



Ministerio
de Salud Pública



**Derecho a la igualdad
y no discriminación
de las personas con
discapacidad**

Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad.

Segunda edición - Noviembre 2020



Ministerio
de Salud Pública

Recomendaciones para el abordaje de
la salud sexual y salud reproductiva
en personas con discapacidad

[Ordenanza MSP 179/2020]

Uruguay 2020

República Oriental del Uruguay
Ministerio de Salud Pública

Ministro

Dr. Daniel Salinas

Subsecretario

Lic. José Luis Satdjian

Director General de la Salud

Dr. Miguel Asqueta Sónora

Subdirectora General de la Salud

Dra. María Luján Giudici

EQUIPO TÉCNICO 1era. Edición Febrero 2020

COORDINACIÓN GENERAL

Mag. Chiara Oriti Niosi (Coordinadora Proyecto “El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad”).

CONSULTORA RESPONSABLE

Dra. Leticia Rieppi

REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE CONTENIDOS

MINISTERIO SALUD PÚBLICA

• **Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva**

Dra. Ana Visconti / Dr. Rafael Aguirre / Lic. Psic. Cristina Espasandin
Lic. Enf. Florencia Forrisi / Dr. Fabián García

• **Área Programática ITS-VIH/Sida**

Dra. Susana Cabrera / Soc. Daniel Pérez

• **Área Programática Violencia basada en género y generaciones**

Dra. Irene Petit / Ed.DD.HH. Estela De Armas / Lic. Psic. Carolina Fernández

Área Programática Discapacidad y Rehabilitación

Dr. Juan Lacuague (Responsable Área Discapacidad) / Lic. Psic. Agustin Bergeret

ASSE

Dra. Natalia Pérez Mathon (Responsable Área discapacidad) / Dra. Mónica Gorgoroso / Dra. Gabriela Piriz (RAP- Metropolitana) / Lic. Psic. Ana Monza (RAP- Metropolitana)

AUCI/ PRESIDENCIA

Mag. Karen Van Rompaey

MIDES/ PRONADIS

Lic. Psic. Antonia Irazabal / Soc. Macarena Duarte / Claudia García

ALIANZA DE ORGANIZACIONES POR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Lic. Soc. Tatiana Vasconcelos / Interprete LSU Silvia Areosa

OPS/OMS

Dr. Wilson Benia

ENTREVISTAS PERSONALES

Lic.T.S. Tania Aguerrebere (Secretaría de Accesibilidad para la Inclusión/ IM) / Lic.T.S. Gabriela Romanutti (División de Género/ IM) / Andrea Prato (EMUR) / Colectivo Mujeres y discapacidad

APOYO EN LA ELABORACIÓN Y REDACCIÓN

Periodista Mauricio Pérez / Lic. Comunicación Verónica Roybal / Dr. Sergio Araújo / Lic. Psic. Alejandra M. Martucci

APOYOS INTERNACIONALES

OPS / UNFPA / ONUMUJERES / UNPRPD

CONTENIDO

PRÓLOGO p.8

1. JUSTIFICACIÓN p.10

2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA GUÍA p.13

3. MARCO JURÍDICO p.14

4. RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE INCLUSIVO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD p.18

4.1 Acceso universal a servicios de salud inclusivos y de calidad **p.18**

4.2 Las barreras en el acceso a la salud **p.20**

5. MEDIDAS DE ACCESIBILIDAD RECOMENDADAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD p.27

6. RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN INCLUSIVA EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA p.39

6.1 Las falsas creencias sobre sexualidad y personas con discapacidad **p.42**

6.2 Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad **p.45**

6.2.1 Privacidad **p.47**

6.2.2 Autonomía y libertad para tomar decisiones **p.48**

6.2.3 Sexualidad **p.56**

6.2.4 Anticoncepción **p.58**

6.2.5 Maternidad/paternidad, embarazo, parto, puerperio y cuidado de hijos e hijas **p.60**

6.2.6 Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) **p.65**

6.2.7 Prevención cáncer genito-mamario **p.68**

6.2.8 Infecciones de transmisión sexual (ITS) **p.66**

7. VIOLENCIA DE GÉNERO Y OTROS TIPOS DE VIOLENCIA HACIA PERSONAS CON DISCAPACIDAD p.68

7.1 Consideraciones sobre violencia hacia personas con discapacidad **p.68**

7.2 Violencia de género hacia mujeres con discapacidad **p.68**

7.3 Características de la violencia hacia personas con discapacidad **p.71**

7.4 ¿Qué tipos de violencia sufren las personas con discapacidad? **p.78**

7.5 Recomendaciones al momento de atender a personas víctimas de violencia o sospechar casos de violencia **p.86**

GLOSARIO p.89

REFERENCIAS p.93



PRESENTACIÓN

Los derechos humanos de las personas con discapacidad, están dirigidos a lograr el acceso al ejercicio pleno de sus derechos y oportunidades en una sociedad que les permita desarrollar libremente y con dignidad sus planes y proyectos de vida.

Presentamos la 2ª Edición de las recomendaciones referidas al abordaje y la atención de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, tarea en la que todos los integrantes de los equipos de salud estamos involucrados.

Debemos sumar esfuerzos a fin de lograr que se superen las barreras a las que se enfrentan pudiendo acceder en igualdad de condiciones a las prestaciones en salud sexual y reproductiva a las que tienen derecho.

Esperamos que esta publicación contribuya significativamente a capacitar y sensibilizar a todos, con el objetivo de lograr una atención oportuna, de calidad profesional y humana.

Dr. Daniel Salinas

Ministro de Salud Pública



PRÓLOGO

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad es un logro muy reciente; se podrían definir como los recién nacidos (o, mejor, recién reconocidos) de los derechos, adoptando la filosofía de que cada derecho tiene una edad, apareciendo en un determinado momento histórico-socio-político (Bobbio, 1990). Los derechos sexuales han empezado a ser reconocidos a nivel internacional en la última década del siglo pasado, a partir de la Conferencia sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994), incluyendo el derecho a la libertad, la privacidad, la autonomía, la integridad, la equidad, la información y la educación sexual, y contemplando también el derecho al placer y al cuidado de la salud sexual. Poco después, con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), también los derechos reproductivos lograron ser reconocidos como parte de los derechos humanos de las mujeres, incluyendo su derecho de ejercer control y decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad y salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia (Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995).

Estos avances normativos reconocieron que todos los seres humanos debían gozar de tales derechos, aunque las personas con discapacidad, y de forma particular las mujeres con discapacidad no estaban especialmente nombradas como sujetos de este derecho. A nivel práctico, esto se traducía en constantes discriminaciones en el reconocimiento y goce pleno de sus derechos.

Esto ocurría a pesar de que expresamente no habían sido excluidas en las declaraciones, pactos y otros documentos aprobados internacionalmente. Esta invisibilización de las personas con discapacidad tiene raíces históricas muy antiguas, caracterizadas por identificar la discapacidad como un factor inherente exclusivamente al individuo.

En años muy recientes se empieza a identificar la discapacidad como una construcción social, dejando atrás el enfoque que colocaba la discapa-

cidad en la persona con limitaciones o como un problema individual. El modelo social propone una mirada inclusiva basada en un enfoque de derechos humanos. Se reconoce que la discapacidad no está sólo en el individuo, sino en las interacciones de las personas con deficiencia y las barreras (físicas, de aptitudes, de comunicación, y de información) que una sociedad “normocéntrica” y “discapacitante” construye.

Es bajo este nuevo enfoque que en 2006 las Naciones Unidas adoptan la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), fruto de una participación masiva y pro activa de las personas con discapacidad y sus organizaciones.

La CDPD, ratificada por Uruguay en 2008, parte de una visión inclusiva y es un instrumento fundamental para promover la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida, incluida la salud sexual y salud reproductiva (Art. 25).

De hecho, aunque los derechos sexuales y reproductivos están estrechamente vinculados a la esfera íntima individual (derechos “personalísimos”, o sea de la personalidad - Palacios, 2018), su implementación tiene un carácter público, dado que los Estados tienen la obligación de promover, proteger e implementar los derechos humanos de todas las personas.

En 2016, los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en Uruguay son objeto de recomendación por el Comité de expertos de la CDPD en sus “Observaciones finales sobre el informe final de Uruguay”, recomendando al Estado parte:

“que adopte planes y asigne recursos para garantizar que los servicios generales de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva y la información al respecto, sean accesibles para las personas con discapacidad en su territorio. Recomienda además que el personal de los servicios de salud destinados a la población general reciba capacitación en lo referente a la comunicación con y al trato de las personas con dis-

capacidad en los contextos sanitarios en el Estado parte y observando el respeto al consentimiento libre e informado y otros derechos consagrados en la Convención. El Comité recomienda al Estado parte que preste atención a los vínculos entre el artículo 25 de la Convención y las metas 3.7 y 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva” (Párrafo 54 p.8).

En virtud de estos avances y recorridos surgen estas Recomendaciones para el abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad, como actualización de la Guía sobre Salud Sexual y Reproductiva: “Capítulo: Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Personas con discapacidad” (MSP, 2012),

1. JUSTIFICACIÓN

En la última década hubo en Uruguay avances sustantivos en la agenda de derechos. Las personas con discapacidad, al igual que otros colectivos históricamente postergados, accedieron a las garantías de normas afirmativas y de protección de sus derechos, aunque persistan desafíos respecto a su implementación concreta.

Las primeras referencias legislativas nacionales a personas con discapacidad se remontan a los años 60, pero el punto de inflexión se produjo en 1989, con la aprobación de la Ley N.º 16.095 de Protección integral a las personas con discapacidad, que implicó, entre otras cosas, la creación de la Comisión Honoraria de la Discapacidad. Esa norma fue seguida de otras, como la Ley N.º 16.713 de Jubilaciones por incapacidad total o parcial y la Ley N.º 17.266 de Pensiones por discapacidad.

En la última década, el marco normativo avanzó dando importantes pasos cuanti-cualitativos: en 2008 Uruguay ratificó la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley N.º

18.418), y en el 2010 aprobó una nueva ley de Protección integral a las Personas con Discapacidad (Ley N.º 18.651), que actualizó la normativa vigente en la materia. A esto se le sumaron – entre otras medidas – la creación del Sistema Nacional de Cuidados (Ley N.º 19.353) y la aprobación de Ley N.º 19.691 de Promoción del empleo en el sector privado.

