstarea și fericirea oamenilor, întrucât le permite să aibă o viață de calitate și să își atingă potențialul maxim. Există riscul ca persoanele care nu au acces la asistență medicală, inclusiv la servicii medicale și de reabilitare, să nu poată să meargă la școală, să își asigure mijloacele de trai necesare sau să participe la viața societății. Sănătatea este esențială pentru creșterea economică, întrucât populațiile sănătoase studiază tot mai mult, sunt mai productive, economisesc mai mulți bani și trăiesc mai mult timp.² Accesul timpuriu la servicii medicale și de reabilitare a sănătății asigură rezultate mai bune în materie de sănătate și reduce cheltuielile asociate cu o stare de sănătate precară, suportate de sistemele de sănătate și asistență socială. Sănătatea este o chestiune care nu ține doar de sistemele de sănătate formale. Factorii precum locuințele sigure și la prețuri accesibile, transportul, educația și ocuparea forței de muncă au, de asemenea, un impact asupra sănătății oamenilor și comunităților. În consecință, sănătatea este atât un rezultat al dezvoltării durabile, cât și o cale de realizare a dezvoltării durabile (a se vedea A/71/304).

4. Persoanele cu dizabilități au aceleași necesități în materie de sănătate ca toți ceilalți oameni, inclusiv nevoia de promovare a sănătății, asistență medicală preventivă, diagnosticare, tratament și reabilitare. De asemenea, unele dintre ele pot avea și alte nevoi de sănătate specifice, legate de dizabilitățile lor și de alți factori determinanți fundamentali ai sănătății, cum ar fi sărăcia, discriminarea, violența și excluziunea socială. Deși unele deficiențe progresează în mod inevitabil în timp, mediile fizice și sociale precare pot să agraveze o afecțiune primară sau pot să exacerbeze efectele secundare ale acesteia.

5. Din cauza nivelurilor ridicate de sărăcie, a discriminării, a violenței și a excluziunii sociale, precum și a obstacolelor semnificative din calea accesului la serviciile medicale, persoanele cu dizabilități se confruntă cu un risc mai mare de îmbolnăvire decât populația generală și, prin urmare, este mai probabil ca acestea să necesite și să utilizeze servicii medicale. De exemplu, acestea sunt expuse unui risc

¹ A se vedea www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/StandardOHealth.aspx.

² A se vedea D. Bloom și D. Canning, *Population Health and Economic Growth* (Commission on Growth and Development, 2008). Disponibil la adresa https://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth_Commission_Working_Paper_24_Population_Health_Economic_Growth.pdf.

mai mare de vătămare involuntară, de dezvoltare a unor afecțiuni secundare, a unor comorbidități și a unor boli asociate îmbătrânirii, de a fi supuse unor acte de violență și de deces prematur.³ De asemenea, acestea au mai multă nevoie de servicii de abilitare și reabilitare a sănătății, care sunt esențiale pentru menținerea unei stări bune de sănătate și pentru ca acestea să fie productive din punct de vedere economic și să aibă o viață independentă și împlinită. Unele persoane cu dizabilități ar putea avea nevoie de un acces mai bun la servicii medicale specializate, pe lângă serviciile de asistență medicală primară.

6. Persoanele cu dizabilități pot avea o viață activă, productivă, lungă și sănătoasă. Faptul că o persoană are o deficiență nu înseamnă că aceasta este bolnavă. Sănătatea este o stare de bine dinamică, ce depinde de combinația dintre potențialul unei persoane, cerințele vieții și factori determinanți sociali și de mediu.⁴ Indiferent de deficiența sau problema de sănătate pe care o au, persoanele cu dizabilități se pot bucura de o viață sănătoasă dacă dispun de mijloacele necesare pentru a-și stabili și realiza obiectivele, pentru a-și satisface nevoile și pentru a schimba mediul în care trăiesc sau pentru a se putea adapta la acesta.⁵ În plus, este important să se recunoască faptul că interpretarea noțiunii de deficiență a variat în funcție de epoca istorică, de cultură și de societate, aceasta reflectând valorile și normele specifice unui anumit loc și unei anumite perioade.⁶ În mod similar, multe persoane cu dizabilități nu consideră că diversitatea lor fizică și funcțională este o deficiență reală, ci o caracteristică pozitivă și normală a identității lor sau o deficiență percepută de ceilalți.

7. De-a lungul istoriei, s-a considerat că persoanele cu dizabilități sunt simpli „pacienți”, ale căror opinii sunt mai puțin valoroase decât cele ale așa-numiților „experți”, în special cele ale profesioniștilor din domeniul medical. Conform modelului medical de abordare a dizabilității, persoanele cu dizabilități nu au fost recunoscute ca titulare de drepturi, fiind „reduse” la deficiențele lor.⁷ Întrucât dizabilitatea a fost percepută doar ca o problemă medicală, soluțiile societății s-au axat pe „repararea” și „vindecarea” persoanelor cu dizabilități, fără a se ține seama de voința și preferințele acestora. Însă, începând din anii '60, mișcarea pentru drepturile persoanelor cu dizabilități a contestat acest model medical și a subliniat impactul negativ al barierelor și al opresiunii asupra vieții persoanelor cu dizabilități. Prin urmare, în prezent, dizabilitatea este considerată un construct social rezultat din interacțiunea dintre persoane cu deficiențe reale sau percepute și barierele comportamentale și de mediu cu care se confruntă acestea. În loc să li se plângă de milă și să se încerce tratarea lor, ar trebui ca persoanele cu dizabilități să fie recunoscute ca membri cu drepturi egale ai unei societăți umane diverse.

8. Problema prevenirii dizabilităților trebuie să fie clarificată. Statele înfățișează deseori angajamentele lor politice și bugetare în favoarea adoptării unor măsuri de prevenție primară drept investiții în drepturile persoanelor cu dizabilități. Deși campaniile de sănătate publică pentru prevenirea bolilor și a dizabilităților în rândul populației generale reprezintă o componentă importantă a politicii de sănătate publică a unui stat, acestea nu ar trebui considerate ca făcând parte din eforturile de

³ Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și Banca Mondială, *World Report on Disability* (2011), pp. 53-60.

⁴ J. Bircher și E.G. Hahn, *Understanding the nature of health: new perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower costs, F1000Research* 5:167 (2016). Disponibil la adresa <https://f1000research.com/articles/5-167/v1>.

⁵ Carta de la Ottawa pentru promovarea sănătății, adoptată în cadrul Primei Conferințe Internaționale pentru Promovarea Sănătății, organizată în Ottawa la 21 noiembrie 1986.

⁶ B. Ingstad și S. R. Whyte (editori), *Disability and Culture* (University of California Press, 1995).

⁷ Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, Comentariul general nr. 6 (2018) (CRPD/C/GC/6), pct. 8.

promovare a drepturilor persoanelor cu dizabilități. Din perspectiva drepturilor omului, statele trebuie să se asigure că persoanele cu dizabilități au acces, în condiții de egalitate cu ceilalți, la servicii de promovare a sănătății și de prevenție, inclusiv de prevenire a unor noi deficiențe. În plus, statele trebuie să garanteze că politicile și programele de promovare a sănătății și de prevenție nu stigmatizează persoanele cu dizabilități, întrucât stigmatizarea are un impact negativ direct asupra integrării lor și a participării acestora la viața societății.

III. Dreptul la sănătate al persoanelor cu dizabilități

9. Dreptul la sănătate este recunoscut în diferite instrumente internaționale și regionale privind drepturile omului.⁸ Acesta cuprinde atât libertăți, cât și drepturi.⁹ Printre libertăți se numără dreptul la nediscriminare, dreptul de a lua decizii privind propria sănătate și integritate fizică, dreptul de a-și exprima consimțământul liber și informat, dreptul de a nu fi supus la tratamente sau experimente medicale fără consimțământ și dreptul de a nu fi supus torturii sau pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante. Drepturile includ dreptul la asistență medicală primară și dreptul de acces la medicamente esențiale. Dreptul la sănătate înglobează, de asemenea, factorii determinanți fundamentali ai sănătății, cum ar fi accesul la apă potabilă sigură și la instalații sanitare și sisteme de canalizare adecvate, la o hrană, o alimentație și o locuință adecvate, la condiții sănătoase de muncă și de mediu și la o educație și informații legate de sănătate.¹⁰

10. Statele sunt obligate să respecte, să protejeze și să asigure exercitarea dreptului la sănătate. În consecință, acestea trebuie să se abțină de la ingerințe, directe sau indirecte, în exercitarea de către o persoană a dreptului la sănătate, să ia măsuri pentru a împiedica terții să aducă atingere acestui drept; și să adopte măsuri pozitive pentru a le permite oamenilor și comunităților să exercite acest drept și pentru a le oferi asistență în acest scop. În plus, statele trebuie să se asigure că bunurile, serviciile și echipamentele medicale sunt suficiente (disponibilitate); sunt accesibile din punct de vedere financiar, geografic și fizic, fără discriminare, inclusiv informațiile și comunicările referitoare la sănătate (accesibilitate); respectă etica medicală, sunt adecvate din punct de vedere cultural și țin seama de cerințele legate de gen și ciclul vieții (acceptabilitate); și sunt adecvate din punct de vedere științific și medical și de bună calitate (calitate). Dreptul la sănătate impune, de asemenea, participarea populației la toate procesele decizionale legate de sănătate.¹¹

11. Persoanele cu dizabilități sunt protejate, ca toate celelalte persoane, de același cadru general care reglementează dreptul la sănătate. Cu toate acestea, până la adoptarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități, sistemul

⁸ A se vedea Declarația universală a drepturilor omului [articolul 25 alineatul (1)], Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (articolul 12); Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială [articolul 5 litera (e) punctul (iv)], Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei [articolul 11 alineatul (1) litera (f) și articolul 12], Convenția cu privire la drepturile copilului [articolul 24], Convenția internațională privind protecția drepturilor tuturor muncitorilor migranți și ale membrilor familiilor acestora [articolul 28, articolul 43 alineatul (1) litera (e) și articolul 45 alineatul (1) litera (c)], Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (articolul 25), Carta Socială Europeană (revizuită) (articolul 11), Protocolul adițional la Convenția americană a drepturilor omului în domeniul drepturilor economice, sociale și culturale (articolul 10) și Carta africană a drepturilor omului și popoarelor (articolul 16).

⁹ Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale, Comentariul general nr. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), pct. 8.

¹⁰ Ibid., pct. 11.

¹¹ Ibid.

internațional pentru apărarea drepturilor omului a acordat prea puțină atenție nevoilor de sănătate ale acestora.¹² În fapt, acest cadru permitea, în circumstanțe excepționale, restrângerea exercitării anumitor componente ale dreptului la sănătate. De exemplu, Principiile pentru protecția persoanelor cu tulburări psihice și îmbunătățirea sănătății mintale prevedea un standard mai scăzut de protecție împotriva încălcărilor drepturilor omului în unitățile medico-sanitare.

12. Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități¹³ înlocuiește normele anterioare în materie. Aceasta se îndepărtează de abordările medicale și paternaliste ale dizabilității și adoptă o abordare bazată pe drepturile omului, potrivit căreia persoanele cu dizabilități sunt considerate titulari de drepturi, și nu simpli beneficiari ale măsurilor de protecție, ale serviciilor de reabilitare sau ale serviciilor sociale. Dizabilitatea nu mai este considerată o problemă medicală, ci un construct social. Convenția evidențiază necesitatea eliminării tuturor structurilor, barierelor și practicilor societății care limitează exercitarea deplină și egală a dreptului la cel mai înalt standard posibil de sănătate de către toate persoanele cu dizabilități.

13. Multe dispoziții ale Convenției fac referire la dreptul la sănătate sau la factorii determinanți ai sănătății. Articolul 25 din Convenție reafirmă dreptul tuturor persoanelor cu dizabilități de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate posibilă, fără discriminare. Acesta include toate elementele cadrului juridic privind dreptul la sănătate, inclusiv, printre altele, libertățile, drepturile, participarea, monitorizarea și principiul răspunderii. Articolul 25 prevede, de asemenea, o listă neexhaustivă a normelor și obligațiilor pe care statele trebuie să le garanteze în ceea ce privește punerea în aplicare a dreptului la sănătate, inclusiv accesul la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă; accesul la programe publice de sănătate pentru populație; furnizarea de servicii de sănătate cât mai aproape posibil de comunitățile în care trăiesc persoanele cu dizabilități, inclusiv în mediul rural; furnizarea de servicii de sănătate specifice persoanelor cu dizabilități, inclusiv servicii menite să prevină apariția altor dizabilități; furnizarea persoanelor cu dizabilități a unor servicii de îngrijire de aceeași calitate ca și celorlalți, inclusiv pe baza consimțământului conștient și liber exprimat; formarea profesioniștilor din domeniul medical și promovarea de standarde etice în domeniul serviciilor de sănătate publice și private; accesul egal la asigurarea de sănătate și de viață; și interzicerea oricărui refuz de acordare a îngrijirilor de sănătate sau a unor alimente ori lichide pe criterii de dizabilitate.

14. Articolul 25 litera (d) din Convenție merită o atenție deosebită. Acesta face referire la dreptul la exprimarea consimțământului liber și conștient cu privire la tratamente și experimente medicale, inclusiv dreptul de a refuza un tratament, recunoscut pe scară largă în dreptul internațional al drepturilor omului.¹⁴ Deși constituie un element fundamental al dreptului la sănătate și al dreptului de a nu fi supus torturii și relelor tratamente, de multe ori, persoanelor cu dizabilități le este refuzat acest drept. De exemplu, articolele 6 și 7 din Convenția Consiliului Europei privind drepturile omului și biomedicina, adoptată în 1997, permit excepții de la dreptul persoanelor cu dizabilități de a nu fi supuse internării nevoluntare sau

¹² G. Quinn și T. Degener, *Human rights and disability: the current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability* (Geneva, OHCHR, 2002). Disponibil la adresa www.ohchr.org/Documents/Publications/HRDisabilityen.pdf.

¹³ Organizația Națiunilor Unite, *Treaty Series*, vol. 2515, nr. 44910.

¹⁴ Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice (articolul 7), Declarația universală privind bioetica și drepturile omului (articolele 5 și 6) și Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (articolul 5). Dreptul de a-și exprima consimțământul liber și informat a fost, de asemenea, interpretat ca fiind o componentă a dreptului la siguranță al persoanei, a dreptului de a nu fi supus torturii sau pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante, a dreptului la viață personală și a dreptului la cea mai bună stare de sănătate posibilă.

experimentelor medicale fără consimțământul lor. În mod similar, anumite organisme de monitorizare a tratatelor Organizației Națiunilor Unite și unii titulari de mandate de proceduri speciale au justificat recurgerea la măsuri coercitive împotriva persoanelor cu dizabilități în domeniul serviciilor medicale, inclusiv tratamentul forțat și internarea nevoluntară, detenția în izolare, folosirea unor mijloace de conținere și sterilizarea forțată, invocând existența unei „necesități medicale” și „periculozitatea” persoanei în cauză (a se vedea, de exemplu, [CCPR/C/GC/35](#) și [A/HRC/22/53](#)). Aceste norme și practici jurisprudențiale contravin Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități, care interzice toate formele de constrângere pe baza unor deficiențe reale sau percepute, chiar dacă se invocă alți factori sau alte criterii pentru a le justifica.

15. În plus, articolul 25 litera (d) din Convenție stabilește obligația de a „solicita profesioniștilor din domeniul medical să furnizeze persoanelor cu dizabilități îngrijire de aceeași calitate ca și celorlalți, inclusiv pe baza consimțământului conștient și liber exprimat”, obligație consolidată prin recunoașterea universală a capacității juridice a persoanelor cu dizabilități (articolul 12) și interdicția absolută a lipsirii de libertate pe motive de dizabilitate, inclusiv a internării nevoluntare (articolul 14). Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități a subliniat faptul că statele părți au obligația de a nu permite persoanelor abilitate să ia decizii în locul persoanelor cu dizabilități (de exemplu, reprezentanții legali) să își exprime consimțământul în numele acestora.¹⁵ În schimb, ar trebui puse la dispoziție mecanisme care să asigure un proces decizional susținut, iar profesioniștii din domeniul medical ar trebui să ia măsuri pentru a se asigura că persoanele care susțin persoanele cu dizabilități în luarea deciziilor respectă voința și preferințele acestora și nu înlocuiesc deciziile lor sau nu au influență nejustificată asupra acestora.¹⁶ În cazurile în care nu a fost posibilă obținerea consimțământului liber și informat al unei persoane sau stabilirea voinței și preferințelor acesteia – inclusiv prin asigurarea sprijinului și aranjamentelor necesare –, în ciuda eforturilor semnificative depuse în acest scop, ar trebui să se aplice standardul „cele mai bune interpretări posibile a voinței și preferințelor”, ca măsură de ultimă instanță.¹⁷

16. Articolul 25 este completat de alte dispoziții ale Convenției. De exemplu, articolul 5 interzice orice formă de discriminare, inclusiv în materie de îngrijiri medicale; articolul 9 prevede accesibilitatea tuturor unităților medicale, a mijloacelor de transport, a informațiilor, a mijloacelor de comunicare și a serviciilor; articolul 10 reafirmă dreptul la viață al persoanelor cu dizabilități; articolele 15 și 17 recunosc dreptul de a nu fi supus torturii sau pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante, precum și dreptul la integritatea persoanei, inclusiv dreptul de a nu fi supus la tratamente medicale fără consimțământ liber exprimat; articolul 19 prevede dreptul la viață independentă și integrare în comunitate, ceea ce exclude segregarea și instituționalizarea în unități medicale; articolul 22 recunoaște dreptul la viață personală, inclusiv dreptul la confidențialitatea informațiilor referitoare la datele medicale; articolul 23 prevede dreptul persoanelor cu dizabilități de a avea acces la educație referitoare la reproducere și planificare familială, de a-și controla fertilitatea și de a decide asupra numărului de copii și a intervalului dintre nașteri, ceea ce exclude sterilizarea forțată; articolul 21 privește accesul la informație, care permite combaterea lipsei educației în domeniul sănătății; și articolul 28 abordează dreptul la un standard de viață și la o protecție socială adecvate, care includ factorii sociali determinanți ai sănătății.

¹⁵ Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, Comentariul general nr. 1 (2014) ([CRPD/C/GC/1](#)), pct. 41.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid., pct. 21.

17. Articolul 26 din Convenție completează obligația de garantare a serviciilor medicale necesare persoanelor cu dizabilități, în special a celor de care au nevoie din cauza dizabilităților acestora. Acesta impune statelor să pună în aplicare servicii și programe de abilitare și reabilitare complexe,¹⁸ inclusiv în domeniul sănătății, pentru a permite persoanelor cu dizabilități să obțină și să își mențină maximum de autonomie, să își dezvolte pe deplin potențialul fizic, mintal, social și profesional și să realizeze o deplină integrare și participare în toate aspectele vieții. Aceste servicii și programe ar trebui să înceapă într-un stadiu cât mai timpuriu posibil, să se bazeze pe o evaluare multidisciplinară, să sprijine participarea și integrarea în comunitate, să fie voluntare și să fie disponibile cât mai aproape posibil de comunitățile oamenilor. În plus, articolul 26 impune statelor să asigure formarea profesioniștilor și personalului care lucrează în serviciile de abilitare și reabilitare și să promoveze oferta, cunoașterea și utilizarea echipamentelor și tehnologiilor de asistare concepute pentru persoanele cu dizabilități.

18. Dreptul la sănătate cuprinde atât obligații cu efect imediat, cât și o obligație de realizare progresivă. Obligațiile cu efect imediat includ obligații fundamentale precum nediscriminarea; dreptul de a nu fi supus la tratamente și experimente medicale fără consimțământ liber exprimat; accesul la hrană, la un adăpost de bază, la o locuință și la instalații sanitare și sisteme de canalizare adecvate, precum și la apă potabilă sigură; și accesul la asistență medicală primară și la medicamente esențiale.¹⁹ Obligația de realizare progresivă impune statelor obligația de a acționa cât mai rapid și mai eficient posibil, folosind la maximum resursele de care dispun, inclusiv cele puse la dispoziție în cadrul cooperării internaționale, pentru realizarea deplină a dreptului la sănătate.²⁰ Măsurile adoptate în acest scop trebuie să fie deliberate și concrete, să fie orientate în mod specific către realizarea acestui drept²¹ și să includă adoptarea unor indicatori și criterii de referință care să permită monitorizarea adecvată a progreselor înregistrate în timp. În opinia Raportoarei speciale, asigurarea accesului persoanelor cu dizabilități la servicii esențiale de abilitare și reabilitare, la echipamente de asistare esențiale și la servicii medicale esențiale, de care acestea au nevoie ca urmare a dizabilităților, ar trebui să fie considerată o obligație fundamentală, care, prin natura sa, nu poate face obiectul unei realizări progresive.

19. Statele au obligația de a proteja persoanele cu dizabilități împotriva încălcării de către terți a dreptului lor la sănătate pe teritoriul lor și/sau în jurisdicția lor. Convenția impune statelor „să ia toate măsurile corespunzătoare pentru a elimina discriminarea pe criterii de dizabilitate de către orice persoană, organizație sau întreprindere privată” [articolul 4 alineatul (1) litera (e)] și să se asigure că entitățile private care oferă facilități și servicii deschise publicului sau oferite acestuia țin cont de toate aspectele legate de accesibilitate [articolul 9 alineatul (2) litera (b)]. Statele ar trebui să prevină, să pedepsească și să repare încălcările drepturilor omului comise de actorii nestatali din sectorul privat, astfel cum se subliniază în Principiile directe privind afacerile și drepturile omului (A/HRC/17/31, anexă).

