

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Aspectos éticos en discapacidad y derechos humanos: El rol del profesional de la salud

Disability and human rights: the role of the health professional

Daniel Enrique Suárez Acevedo, Andrés Camilo Cardozo Alarcón

RESUMEN

La discapacidad es hoy uno de los principales problemas de salud pública, y las personas en condición de discapacidad son una de las poblaciones a las que más se les vulneran sus derechos fundamentales. Existe hoy reconocimiento jurídico internacional y nacional para garantizar a todas las personas, y con predilección a las poblaciones más vulnerables, la realización efectiva y el pleno disfrute de sus derechos fundamentales como son la vida, la integridad, la dignidad, la salud, la educación, la movilidad y la participación política, entre otros. En este sentido, máxime si la salud es un derecho fundamental, los médicos y los profesionales de la salud deben ser defensores y garantes de los derechos fundamentales de sus pacientes, en especial de aquellos más débiles y necesitados. La formación médica debe incluir en las competencias profesionales el conocimiento en derechos humanos y la responsabilidad del médico de defenderlos en sus pacientes.

Palabras clave: profesionalismo médico, discapacidad, derechos humanos.

ABSTRACT

Disability is nowadays one of the main public health issues, and people with disabilities might be considered among the most vulnerable populations as they are subjects of frequent violations of their fundamental rights. In order to secure the effective fulfillment and maximum enjoyment of fundamental rights such as life, liberty, security, health, and education, for all people –and especially for vulnerable populations, national and international legislation has been extensively developed. Therefore, and taking health as a fundamental right to be promoted and protected, physicians and other health professionals ought to act as first-line protectors and guarantors of their patients' rights, and even more those of people who are fragile or in special need for help. Medical education should include knowledge about human rights and the physicians' duty to protect them as professional competences.

Keywords: medical professionalism, disabilities, human rights.

Recibido:
Agosto de 2012

Aceptado:
Octubre de 2012

Autores:
Daniel Enrique Suárez Acevedo
Médico con especialización
en Psiquiatría y Epidemiología,
magíster en Bioética, profesor
asistente de la Facultad de Medicina
de la Universidad de los Andes.
Bogotá, Colombia.

Andrés Camilo Cardozo Alarcón
Estudiante de duodécimo semestre
de la Facultad de Medicina
de la Universidad de los Andes.
Bogotá, Colombia.

Correspondencia:
d.suarez38@uniandes.edu.co

Conflictos de interés:
Ninguno

Este artículo está basado
en apartes de la tesis para optar
el título de Magíster en Bioética
«Derecho humano a la salud
en personas en condición de
discapacidad mental.
Aportes desde la bioética»

INTRODUCCIÓN

Las personas con o en condición de discapacidad representan uno de los grupos poblacionales más vulnerables. La naturaleza de su propia discapacidad no les permite a muchos de ellos cuidarse por sí mismos, lo que les convierte fácilmente en víctimas de abandono, maltrato y negación de sus necesidades básicas. Su condición les impide con frecuencia exigir al Estado, y a la sociedad misma, la garantía o la restitución de sus derechos fundamentales y dependen de otros para hacerlo.

Cuando no son productivos económicamente y/o requieren de otros para su cuidado y acompañamiento, ellos y sus familias caen en la pobreza, con grandes dificultades para el sustento y satisfacción de necesidades mínimas, lo que nos muestra una clara relación entre discapacidad y pobreza que ha sido ampliamente documentada en otros trabajos¹.

Este problema cobra una mayor importancia cuando el personal de salud es notificado de las dimensiones epidemiológicas y las repercusiones humanas, sociales y económicas que lleva implícitas. Por nombrar solo una de tantas formas de discapacidad, se calculaba para el año 2010, que en América habría 176 millones de personas en condición de discapacidad mental², y adicionalmente el trastorno depresivo unipolar aparece como la primera causa de *años perdidos por discapacidad* en el mundo³.

La discriminación a la persona con discapacidad ha sido documentada a lo largo de la historia y desafortunadamente continúa presentándose en la actualidad. Dicha discriminación se extiende más allá de las personas discapacitadas, incluyendo a los profesionales de la salud que se ocupan de ellas y que históricamente también han sido estigmatizados.