En materia de salud, en estos años el país progresó con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, cuyo objetivo es brindar una asistencia con orientación preventiva, integral, de contenido humanista, universal, equitativa y longitudinal. Específicamente, en salud sexual y reproductiva se registraron avances en el año 2008 con la aprobación de la Ley N.º 18.426 de Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

A nivel regional, las conclusiones de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe de 2013 (“Consenso de Montevideo”), plantearon impulsar un acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva que elimine las brechas, focalizando la atención en la población que vive en la pobreza y en áreas rurales, en los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y en los grupos en condición de vulnerabilidad como las niñas, los niños/adolescentes y jóvenes y personas con discapacidad ¹.

Tomando en cuenta estos avances, es posible identificar que, el país aún mantiene deudas en cuanto a garantizar el acceso de las personas con discapacidad a su derecho a la salud. La situación de este colectivo sigue estando invisibilizada en relación a sus derechos a la salud y, en particular, a la salud sexual y reproductiva.

En este contexto, resulta necesario actualizar las recomendaciones vigentes en esta materia, de forma que se materialicen los avances normativos de los últimos años, así como nuevas herramientas para mejorar la

1- CEPAL (2013) Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Consenso Montevideo.

atención en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad para garantizar el pleno goce y ejercicio de sus derechos.

“la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (CDPD, 2006, Prologo, punto e)”.

Es decir que, adoptando el enfoque de derechos humanos en el cual se enmarca el “modelo social” de la discapacidad, se reconoce que la discapacidad no está sólo en las “deficiencias” o “limitaciones” de la persona, sino en la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras presentes en la sociedad (en los entornos y en las actitudes humanas).

Estas mismas barreras son aquellas que, como afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS), determinan que “las personas con discapacidad afrontan obstáculos generalizados para acceder a los servicios y presentan peores resultados sanitarios y académicos, un menor grado de participación en la economía y tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad (OMS, 2004:1)”².

La estrategia a seguir va en dirección a diseñar acciones que logren disminuir las barreras existentes en pos de la plena inclusión. El presente documento de Recomendaciones se focaliza sobre las barreras que impiden o limitan el acceso a los servicios de salud (y específicamente a los de salud sexual y salud reproductiva). Los mismos deberán lograr ser inclusivos y de calidad para todas las personas, especialmente para las personas con discapacidad.

A nivel sanitario, los obstáculos se encuentran principalmente en el acceso a los centros de salud y en sus falencias a nivel de las instalaciones, así como en las barreras de comunicación y de información y en la actitud

2 - Organización Mundial de la Salud (2014). Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad. (p. 1)

relacional entre pacientes e integrantes de los equipos de salud.

Estas Recomendaciones harán particularmente hincapié en estas últimas barreras: las actitudinales, que son las que a menudo pasan desapercibidas, pero que pueden causar discriminación y, vinculadas con otras barreras, hasta graves lesiones de los derechos de las personas con discapacidad.

Algunas de las barreras actitudinales están asociadas a estereotipos erróneos que influyen para que se siga concibiendo a las personas con discapacidad como víctimas desafortunadas y objetos de caridad (modelo caritativo), o enfocándose únicamente en la deficiencia del individuo y en la necesidad de superar esa condición a través de la cura o rehabilitación, para que el sujeto considerado parcial o anormal pueda llevar una vida normal (modelo médico-rehabilitador).

Para avanzar en una política integral, inclusiva y accesible en salud sexual y reproductiva – que aborde con calidad y respeto la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación – es necesario considerar a todas las personas con discapacidad en primer término como sujetos de derechos, capaces de adoptar sus propias decisiones en forma libre, informada y razonada. Para garantizar este proceso es clave contar con sistemas de apoyo, enmarcado en un entorno inclusivo que cree las condiciones que lo permitan.

2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA GUÍA

Esta guía tiene como propósito aportar a los equipos de atención y de gestión de los servicios de salud información sobre los derechos de las personas con discapacidad, así como orientaciones, recomendaciones y herramientas prácticas para brindarles una atención inclusiva y de calidad acorde al marco normativo vigente.

Para que esto suceda, hay que crear las condiciones para que la atención, en todos los niveles, sea de acceso universal y sin discriminación: esto

puede ocurrir solo derribando las barreras – físicas, comunicacionales, de información y de actitud que existen, al mismo tiempo que se realicen, cuando sea necesario, ajustes razonables. Todo esto, siempre garantizando la activa participación de la persona con discapacidad, preservando la confidencialidad, la privacidad y asegurando la calidad del servicio asistencial, así como la seguridad del paciente.

Por esta razón, si bien esta publicación está orientada fundamentalmente a trabajadores y trabajadoras de los equipos de salud involucrados en el área de la salud sexual y salud reproductiva, también puede ser una ayuda para otros perfiles de profesionales y técnicos de la salud (esencialmente quienes cumplen funciones en la atención ambulatoria en el primer nivel de atención y en las unidades móviles). También, para perfiles administrativos de contacto con el público en el sistema de salud, cuya posible interacción con personas con discapacidad, contribuye desde el primer contacto a la calidad de la atención.

3. MARCO JURÍDICO

La legislación uruguaya cuenta con diferentes normas internacionales y nacionales que refieren a las personas con discapacidad; aunque es algo más limitada, la que refiere a los derechos sexuales y reproductivos de este colectivo.

Como ya se ha explicitado, el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho fue colocado en la agenda de DDHH a través de las organizaciones de personas con discapacidad hasta consagrarse efectivamente en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y ratificada por Uruguay el 5 de noviembre del 2008 (Ley N.º 18.418).

En su artículo primero establece que:

“El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. (CDPD, 2006, artic.1).

De esta forma, el Estado uruguayo asume la obligación de abordar la temática de la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos, promoviendo la igualdad entre las personas y el respeto de su dignidad inherente, y comprometiéndose a garantizar el goce pleno de estos derechos. Por esta razón, debe aplicarse a este colectivo toda la regulación existente sin distinciones.

El artículo 25 de la Convención obliga a los Estados a reconocer que “las personas tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad” y “adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud”. En particular, los Estados tienen la obligación de proporcionar a “las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población”.

Esto lleva a que, necesariamente, la legislación vigente en materia de salud sexual y reproductiva, tal como toda la normativa referente a salud, deberá ser también de aplicación para las personas con discapacidad: sea lo referente a la Ley N.º18.426 de 2008, y su decreto reglamentario 293/2010, o sean las normas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) –regulada por la Ley N.º18.987– o la Ley N.º 19.167 que regula la reproducción humana asistida.

También es de aplicación el artículo 22 de la Convención: “Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residen-

cia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones”. En este sentido, la normativa interna en materia de privacidad y confidencialidad – en particular el artículo 21 de la Ley N.º 18.335 y su decreto reglamentario N.º 274/2010 – se aplica también a las personas con discapacidad.

Desde el enfoque que ordena la Convención y que el Estado uruguayo asume como propio resulta de particular interés el artículo 12, en donde se establece que:

- “1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas

medidas afecten a los derechos e intereses de las personas”³.

Este artículo implica un cambio de paradigma en lo que se refiere a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. Se pasa de un régimen en donde se sustituye la voluntad de la persona con discapacidad a otro donde las personas son sujetos de derechos. Esto significa que las personas con discapacidad tienen plena capacidad jurídica, en las mismas condiciones que el resto de las personas; esto incluye la capacidad de ejercicio y de autonomía de decisiones, no siendo la discapacidad motivo de limitación o discriminación.

A su vez, el artículo 5 de la Convención y el inciso segundo artículo 5 de la Ley N.º 18.651 consagran el derecho a no ser discriminados. A esto se suma el Código de Ética Médica – Ley N.º 19.286 –, que en su artículo 56 consagra en forma expresa como obligación ética de los médicos el deber de no discriminar a las personas con discapacidad “desde el punto de vista asistencial”.

Está vigente también la ley de violencia hacia las mujeres basada en género (Ley N.º 19.580) que en su Art. 30 plantea:

- e)** Desarrollar acciones para garantizar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en situación de discapacidad, asegurar que tengan acceso a la información apropiada para su edad, se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer sus derechos y se respete el derecho al ejercicio de su sexualidad, de su capacidad reproductiva, de su identidad de género y de su orientación sexual.”
- g)** Asegurar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, accesibles para las mujeres en situación de discapacidad.
- h)** Prestar la asistencia apropiada a las mujeres en situación de discapaci-

3 - Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2006). Protocolo Facultativo. [en línea] Disponible en: <https://bit.ly/2BD71RN>

dad para el desempeño de sus responsabilidades de crianza y garantizar que en ningún caso se separará a un niño, niña o adolescente de su madre en razón de la discapacidad, del hijo, de la madre o de ambos.”

En síntesis, las personas con discapacidad tienen derecho al goce pleno de todos los derechos, sin distinción alguna, debiendo el Estado adecuar toda su normativa de acuerdo a la perspectiva de los derechos humanos que emanan de la Convención. Esto implica cambiar la mirada de la discapacidad, pasando desde modelos asistencialistas y rehabilitadores hacia un modelo social de la discapacidad donde lo relevante es disminuir progresivamente, hasta conseguir eliminar, las barreras que impiden la plena participación, la autonomía y el ejercicio pleno de derechos de este colectivo.

4. RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE INCLUSIVO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

4.1 Acceso universal a servicios de salud inclusivos y de calidad

Los servicios de salud sexual y salud reproductiva son parte integrante del sistema de salud. Por ende, para que resulten inclusivos, es imprescindible que lo sea también el sistema de salud en el cual se enmarcan.

Avanzar hacia la inclusión significa crear igualdad de condiciones y de oportunidades para que todas las personas puedan ejercer plenamente todos los derechos. Para hacer esto, hay que tener en cuenta las características y potencialidades específicas de cada grupo de población e identificar los obstáculos que no permiten que un determinado grupo de personas accedan en igualdad de condiciones a uno o más derechos. Como expresa la CDPD, en el caso de las personas con discapacidad estos obstáculos no son representados sólo por sus limitaciones (“deficiencias”), sino por la interacción entre estas limitaciones y las barreras creadas por

la sociedad (entornos y actitudes humanas).