¹⁸ Abilitarea și reabilitarea includ o gamă largă de măsuri menite să le permită persoanelor cu dizabilități să obțină și să își mențină maximum de autonomie, să își dezvolte pe deplin potențialul fizic, mintal, social și profesional și să realizeze o deplină integrare și participare în toate aspectele vieții. Noțiunea de abilitare se referă la serviciile destinate persoanelor cu dizabilități congenitale sau dobândite precoce, în timp ce reabilitarea se referă la serviciile destinate persoanelor care au dobândit o dizabilitate mai târziu în viață.

¹⁹ Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale, Comentariul general nr. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), pct. 43.

²⁰ Ibid., pct. 31 și 32.

²¹ Ibid., pct. 30.

20. Angajamentul de a nu lăsa pe nimeni în urmă impune ca toate persoanele cu dizabilități să se bucure de întreaga serie de oportunități create de Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă (Rezoluția 70/1 a Adunării Generale), inclusiv de diversele obiective legate de sănătate, care reprezintă o oportunitate de promovare a dreptului la sănătate al persoanelor cu dizabilități. Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități oferă orientări normative pentru realizarea Obiectivelor de dezvoltare durabilă din perspectiva drepturilor omului. În conformitate cu Obiectivul 17, datele dezagregate sunt necesare pentru a determina dacă persoanele cu dizabilități sunt lăsate în urmă în ceea ce privește accesul la asistență medicală.

IV. Provocări și preocupări

21. Raportoarea specială a identificat trei provocări principale legate de exercitarea dreptului la sănătate de către persoanele cu dizabilități: (a) inegalitățile în materie de sănătate și asistență medicală; (b) barierele în calea accesului la serviciile medicale; și (c) încălcările specifice ale drepturilor omului în structurile medicale.

A. Inegalitățile în materie de sănătate și asistență medicală

22. Persoanele cu dizabilități se confruntă cu inegalități semnificative în materie de sănătate și asistență medicală. Patologiile secundare și comorbiditățile sunt frecvente în rândul persoanelor cu dizabilități și includ afecțiuni cronice precum hipertensiunea arterială, bolile cardiovasculare și diabetul. Deși unele dintre aceste afecțiuni sunt legate de dizabilități, inegalitățile în ceea ce privește accesul la asistență medicală, la o educație în domeniul sănătății și la resurse economice sunt principala cauză a vulnerabilității în fața multora dintre aceste afecțiuni și/sau contribuie la agravarea acestora. De exemplu, studiile arată că, în medie, persoanele cu dizabilități intelectuale mor cu 15 până la 20 de ani mai devreme decât restul populației, în mare măsură din cauza neglijenței, a îngrijirilor neadecvate și a faptului că acestea nu efectuează controale medicale de rutină și nu participă la acțiuni de promovare a sănătății și de prevenție.²² În mod similar, speranța de viață a adulților cu dizabilități psihosociale este cu aproximativ 20 până la 25 de ani mai scurtă din cauza a numeroși factori, inclusiv a bolilor somatice asociate cu administrarea de medicamente antipsihotice.²³

23. În plus, este mult mai probabil ca persoanele cu dizabilități să aibă nevoie de servicii medicale decât persoanele fără dizabilități și să raporteze faptul că nu au acces la acestea.²⁴ De exemplu, în cadrul unui studiu s-a constatat că gradul de satisfacție a nevoilor persoanelor cu dizabilități în materie de asistență medicală a fost de trei ori mai scăzut decât în cazul persoanelor fără dizabilități.²⁵ Dovezile sugerează, de asemenea, că persoanele cu dizabilități sunt dezavantajate în ceea ce privește accesul la asistența medicală primară, ceea ce perpetuează ciclul rezultatelor mai slabe legate de sănătatea acestora. Deseori, copiii cu dizabilități nu beneficiază de îngrijiri de bază pentru bolile comune ale copilăriei, care pot fi

²² Health Quality Improvement Partnership, *The Learning Disabilities Mortality Review*, annual report 2017.

²³ S. Saha, D. Chant și J. McGrath, *A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?*, *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, nr. 10 (2007), pp. 1123–1131.

²⁴ Organizația Mondială a Sănătății și Banca Mondială, *World Report on Disability* (Raport mondial privind dizabilitatea) (2011), pp. 60–62.

²⁵ M. A. McColl, A. Jarzynowska și S.E.D. Shortt, *Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence*, *Disability and Society*, vol. 25, nr. 2 (2010), pp. 205–218.

mortale dacă rămân netratate.²⁶ Există o presupunere falsă potrivit căreia persoanele cu dizabilități au nevoie întotdeauna de servicii medicale de specialitate, când, de fapt, majoritatea nevoilor lor de sănătate pot fi satisfăcute de serviciile medicale primare.

24. Persoanele cu dizabilități au un acces limitat la serviciile de abilitare și reabilitare a sănătății. Deși multe categorii de persoane au nevoie de servicii de reabilitare, persoanele cu dizabilități au, în general, mai puțin acces la aceste servicii, indiferent de dizabilitate.²⁷ Aceste servicii includ fizioterapia, ortofonia și reabilitarea psihosocială. Accesul la aceste servicii este deosebit de limitat în țările cu venituri mici și medii, în care doar 3 până la 5% din persoanele cu dizabilități beneficiază de acestea.²⁸ În plus, dovezile indică faptul că, în multe țări cu venituri mici și medii, doar 5 până la 15% din persoanele cu dizabilități care au nevoie de echipamente și tehnologii de asistare au acces la acestea.²⁹

25. Persoanele cu dizabilități se confruntă cu provocări semnificative în ceea ce privește accesul la servicii medicale de specialitate, care sunt indispensabile pentru multe dintre ele. De exemplu, un număr considerabil de nou-născuți cu dizabilități congenitale, precum spina bifida și hidrocefalia, mor înainte de a împlini vârsta de o lună, din cauza absenței îngrijirilor medicale de specialitate.³⁰ De asemenea, lipsa unui diagnostic precis și a unor tratamente eficiente pentru majoritatea bolilor rare constituie o provocare la nivel mondial.³¹

26. În general, strategiile de promovare a sănătății și prevenire a bolilor nu vizează și persoanele cu dizabilități. Copiii cu dizabilități sunt adesea excluși din programele de imunizare, chiar și în țările în care ratele generale ale imunizării au crescut spectaculos.³² Câteva studii au arătat că femeile cu dizabilități au acces limitat la serviciile de screening pentru depistarea precoce a cancerului.³³ Persoanele cu albinism nu au acces la o protecție solară adecvată. Persoanele surde au lacune semnificative în materie de informații în domeniul sănătății preventive. În mod similar, inițiativele de promovare a unor comportamente sănătoase, cum ar fi activitatea fizică regulată și o alimentație sănătoasă, nu sunt accesibile, în general, persoanelor cu dizabilități și țin seama prea puțin de nevoile specifice ale acestora.³⁴

²⁶ OMS și Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), *Early childhood development and disability: a discussion paper* (2012), p. 17.

²⁷ T. Shakespeare, T. Bright și H. Kuper, *Access to health for persons with disabilities*, document de lucru solicitat de Raportarea specială privind drepturile persoanelor cu dizabilități (2018), pp. 21–26. Disponibil la adresa <http://disabilitycentre.lshhtm.ac.uk/resources/>.

²⁸ Ibid., p. 24.

²⁹ OMS, *Assistive technology fact sheet* (Fișă de informare privind tehnologiile asistive) (18 mai 2018), www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology.

³⁰ OMS, *Congenital anomalies fact sheet* (Fișă de informare privind anomaliile congenitale) (7 septembrie 2016), www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies.

³¹ Comisia Europeană, *Rare diseases – a major unmet medical need* (Bolile rare – o nevoie medicală majoră nesatisfăcută) (2017), p. 9.

³² UNICEF, *Disability prevention efforts and disability rights: finding common ground on immunization efforts*, document de lucru, disponibil în limba engleză la adresa www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF_Immunization_and_Disability_Paper_FINAL.pdf.

³³ J. Angus, L. Seto, N. Barry et al., *Access to cancer screening for women with mobility disabilities*, *Journal of Cancer Education*, vol. 27, nr. 1 (martie 2012), p. 75–82; K. Peters și A. Cotton, *Barriers to breast cancer screening in Australia: experiences of women with physical disabilities*, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 24, nr. 3 și 4 (martie 2012), pp. 563–72.

³⁴ J. H. Rimmer, *Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions*, *Physical Therapy*, vol. 79, nr. 5 (1 mai 1999), pp. 495–502.

27. Deși persoanele cu dizabilități au o viață sexuală la fel de activă ca toate celelalte persoane, acestea au acces limitat la servicii de sănătate sexuală și reproductivă. Mai multe studii au arătat că acestea au un nivel mai redus de acces la servicii de calitate decât persoanele fără dizabilități, inclusiv un acces mai redus la educația sexuală și la informații privind sănătatea și drepturile sexuale și reproductivă.³⁵ De exemplu, s-a constatat că tinerii cu dizabilități au, în general, mai puține cunoștințe decât cei fără dizabilități în ceea ce privește transmiterea infecției cu HIV și prevenirea acesteia.³⁶ Femeile și fetele cu dizabilități declară, de asemenea, că serviciile de ginecologie și îngrijire prenatală nu satisfac nevoile și așteptările lor.³⁷

28. Persoanele cu dizabilități se confruntă cu inegalități semnificative în ceea ce privește sănătatea orală și accesul la servicii medicale stomatologice. Majoritatea nevoilor de îngrijire dentară ale persoanelor cu dizabilități, la fel ca și cele ale populației generale, sunt simple și pot fi tratate în unitățile de asistență medicală primară și în cadrul serviciilor de asistență medicală comunitară.³⁸ Cu toate acestea, persoanele cu dizabilități sunt expuse unor riscuri mai mari de a dezvolta afecțiuni ale cavității bucale decât restul populației, iar nevoile acestora de îngrijire dentară sunt satisfăcute într-o măsură mai mică decât cele ale celorlalte persoane.³⁹ S-au constatat rate deosebit de ridicate ale afecțiunilor dentare netratate la persoanele cu dizabilități care au mare nevoie de sprijin și la cele instituționalizate.⁴⁰

29. Adesea, persoanele cu dizabilități nu beneficiază de îngrijirile de sănătate mintală de care ar putea avea nevoie și pe care le solicită. Astfel cum a subliniat Raportorul special privind dreptul la sănătate, există o „povară globală [alarmantă] generată de obstacolele” care împiedică punerea în aplicare a dreptului la sănătate mintală, inclusiv prevalența „modelului biomedical”, asimetriile de putere și utilizarea pârtnitoare a dovezilor științifice în domeniul sănătății mintale (a se vedea [A/HRC/35/21](#)). Această abordare a sănătății mintale a contribuit la stigmatizarea, excluderea și neglijarea persoanelor cu dizabilități, precum și la supunerea lor la rele tratamente și măsuri coercitive, în special a persoanelor cu dizabilități psihosociale și intelectuale, cu demență și autism, și a limitat și mai mult inițiativele politice de furnizare a unor îngrijiri de sănătate mintală și a unui sprijin psihosocial persoanelor care doresc să beneficieze de acestea. De exemplu, fondurile publice pentru serviciile de sănătate mintală sunt alocate în principal serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare, în special spitalelor de psihiatrie și instituțiilor de tip rezidențial, în timp ce serviciile comunitare necoercitive de sprijin psihosocial beneficiază de foarte puțină finanțare.⁴¹

30. Factorii determinanți ai sănătății constituie, de asemenea, un motiv de îngrijorare. Este mai probabil ca persoanele cu dizabilități să se confrunte cu sărăcia și cu excluderea socială, care sporesc riscul îmbolnăvirii lor și probabilitatea ca acestea să întâmpine obstacole în calea accesului la asistență medicală. De asemenea, persoanele cu dizabilități sunt mai expuse riscului de a fi supuse violenței (a se vedea [A/70/297](#)). Adulții cu dizabilități prezintă un risc dublu față de cei fără

³⁵ S. H. Braathen, P. Rohleder și G. Azalde, *Sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities: a review of the literature* (SINTEF, 2017), pp. 13–15. Disponibil la adresa www.sintef.no.