En este trabajo se parte del reconocimiento jurídico, con una amplia doctrina que lo sustenta, de los derechos fundamentales de las personas en condición de discapacidad, incluyendo el reconocimiento de la salud como uno

de estos derechos fundamentales y los demás derechos interconectados para su disfrute. Se evidencia que en el *profesionalismo médico* está ausente el reconocimiento de los derechos humanos como un valor inherente a la misma profesión, y se plantea de qué manera el médico debe ser un defensor y garante de estos derechos de la persona en condición de discapacidad y de cada paciente en particular.

LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En este trabajo se parte del reconocimiento universal de los Derechos Humanos y su expresión positiva en una serie de instrumentos jurídicos internacionales que tienen carácter vinculante para los países que los han ratificado por sus entes legislativos, por tal razón no se entra en detalles frente a su fundamentación.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha sido la encargada de desarrollar este conjunto de instrumentos que tienen como punto de partida lo que se conoce como La Carta Internacional de Derechos Humanos, la cual contempla la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁵ y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁶. En ellos se consagra, con carácter jurídico, el derecho a la vida, a la libertad, al debido proceso, al trabajo, a la seguridad social, a la salud y a la educación, entre otros, como bienes que el Estado debe proteger, promover y garantizar a todos los ciudadanos. También es importante recalcar el entendimiento actual de todos estos derechos como fundamentales e interconectados⁷.

Si bien en la Carta se plantea que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, sin ninguna distinción por cualquier tipo de condición, y se reconoce la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana, ha sido necesario desarrollar instrumentos específicos para diferentes

grupos de personas en mayor grado de vulnerabilidad. Esto debido a la negación reiterada de los derechos a colectivos como son las mujeres, los niños, las minorías étnicas y las personas en condición de discapacidad física y mental, entre otros.

Este proceso arranca en 1971 con la Declaración sobre los Derechos de los Retrasados Mentales y desemboca en el 2006 en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Se evidencia en estos documentos la evolución en el lenguaje que denota un cambio en la percepción y conceptualización de la discapacidad. De términos como retardado mental, impedido, disminuido y minusválido, se pasa en la Convención a «persona en condición de discapacidad».

De manera paralela, se va dando un cambio conceptual en la mirada que desde las profesiones de la salud se hace de la discapacidad. Por años la discapacidad fue vista como un fenómeno exclusivamente médico que se presentaba por la falta o disfunción de un órgano o sistema, desligados del entorno y sus características. En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica la Clasificación Internacional de Deficiencias, Incapacidades y Minusvalías, CIDIM-1. Esta permitió clasificar las consecuencias que las lesiones o enfermedades podían generar y se comienza a hablar de restricciones a la capacidad de realizar una actividad, dificultando la interacción y adaptación del individuo con su entorno, lo que conlleva a una pérdida de derechos por la falta de inclusión laboral y social. En la década de los noventa se cambia el término incapacidad por discapacidad⁸. En esta clasificación aún se usa el término de minusvalía que luego será remplazado por su carácter peyorativo (valer menos). Esta clasificación modificó el concepto general frente a la discapacidad y promovió cambios en las políticas públicas, de salud, empleo y urbanismo, entre otras. En mayo del 2001 la OMS presenta la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁹. En ella la discapacidad es un término genérico que

incluye funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) entendidos como facilitadores o barreras¹⁰. Aquí la discapacidad es ante todo un problema social, dejando de ser un problema exclusivamente médico. Se requiere, entonces, reformas políticas tanto en lo médico como en lo social, que promuevan la inclusión de las personas con discapacidad como ciudadanos. Cabe resaltar el paralelismo de las nuevas clasificaciones con las disposiciones determinadas en diferentes instrumentos de Derechos Humanos referentes a la persona con discapacidad.

Esta nueva clasificación permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud. Evita un lenguaje negativo y resalta la interacción del individuo con el entorno y el contexto social. Esta nueva clasificación diferencia también entre deficiencias de función y deficiencias de estructura. En lugar de discapacidad habla de limitaciones en las actividades y en lugar de minusvalía habla de limitaciones en la participación.