Desde esta óptica, para avanzar hacia el logro de servicios de salud inclusivos, es fundamental conocer, identificar y derribar las barreras que impiden a las personas con discapacidad acceder en igualdad de condiciones a la salud. Es clave identificar estas barreras en los servicios de salud, especialmente en los servicios de salud sexual y reproductiva; por esto, en esta sección se presenta un breve análisis de las principales barreras, para luego ahondar en las barreras y recomendaciones específicas para lograr servicios de salud sexual y salud reproductiva accesibles e inclusivos.

Para que el acceso universal a los servicios de salud pueda transformarse en realidad, es importante tener en cuenta que, así como los derechos humanos son indivisibles, también lo son las barreras que pueden lesionar dichos derechos: por ejemplo, la falta de transporte accesible para llegar a un hospital puede afectar el derecho a la salud de una persona con discapacidad, aún si el hospital fuera completamente accesible.

Cabe destacar que, las medidas adoptadas para derribar barreras específicas pueden desencadenar cambios positivos también para superar otras barreras: por ejemplo, poner señales táctiles y audibles en los centros de salud (llamadas orales y números visibles en las salas de espera, ascensores accesibles y con indicaciones en braille y audibles, indicaciones en lectura fácil en los pasillos, etc.) tiene efectos positivos en la autonomía de las personas con discapacidad y en la realización efectiva de su derecho a la salud, permitiendo un avance en otras esferas de la inclusión.

También, por añadidura, estas medidas impactan en la calidad de los servicios para toda la población.

La CDPD reconoce cuatro barreras, que en esta sección serán ilustradas en los servicios de salud.

Luego se explicitan algunas medidas de accesibilidad, relativas a cada barrera, que deberían ser puestas en práctica para alcanzar el acceso

universal a la salud para todas las personas sin exclusión.

4.2 Las barreras en el acceso a la salud

4.2.1 Barreras actitudinales

Las barreras actitudinales parten de concepciones sociales muy antiguas sobre la discapacidad y se nutren con la existencia de prejuicios, mitos, estereotipos y miedos colocados en los vínculos y expectativas respecto a las personas con discapacidad.

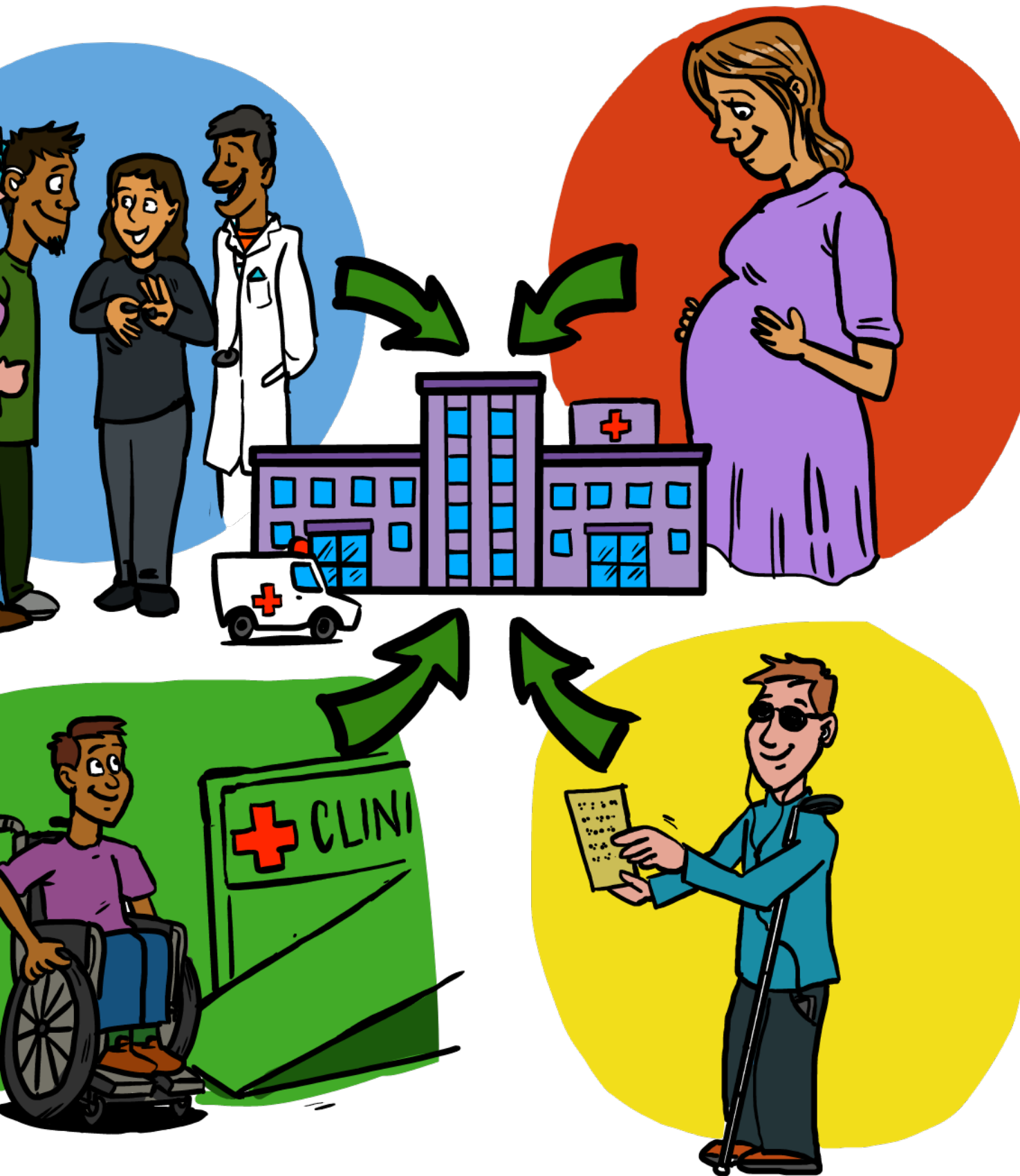
Esto fundamenta el fuerte aislamiento que este colectivo ha vivido, así como la ausencia de datos y de conocimiento específico sobre la temática de la discapacidad.

Las barreras actitudinales son las más difíciles de derribar, porque actúan tanto a través del conjunto de la sociedad – discriminación estructural- (por ejemplo, invisibilizando las personas con discapacidad, no reconociéndolas como sujetos de derecho, perpetuando tratos asistenciales y caritativos, no respetando su autonomía de decisión, etc.), como a través de las actitudes individuales o singulares. Por tanto, es complejo lograr disminuir la incidencia de esta barrera, porque necesita de acciones que aborden tanto lo estructural como los cambios a nivel personal. Bajar esta barrera permitirá garantizar que la persona con discapacidad reciba un trato adecuado en la atención, digno y no discriminatorio. Este cambio dependerá de la capacitación, compromiso y conocimiento de todo el personal, involucrando el nivel administrativo y de recepción, hasta el nivel técnico-profesional y de gerencia.

Además de sensibilizaciones y capacitaciones, la interacción diaria con personas con discapacidad, en un entorno accesible y digno sobre la base de medidas inclusivas en la información, comunicación y accesibilidad física, es la forma más efectiva para derribar las barreras actitudinales.

Es clave estimular el conocimiento y el intercambio de información con las





propias personas con discapacidad y sus organizaciones, eliminando las preconcepciones que determinan miedos y estereotipos.

Es importante que el personal de salud pueda entender e internalizar que:

- » **Las personas con discapacidad no son un grupo homogéneo.** Existen personas con discapacidad visual, intelectual, auditiva, otras que tienen movilidad reducida, dificultades en el habla, personas con discapacidad psicosocial, entre otras. Algunas personas tienen varias limitaciones, lo que las coloca en situación de discapacidad múltiple o con diferentes tipologías simultáneas. Por esto debe valorarse tanto las barreras que operan prioritariamente en cada momento, como los apoyos necesarios acorde a la dependencia
- » **Las personas con discapacidad no son personas asexuadas.** Si bien este punto se abordará más adelante, es clave conocer que hay estereotipos que se arrastran desde siglos atrás que constriñen la realidad de las personas con discapacidad colocándolas como niñas o niños eternos, con una sexualidad ausente y una relativa capacidad de decidir sobre su cuerpo. El deseo y el placer han estado ausentes de las vidas de las personas con discapacidad; máxime cuando se abordan sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.
- » Infantilizar y/o suponer que una persona con discapacidad no puede ser capaz de tomar decisiones de forma autónoma; pensar que en todo momento necesitan supervisión y protección.
- » Etiquetar a las personas con discapacidad como incapaces de tomar decisiones -sobre ellas y sus hijos/as- lo que afecta más directamente a las mujeres con discapacidad.
- » Colocar a las personas con discapacidad en una situación de dependencia de sus acompañantes (frecuentemente familiares), desplazándoles del lugar de interlocutores válidos.

» **Priorizar las decisiones de las familias de las personas con discapacidad, en detrimento de la voz y la opinión de las propias personas.**

Todas las personas con discapacidad pueden tomar decisiones si cuentan con los apoyos necesarios para ello. Cabe señalar que estas actitudes afectan, particularmente, a las mujeres con discapacidad en edad reproductiva, a las adolescentes y a las niñas.

NB: Es imprescindible tener en cuenta que la falta de accesibilidad (materiales informativos en formatos accesibles, intérpretes de Lengua de Señas Uruguaya - LSU, etc.) habilita la perpetuación de barreras actitudinales y prejuicios. Una actitud en clave de derechos es imprescindible para lograr una atención inclusiva.

4.2.2 Barreras de comunicación

Las barreras de comunicación son aquellas que impiden la interacción fluida y efectiva entre las personas. Se presentan con mayor intensidad en la atención de personas con discapacidad visual, auditiva o intelectual. Cuando se habla de comunicación, es importante reconocer que todo tipo de comunicación implica una doble vía: el mensaje debe ser emitido con claridad y recibido con la misma calidad de contenido.

Hay que tener presente también que toda medida hacia una comunicación más accesible (desde señales visibles y audibles en salas de espera, hasta presencia de intérpretes y mediadores/as para personas sordas, o materiales informativos en macro tipo, lectura fácil, pictogramas, braille, etc.) es de utilidad tanto para el personal de salud como para la persona con discapacidad.