³⁶ Ibid., pp. 13–14.

³⁷ Ibid., p. 16.

³⁸ Federația Dentară Internațională (FDI), *Oral health and dental care of people with disabilities* (Sănătatea orală și îngrijirea dentară a persoanelor cu dizabilități), declarație de politică adoptată de Adunarea Generală a FDI, Poznań, Polonia, septembrie 2016.

³⁹ D. Faulks și alții, *The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health*, *European Journal of Dental Education*, vol. 16 (2012), pp. 195–201.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ OMS, *Mental Health Atlas* (Atlasul de sănătate mintală) 2014 (Geneva, 2015), p. 31.

dizabilități de a fi supuși la violențe, existând un risc de șase ori mai mare în cazul adulților cu dizabilități psihosociale.⁴² Copiii cu dizabilități prezintă un risc de șase ori mai mare decât ceilalți copii de a fi supuși la violențe și abuzuri.⁴³ Copiii cu dizabilități psihosociale sau intelectuale sunt mai predispuși decât copiii cu alte dizabilități să comită acte de violență sau să fie victime ale unor acte de violență. În plus, multe probleme de sănătate frecvente în rândul copiilor cu dizabilități pot fi atribuite accesului limitat la factorii determinanți fundamentali ai sănătății, precum apa potabilă sigură, plasele anti-țânțari pentru paturi și alimentele bogate în nutrienți.⁴⁴

B. Barierele în calea accesului la servicii medicale

31. Stigmatizarea și stereotipurile constituie obstacole majore în calea accesului persoanelor cu dizabilități la asistență medicală. Concepțiile greșite privind sănătatea persoanelor cu dizabilități au dus la presupunerea că nevoile acestora nu pot fi satisfăcute de serviciile de asistență medicală primară sau că acestea nu sunt candidați potriviți pentru activitățile de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor, deși există dovezi care arată contrariul. Stigmatizarea și stereotipurile generează de asemenea atitudini negative și ostile în rândul prestatorilor de servicii. De exemplu, acestea joacă un rol semnificativ în limitarea accesului fetelor și tinerelor cu dizabilități la sănătatea sexuală și reproductivă și restrângerea drepturilor sexuale și reproductive ale acestora (a se vedea [A/72/133](#)). În plus, rușinea și stigmatizarea asociate cu dizabilitatea împiedică persoanele cu dizabilități și familiile acestora să solicite îngrijiri medicale sau servicii de reabilitare.

32. Este necesară o regândire și o revizuire a instrumentelor și standardelor internaționale din domeniul sănătății care pot contribui la agravarea stigmatizării și patologizării dizabilității. Instrumentele de diagnosticare și clasificare, cum ar fi *International Classification of Diseases* (Clasificarea Internațională a Bolilor) și *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale), pot consolida stigmatizarea publică și pot descuraja unii oameni să solicite îngrijiri medicale de teamă să nu fie etichetați.⁴⁵ În mod similar, indicatorii din domeniul sănătății, cum ar fi „anii de viață câștigați în funcție de calitatea vieții” și „anii de viață cu dizabilități”, care sunt utilizați pe scară largă pentru a estima longevitatea și bunăstarea legate de sănătate, precum și pentru a ghida procesul de alocare a resurselor, sunt discutabili având în vedere implicațiile etice ale coeficienților de ponderare în funcție de dizabilități și impactul acestora asupra elaborării politicilor în materie de sănătate.⁴⁶

33. Persoanele cu dizabilități au un acces limitat la serviciile de abilitare și reabilitare a sănătății. Dovezile arată că cererea de servicii de reabilitare este mult mai mare decât oferta de astfel de servicii.⁴⁷ Acolo unde sunt disponibile servicii de reabilitare, acestea au fost concentrate în mod disproporționat în spitale, în loc să fie

⁴² T. Shakespeare, T. Bright și H. Kuper, *Access to health for persons with disabilities* (a se vedea nota 27 de mai sus), p. 8.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ UNICEF, *Disability prevention efforts and disability rights* (a se vedea nota 32 de mai sus), p. 3.

⁴⁵ D. Ben-Zeev, M. A. Young și P. W. Corrigan, *DSM-V and the stigma of mental illness*, *Journal of Mental Health*, vol. 19, nr. 4 (2010), pp. 318–27.

⁴⁶ D. A. Pettitt și alții, *The limitations of QALY: a literature review*, *Journal of Stem Cell Research and Therapy*, vol. 6, nr. 4 (2016), p. 4; R. Parks, *The rise, critique and persistence of the DALY in global health*, *The Journal of Global Health* (1 april 2014), disponibil la adresa www.ghjournal.org/the-rise-critique-and-persistence-of-the-daly-in-global-health/.

⁴⁷ OMS, *The need to scale up rehabilitation*, disponibil la www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1.

oferite în cadrul serviciilor disponibile la nivel local. Fizioterapia este, de asemenea, disponibilă mai frecvent decât alte tipuri de intervenții, cum ar fi ortofonia. Numărul insuficient de profesioniști care furnizează servicii de reabilitare (de exemplu fizioterapeuți, terapeuți ocupaționali, ortofoniști, optometriști, audiologi sau medici generaliști care lucrează în domeniul reabilitării sănătății) și concentrarea acestora în zonele urbane constituie, de asemenea, bariere semnificative pentru persoanele care au nevoie de servicii de reabilitare, în special în țările cu venituri mici și medii⁴⁸, în care oferta de servicii medicale de specialitate și numărul de specialiști sunt, de obicei limitate.

34. Persoanele cu dizabilități se confruntă, de asemenea, cu restricții în ceea ce privește accesul la asistență medicală din cauza inaccesibilității fizice a clădirilor, echipamentelor și serviciilor. În plus, distanțele între domiciliu și unitățile de asistență medicală din zonele rurale și izolate constituie un obstacol semnificativ pentru persoanele cu dizabilități, din cauza sărăciei, a absenței unor mijloace de transport accesibile și la prețuri rezonabile și a lipsei de sprijin din partea familiei și a comunității. Alte obstacole des întâlnite în materie de accesibilitate includ lipsa de informații în formate accesibile (de exemplu, redactate în limbajul Braille sau într-un limbaj uzual); bariere în calea comunicării (de exemplu, lipsa interpreților în limbajul mimico-gestual sau absența formării furnizorilor de servicii în ceea ce privește comunicarea cu adulții sau copiii cu dizabilități intelectuale); atitudinea rudelor și a îngrijitorilor, care filtrează informațiile și controlează accesul la servicii; și izolarea persoanelor cu dizabilități în instituții, tabere, structuri de tip familial sau structuri de îngrijire de tip rezidențial (a se vedea [A/72/133](#)).

35. Persoanele cu dizabilități se confruntă, de asemenea, cu obstacole financiare în calea accesului la asistență medicală. Deși costurile serviciilor medicale sunt deseori mai mari în cazul lor, este mai puțin probabil ca acestea să fie angajate și, în medie, sunt mai sărace decât persoanele fără dizabilități. Statisticile arată că 51 până la 53% din persoanele cu dizabilități nu dispun de mijloacele necesare pentru a plăti serviciile medicale, comparativ cu 32 până la 33% din persoanele fără dizabilități.⁴⁹ De asemenea, riscul ca persoanele cu dizabilități să suporte cheltuieli „catastrofale” pentru sănătate (cheltuieli efectuate din bani proprii care depășesc capacitatea de plată a unei gospodării), din cauza cărora pot ajunge în sărăcie, este cu 50% mai ridicat.⁵⁰ Prețul ridicat al medicamentelor și lipsa de acces sau accesul limitat la medicamente generice constituie, de asemenea, o barieră considerabilă pentru cei care trebuie să ia medicamente perioade lungi de timp.

36. Discriminarea în privința asigurărilor de sănătate este un alt obstacol major în calea accesului la asistență medicală. În general, ratele de acoperire sunt scăzute întrucât companiile de asigurări refuză de multe ori să ofere asigurări de sănătate persoanelor cu dizabilități, din cauza problemelor de sănătate preexistente ale acestora. Discriminarea poate exista și ca urmare a modului în care sunt concepute sistemele de asigurare, prin limitarea beneficiilor sau a acoperirii pe care le poate primi o persoană cu dizabilități sau prin creșterea disproporționată a costului primei de asigurare. Astfel de practici încalcă dispozițiile Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități.

37. Acceptabilitatea și calitatea serviciilor de asistență medicală ridică, de asemenea, probleme. În general, serviciile și programele de asistență medicală nu sunt adaptate la diversitatea persoanelor cu dizabilități, în special în ceea ce privește cerințele legate de gen și ciclul vieții și diferențele culturale. Într-adevăr, mulți copii

⁴⁸ Organizația Mondială a Sănătății și Banca Mondială, *World Report on Disability* (Raport mondial privind dizabilitatea) (2011), p. 66.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Ibid., p. 67.

cu dizabilități nu realizează tranziția de la asistența medicală pediatrică la cea pentru adulți din cauza indisponibilității specialiștilor sau a reticenței medicilor generaliști de a trata persoane cu dizabilități. În plus, furnizorii de servicii medicale nu respectă întotdeauna confidențialitatea și viața privată a persoanelor cu dizabilități. De exemplu, persoanele surde se confruntă adesea cu încălcări ale vieții lor private, întrucât poate fi necesar ca membrii familiei să acționeze ca interpreți.⁵¹ În plus, în multe țări, accesul la serviciile de asistență medicală și de reabilitare este condiționat de obținerea unui certificat de încadrare în grad de handicap, ceea ce constituie o cerință arbitrară.