Por su parte, y de mayor interés para los trabajadores sanitarios, la salud ha sido reconocida como un derecho humano fundamental. Partiendo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales promulga en su artículo 12 que «Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁶». Este se desarrolla en la Observación General 14, donde se presentan los elementos esenciales que debe contener el derecho a la salud¹¹.

Aquí se reconoce a la salud como un derecho estrechamente vinculado e interdependiente de otros derechos como son el derecho a la vida, a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la dignidad humana, a la no

discriminación y al acceso a la información. Se plantea también qué factores determinantes básicos de la salud deben hacer parte del mismo derecho, como son la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso al agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

Los elementos esenciales del derecho a la salud que la Observación General 14 nos presenta son: 1) disponibilidad: entendida como un número suficiente de programas y establecimientos, bienes y servicios públicos de salud; 2) accesibilidad: lo disponible debe ser accesible a todas las personas, sin discriminación alguna; la accesibilidad incluye: no discriminación, accesibilidad física, asequibilidad (accesibilidad económica) y acceso a la información; 3) aceptabilidad: lo disponible debe ser respetuoso y apropiado a la cultura y a la ética médica, y 4) calidad: los establecimientos, bienes y servicios deben ser científicamente apropiados y de buena calidad.

Por su parte, los Estados deben garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios, desde una base no discriminatoria; asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima; garantizar el acceso a una vivienda y a condiciones sanitarias básicas, incluida el agua potable; facilitar medicamentos esenciales; velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud, y adoptar y aplicar un plan de acción nacional de salud pública.

MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGISLATIVO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

Colombia, como país miembro de la ONU, ha ratificado los pactos y convenciones mencionados, e instancias como el Congreso y la Corte Constitucional los han avalado. Por su parte, la Constitución colombiana presenta un carácter incluyente para el

respeto, la protección y la garantía de los derechos fundamentales de todas las personas, donde claramente deben estar aquellas en condición de discapacidad, y reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona (artículo 5). En el artículo 13, se consigna específicamente que todas las personas «... recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica (...) [Y] el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados y protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos y maltratos que contra ellas se cometan». Por otra parte, determina que el Estado «debe adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran» (artículo 47).

El marco legislativo en el país también ha avanzado en este sentido, estableciéndose mecanismos de protección e inclusión social como lo hacen la Ley 361 de 1997 y la Ley 1306 del 2009¹².

Estas Leyes generan obligaciones específicas al Estado y la sociedad de garantizar el pleno disfrute de todos los derechos, de prohibir y prevenir la discriminación, y de crear medidas que promuevan la igualdad real de las personas con discapacidad. En ella se determina que «ningún sujeto con discapacidad podrá ser privado de su derecho a recibir tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico, adiestramiento, educación y rehabilitación física o psicológica, proporcionales a su nivel de deficiencia, a efecto de que puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los

aspectos de la vida, de acuerdo con los lineamientos y programas científicos. Igualmente tienen derecho a los servicios de salud, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, de manera gratuita».

Pese a todo este marco, que en teoría debería asegurar a toda persona con discapacidad el pleno disfrute de sus derechos, la cotidianidad nos muestra que la realidad se encuentra muy distante y que estos colectivos no gozan de igual acceso a derechos básicos como la educación, la salud, la movilidad, la participación social, la salud sexual y reproductiva, etc., en la misma manera en la que puede hacerlo una persona sin esta condición. Esta restricción no es ocasionada por la discapacidad misma sino por las barreras que la sociedad les impone. Prueba de ello son las múltiples sentencias y fallos de la Corte Constitucional que han abogado por el cumplimiento constitucional y legal a favor de las personas en condición de discapacidad. La Defensoría del Pueblo en su Observatorio de Justicia Constitucional ha publicado el documento «Protección constitucional y derechos fundamentales de las personas con discapacidad» que resume todas las sentencias de la Corte relacionadas con discapacidad¹³.