Ejemplos de barreras de comunicación:

- » Formas de llamar a las consultas en las salas de espera. Si éstas se expresan sólo en pantalla visual resultan inaccesibles para las personas con discapacidad visual; si se expresan sólo con llamada oral, son inaccesibles para personas con discapacidad auditiva.
- » Expresar conceptos muy rápidamente, con alto contenido de abstracción y complejidad, con terminología médica o de manera demasiado compleja, puede dificultar o impedir la comprensión a algunas personas con discapacidad (especialmente si se trata de personas sordas o con discapacidad intelectual).

4.2.3 Barreras de información

Las barreras de información refieren a los obstáculos que surgen en las formas y/o soportes en los que se ofrece la información.

Por ejemplo, los materiales informativos (folletos sobre hábitos saludables, maternidad, prevención de enfermedades, etc.) hasta formularios administrativos (formulario de ingreso, consentimiento informado, etc.) tienen un único formato. No se cuenta con formatos alternativos como braille, macro tipos, pictogramas, lectura fácil, video en LSU, etc.

Promover una única forma de recibir la información implica una discriminación en el acceso a la información para muchas personas con discapacidad. Esto las obliga a depender de terceros (médicos, familiares, acompañantes) para la utilización o comprensión del material, limitando su autonomía, lesionando su dignidad y, en varios casos, exponiéndolas a riesgo de abusos.

Cabe señalar que el sistema de información que se utiliza en la salud no acumula o sistematiza la frecuencia en la que las barreras obstaculizan el uso universal de los servicios por parte de las personas con discapacidad, ni tampoco registra ni acumula las restricciones a la autonomía que ex-

perimentan las personas con discapacidad al transitar por las diferentes etapas del proceso de atención (por ejemplo: solicitud de consulta, agendar estudios, etc.).

Como consecuencia, no hay información disponible que logre ilustrar el alcance de las diferentes barreras a lo largo del proceso, lo que impide contar con un conjunto de soluciones o alternativas construidas a través de la experiencia conjunta del personal de salud y las personas con discapacidad. La falta de información puede operar como una barrera de información en sentido amplio.

4.2.4. Barreras físicas

Las barreras físicas operan como obstáculos para que las personas puedan, en forma autónoma salir de sus domicilios y llegar, acceder, desplazarse, atenderse en los centros de salud y regresar a sus domicilios (circuito accesible). Estas barreras abarcan los entornos y la movilidad y utilización de ellos (incluyendo uso de baños, cafeterías, zonas de esparcimiento, etc.), debiendo considerarse el transporte y la zona perimetral además de las edificaciones, el mobiliario y el equipamiento médico.

Ejemplo de barreras físicas:

- » transporte estándar (no accesible) para llegar al centro de salud;
- » ausencia de rebajes de cordón en las manzanas perimetrales;
- » escalones o escaleras en el acceso o en el interior de los edificios;
- » puertas estrechas (apertura menor a 80cm);
- » pasillos angostos o bloqueados con objetos (plantas u otros obstáculos) que impiden la circulación de personas usuarias de sillas de ruedas;
- » camillas fijas o no regulables en altura y con escaso espacio lateral;
- » probadores estrechos (o inexistentes);
- » instrumentos mamográficos estándar (sin vástago regulable);
- » baños estándar (sin espacio para desplazamiento autónomo).

Todas estas barreras pueden actuar al mismo tiempo, determinando situaciones de grave vulneración de los derechos de las personas con discapacidad.

Un ejemplo de la intersección entre barreras de información, de comunicación y actitudinales es la práctica de las esterilizaciones forzadas, en particular de mujeres sordas y de mujeres con discapacidad intelectual. Las mujeres con discapacidad a menudo firman, sin lograr comprender los alcances de esta acción, los formularios de consentimiento informado sobre procedimientos como la ligadura tubaria (por ejemplo, las personas sordas a menudo no conocen el idioma español y/o no saben leerlo y no encuentran la información equivalente en formatos LSU).

A la luz de esta información, es clave capacitar a todo el personal de la salud en la perspectiva de discapacidad desde un modelo social, con un enfoque de derechos humanos.

Sumar además la perspectiva de género y de violencia basada en género a estas instancias permitirá generar estrategias más ajustadas a la realidad de las personas con discapacidad, poniendo en primer plano su condición de ser humano multidimensional y desalojando la idea abarcativa de que toda respuesta debe ceñirse exclusivamente a la o las limitaciones que la persona tenga a lo largo de su vida.

Es importante recordar que:

- » Los y las usuarias con discapacidad intelectual, al igual que el resto de pacientes, tienen derecho a ser informados sobre los procedimientos de salud que se van a llevar a cabo con su persona y en su cuerpo y decidir si quieren someterse a ellos o no. Las personas con discapacidad intelectual tienen capacidad para decidir (autonomía de decisión) si cuentan con las

condiciones adecuadas y los apoyos necesarios, como:

- información en diferentes formatos accesibles y comprensibles,
- la oportunidad de dialogar y preguntar acerca de sus dudas en espacios tranquilos y con un clima distendido,
- apoyos necesarios para decidir.
- » Discapacidad no es asimilable a infancia o a restricciones de autonomía personal.
- » El desarrollo sexual, afectivo y emocional de las personas con discapacidad puede ser pleno y disfrutable, libre y responsable, seguro y sin riesgos si su entorno tiene en cuenta que:
- » Los deseos sexuales forman parte de las vidas de las personas con discapacidad; todas las personas necesitan información accesible y de calidad sobre sexualidad;
- » Todas las personas deben acceder al conocimiento sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos;
- » Y deben obtener respuestas claras y de calidad ante sus preguntas sobre sexualidad.

Es imprescindible que la persona con discapacidad, al igual que todas las personas, cuente con el acompañamiento respetuoso y habilitante del personal de salud.

5. MEDIDAS DE ACCESIBILIDAD RECOMENDADAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

Todos los servicios de salud, tanto públicos como privados, deben implementar las leyes existentes, garantizando la accesibilidad universal a los servicios de salud.

Un servicio de salud inclusivo responde y se adecua positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de toda la sociedad.

Tener un servicio de salud de calidad para las personas con discapacidad supone diseñar e implementar una estrategia de accesibilidad, que cuente con el compromiso y la capacitación del personal de salud para que protagonicen el cambio – desde el modelo médico-rehabilitador hacia el

modelo social de la discapacidad-, apropiándose de las medidas implementadas y materializadas.

Las instituciones de salud deben ofrecer un servicio de salud de calidad con accesibilidad universal en todos los niveles de atención. La accesibilidad favorece la participación plena y autónoma de todas las personas, y en especial de las personas con discapacidad.

En este sentido, es relevante:

- » Generar procedimientos de recopilación de información sobre los usuarios y usuarias en situación de discapacidad y sus necesidades específicas, de forma de flexibilizar las propuestas y ofertas de atención (por ej. extender el horario de consulta), y tomar las medidas posibles para garantizar una atención adecuada.
- » Involucrar a las organizaciones de personas con discapacidad para el desarrollo de medidas de servicios de salud accesibles e inclusivos.
- » Mapear los servicios para personas con discapacidad en los territorios (instituciones, residencias, centros de rehabilitación) para promover el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las usuarias y usuarios.
- » Contactar con los servicios de transporte público y privado para relevar las posibilidades de llegada a los centros de salud de las personas con discapacidad, así como las condiciones de accesibilidad de los entornos.
- » Cumplir con las normas de accesibilidad universal UNIT⁴ para que usuarios/as puedan hacer uso del servicio en plena autonomía, seguridad y respeto de su persona.

4 - Instituto Uruguayo de Normas Técnicas. (2013). NORMA UNIT 200:2013. Accesibilidad de las personas al medio físico. Uruguay. [En Línea] Disponible en: <https://bit.ly/2vZN21Y>





MEDIDAS RECOMENDADAS PARA DERRIBAR BARRERAS FÍSICAS

Respecto a la llegada al servicio de salud asegurar:

- » La coordinación entre sectores para garantizar la cercanía de una parada de línea de transporte accesible, cuidando también la seguridad. Si no existe, gestionar la instalación de una línea de transporte accesible.
- » Coordinar citas con horarios adecuados al transporte accesible y desplazamiento de los pacientes.
- » En caso de ausencia de transporte accesible promover, a través de coordinaciones intersectoriales con programas nacionales y locales, otros servicios de transporte accesible alternativos.

Respecto al exterior del edificio asegurar:

- » Rebaje de cordón.
- » Estacionamiento reservado para vehículos que transportan personas con discapacidad próximo a los accesos.
- » Veredas circundantes en buenas condiciones.
- » Rampa de acceso y lugar para ascenso y descenso de personas con movilidad reducida.
- » Pavimento diferencial que identifique los accesos desde el exterior de los edificios hacia las puertas de ingreso.

En el exterior e interior del edificio asegurar:

- » Que los espacios o elementos accesibles sean señalizados

- » con el símbolo gráfico de accesibilidad como está dispuesto en la norma UNIT 906. En caso de espacios específicos o que contemplan elementos para ser usados directamente por personas con discapacidad auditiva o visual se deben utilizar los símbolos dispuestos.
- » Que en el entorno edificado existan medios de orientación, información y señalización que posibiliten a las personas encontrar el camino, evitar obstáculos, e identificar cuando se haya llegado a destino.
- » Ofrecerse como guía y/u organizarse con otros del personal en caso de que fuese necesario, anunciando el momento en que se retiran de su lado

En el interior del edificio asegurar:

- » Existencia de puertas, pasillos y galerías, rodapiés, pasamanos, barandas, agarraderas, y escaleras conforme a lo establecido en las normas UNIT y mantenidas libres de cualquier obstáculo.
- » Baños accesibles conectados a un recorrido accesible y señalizado debidamente.
- » Ascensor accesible conforme a las normas UNIT en caso de existir servicios en diferentes pisos.
- » Mostradores accesibles conforme a normas UNIT.
- » Cuando un mostrador no es accesible evitar generar una situación incómoda para la persona que se acercó.
- » Las instituciones deberán protocolizar la forma de llamar a usuarios/as teniendo en cuenta los diferentes tipos de discapacidad:
- » Uso de pantallas para números de consulta, además del llamado personalizado con apellido o nombre incluyendo así a las personas con discapacidad auditiva.
- » Prioridad para la atención de personas en situación de discapacidad psicosocial.