C. Încălcări specifice ale drepturilor omului în structurile medicale

38. În multe țări, persoanelor cu dizabilități li se refuză tratamentul medical din cauza dizabilității acestora. Deși justificările variază de la lipsa accesibilității până la acoperirea insuficientă a asigurării de sănătate, numeroase practici se bazează pe premisa că persoanele cu dizabilități sunt mai puțin valoroase sau că se bucură de o calitate a vieții mai scăzută. Afecțiunile medicale și simptomele persoanelor cu dizabilități sunt deseori considerate ca fiind inerente dizabilităților acestora și, în consecință, nu sunt tratate. Și mai grav este faptul că persoanele cu dizabilități sunt adesea considerate nedemne de a primi îngrijiri medicale; multor copii și adulți cu dizabilități nu li se oferă sau li se refuză îngrijirile medicale, inclusiv tratamentele necesare pentru susținerea funcțiilor vitale și pentru prelungirea vieții, întrucât astfel de intervenții sunt considerate inutile și ineficiente. De exemplu, un studiu a relevat faptul că mulți furnizori de servicii medicale nu susțin intervențiile standard în situații de urgență, precum toracotomia, pentru pacienții cu leziuni recente ale măduvei spinării.⁵² Neasigurarea accesului la tratamente pentru susținerea funcțiilor vitale și la medicamente pentru ameliorarea durerilor și a suferinței aduce atingere dreptului la viață, dreptului la sănătate și dreptului de a nu fi supus torturii sau pedepselor sau tratamentelor crude, inumane ori degradante.

39. Negarea dreptului la exprimarea consimțământului liber și informat constituie o încălcare răspândită pe scară largă a dreptului la sănătate al persoanelor cu dizabilități. Procedurile standard de obținere a consimțământului informat se bazează, în general, pe formulare scrise, care sunt inaccesibile persoanelor nevăzătoare și celor care au nevoie de interpretare sau de sprijin în comunicare. Majoritatea legislațiilor naționale, în special legile referitoare la sănătatea mintală, prevăd internarea nevoluntară și tratamentul forțat ale persoanelor cu dizabilități, fie exclusiv pe baza deficiențelor reale sau percepute ale acestora, fie prin asociere cu alți factori precum „necesitatea medicală” și „periculozitatea”. În multe țări, tutorii și îngrijitorii sunt autorizați să își exprime, în numele unei persoane cu dizabilități, consimțământul pentru tratarea acesteia, inclusiv pentru proceduri experimentale. De asemenea, se recurge tot mai mult la tratamentul forțat în regim ambulatoriu, care nu numai că sporește numărul de intervenții forțate, ci permite și alte forme de abuz, de exemplu, impunerea unor interdicții ilegale, cum ar fi interdicția de a ieși din casă.⁵³ Ratele internărilor nevoluntare și tratamentului forțat sunt extrem de ridicate în țările cu venituri mari, acestea înregistrând o creștere rapidă în mai multe țări europene.⁵⁴ În acest context, introducerea de noi medicamente psihotrope, care

⁵¹ Y. Bat-Chava, D. Martin, și J. G. Kosciw, *Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people*, *AIDS Care*, vol. 17, nr. 5 (2005), pp. 623–634.

⁵² K. A. Gerhart și alții, *Quality of life following spinal cord injury: knowledge and attitudes of emergency care providers*, *Annals of Emergency Medicine*, vol. 23, nr. 4 (1994), pp. 807–812.

⁵³ A. Molodinsky, J. Rugkåsa, și T. Burns, *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives* (Oxford University Press, 2016).

⁵⁴ H. J. Salize și H. Dressing, *Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across*

dispun de un sistem digital ce permite monitorizarea ingestiei medicației de către pacient prin intermediul unui senzor ingerabil („pastile digitale”), este un motiv serios de preocupare având în vedere potențiala utilizare a acestora pentru practici coercitive. Trebuie subliniat faptul că practicile coercitive nu au doar efecte sociale și psihologice, ci și un impact negativ asupra sănătății fizice.

40. Persoanele cu dizabilități, în special fetele și femeile, se confruntă cu încălcări grave ale drepturilor omului în ceea ce privește exercitarea drepturilor acestora în materie de sănătate sexuală și reproductivă. În general, acestea nu au libertatea de a lua decizii autonome cu privire la sănătatea lor sexuală și reproductivă și sunt expuse în mod constant la acte de violență, abuzuri și practici dăunătoare, inclusiv contracepția forțată, avortul forțat și sterilizarea forțată (a se vedea [A/72/133](#)). Există dovezi care indică faptul că sterilizarea femeilor și fetelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale continuă să fie o practică răspândită.⁵⁵ Cele care au copii riscă să îi piardă, aceștia fiind luați în îngrijire de către stat sau de către familiile lor.⁵⁶ Femeile aflate sub tutelă sau instituționalizate sunt expuse unui risc și mai mare de a fi supuse unor astfel de practici.

41. Există un număr tot mai mare de tratamente și intervenții a căror eficacitate este considerată incertă sau controversată. Printre acestea se numără, de exemplu, terapia prin electroșocuri, psihochirurgia, tratamentele experimentale pentru intoxicația cu mercur, tehnicile agresive de modificare a comportamentului și terapia „packing” aplicată copiilor autiști, educația conductivă (*conductive education*) a copiilor cu paralizie cerebrală și prelungirea membrelor la copiii cu tulburări de creștere.⁵⁷ Multe dintre aceste intervenții sunt invazive, dureroase și ireversibile și, prin urmare, pot constitui tortură sau rele tratamente dacă sunt aplicate fără existența consimțământului. În cazul copiilor, aceste practici aduc atingere, de asemenea, principiului respectului pentru capacitățile de evoluție ale copiilor cu dizabilități și principiului respectului pentru dreptul copiilor cu dizabilități de a-și păstra propria identitate.

42. De asemenea, persoanele cu dizabilități sunt frecvent victime ale exploatării, violenței și abuzurilor în cadrul structurilor medicale. Izolarea și mijloacele de contenționare, inclusiv contenționarea chimică, sunt utilizate în mod regulat în cadrul multor instituții de sănătate mintală. Aceste practici nu au un scop terapeutic și sunt, de multe ori, o consecință a lipsei de sprijin pentru persoanele care se confruntă cu o criză emoțională și o suferință majoră (a se vedea [A/HRC/37/56](#)). De asemenea, acestea sunt folosite ca pedeapsă pentru a-i forța pe pacienți să urmeze tratamentul și să își ia medicamentele. La fel, administrarea excesivă de medicamente la persoanele autiste, persoanele cu dizabilități psihosociale și persoanele în vârstă cu dizabilități este o practică răspândită, care poate provoca somnolență, leziuni, tulburări cognitive sau comportamentale și chiar moartea. La fel ca toate persoanele plasate în instituții segregate, persoanele cu dizabilități sunt, de asemenea, expuse unui risc ridicat de a fi exploatare și abuzate fizic și sexual în

the European Union, British Journal of Psychiatry, vol. 184, nr. 2 (februarie 2004), pp. 163–168; United Kingdom Department of Health and Social Care (Departamentul de Sănătate și Protecție Socială al Regatului Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord), *The independent review of the Mental Health Act*, raport intermediar, mai 2018.

⁵⁵ L. Servais, R. Leach, D. Jacques și J. P. Roussaux, *Sterilisation of intellectually disabled women, European Psychiatry*, vol. 19, nr. 7 (2004), pp. 428–432; L. Lennerhed, *Sterilisation on eugenic grounds in Europe in the 1930s: news in 1997 but why?*, *Reproductive Health Matters*, vol. 5, nr. 10 (1997), pp. 156–161.

⁵⁶ T. Shakespeare, T. Bright și H. Kuper, *Access to health for persons with disabilities* (a se vedea nota 27 de mai sus), p. 31.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 10.

locuri precum instituțiile de psihiatrie, centrele de îngrijire și asistență (*nursing homes*) și centrele de îngrijire de tip rezidențial pentru copii.

D. Multiple forme de discriminare intersectorială

43. Persoanele cu dizabilități sunt un grup eterogen cu o gamă largă de deficiențe și caracteristici identitare, cum ar fi rasa, culoarea, sexul, orientarea sexuală, identitatea de gen, limba, religia, originea națională, etnică, indigenă sau socială și vârsta. Interacțiunea dintre aceste caracteristici consolidează inegalitățile și obstacolele din domeniul sănătății și asistenței medicale. De exemplu, barierele în calea comunicării sunt deosebit de serioase pentru migranții, refugiații și solicitanții de azil cu dizabilități, iar barierele financiare sunt deosebit de problematice pentru anumite grupuri, cum ar fi romii și persoanele indigene cu dizabilități.⁵⁸

44. Femeile cu dizabilități au, în mod sistematic, mai puțin acces la servicii și programe de asistență medicală decât femeile fără dizabilități și bărbații cu dizabilități.⁵⁹ De asemenea, acestea beneficiază de asistență medicală și îngrijiri preventive de o calitate mai scăzută. De asemenea, este mai probabil ca acestea să fie victime ale violențelor, abuzurilor și neglijenței și să se confrunte cu încălcări ale drepturilor omului în ceea ce privește exercitarea drepturilor acestora în materie de sănătate sexuală și reproductivă. Femeile cu dizabilități grave sunt expuse unui risc mai mare de a primi îngrijiri medicale insuficiente pentru satisfacerea nevoilor acestora și de a se confrunta cu încălcări ale drepturilor omului în cadrul structurilor medicale.

45. De asemenea, un număr mare de copii și persoane în vârstă cu dizabilități declară că nu au primit îngrijiri suficiente pentru satisfacerea nevoilor acestora în materie de sănătate. Un număr foarte mare dintre aceștia sunt instituționalizați, ceea ce reduce considerabil șansele lor de a beneficia de o alimentație și o asistență medicală adecvate și sporește riscul ca aceștia să dezvolte patologii secundare.⁶⁰ Aceștia se confruntă, de asemenea, cu un risc deosebit de ridicat de a fi supuși la tratamente fără consimțământul lor informat. Accesul persoanelor cu dizabilități la servicii de asistență medicală nu poate fi condiționat, în niciun caz, de plasarea acestora în instituții de tip rezidențial.

46. În plus, în ultimii ani, numărul de copii diagnosticați cu autism, tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție (ADHD) și alte afecțiuni a crescut exponențial, determinând o creștere rapidă a prescrierii de stimulente și alte medicamente psihotrope. Aceste practici sunt, în general, rezultatul unei concepții învechite cu privire la dizabilități și al lipsei unui sprijin adecvat. Raportoarea specială subliniază că patologizarea și medicalizarea comportamentului copiilor cu dizabilități constituie o practică inacceptabilă, care contravine principiului respectării diferențelor și acceptării persoanelor cu dizabilități ca parte a diversității umane.