EL MÉDICO COMO GARANTE DE LOS DERECHOS HUMANOS

Cabe entonces preguntarse por las posibles razones de los vacíos entre lo que ordena el derecho positivo y la realidad. Muchas pueden ser ellas, pero tal vez la más importante siga siendo el miedo, la negación y el rechazo social frente a la discapacidad misma; una sociedad que subvalora lo diferente, lo extraño, lo no productivo, razón por la cual tiende a esconder y a invisibilizar el «fenómeno» de la discapacidad. Próximo a ello, pero diferente, es la debilidad en la construcción misma del concepto de persona y de dignidad de la persona humana, subyacentes a todos los documentos éticos y de derechos humanos; construcciones centradas en la racionalidad y la

autonomía, competencias que precisamente pueden estar disminuidas o ausentes en muchas formas de discapacidad. Otra causa la podemos encontrar en la gesta misma de los derechos humanos, que tradicionalmente han sido alcanzados a través de grandes esfuerzos y capacidad de lucha, lo que muchas veces la misma persona con discapacidad no puede asumir, quedando sus derechos para ser defendidos por otros que no siempre acuden a su llamado.

Es en este sentido donde se requiere hacer notar la responsabilidad que adquieren los profesionales de la salud frente a las poblaciones con cualquier forma de discapacidad, bien sea física o mental, y más extensamente con cualquier persona que en algún momento se encuentre en la condición de paciente.

Los contenidos del pacto entre la medicina y la sociedad están incluidos en lo que conocemos como «profesionalismo médico», concepto que ha cambiado a lo largo del tiempo. Siempre se ha reconocido a la medicina como una tarea moral que conlleva del médico una práctica virtuosa¹⁴. Este comportamiento profesional sigue siendo hoy en día un elemento esencial en la práctica de la medicina¹⁵. Sin embargo, no es clara su definición ni hay acuerdo sobre sus componentes.

Organizaciones médicas internacionales como la Asociación Americana de Medicina Interna, la Federación Europea de Medicina Interna, y el Colegio Americano de Médicos, se han comprometido con la formación de los médicos en competencias de profesionalismo, alrededor de un proyecto mundial denominado «Proyecto Profesionalismo Médico». Este profesionalismo se compone de un cuerpo complejo de conocimientos, actitudes, valores y comportamientos. Entre otros se mencionan la búsqueda de la excelencia, la autorregulación, valores humanistas como la compasión, la bondad y el honor, y el altruismo como su columna vertebral que otros autores proponen como una «preocupación por lo social¹⁶⁻¹⁸».

Sin embargo, en todos los estudios consultados, no se menciona la relación que los profesionales de la salud deben tener con los Derechos Humanos, entre los cuales se encuentra la salud como ya se ha mencionado. Consideramos que la historia ha dado media vuelta de tuerca, al pasar de una medicina de caridad o comercial donde el altruismo podría jugar un papel fundamental, a una donde se reconoce la salud como un derecho fundamental. En este contexto no debe ser el altruismo el eje del profesionalismo, sino el compromiso del médico de ser un garante del cumplimiento del derecho fundamental a la salud en todos sus pacientes, pero más aún en aquellos que no pueden defenderse a sí mismos.

En una revisión sobre la enseñanza del altruismo en las facultades de medicina se propone que se remplace por el término «comportamiento pro-social», definido como «una categoría amplia de actos que son definidos por un segmento significativo de la sociedad o un grupo social como benéficos para otras personas». Mediante el cambio de término, la atención se centra en las conductas y no en las motivaciones internas subyacentes¹⁹.

Ahora bien, dado el entendimiento de la salud como un derecho fundamental y no como una actividad de caridad, se propone que, en lugar de altruismo como competencia exigible a todos los profesionales de la salud (que tan solo se puede plantear como deseable), sí debe ser una competencia enseñable y de obligatorio cumplimiento que el médico sea garante de los derechos fundamentales del paciente, más aún en el caso de aquellos más vulnerables como son las personas en condición de discapacidad.