- » Para personas con discapacidad visual, existencia de números en sistema Braille o letra grande o un procedimiento de llamado sonoro del número.
- » Los dispensadores de números deben permitir el uso y su aproximación tanto por personas usuarias de sillas de ruedas como por personas que estén de pie. La altura máxima para el retiro de números debe ser de 110 cm desde la altura de piso terminado.

En la consulta asegurar:

- » Que los cambiadores en los consultorios tengan suficiente amplitud para garantizar que una persona con movilidad reducida, pueda cambiarse con autonomía y privadamente.
- » En el espacio del consultorio, si el cambiador no es accesible, salir y dejar que la persona se cambie con privacidad; si es necesario, que la persona sea acompañada por quien ella elija.

En cuanto a equipamiento médico fijo y móvil, el servicio deberá asegurar:

- » Camilla ginecológica accesible (que sea regulable en altura y articulada) o aparatos de transferencia.
- » Mamógrafo accesible (regulable en altura).
- » Balanza adaptada para silla de ruedas.
- » Espéculos de distintas dimensiones.
- » En caso de personas con problemas en las caderas, espasmos y/o movilidad reducida para el examen pélvico o examen de próstata, proponer posiciones alternativas y herramientas alternativas.

Se recomienda informarse sobre el grado de accesibilidad de su centro de salud, e ir eliminando las barreras existentes a través del cumplimiento de las normas del MSP existentes, las cuales merecen actualizaciones periódicas que tengan en cuenta referencias internacionales, en acuerdo con las organizaciones de personas con discapacidad existentes.

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA DERRIBAR BARRERAS DE INFORMACIÓN

El servicio deberá garantizar que la información destinada a todos los usuarios/as sea accesible y amigable para todas las personas con discapacidad.

Para esto se debe:

- » Producir información inclusiva y, si es necesario, específica sobre las personas con discapacidad (opiniones, necesidades, derechos y servicios).
- » Informar al/la usuario/a sobre cualquier procedimiento que se le esté efectuando, sea durante la consulta y/o exámenes médicos.
- » Informar sobre actividades que puedan ser oportunas para la calidad de vida de las personas con discapacidad, sin condicionarlas a las propias de sus grupos. Distribuir información sobre organizaciones de personas con discapacidad.
- » Recopilar información sobre las características y necesidades específicas de las personas usuarias según los tipos de discapacidad.
- » Involucrar las instituciones o residencias donde viven personas con discapacidad.
- » Visibilizar positivamente y con un enfoque de derechos este colectivo en las campañas de sensibilización, folletos, etc.

Además, se deben adoptar medidas según el tipo de discapacidad:

- ◆ **Para personas con discapacidad visual:**

- » Producir versiones en macro tipos, sistema Braille, audio, pdf reader, código QR, páginas web accesibles, entre otras opciones.

◆ **Para personas con discapacidad intelectual o psicosocial:**

- » Producir versiones en lectura fácil y/o pictogramas, audio, video y/ o utilizando programas informáticos interactivos.

Las personas con discapacidad intelectual y/o psicosocial constituyen grupos muy heterogéneos. Si bien en este documento se les agrupa, es con el sólo fin de nuclear las recomendaciones en el trato adecuado y la disminución de las diferentes barreras.

◆ **Para personas con movilidad reducida:**

- » Situar carteleras, afiches y folletería en posiciones fácilmente ubicables.
- » Asegurar que los dispensadores de órdenes electrónicos tengan una altura adecuada para facilitar su acceso para personas con discapacidad motriz usuarias de silla de ruedas.

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA DERRIBAR BARRERAS DE COMUNICACIÓN

Utilizar un lenguaje respetuoso y no discriminatorio. El término correcto es 'personas con discapacidad'. No es oportuno utilizar palabras alternativas como: personas con capacidades diferentes, lisiadas, minusválidas, imposibilitadas. Se considera ofensivo utilizar diminutivos. En lo específico, es incorrecto decir persona

sordomuda y persona no vidente. Los términos correctos son persona sorda o con discapacidad auditiva y persona ciega o con discapacidad visual.

Los servicios deben garantizar que las personas con discapacidad y el personal de salud (administrativos, auxiliares, técnicos y profesionales, de áreas de atención directa al paciente o de técnicas de diagnósticos, farmacia, etc.) se puedan comunicar de forma comprensible. Es necesario introducir medios y formatos aumentativos y/o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso.

Para personas con discapacidad auditiva, en el caso que la persona se comunique a través de Lengua de Señas Uruguaya (LSU):

- » Se deberá asegurar la presencia física o virtual de un/a intérprete de LSU. Facilitar y autorizar la presencia del intérprete de LSU y mediador/a si así se requiere, en toda instancia donde sea necesario garantizar la comunicación con el/la paciente o donde el/la paciente sienta necesitarlo.
- » En caso de utilizar tapabocas o estar detrás de mamparas u otros obstáculos que dificulten la visión del rostro del interlocutor/a, garantizar previamente una instancia informativa.
- » No hay necesidad de retirar audífonos en ningún procedimiento.
- » Si las personas hacen lectura labial es importante situarse en un lugar donde se las pueda ver con claridad; hablar de cerca, de frente, a su altura y con el rostro suficientemente iluminado. Tener presente que no todas las personas sordas leen los labios.
- » Hablar con su voz, naturalmente, ni muy de prisa ni muy despacio. Vocalizar bien, sin exagerar ni gritar. Si bien es recomendable utilizar gestos y/o lenguaje escrito, se debe tener en cuenta que muchas personas con discapacidad auditiva no

manejan el lenguaje escrito.

- » En ausencia de intérprete profesional (y si no hay posibilidades de gestionar este recurso rápidamente), muchas veces puede cumplir su función un familiar y/o conocido/a, aunque no es la situación óptima. En los casos que algún familiar oficie de intérprete, es necesario tener especial cuidado que no sea vulnerado el derecho de la persona a decidir sobre su propio cuerpo (ver disposiciones de la Ley N.º 18.426 respecto al derecho a la decisión y el consentimiento informado).

Para personas con discapacidad visual:

- » Utilizar el reconocimiento táctil de objetos como apoyo a la descripción de objetos o acciones.
- » Si se ofrece algo a una persona con discapacidad visual, es apropiado anunciar de qué se trata.
- » Facilitar dispositivos de comunicación accesibles como sistemas auditivos, dispositivos multimedia de fácil acceso, medios de voz digitalizada.
- » Describir claramente la información visual.
- » Utilizar coordenadas espaciales (derecha, izquierda, delante, detrás, etc.).
- » Leer la información escrita o gráfica en acuerdo con la persona ciega o con baja visión.
- » En caso de realizar un examen físico, explicar previamente en qué consiste. Durante el examen, se debe anticipar los procedimientos que se realizarán para evitar sobresaltos o movimientos reactivos que complejicen la atención. También deben comunicarse los hallazgos siguiendo los procedimientos de información habituales para la situación.

Para personas con discapacidad intelectual o psicosocial:

- » Brindar información clara y concreta, sin apuro, utilizando fra-

ses cortas, sin tecnicismos. Facilitar dispositivos de comunicación multimedia de fácil acceso, dibujos.

- » En una conversación se puede necesitar más tiempo para contestar, así como para constatar por parte del equipo de salud la comprensión de la información aportada. Se recomienda ser paciente y flexible.
- » Evitar asumir que no entienden o que no pueden comunicarse. Es importante utilizar otra forma de comunicación como material gráfico (dibujos o emoticones), vocablos de lenguaje cotidiano, etc.
- » Se recomienda no abusar de preguntas que requieren respuestas cerradas del tipo SÍ/NO. Este tipo de preguntas no facilitan información objetiva y puede haber una tendencia del paciente a contestar SI o No.
- » Recuerde usar la repetición, con medida, para asegurar que el paciente ha comprendido el mensaje que se le ha transmitido.
- » Apoyar el lenguaje oral con lenguaje escrito, gráfico, gestual y/o dramatización.

Las personas con discapacidad intelectual y/o psicosocial constituyen grupos muy heterogéneos. Si bien en este documento se les agrupa, es con el sólo fin de nuclear las recomendaciones en el trato adecuado y la disminución de las diferentes barreras.

MEDIDAS RECOMENDADAS PARA DERRIBAR BARRERAS ACTITUDINALES

Cuando se menciona al equipo de salud se refiere a todo el personal que trabaja en las instituciones prestadores de salud, independientemente de sus funciones y del nivel de atención en el que se desempeña.





Para que el personal de salud (profesionales, técnicos, de gestión, administrativos o de servicio) puedan garantizar una asistencia de calidad que garantice el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad se recomienda:

- » Asegurarse que la institución de salud implemente un sistema de registro de usuarios/as con discapacidad para que, a su llegada, tengan garantizada la accesibilidad plena para su atención.
- » Reservar un tiempo mayor de consulta para usuarios/as con discapacidad, cuando sea necesario.
- » Prever la posibilidad de darles prioridad en caso de discapacidad psicosocial.
- » Evitar subestimar y prejuizar a las personas con discapacidad.
- » Actuar y dialogar con naturalidad.
- » Preguntar siempre si necesitan ayuda y de qué tipo, no imponerla.
- » Evitar infantilizar a las personas con discapacidad, deben ser tratadas de acuerdo a su edad.
- » Evitar mostrar formas de cariño que no se utilizarían con otro usuario/a, eso es sobreprotección y no es acorde a una atención desde una perspectiva de derechos con enfoque en la autonomía de las personas con discapacidad.
- » Tener una actitud de predisposición a la escucha; se debe reconocer que quienes mejor saben sobre sus necesidades son las propias personas con discapacidad.
- » En caso de que acudan al servicio con acompañante preguntar si quieren entrar solas/os a la consulta médica. Si ingresan acompañadas, dialogar directamente con el o la paciente y no con su acompañante.
- » Las ayudas técnicas de las personas con discapacidad hacen parte de su espacio corporal; no alejarlas de ellas, ni moverlas sin su autorización, esto aumenta la dependencia personal.