⁵⁸ Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene (FRA), *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare* (2013), p. 47-51.

⁵⁹ D. L. Smith, *Disparities in health care access for women with disabilities in the United States from the 2006 National Health Interview Survey*, *Disability and Health Journal*, vol. 1, nr. 2 (2008), pp. 79–88; D. Sakellariou și E. S. Rotarou, *Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data*, *BMJ Open*, vol. 7, nr. 8 (2017).

⁶⁰ K. Maclean, *The impact of institutionalization on child development*, *Development and Psychopathology*, vol. 15, nr. 4 (2003), pp. 853–884; F. D. Wolinsky și alții, *The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults*, *Journal of Gerontology*, vol. 47, nr. 8 (1992), pp. 173–182.

47. Persoanele cu dizabilități private de libertate sau aflate în tabere de refugiați se confruntă cu provocări semnificative în ceea ce privește accesul la asistență medicală din cauza lipsei de facilități accesibile și a sprijinului în comunicare. Lipsa accesului la îngrijiri medicale în situații de urgență și pentru persoanele care au nevoie de tratamente de specialitate sau intervenții chirurgicale este deosebit de problematică.

V. Punerea în aplicare a dreptului la sănătate al persoanelor cu dizabilități

48. Statele pot să adopte o serie de măsuri pentru a îmbunătăți realizarea dreptului la sănătate al persoanelor cu dizabilități, inclusiv să revizuiască cadrele juridice și politice ale acestora, să adopte măsuri concrete în domeniile acoperirii universale cu servicii de sănătate, accesibilității, nediscriminării și participării și să mobilizeze resursele necesare pentru punerea în aplicare a măsurilor relevante.

A. Cadrul juridic

49. Statele trebuie să instituie un cadru legislativ și de reglementare care să permită exercitarea dreptului la sănătate al persoanelor cu dizabilități. Legile care protejează sănătatea populației ar trebui să fie revizuite în lumina cadrului internațional privind dreptul la sănătate și a unei abordări a dizabilității axată pe drepturi. Este necesar ca acestea să prevadă că persoanelor cu dizabilități trebuie să li se pună la dispoziție bunuri, servicii și echipamente medicale accesibile, rezonabile ca preț, acceptabile și de bună calitate. Dispozițiile care exclud sau restrâng accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile medicale, inclusiv la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă, ar trebui să fie modificate pentru a facilita un acces universal și echitabil.

50. Statele trebuie să abroge imediat toate legile discriminatorii care permit internarea și tratarea persoanelor cu dizabilități fără consimțământul lor liber și informat și/sau în urma deciziei unei terțe părți, în special a unui tutore, a membrilor familiei sau a unor profesioniști din domeniul medical. În plus, statele ar trebui să se asigure că planificarea în avans și alte tipuri de procese decizionale susținute sunt disponibile pentru persoanele care ar putea avea nevoie de ele. De asemenea, statele ar trebui să aibă în vedere posibilitatea de a le permite copiilor să își exprime consimțământul cu privire la anumite tratamente și intervenții medicale, cum ar fi testarea pentru infecția cu HIV și serviciile de sănătate sexuală și reproductivă, fără să fie necesar acordul din partea unui părinte, a unui îngrijitor sau a unui tutore⁶¹, precum și adoptarea unor protocoale care să reglementeze consimțământul informat al copiilor cu dizabilități cu privire la orice intervenție chirurgicală și orice alte proceduri invazive. Legislația trebuie să prevadă căi de atac efective pentru persoanele cu dizabilități al căror drept la sănătate a fost încălcat, în special despăgubiri și reparații adecvate, efective și rapide pentru prejudiciile suferite, precum și sancțiuni judiciare și administrative pentru autorii încălcărilor.

B. Cadrul politic

51. Statele trebuie să integreze drepturile și nevoile persoanelor cu dizabilități atât în politicile și programele referitoare la serviciile de asistență medicală primară, cât

⁶¹ Comitetul pentru drepturile copilului, Comentariul general nr. 15 (2013) ([CRC/C/GC/15](#)), pct. 31.

și în cele referitoare la îngrijirile medicale de specialitate. Accesul la asistență medicală primară este esențial pentru identificarea și tratarea nevoilor de sănătate generale ale persoanelor cu dizabilități, dar și pentru a răspunde altor nevoi de sănătate specifice pe care le pot avea acestea, fie direct, fie prin trimiterea lor către servicii de specialitate. Recurgerea excesivă la serviciile de specialitate poate împiedica recurgerea la serviciile de asistență medicală primară, poate duce la diagnosticarea și tratarea inutile și la creșterea costurilor serviciilor medicale. Prin urmare, profesioniștii care lucrează în cadrul serviciilor de asistență medicală secundară și terțiară ar trebui să sprijine munca prestatorilor de servicii de asistență medicală primară și să colaboreze strâns cu aceștia, pentru a răspunde nevoilor de sănătate ale persoanelor cu dizabilități în cadrul comunităților acestora. Activitățile de promovare a sănătății trebuie să includă persoanele cu dizabilități și să abordeze problemele specifice de sănătate cu care se confruntă acestea, inclusiv factorii determinanți fundamentali ai sănătății lor. Strategiile de depistare precoce și de intervenție timpurie sunt, de asemenea, necesare pentru a facilita accesul în timp util la serviciile medicale și pentru a limita și preveni apariția altor deficiențe. Este important să se garanteze că aceste strategii nu contribuie la amplificarea discriminării persoanelor cu dizabilități și la excluderea lor din anumite servicii generale, cum ar fi educația.⁶²

52. Statele ar trebui să instituie un cadru politic pentru organizarea, consolidarea și extinderea tuturor serviciilor și programelor de abilitare și reabilitare a sănătății, destinate persoanelor cu dizabilități. Măsurile ar trebui să includă îmbunătățirea integrării serviciilor de abilitare și reabilitare în serviciile de asistență medicală primară; elaborarea unor modele integrate de prestare de servicii; pregătirea unor echipe multidisciplinare de prestare a serviciilor de reabilitare și asigurarea includerii acestor servicii în bugetele pentru sănătate.⁶³ Cadrul politic ar trebui, de asemenea, să garanteze accesul persoanelor cu dizabilități la dispozitive și tehnologii asistive accesibile, adecvate și la prețuri rezonabile.⁶⁴ Deși serviciile comunitare de reabilitare pot fi eficiente pentru îmbunătățirea stării de sănătate și a calității vieții persoanelor cu dizabilități, aceste intervenții au, de regulă, o acoperire geografică și un domeniu de aplicare limitate și sunt nesustenabile.⁶⁵ Asigurarea accesului la servicii de abilitare și reabilitare a sănătății, precum și la dispozitive și tehnologii asistive este o obligație și o responsabilitate a statului care nu poate fi transferată unor organizații fără scop lucrativ și de caritate.

53. Statele trebuie să se asigure că serviciile de asistență medicală sunt furnizate cât mai aproape posibil de comunitățile în care trăiesc persoanele cu dizabilități, inclusiv în zonele rurale și izolate. Furnizarea de servicii la domiciliu sau în proximitatea domiciliului poate îmbunătăți accesul la asistență medicală. Statele trebuie să se asigure că strategiile lor de dezvoltare rurală includ măsuri de promovare a accesului persoanelor cu dizabilități la servicii medicale de calitate, inclusiv strategii comunitare și servicii de proximitate (de exemplu, clinici mobile, caravane medicale, servicii de telemedicină și strategii bazate pe telefonie). Statele ar trebui, de asemenea, să aibă în vedere adoptarea unor măsuri de încurajare a persoanelor cu dizabilități să apeleze mai mult la serviciile medicale (de exemplu, trimiterea unor mesaje text de reamintire, promovarea sănătății de către persoane cu probleme similare și vizite la domiciliu).

⁶² OMS și UNICEF, *Early childhood development and disability: a discussion paper*, (2012) p. 22.

⁶³ OMS, *Rehabilitation 2030: a call for action*, raport de reuniune, 2017, disponibil în engleză la adresa www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1.

⁶⁴ Pentru orientări suplimentare privind modalitățile de asigurare a accesului la dispozitive și tehnologii asistive, a se vedea [A/71/314](#).

⁶⁵ V. Iemmi și alții, *Community-based rehabilitation for people with disabilities in low- and middle-income countries: a systematic review*, Campbell Systematic Reviews, 2015. Disponibil la adresa <https://campbellcollaboration.org/>.

C. Acoperirea universală cu servicii de sănătate

54. Asigurarea unei acoperiri universale cu servicii de sănătate este esențială pentru realizarea Obiectivelor de dezvoltare durabilă. Realizarea obiectivului de asigurare a unei acoperiri universale cu servicii de sănătate presupune ca toți oamenii și toate comunitățile să beneficieze de serviciile medicale esențiale de care au nevoie, fără să fie necesar să se expună unor dificultăți financiare. Obiectivul 3 include angajamentul explicit de a „asigura acoperirea universală cu servicii de sănătate, inclusiv protejarea împotriva riscurilor financiare, a accesului la servicii medicale esențiale de calitate și a accesului la medicamente și vaccinuri esențiale sigure, eficiente, de calitate și la prețuri accesibile pentru toți” (ținta 3.8) și de a „asigura accesul universal la servicii de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv pentru planificarea familială, informare și educare, și integrarea sănătății reproductive în strategiile și programele naționale (ținta 3.7). Indicatorii legați de sănătate asociați Obiectivului 3 fac referire, de asemenea, la o gamă largă de servicii, în special de promovare a sănătății, de prevenție, de tratament, de reabilitare și îngrijire paliativă, precum și la necesitatea de a măsura gradul de acoperire cu servicii medicale esențiale a populației generale și a celor mai dezavantajate segmente ale populației, cum ar fi persoanele cu dizabilități.

55. În acest context, acoperirea universală cu servicii de sănătate poate fi un instrument important de îmbunătățire a accesului persoanelor cu dizabilități la serviciile de asistență medicală. Totuși, pentru a atinge acest obiectiv, atunci când au în vedere creșterea ratei de acoperire a populației cu servicii medicale, statele trebuie să țină seama de persoanele cu dizabilități, de tipul de servicii incluse în pachetul de beneficii oferit și de proporția costurilor acoperite. În special, statele trebuie să se asigure că punerea în aplicare a acoperirii universale cu servicii de sănătate – de la pachetele de servicii medicale esențiale la reformele de finanțare a sănătății – include gama completă de servicii medicale de care ar putea avea nevoie persoanele cu dizabilități, inclusiv servicii de abilitare și reabilitare a sănătății, dispozitive și tehnologii asistive⁶⁶ și medicamente esențiale. De exemplu, în Sierra Leone, Legea din 2011 privind dizabilitățile permite accesul persoanelor cu dizabilități la servicii medicale gratuite în toate instituțiile de sănătate publică. Discuțiile cu privire la acoperirea universală cu servicii de sănătate ar trebui să țină seama de tehnologiile și tratamentele medicale, din ce în ce mai disponibile, care au potențialul de a crește speranța de viață și de a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor cu dizabilități (de exemplu, intervențiile chirurgicale pentru copiii cu spina bifida sau chirurgia cardiacă pentru copiii cu sindromul Down).