Siguiendo lo planteado por la Observación General 14 y teniendo en cuenta los principios éticos actuales en biomedicina, algunas de las obligaciones del médico en materia de derechos humanos podrían ser las siguientes:

- a) **Reconocer al otro como un sujeto moral:** La persona con discapacidad debe ser

reconocida como sujeto moral, esto implica ser tenida en cuenta en cosas tan sencillas como establecer un contacto con ella, mirarla a los ojos, llamarla por su nombre, establecer un diálogo con ella y hacerla participe en todo lo posible del acto médico, tanto como sus capacidades le permitan esta interlocución.

La discapacidad permite diferentes niveles de autonomía, que se deben rescatar y promover en el paciente buscando al máximo su participación activa en la toma de decisiones.

- b) **Informar:** Es obligación del personal de salud brindar información, adaptada a las capacidades de la persona con discapacidad, que le permita al máximo conocer sobre su estado de salud, plan diagnóstico y terapéutico, pronóstico, alternativas terapéuticas, riesgos y beneficios de las intervenciones, y todo aquello que pueda ser significativo para el paciente, como es la mejor opción terapéutica farmacológica o psicoterapéutica, encuéntrese o no dentro de los planes de salud que lo cobijan.

El personal de salud debe realizar el esfuerzo que sea necesario y abogar para que las instituciones cuenten con tecnologías de ayuda que faciliten este proceso. Es importante que esta información sea dada con responsabilidad, prudencia, oportunidad y pertinencia.

- c) **Promover su autonomía y participación activa en el acto médico:** La gran mayoría de pacientes con discapacidad tienen preservadas capacidades que les permiten participar solos, o con apoyos, en el proceso de toma de decisiones. Para esto es fundamental, como se dijo en el apartado anterior, brindar la mejor información posible.

Lograr, de acuerdo con sus capacidades y nivel de competencia, el consentimiento

informado para todo acto médico y, de no ser posible su participación, asegurar que sea representado por su familia o quien mejor represente sus intereses.

- d) **Educar:** Los pacientes con discapacidad mental tienen capacidades para recibir educación adaptada a sus condiciones, frente a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades prevalentes. Cobra relevancia la educación en salud sexual y reproductiva.
- e) **Valorar adecuadamente:** Es deber del profesional de la salud hacer una valoración juiciosa sobre el estado del paciente, que permita establecer no solo sus deficiencias sino también sus capacidades y los apoyos necesarios para su participación social.

Las valoraciones y certificaciones deben especificar, más allá del diagnóstico y tratamiento, las actividades específicas donde la persona presenta deficiencias para realizar o participar, y los apoyos que requeriría para el mejor desempeño posible de acuerdo con sus niveles de capacidad preservados o potenciales.

- f) **Velar por la calidad de la atención:** La negación del derecho no debe quedar en manos del profesional de la salud. El médico está obligado ética y jurídicamente a ofrecer a su paciente, después de una adecuada evaluación de sus condiciones, el tratamiento que a su juicio ofrezca los mejores beneficios en cuanto eficacia y menor riesgo de eventos adversos, incluidos los procesos psicoterapéuticos individuales y grupales que requiera, apoyos de terapia ocupacional, etc.

Recomendar el mejor tratamiento disponible farmacológico, psicoterapéutico, de apoyos ocupacionales o de la índole que corresponda sin constricciones dadas por la normatividad a todas luces excluyentes.

Es necesario asegurar que pacientes con discapacidad mental, en circunstancias como los fines de semana o las vacaciones, reciban la atención debida; que no se prolongue innecesariamente la hospitalización por razones administrativas o de cualquier otra índole, que no correspondan a aspectos exclusivamente clínicos y debidamente justificados.

- g) **Defender activamente el buen trato a las personas con discapacidad:** Velar por condiciones de hospitalización dignas que garanticen al paciente comodidad, intimidad, confidencialidad. Reportar a las autoridades y denunciar públicamente cualquier forma de maltrato dado contra las personas en condición de discapacidad. Denunciar las discriminaciones detectadas frente al derecho fundamental a la salud en personas con discapacidad.
- h) **Ser la voz de quienes no tienen voz:** Es imperativo exigir desde las asociaciones científicas, una adecuada distribución de los recursos humanos y físicos disponibles para una óptima atención del paciente con discapacidad.