» **Frente a personas con discapacidad intelectual tener presente y evaluar que:**

- * Tienen capacidad para tomar decisiones que tengan que ver con su salud por sí mismos o con un sistema de apoyos.
- * Cuentan con la suficiente información accesible para tomar la decisión y que la comprendieron.
- * Están actuando voluntariamente (y no bajo presión).

Es cierto que para lograr la accesibilidad de un servicio de salud son necesarias medidas a diferentes niveles. Esto incluye, decisiones institucionales, intervención de técnicos/as y profesionales de la salud y asignaciones presupuestales adecuadas para cumplir con las recomendaciones en materia de infraestructura y de atención para las personas con discapacidad.

No obstante, la actitud de todo el personal de salud es fundamental para avanzar en la accesibilidad del servicio. **El personal de salud representa el vínculo clave para que la accesibilidad sea realmente efectiva y garantice los derechos a los usuarios/as.**

6. RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN INCLUSIVA EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Los servicios de salud sexual y salud reproductiva han sido definidos como la expresión asistencial de cada institución prestadora de salud en el área específica de los temas concernientes a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Deben estar constituidos por un Equipo Coordinador de Referencia y por todos los técnicos y profesionales de la institución involucrados en cumplir las acciones necesarias para garantizar las prestaciones establecidas en la Ley N.º 18.426 y su reglamentación (293/010).

Entre estas acciones, se deben recordar:

- » Difusión y promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos en todas las etapas de la vida.
- » Promoción de hábitos saludables de vida en las esferas sexual y reproductiva, (no violencia y sexo seguro) y de la consulta profesional oportuna.
- » Educación y orientación para el ejercicio responsable y placentero de la sexualidad y promoción de la maternidad y paternidad responsables.
- » Acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, tanto reversibles como irreversibles.
- » Información, educación, orientación y acceso a los métodos eficaces para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- » Tratamiento de las ITS/VIH que incluya a todas las personas involucradas en la relación sexual.
- » Prevención y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas.
- » Información y apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción.
- » Prevención de la morbilidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto.
- » Captación precoz de mujeres embarazadas, control de embarazo, prevención de riesgos y promoción de salud con enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos en su transcurso, así como durante el parto, puerperio y etapa neonatal.
- » Creación de condiciones para la humanización del parto institucional.
- » Promoción de la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer embarazada en el trabajo de parto, parto y postparto.
- » Información sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y postparto con respecto a las opciones de las mujeres en caso de existir alternativas.
- » Asesoramiento y adopción de medidas de protección de las mujeres frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.
- » Atención de la interrupción del embarazo en los casos en que la misma

sea autorizada de conformidad con las normas vigentes.

- » Promoción de climaterios saludables.
- » Promoción de la salud mental desde la perspectiva de los derechos sexuales y derechos reproductivos con derivación oportuna cuando se detecten problemas al respecto.
- » Prevención de la violencia física, psicológica y sexual, y atención oportuna cuando ésta se detecte en personas de cualquier edad.
- » Prevención y reducción de daños por consumo de sustancias adictivas legales e ilegales con derivación oportuna según el caso, y con el apoyo de los equipos de salud mental.

Todas estas acciones tienen que ser inclusivas, o sea orientadas a todas las personas en igualdad de condiciones y sin discriminación. Esto vale claramente también para las personas con discapacidad.

Sin embargo, las barreras que impiden la accesibilidad abordadas en el capítulo anterior impactan negativamente sobre el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva. Además, dichas barreras se vinculan también con otras específicas de estos servicios, generando una continua exclusión y vulneración de derechos de las personas con discapacidad. Por esto, el riesgo es mayor para el cuidado de su salud sexual y reproductiva respecto a la población sin discapacidad. De hecho, estudios internacionales demuestran que:

- » las personas con discapacidad tienen un más alto riesgo de contraer VIH/SIDA ¹;
- » las mujeres con discapacidad no acceden a los controles rutinarios de prevención para el cáncer de útero y mama, teniendo estos una más alta incidencia en esta población ²;
- » Aumento de morbilidad y mortalidad materna e infantil en caso de mujeres con discapacidad³
- » Los niños/as con discapacidad tienen casi cuatro veces más probabilidad de ser víctimas de violencia y casi tres veces más riesgo de ser víctimas de violencia sexual. Las mujeres con discapacidad tienen tasas tres veces mayor de ser víctimas de violencia sexual que las mujeres sin discapacidad ⁴;
- » Un alto número de personas con discapacidad (sobre todo intelectual y psicosocial) están institucionalizadas: esto representa un obstáculo más al ejercicio de sus derechos en salud sexual y reproductiva.

6.1 Las falsas creencias sobre sexualidad y personas con discapacidad

Para poder acercarse e interiorizar las recomendaciones para una atención inclusiva y de calidad de la salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad, es importante tener en cuenta que, históricamente y culturalmente, tanto la salud sexual y reproductiva como la discapacidad han sido consideradas temáticas tabúes. Por ende, vincular las dos temáticas puede conllevar a múltiples prejuicios y desconocimiento que, aún

1 - Org. Mundial de la Salud y Banco Mundial, World Report on Disability. Geneva (2011).

2 - CENTER FOR DEVELOPMENTAL DISABILITIES STUDIES, NSW CERVICAL SCREENING PROGRAM, Preventive Women's Health Care for Women with Disabilities Guidelines for General Practitioners, 2004, Australia.

3 - Maxwell, Manual de Salud Para Mujeres con Discapacidad, 2009, California, Hesperian

4 - UNFPA. Cinco cosas que no sabías sobre la discapacidad y la violencia sexual. (2018) [en línea] Disponible en <https://bit.ly/2Q3Tw2R>

en el entorno médico, pueden reflejarse en barreras actitudinales muy difíciles de desarraigar.

Entre las barreras actitudinales más comunes están las creencias populares sobre salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad; por ejemplo, está la creencia errónea de que, debido a su situación de discapacidad, estas personas no pueden gozar de una sexualidad placentera ni de una vida sexual activa o que, al contrario, no puedan controlar su sexualidad. Muchos prejuicios, además, se intersectan con discriminaciones de género, sobre todo hacia mujeres y niñas. En este caso pueden contribuir a determinar nuevas y múltiples formas de discriminación y hasta violencia (ver capítulo 6 de este documento).

Entre las creencias que permanecen en la sociedad limitando el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, y sobre todo mujeres y niñas, se pueden encontrar las siguientes:

» **Las personas con discapacidad son “seres asexuados”.** Esta creencia está estrechamente vinculada a la infantilización y sobreprotección de las personas con discapacidad por parte de sus familias, limitando la concepción de autonomía de decisión y de identidad como persona sexual y sexuada.

Al contrario, las personas con discapacidad son seres sexuados, tal como todas las personas. Si se les permite desarrollarse en un entorno de respeto y dignidad, pueden gozar de su vida sexual y afectiva de manera plena, responsable y digna, según su propia orientación sexual.

» **Las personas con discapacidad son eternos niños/as.** También está vinculada con la sobreprotección y la falta de reconocimiento de la identidad y construcción de la persona como sujeto de derecho. Esta concepción está fuertemente influenciada por las intersecciones con discriminaciones de género, especialmente hacia niñas con discapacidad, cuya identidad como persona a menudo está signada por los prejuicios familia-

res hacia la discapacidad y las discriminaciones de género. Este proceso resulta en una “desgenerización” de la identidad (Caballero, 2017), como si la discapacidad fuera el único elemento de identidad de la persona.

Por el contrario, las personas con discapacidad crecen y se desarrollan hasta su vida adulta, y como tales deben ser consideradas.

» **Las personas con discapacidad son “híper-sexuadas”.** Es una concepción errónea especialmente atribuida a personas con discapacidad intelectual, que interpreta las expresiones de la sexualidad de las personas con discapacidad como inadecuadas y promiscuas.

Por el contrario, las personas con discapacidad intelectual, con la debida estimulación, información y educación, pueden internalizar comportamientos sociales adecuados y vivir una sexualidad elegida, plena, íntima, disfrutable, placentera y responsable.

» **Las personas con discapacidad no pueden ser madres o padres y cuidar a sus propios hijos/as.** Según este prejuicio, se considera que la persona con discapacidad, es vulnerable y dependiente, y por tanto no logrará la autonomía y capacidad necesaria para el cuidado de sus hijos/as; se piensa que esto puede afectar el desarrollo integral de los menores, con consecuencias emocionales y físicas. Asimismo, se fantasea con que la discapacidad es necesariamente heredable o transmisible.

Por el contrario, las personas con discapacidad, si tienen la oportunidad de crecer en un entorno respetuoso y favorecedor, pueden ejercer su autonomía y tomar decisiones sobre la maternidad y la paternidad, así como cuidar de sus propios hijos/as; disponiendo si fuese oportuno los apoyos necesarios para una crianza disfrutable.

6.2 Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad

Si bien el Estado debe garantizar derechos a través de sus instituciones, a menudo los prejuicios y las falsas creencias juegan un rol tan protagónico en las actitudes de integrantes de los equipos de salud frente a la discapacidad, que los mismos pueden verse gravemente lesionados o no contemplados en todas sus dimensiones.

Uno de los elementos que suscitan resistencias, es el reconocimiento de la autonomía en la toma de decisiones de las personas con discapacidad. Dicha autonomía es un derecho inalienable del proceso asistencial; sin embargo, a menudo se ve menoscabado por una mirada de la discapacidad ajena a los derechos humanos.

Todas las barreras – sean ellas actitudinales, físicas, de comunicación o de información, o todas estas a la vez – pueden afectar a la autonomía de las personas con discapacidad; y, como ya se ha señalado en este documento, la limitación de la autonomía puede traducirse en lesiones de derechos y hasta graves formas de violencia, o aumentar el riesgo de situaciones de abuso.

Sin embargo, reconocer efectivamente que todas las personas, sin exclusiones, pueden tomar decisiones autónomas (solas o con apoyos), es un proceso complejo, que conlleva cambios profundos tanto en las actitudes (individuales, de los equipos de salud, de las familias y de las mismas personas con discapacidad), como en las acciones prácticas para crear un entorno accesible.

La falta de autonomía puede asumir dimensiones aún más contundentes cuando se vincula a decisiones sobre salud sexual y reproductiva.