D. Accesibilitate

56. Statele trebuie să asigure deplina accesibilitate a serviciilor și programelor medicale. Toate unitățile și serviciile de asistență medicală publice și private trebuie să țină seama de toate aspectele accesibilității pentru persoanele cu dizabilități, inclusiv accesibilitatea infrastructurii, echipamentelor și informațiilor și comunicațiilor. De asemenea, trebuie să fie asigurată accesibilitatea mijloacelor de transport, întrucât, în caz contrar, persoanele cu dizabilități nu pot avea acces la serviciile sau unitățile de asistență medicală.

⁶⁶ Statele ar trebui să elaboreze o listă de produse asistive esențiale, în funcție de nevoile lor naționale și de resursele disponibile, pe baza listei cu produse asistive prioritare, elaborată de OMS (a se vedea [A/71/314](#)).

57. Toate informațiile și mijloacele de comunicare referitoare la furnizarea de asistență medicală, inclusiv serviciile electronice și serviciile de urgență, ar trebui să fie accesibile persoanelor cu dizabilități, în special în limbajul mimico-gestual, limbajul Braille, formate electronice accesibile, sisteme alternative de scriere, formate ușor de citit și prin moduri, mijloace și forme augmentative și alternative de comunicare⁶⁷ Toate campaniile de sănătate publică trebuie, de asemenea, să fie accesibile persoanelor cu dizabilități și să țină seama de acestea. De exemplu, în Nigeria, pentru a soluționa problemele legate de accesibilitate, în spitale din cadrul Teritoriului Capitalei Federale au fost detașați interpreți în limbajul mimico-gestual, pentru a răspunde nevoilor de sănătate sexuală și reproductivă ale femeilor cu dizabilități.

E. Nediscriminare

58. Statele au obligația de a furniza asistență medicală persoanelor cu dizabilități fără discriminare. Prin urmare, statele trebuie să elimine discriminarea împotriva persoanelor cu dizabilități din legislație, politici și practici și să interzică toate formele de discriminare în cadrul furnizării de asistență medicală. De exemplu, statele ar trebui să se asigure că furnizarea de servicii medicale nu se limitează în principal la instituțiile medicale și cele de tip rezidențial. În plus, statele trebuie să ia măsuri pentru a asigura adaptări rezonabile pentru persoanele cu dizabilități, astfel încât acestea să poată avea acces la aceste servicii și unități medicale și să beneficieze de ele în condiții de egalitate cu ceilalți. Deși măsurile de asigurare a accesibilității pot fi puse în aplicare în mod progresiv, statele au obligația imediată de a furniza adaptări rezonabile, astfel încât persoanele cu dizabilități să poată avea acces imediat la serviciile de asistență medicală.

59. Statele trebuie să interzică și să combată discriminarea împotriva persoanelor cu dizabilități în domeniul asigurărilor de sănătate. Trebuie să fie interzis prin lege refuzul de a furniza asigurări de sănătate persoanelor cu dizabilități din cauza dizabilităților acestora. De asemenea, statele ar trebui să aibă în vedere adoptarea unor reglementări care să garanteze că planurile și primele de asigurare sunt stabilite în mod echitabil și rezonabil. De exemplu, în Mexic, Curtea Supremă de Justiție a hotărât că societățile de asigurare nu pot discrimina persoanele cu dizabilități în furnizarea de asigurări de sănătate și ar trebui să adopte politici și planuri pentru integrarea acestora.

60. Sistemele de sănătate trebuie să răspundă diverselor nevoi ale persoanelor cu dizabilități. Statele trebuie să acorde atenție diversității de identități din cadrul comunității de persoane cu dizabilități pentru a combate în mod adecvat inegalitățile și discriminarea intersectorială cu care se confruntă persoanele cu dizabilități. Statele ar trebui să aibă în vedere elaborarea și punerea în aplicare a unor politici și practici destinate celor mai marginalizate grupuri de persoane cu dizabilități (de exemplu, persoane cu deficiențe multiple sau grave, persoanele cu boli rare sau cele surde și oarbe) pentru realizarea egalității de facto în ceea ce privește accesul la asistența medicală sau pentru accelerarea acestui proces.

F. Participare

61. Statele trebuie să se consulte și să implice în mod activ persoanele cu dizabilități, inclusiv copiii cu dizabilități, în punerea în aplicare a serviciilor medicale. Persoanele cu dizabilități cunosc cel mai bine obstacolele cu care se

⁶⁷ Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, Comentariul general nr. 2 (2014) (CRPD/C/GC/2), pct. 40.

confruntă în propriile contexte de viață și care sunt consecințele acestora asupra vieții lor. Participarea acestora garantează că politicile și programele statelor din domeniul sănătății sunt elaborate pe baza nevoilor și preferințelor lor, ceea ce poate avea ca rezultat creșterea eficienței acestora și utilizarea mai echitabilă a resurselor. De exemplu, în Bosnia și Herțegovina, cooperarea dintre guvern și organizațiile persoanelor cu dizabilități a dus la elaborarea unor standarde de accesibilitate pentru instituțiile din domeniul sănătății. Raportoarea specială a elaborat un studiu tematic privind dreptul persoanelor cu dizabilități de a participa la procesul decizional, care oferă orientări specifice privind modalitățile de îndeplinire a acestei obligații (a se vedea [A/HRC/31/62](#)).

62. Statele ar trebui să fie conștiente că opiniile persoanelor cu dizabilități și cele ale profesioniștilor din domeniul medical pot fi conflictuale, întrucât aceștia din urmă sunt formați, de regulă, să acționeze în interesul superior al pacientului, iar mulți dintre ei au o viziune paternalistă și pur medicală asupra dizabilității. Persoanele cu dizabilități ar trebui recunoscute ca fiind principalii interlocutori în ceea ce privește propriile drepturi, iar statele ar trebui să acorde întotdeauna prioritate opiniilor lor cu privire la chestiunile care le privesc. În mod similar, organizațiile-umbrelă ale persoanelor cu dizabilități ar putea avea opinii diferite față de cele exprimate de anumite grupuri de persoane și de aceea este importantă consultarea și implicarea directă a tuturor părților interesate. Statele ar trebui, de asemenea, să asigure o reprezentare a diversității persoanelor cu dizabilități, precum și consultarea acestora, în cadrul proceselor decizionale legate de dreptul la sănătate.

G. Răspunderea

63. Răspunderea este esențială pentru a garanta că serviciile medicale sunt incluzive și respectă drepturile persoanelor cu dizabilități. Strategiile și planurile naționale din domeniul sănătății ar trebui să includă orientări clare privind răspunderea, cu indicatori și criterii de referință care să faciliteze monitorizarea punerii în aplicare a dreptului la sănătate al persoanelor cu dizabilități. De asemenea, sunt necesare date dezagregate de calitate pentru identificarea lacunelor existente și a rezultatelor obținute în domeniul asistenței medicale. Astfel cum se prevede la articolul 33 alineatul (1), punctele de contact din cadrul guvernelor și mecanismele de coordonare pentru punerea în aplicare a Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități ar trebui să faciliteze și să sprijine punerea în aplicare a strategiilor și planurilor din domeniul sănătății din perspectiva unei abordări bazate pe drepturi. Pentru a preveni orice formă de exploatare, violență și abuz în furnizarea de asistență medicală, statele trebuie să asigure monitorizarea independentă a tuturor unităților medicale și programelor de sănătate, precum și instituirea unor garanții adecvate și eficiente.

64. Statele trebuie să prevadă mecanisme de punere în aplicare care să garanteze punerea efectivă în aplicare a dreptului la sănătate al persoanelor cu dizabilități. Orice persoană sau orice grup de persoane cu dizabilități al căror drept la sănătate a fost încălcat ar trebui să aibă acces la căi de atac efective și adecvate, judiciare sau de altă natură.⁶⁸ Aceste căi de atac ar trebui să permită obținerea de reparații adecvate, inclusiv sub formă de restituire, despăgubire, satisfacție și garanții de nerepetare, după caz. Instituțiile naționale pentru drepturile omului și mecanismele independente de promovare, protejare și monitorizare a implementării Convenției ar trebui să fie mandatate să efectueze anchete și cercetări [articolul 33 alineatul (2)],

⁶⁸ Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale, Comentariul general nr. 14 (2000) ([E/C.12/2000/4](#)), pct. 59.

precum și să ofere asistență persoanelor cu dizabilități în ceea ce privește accesul la căi de atac judiciare. Organismele de protecție a consumatorilor ar trebui să efectueze anchete și cercetări cu privire la discriminarea persoanelor cu dizabilități în ceea ce privește furnizarea de asigurări de sănătate și asigurări de viață.

H. Mobilizarea resurselor

65. Statele au obligația de a lua măsuri imediate, folosind la maximum resursele de care dispun, inclusiv cele puse la dispoziție în cadrul cooperării internaționale, pentru a garanta accesul persoanelor cu dizabilități la servicii de asistență medicală. În multe țări, serviciile și programele de abilitare și reabilitare a sănătății, inclusiv furnizarea de dispozitive și tehnologii asistive, sunt subfinanțate. Prin urmare, multe persoane cu dizabilități nu au acces deloc la aceste servicii sau, cel mult, depind de organizațiile fără scop lucrativ sau organizațiile private de caritate pentru a avea acces la acestea. Planificarea și elaborarea bugetului de stat pentru sănătate trebuie să includă serviciile medicale specifice de care au nevoie persoanele cu dizabilități și toate liniile bugetare trebuie să țină seama de nevoile speciale ale persoanelor cu dizabilități. Sistemele de protecție socială pot contribui, de asemenea, la acoperirea unei părți din cheltuielile suplimentare pe care trebuie să le suporte persoanele cu dizabilități pentru a avea acces la asistență medicală și la facilitarea accesului la servicii de sprijin al persoanelor care ar putea avea nevoie de ele (a se vedea [A/70/297](#)).

66. În cadrul procesului de alocare a resurselor, statele ar trebui să țină seama de obligațiile lor fundamentale în ceea ce privește dreptul la sănătate, în special prin asigurarea accesului tuturor persoanelor cu dizabilități la servicii de asistență medicală primară. Asigurarea protecției financiare a persoanelor cu dizabilități ar trebui să constituie un considerent esențial în luarea deciziilor referitoare la acoperirea universală cu servicii de sănătate. Statele nu ar trebui să adopte măsuri regresive care să afecteze dreptul la sănătate al persoanelor cu dizabilități și ar trebui să se abțină de la finanțarea practicilor care contravin abordării dizabilității axate pe drepturile omului (de exemplu, instituționalizarea sau intervențiile medicale coercitive).