CONCLUSIONES

Hay un marco positivo internacional y nacional que define claramente los Derechos Humanos y sus beneficiarios. Estos Derechos, entre los cuales se encuentra la salud, son fundamentales y se encuentran interconectados de forma que se permita el máximo nivel posible de bienestar para todas las personas.

Colombia ha ratificado este marco legislativo internacional y ha generado su propia normatividad al respecto, adquiriendo importantes compromisos en satisfacer los derechos fundamentales a toda su población, con especial cuidado de aquellos en condición de discapacidad.

Pese a todo esto, existen evidencias de la vulneración de los derechos humanos fundamentales a las personas en condición de discapacidad. Si bien las causas de esta situación parecen ser múltiples y complejas, se considera que en parte pueden ser abordadas desde la formación médica y de los demás profesionales de la salud, haciendo explícita la educación en derechos humanos.

La medicina es una tarea moral, lo cual se engloba en el concepto de profesionalismo médico. Desafortunadamente, la descripción académica del profesionalismo médico ha olvidado incluir explícitamente entre sus valores la defensa de los derechos humanos fundamentales, que es algo que debería exigirse a todos los profesionales de la salud. El médico debe ser defensor y garante de los derechos humanos de todos los pacientes y en especial de las personas en condición de discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz L. Discapacidad y Pobreza. En: Eroles C, editor. *La Discapacidad una Cuestión de Derechos Humanos*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial; 2002. p. 82-101.
2. *Derechos Humanos y Salud: Personas con Discapacidad Mental*. Página web de OPS [Internet]. 2008. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Discap_mental.pdf. Consultado 2012/09/09
3. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Página web de WHO - Health Statistics and Health Information Systems [Internet]. 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Consultado 2012/09/09.
4. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. 1948. <http://www.un.org/es/documents/udhr/> Consultado 2012/09/09.
5. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. 1966. Página web de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm> Consultado 2012/09/09.
6. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. 1966. Página web de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>. Consultado 2012/09/09.
7. Rubio LLorente F. El núcleo duro de los Derechos Humanos desde la perspectiva constitucional. En: BOSCH JM, editor. *El núcleo duro de los Derechos Humanos*: Navarra; 2001.
8. *Discapacidad*. Página web del DANE [Internet]. 2004 julio. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf. Consultado 2012/09/01.
9. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. 2001. <http://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf>. Consultado 2012/09/07.
10. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: Versión Abreviada*: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001 <http://www.imserso mayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-02.pdf>. Consultado 2012/09/07.
11. *Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 2000, agosto 11. Página web de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [Internet]. available from: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>. Consultado 2012/09/01.
12. *Ley 1306 de 2009*. Página web de la Secretaría del Senado de la República de Colombia. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1306_2009.html Consultado 2012/09/08.

13. *Protección constitucional y derechos fundamentales de las personas con discapacidad*. Página web de Defensoría del Pueblo, Colombia [Internet]. 2003-2006. Disponible en http://www.defensoria.org.co/?_s=ojc&_a=5&_es. Consultado 2012/09/05.
14. Cruess RL. *Teaching medical professionalism*. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y, editors. New York, United States of America: Cambridge University Press; 2009.
15. Ainsworth MA, Szauter KM. Medical student professionalism: are we measuring the right behaviors? A comparison of professional lapses by students and physicians. *Academic Medicine*. 2006;81 (Suppl 10):S83-6.
16. Swick HM. Viewpoint: professionalism and humanism beyond the academic health center. *Academic Medicine*. 2007;82(11):1022-8.
17. Patiño JF. El profesionalismo médico. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2004;19(3):146-52.
18. Stern DT. *Measuring medical professionalism*. STERN DT, editor. New York, United States of America: Oxford University Press; 2006.
19. Bishop JP, Rees CE. Hero or has-been: is there a future for altruism in medical education? *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*. 2007;12(3): 391-9.