Es una temática “anulada” en la vida de muchas personas con discapacidad, sobre la que se les ha denegado información y conocimientos, y alrededor de la cual existe todavía cierta “incomodidad” de parte de muchas familias y de la sociedad; incluyendo a los equipos de salud.

La falta de autonomía en las decisiones –y de sistemas de apoyos que la garanticen- es un nudo central de la violación de los derechos de las personas con discapacidad. Por esta razón, se considera importante proveer en este documento, recomendaciones para avanzar hacia cambios positivos para la toma de decisiones, y así contribuir a lograr avances inmediatos en el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad.

Las recomendaciones serán brindadas teniendo como eje los siguientes principios:

- » privacidad;
- » confidencialidad;
- » autonomía de decisión;
- » información previa firma de consentimiento informado (en algunos casos debe valorarse quienes firman el consentimiento).

Se verán estos principios en algunas situaciones específicas de la esfera de atención en salud sexual y reproductiva, particularmente:

- » sexualidad;
- » anticoncepción;
- » deseos de maternidad/paternidad, embarazo, parto y puerperio, cuidado de hijos/as;
- » interrupción voluntaria del embarazo (IVE);
- » prevención cáncer genito-mamario.

En ambos casos (principios y situaciones), se realizará un análisis, teniendo en cuenta el tipo de discapacidad: auditiva, intelectual, motora, visual, psicosocial.

6.2.1 Privacidad

A menudo ocurre que...

- » La persona con discapacidad es invitada a entrar con una persona acompañante, sin consultárselo. Esto significa sin respetar su derecho de entrar sola a la consulta;
- » El equipo médico interactúa solo y directamente con la persona acompañante y no con las personas con discapacidad;
- » En caso de personas sordas que llegan con intérprete LSU o mediador, no se acepta que el/la intérprete o el/la mediador/a pueda entrar a la consulta, a la sala de parto, etc.
- » En caso de personas sordas que expresan no querer intérprete, no se respeta su deseo.

¿Qué hacer?

- » Consultar a la persona con discapacidad sobre su deseo y sus necesidades.
- » Respetar la decisión de la persona con discapacidad.
- » Respetar los sistemas de apoyo que la persona pueda necesitar.

En todos los eventos de atención es necesario contar con ambientes que guarden la privacidad de la información. Se debe consultar a las personas con discapacidad respecto a quién autoriza a estar presente durante la entrevista con el equipo de salud. Se trata de una decisión personal del/la paciente que debe ser respetada por los equipos de salud. En ocasiones es necesario contar con sistemas de apoyo, de información y de comunicación adecuados, adaptando el servicio a las características de la persona.

NB: El respeto de la privacidad no representa solamente un principio clave para garantizar una atención adecuada y digna a la persona y un reconocimiento de la misma como sujeto de derecho. También, es una obligación que puede atenuar el riesgo de casos de abusos o violencia, que muchas veces son ejercidos hacia las propias personas con discapacidad, por sus acompañantes o cuidadores.

6.2.2 Autonomía y libertad para tomar decisiones

A menudo ocurre que...

- » La persona con discapacidad no tiene acceso directo a la información y recibe una información mediada por terceros, a riesgo de no ser completa y sesgada según decisiones familiares.
- » Con frecuencia, la persona con discapacidad (sobre todo en caso de mujeres) se encuentra sometida a procedimientos de salud sexual y reproductiva que no ha comprendido, no ha deliberadamente elegido, o que no sabe que le serán aplicados;
- » La persona con discapacidad es percibida como incapaz de tomar decisiones, según la arbitrariedad de las familias y/o del equipo de salud;
- » La persona con discapacidad no es puesta en las condiciones adecuadas para poder tomar decisiones autónomas (por falta de explicaciones adecuadas, de material accesible, etc.).

¿Qué hacer?

El principio del respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad para tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas está consagrado en la CDPD y es un principio que el Esta-

do uruguayo hizo propio cuando la ratifica. Asimismo, el Estado uruguayo se obliga a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la CDPD. Es así que se ha iniciado un proceso de adecuación normativa para cambiar todos los institutos jurídicos y normas incompatibles con este principio del ordenamiento jurídico uruguayo (Plan nacional de acceso a la justicia y protección jurídica de las personas en situación de discapacidad - Programa Nacional de Discapacidad-Ministerio de Desarrollo Social - Resolución Presidencial).

El principio de autonomía parte de la base de que todas las personas con discapacidad pueden tomar sus propias decisiones, con los apoyos necesarios que requieran. Tal como el principio de privacidad, la autonomía y libertad en la toma de decisiones está estrechamente vinculada a los deseos de las personas, así como a la prevención de situaciones de abusos, violencias y graves lesiones o violaciones de derechos humanos.

Por ende, resulta de extrema importancia que el equipo de salud pueda velar y garantizar las condiciones para que la toma de decisiones pueda darse de manera autónoma y sin presiones externas. Los actos médicos en salud que requieren consentimiento informado deberán cumplir con los principios de la Ley N.º 18535 sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud y su reglamentación. Esto implica que “todo procedimiento de atención a la salud será acordado entre el paciente (o su representante sólo cuando corresponda por resolución judicial) y el profesional de salud, previa información accesible, de calidad, completa, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica de su consentimiento informado a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos”.

Para cumplir con esta disposición, los y las integrantes de los equipos de salud deben aportar información de calidad, en un lenguaje comprensible y adaptado a las características de usuarios y usuarias. Cómo dice la Ley N. 18535, en su decreto reglamentario (Nº 274/010), el consentimiento in-

formado es “un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud”. Esto es clave para el ejercicio pleno de todos los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad –evitando la lesión por omisión o desconocimiento.

Medidas (no exhaustivas) recomendadas para garantizar los principios de privacidad y autonomía en la toma de decisiones según tipología de discapacidad:

Discapacidad auditiva

Es importante que las personas con discapacidad auditiva (sordas o hipoacúsicas), cuenten (si lo desean) con Intérpretes de LSU (presenciales o virtuales) que les garanticen su autonomía durante la atención en todos los niveles del sistema. Es clave conocer y respetar sus decisiones. Hay que considerar que, en muchos casos, es en la consulta que las personas sordas obtienen información sobre su salud y sobre los procedimientos médicos. De hecho, estas personas, a menudo no acceden al lenguaje escrito y no cuentan con la información que circula habitualmente a través de medios de información o de conversaciones casuales entre grupos de personas (tal como lo hacen las personas oyentes).

Como con todas las personas con discapacidad, se debe priorizar la comunicación con los y las pacientes, no con su acompañante (por ejemplo, al expresarse y dar indicaciones médicas, se debe mirar a la cara de la persona con discapacidad). En caso de persona hipoacúsica, es importante hablar con la cara bien visible, con iluminación, sin cubrir los labios, para que esta persona, si lo necesita y sabe hacerlo, pueda ayudarse con la lectura labial.

La comunicación efectiva, eficiente y directa con la persona es un aspecto fundamental del proceso asistencial.

Es clave programar más tiempo para las consultas, dando lugar al proceso de explicación, interpretación o mediación en las consultas e intercambios con /la usuario/a con discapacidad auditiva.

Hay que recordar que las/los intérpretes de LSU no tienen por qué conocer la terminología técnica. Es responsabilidad del personal de salud explicar para que la interpretación refleje con fidelidad la información brindada.

Contar con intérprete de LSU garantiza el derecho a la autonomía en las decisiones de la persona sorda. La profesión de Intérprete de LSU se ampara bajo el secreto profesional; por tanto, la privacidad no es motivo para excluir a estos profesionales de ninguna instancia de atención.

Su presencia depende exclusivamente de la decisión de la persona hablante de LSU.

En aquellos casos en que la persona sorda no sea usuaria de LSU, la comunicación con la o el Intérprete puede ser facilitada a través de otra figura técnica: el mediador.

El mediador o la mediadora es siempre una persona sorda que conoce, comprende y forma parte de la cultura sorda, lo que aumenta exponencialmente la capacidad de comprender las diferentes formas de comunicación gestual, corporal y/o a través de representaciones más o menos elaboradas.

Esta figura técnica de apoyo también afilia al secreto y la confidencialidad de la comunicación en la que asiste, por lo que su presencia debe ser autorizada en donde se le requiera.

La construcción de este perfil técnico para su incorporación en los diferentes espacios de participación de las personas sordas está en construcción, lo que significará un gran paso para la ga-

rantía de derechos y disminución de barreras comunicacionales de la población sorda.

Cabe aclarar que en ningún caso el intérprete/mediador o familiar podrá decidir por la persona sorda. Oficiarán siempre como apoyo a la comunicación de la voluntad/necesidades de la persona y garantizarán la comunicación de ella con el personal de la salud, favoreciendo a todas las partes: personas con discapacidad y personal de la salud.

En caso de personas que usen audífonos, cabe recordar que no es necesario retirarlos para ningún procedimiento; tampoco para un parto o una cesárea.

Discapacidad intelectual y/o psicosocial

Las personas con discapacidad intelectual y/o psicosocial constituyen grupos muy heterogéneos. Si bien en este documento se les agrupa, es con el sólo fin de nuclear las recomendaciones en el trato adecuado y la disminución de las diferentes barreras. Es importante prestar suma atención a las barreras actitudinales del personal de la salud cuando interactúa con estos colectivos. Además, estas barreras también se expresan con intensidad en los vínculos familiares, aumentando los obstáculos en el proceso de conquista de la autonomía y en la toma de decisiones de la persona.

Por esto, cobra particular importancia respetar el derecho a la privacidad. Esto significa habilitar que las personas con discapacidad intelectual y/o psicosocial concurren solas a las consultas,

salvo su voluntad de ingresar con acompañante; o situaciones extremas que impiden cualquier tipo de comunicación, que requieren si o si la presencia de dicho acompañante, en estos casos es con ellas/os directamente con quien deben comunicarse los integrantes del equipo de salud.

La comunicación con estas personas debe ser clara y concreta, apostando a ejemplos o situaciones ilustrativas.

El lenguaje sencillo descarta las metáforas, las alusiones indirectas o simbólicas; utiliza frases cortas, evitando en lo posible el uso de terminología técnica. Por ejemplo, pueden usarse gráficos sencillos e ilustrativos, dibujos, imágenes, gestualidad corporal que aumente las vías de transmisión de la información.