I. Creșterea gradului de conștientizare

67. Statele părți trebuie să adopte imediat măsuri eficiente și adecvate pentru creșterea gradului de conștientizare a întregii societății cu privire la persoanele cu dizabilități și nevoile lor de sănătate, în cadrul unui demers bazat pe drepturi. Persoanele cu dizabilități nu ar trebui să fie considerate bolnavi sau pacienți, ci mai degrabă titulari de drepturi, la fel ca orice al membru al societății. Statele trebuie, de asemenea, să încurajeze respectarea dreptului la sănătate al persoanelor cu dizabilități prin sensibilizarea și formarea profesioniștilor și personalului din domeniul medical. Formarea ar trebui să abordeze, de asemenea, formele de discriminare intersectorială care afectează persoanele cu dizabilități în ceea ce privește exercitarea dreptului lor la sănătate. Facultățile de medicină și instituțiile de formare a personalului medico-sanitar ar trebui să își revizuiască programele de învățământ pentru a se asigura că educația pe care o furnizează reflectă în mod adecvat nevoile și drepturile persoanelor cu dizabilități în materie de sănătate. În plus, persoanele cu dizabilități calificate ar trebui să fie sprijinite în eforturile lor de pregătire pentru a deveni profesioniști în domeniul sănătății.

68. Ar trebui puse în aplicare strategii de educare în domeniul sănătății, destinate persoanelor cu dizabilități, inclusiv prin furnizarea de informații privind sănătatea în

diverse forme, astfel încât să li se permită persoanelor cu dizabilități să obțină, să proceseze și să înțeleagă informațiile esențiale privind sănătatea și serviciile medicale, de care au nevoie pentru a lua decizii adecvate în materie de sănătate. În Ecuador, de exemplu, Ministerul Sănătății Publice a elaborat un manual privind sănătatea sexuală și reproductivă a persoanelor cu dizabilități, care oferă furnizorilor de servicii orientări privind modalitățile de asigurare a accesului persoanelor cu dizabilități la informații și servicii.

69. Campaniile de creștere a gradului de conștientizare și programele de formare menite să promoveze dreptul la sănătate al persoanelor cu dizabilități trebuie să adopte o abordare a dizabilității bazată pe drepturile omului. Campaniile publice de strângere de fonduri pentru sprijinirea serviciilor de abilitare și reabilitare a sănătății, cum ar fi teledonurile, consolidează abordarea caritabilă a dizabilității și tendința deja larg răspândită de patologizare a dizabilităților. În mod similar, evenimentele publice în cadrul cărora sunt oferite dispozitive și tehnologii asistive, cum ar fi scaunele rulante și alte echipamente de mobilitate, aduc atingere demnității inalienabile a persoanelor cu dizabilități și consolidează abordarea caritabilă a dizabilității.

J. Cooperare internațională

70. Cooperarea internațională, cooperarea Sud-Sud și triumphiulară joacă un rol esențial în sprijinirea eforturilor naționale de punere în aplicare a Obiectivelor de dezvoltare durabilă. Statele și donatorii internaționali trebuie să se asigure că toate inițiativele de cooperare internațională din domeniul sănătății, inclusiv programele internaționale de dezvoltare, sunt accesibile persoanelor cu dizabilități și țin seama de nevoile lor. Cooperarea internațională din sectorul sănătății trebuie, de asemenea, să respecte drepturile omului ale persoanelor cu dizabilități și îngrijirile medicale din cadrul acestei cooperări trebuie să fie furnizate într-un mod sustenabil și adecvat din punct de vedere cultural. Organizațiile internaționale, organizațiile fără scop lucrativ, organizațiile de caritate și alte organizații care își desfășoară activitatea în contexte naționale ar trebui să evite să pună în aplicare proiecte care contravin abordării dizabilității axate pe drepturile omului (a se vedea [A/HRC/34/58](#)).

71. Organizația Națiunilor Unite, inclusiv toate programele, fondurile și agențiile sale specializate, ar trebui să asigure creșterea gradului de conștientizare a personalului său cu privire la dreptul la sănătate al persoanelor cu dizabilități, precum și a expertizei sale în materie, pentru a putea coopera mai eficient cu statele, conform unei abordări bazate pe drepturile omului. În calitate de cea mai importantă instituție din domeniul sănătății publice mondiale, Organizația Mondială a Sănătății trebuie să includă drepturile și nevoile persoanelor cu dizabilități în toate domeniile sale de activitate și acțiunile sale și să se asigure că sănătatea persoanelor cu dizabilități este abordată în mod global și dintr-o perspectivă axată pe drepturi, întotdeauna în strânsă consultare cu organizațiile care reprezintă persoanele cu dizabilități.

VI. Concluzii și recomandări

72. Persoanele cu dizabilități au dreptul de a se bucura fără discriminare de cel mai înalt standard posibil de sănătate. Totuși, în practică, acestea se confruntă cu un acces mai limitat la servicii de asistență medicală și au rezultate mai slabe în materie de sănătate decât populația generală din cauza mai multor factori structurali, cum ar fi stigmatizarea și stereotipurile, legislația și politicile discriminatorii, barierele în calea accesului la serviciile de

asistență medicală primară și secundară, disponibilitatea limitată a serviciilor și programelor destinate în mod specific persoanelor cu dizabilități, sărăcia și excluziunea socială. În plus, persoanele cu dizabilități se confruntă cu încălcări grave ale drepturilor omului în cadrul unităților medicale, inclusiv cu refuzul tratamentului, nerespectarea dreptului lor de a-și exprima consimțământul liber și informat, diferite forme de exploatare, violențe și abuzuri, sterilizarea forțată, contracepția forțată și alte încălcări în ceea ce privește exercitarea drepturilor acestora în materie de sănătate sexuală și reproductivă.

73. Pentru a pune capăt acestor inegalități, este esențial ca drepturile și nevoile persoanelor cu dizabilități să fie integrate în sistemul de sănătate. Deși sunt necesare servicii și programe destinate în mod specific persoanelor cu dizabilități, pentru a răspunde anumitor nevoi speciale ale acestora, care nu pot fi satisfăcute în cadrul programelor generale de sănătate - fie ele și incluzive -, de regulă, este necesar ca toate serviciile și programele din domeniul sănătății să fie accesibile persoanelor cu dizabilități și să țină seama de nevoile acestora. În cadrul Agendei 2030 pentru dezvoltare durabilă, statele ar trebui să procedeze la o revizuire a sistemelor naționale de sănătate, în vederea asigurării unei acoperiri universale cu servicii de sănătate, care ar permite îmbunătățirea accesului persoanelor cu dizabilități la serviciile medicale, în special la serviciile de asistență medicală primară.

74. Raportoarea specială adresează statelor următoarele recomandări, cu scopul de a le asista în realizarea dreptului persoanelor cu dizabilități la cel mai înalt standard posibil de sănătate:

(a) Să recunoască prin lege dreptul persoanelor cu dizabilități la cel mai înalt standard posibil de sănătate și să elimine toate obstacolele legale care le împiedică să aibă acces la informații și la bunuri și servicii legate de sănătate și servicii medicale, inclusiv legislația care le discriminează în ceea ce privește furnizarea de asigurări de sănătate;

(b) Să procedeze la o examinare cuprinzătoare a legislației în vederea abrogării tuturor legilor și reglementărilor care aduc atingere autonomiei persoanelor cu dizabilități care primesc îngrijiri medicale, inclusiv a legislației care autorizează recurgerea la măsuri coercitive în cadrul unităților medicale;

(c) Să instituie sisteme de sănătate incluzive, care să integreze drepturile și nevoile persoanelor cu dizabilități în toate serviciile și programele de sănătate, inclusiv în cadrul serviciilor de asistență medicală primară; și să asigure accesul la servicii și programe concepute în mod specific pentru a răspunde nevoilor legate de dizabilități;

(d) Să ia măsuri adecvate pentru a asigura acoperirea universală cu servicii de sănătate pentru persoanele cu dizabilități și să se asigure că serviciile și programele medicale sunt disponibile, accesibile, adecvate și rezonabile ca preț pentru toate persoanele cu dizabilități;

(e) Să garanteze că serviciile și programele medicale includ o abordare a dizabilității axată pe drepturile omului, nu sunt discriminatorii, prevăd obținerea consimțământului informat al pacienților înainte de orice tratament medical, respectă viața privată a pacienților și nu îi supun torturii sau altor tratamente crude, inumane sau degradante;

(f) Să conceapă și să pună în aplicare programe și activități de educare în domeniul sănătății, care să fie accesibile persoanelor cu dizabilități și să țină seama de nevoile acestora;

(g) Să promoveze strategii de depistare precoce și de intervenție timpurie și să ofere sprijin familiilor copiilor cu dizabilități, de exemplu prin furnizarea de informații și servicii și prin educarea lor, astfel încât acestea să înțeleagă mai bine nevoile copiilor lor în materie de sănătate și să își îmbunătățească capacitatea de a răspunde acestora, fără stigmatizare sau discriminare;

(h) Să conceapă campanii de creștere a gradului de conștientizare și programe de formare a profesioniștilor din domeniul medical, pentru ca aceștia să își schimbe percepția asupra persoanelor cu dizabilități și pentru a le oferi orientări cu privire la modalitățile în care pot furniza servicii medicale adaptate vârstei, genului și dizabilităților;

(i) Să asigure o monitorizare eficientă și independentă a tuturor instituțiilor medicale publice și private și a tuturor programelor care furnizează servicii persoanelor cu dizabilități, pentru a preveni toate formele de exploatare, violență și abuz;

(j) Să implice în mod activ și să consulte persoanele cu dizabilități și organizațiile care le reprezintă la luarea tuturor deciziilor legate de punerea în aplicare a legislației, politicilor și programelor în materie de sănătate și asistența medicală;

(k) Să colecteze informații adecvate, inclusiv date statistice și rezultate ale cercetărilor, defalcate pe sex, vârstă și dizabilitate, privind starea de sănătate a persoanelor cu dizabilități și accesul acestora la serviciile de asistență medicală;

(l) Să mobilizeze resurse în cadrul Obiectivelor de dezvoltare durabilă pentru a îmbunătăți accesul persoanelor cu dizabilități la asistență medicală, asigurându-se că toate investițiile țin seama de nevoile acestora, și să se abțină de la adoptarea unor măsuri regresive care ar afecta direct sau indirect persoanele cu dizabilități.

75. Raportoarea specială recomandă, de asemenea, Organizației Mondiale a Sănătății și celorlalte entități din cadrul sistemului Organizației Națiunilor Unite să țină seama în mod corespunzător de dreptul persoanelor cu dizabilități la cel mai înalt standard posibil de sănătate, în toate activitățile și acțiunile lor, în strânsă consultare cu organizațiile care reprezintă persoanele cu dizabilități, inclusiv atunci când acordă statelor asistență pentru asigurarea unei acoperiri universale cu servicii de sănătate și punerea în aplicare a Obiectivelor de dezvoltare durabilă.