Se debe corroborar que la información sea comprendida por el/la usuario/a, verificando la incorporación de la información a través de la repetición. Se sugiere utilizar alguna pregunta sencilla, pero que no se limite a la opción de contestar con “sí” o “no”, dado que esto puede inducir a que el/la usuario/a conteste de la manera que crea más oportuna para no sentirse disminuido/a.

Discapacidad motriz

La principal barrera en esta discapacidad son los entornos y las construcciones a la llegada, acceso a los centros de salud, la movilidad autónoma en el lugar y el regreso a sus domicilios de estas personas.

Indefectiblemente, las instituciones deben contar con rampas de acceso. La planta física del centro de salud y el propio consultorio deben ser accesibles (por ejemplo, dimensiones del consulto-

rio, del cambiador, camilla ginecológica accesible o aparatos de transferencia).

Las camillas deben contemplar la posibilidad de ser graduadas, especialmente en altura, de forma que una persona usuaria de silla de ruedas pueda sentarse sola en la camilla, recibiendo una ayuda que ella reconozca como apoyo y sin invasión a su cuerpo. Para las mujeres con discapacidad motora se hace necesario contar con mamógrafos regulables y que sean accesibles para su atención.

Es conveniente contar con información acerca del transporte accesible disponible, la accesibilidad a la zona del centro de salud, etc., de modo de aumentar las posibilidades de llegada y salida del lugar, incluyendo zonas de estacionamiento cercanas a las entradas.

Discapacidad visual

En la atención de las personas con discapacidad visual (ceguera o baja visión) se requiere que la comunicación, así como los sistemas informáticos, sean ajustados a sus características.

En el lenguaje y la comunicación es importante utilizar coordenadas espaciales –derecha, izquierda, delante, detrás, etc.- evitando indicaciones gestuales como “acá o allá, señalando o diciendo “muévete hacia allá...”.

También es clave usar un lenguaje descriptivo y anticipatorio de aquellas acciones que involucren el cuerpo de la persona con discapacidad visual, de modo de no sobresaltar o sorprender ante el contacto.

Además, es conveniente conocer cómo son las zonas de acceso a los consultorios o centros de salud, evaluando referencias estéticas que pueden servir como orientación a las personas con discapacidad visual –ciegas o con baja visión.

Al brindar indicaciones que ameriten movimientos específicos pueden indicarse con claridad moviendo, previa autorización, la mano de la persona con discapacidad (mano sobre mano, o usando el objeto necesario). Esta misma indicación se tomará cuando sea la persona con discapacidad visual la que deba accionar en el cuerpo de la persona a la que cuida: hijos/as, etc.

Es conveniente además tener en cuenta que los empaques de las medicaciones suelen tener la misma apariencia táctil, por lo que será necesario favorecer la distinción de los mismos en acuerdo con la persona con discapacidad. Los resultados de los estudios suelen estar por escrito, es conveniente que los mismos sean leídos según la solicitud de la persona con discapacidad.

Es importante contar con materiales accesibles, para una información completa y real (por ejemplo, Sistema Braille, macro tipo, formatos sonoros). Actualmente, la informatización de las instituciones de salud permite contar con cartelera digital. Pero es clave consultar con las organizaciones de personas con discapacidad especializadas en el tema acerca de la accesibilidad de las mismas. En este momento, las personas con discapacidad visual utilizan programas informáticos que reproducen en voz sintética la información que aparece en las pantallas de las computadoras; sin embargo, este proceso no es posible cuando la información es una fotografía o una imagen.

6.2.3 Sexualidad

Es importante recordar que las personas con discapacidad son sexuadas y que tienen derecho a disfrutar su sexualidad como las personas sin discapacidad.

La sexualidad humana integra componentes biológicos, cognitivos, psicológicos, sociales y culturales. Eso lleva a que el hecho de la relación sexual trascienda el coito.

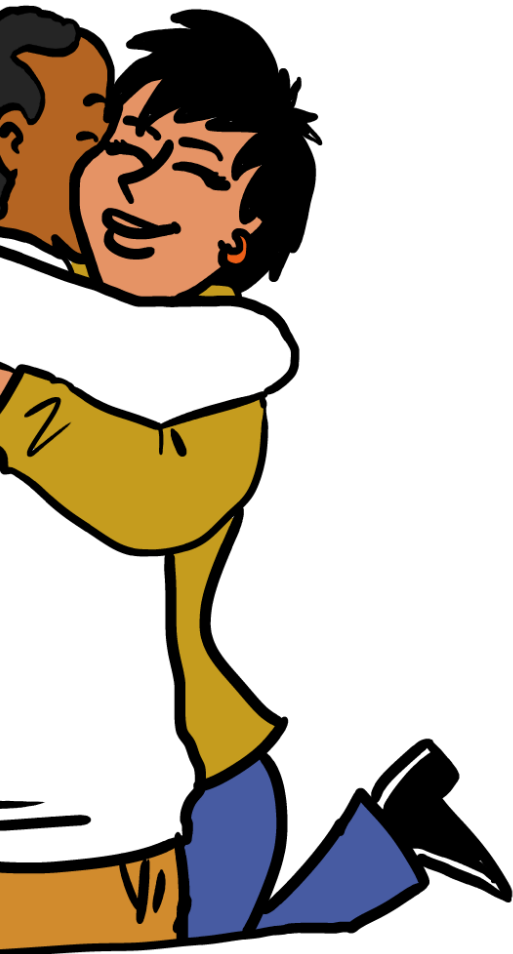
La sexualidad debe ser entendida en términos más amplios, comprendiendo las esferas de afectos, sensaciones, emociones, búsqueda de placer, comunicación, seducción, y erotismo, siempre en clave de respeto, autonomía y libre de violencia.

El contacto sexual, en sus diversas formas y en las condiciones que se definan –en forma libre y consentida–, es otro elemento a tener en cuenta cuando pensamos en salud psicofísica de las personas.

Los seres humanos son seres sexuados y sexuales. De acuerdo a como vivan esa sexualidad les hará sentirse de diferentes maneras. El ejercicio de la sexualidad debe hacer sentir feliz a la persona; no hay una forma que esté bien y otra que esté mal cuando la práctica es consensuada.

Sin embargo, la sexualidad es un tema que entraña tabúes, temores, emociones, fantasías. Y más aún cuando se refiere a personas con discapacidad, porque allí se entrelazan las percepciones sociales sobre la discapacidad, las cuestiones de género, la sobreprotección, temores o prejuicios de las familias, y las actitudes de los integrantes de los equipos de salud. Éstos pueden funcionar como barreras actitudinales que interfieran de forma relevante y se convierten en las más difíciles de derribar. Más allá de la capacitación y la sensibilización es necesario que los integrantes del núcleo familiar o de los equipos de salud luchen para derribar sus preconceptos sobre el tema.





La sexualidad humana no puede simplificarse. Es una experiencia en la que no sirven las recetas y que debemos considerar siempre sobre la base de la confianza, el afecto, la intimidad y el cuidado por el otro, al momento de intervenir.

Esto es válido también cuando se vincula 'sexualidad' a 'discapacidad', considerando que la discapacidad puede ser un elemento más para vivir la sexualidad de forma diversa, pero siempre como derecho. El ejercicio de este derecho implica la condición previa de la soberanía sobre el cuerpo y la legitimidad de un discurso personal sobre y desde este cuerpo (Amuchástegui y Rivas, 2004). Por esto, es central habilitar la narrativa de las mujeres con discapacidad sobre sus cuerpos, sus formas de interactuar –conigo o con las demás personas- y sus formas de percibir y concebir el placer y el disfrute sexual.

Lo que antecede fundamenta que los servicios de salud sexual y reproductiva hagan hincapié sobre la difusión y promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos en todas las etapas de la vida habilitando su apropiación y subjetivación de la temática en forma progresiva, validando y fortaleciendo con información sus discursos y decisiones.

Luego es fundamental promover hábitos saludables de vida en las esferas sexual y reproductiva (no violencia y sexo seguro) y de la consulta profesional oportuna.

En esta promoción y consulta se deberán considerar especialmente a las personas con discapacidad, fomentando su llegada y diálogo con los servicios de salud sexual y reproductiva. Las familias pueden también ser convocadas, dado que es en ese contexto que se da el primer nivel de inclusión de las personas con discapacidad.

6.2.4 Anticoncepción

Es frecuente que familiares y/o profesionales de la salud prejuzguen la capacidad de comprensión o discernimiento de las personas con discapacidad. Esto genera dudas e incertidumbre sobre la capacidad que tienen de captar la información sobre anticoncepción. Esta barrera actitudinal

promueve que el proceso de información no se realice en forma correcta y adecuada a los derechos de estas personas.

Debe tomarse en cuenta que, muchas veces, el entorno de las personas con discapacidad cree conveniente evitar toda posibilidad reproductiva de las personas con discapacidad; suele relacionarse la situación de discapacidad con la de sus descendientes y/o con la incapacidad de crianza o cuidados adecuados y responsables.

Es clave pensar en la anticoncepción como una elección y no como una solución.

Hay que aportar la información adecuada, apoyando, cuando sea oportuno, la autonomía de decisión de las personas con discapacidad, respetando la privacidad y confidencialidad de la entrevista.

Las barreras operan en forma diferentes según la discapacidad.

Los proveedores de salud deberán contar con instrumentos diferentes (kit de herramientas) e información adecuada para explicar los métodos de anticoncepción, para atender a las personas según sus características y lograr un acceso pleno de éstas al goce de sus derechos.

No son necesarios consentimientos informados en anticoncepción a menos que sean procedimientos como la inserción del DIU, implantes subdérmicos, ligadura tubárica o vasectomía. Dichos consentimientos informados deben estar, no sólo en sistemas informáticos, sino también en formato accesible (video LSU, lenguaje sencillo, pictogramas, versión accesible a lectores de pantalla) para que todas las personas con discapacidad puedan acceder adecuadamente.

En síntesis, es importante considerar siempre la anticoncepción como un derecho, y como tal respetarlo, sin influenciar las decisiones ni imponer prácticas que contradigan la voluntad de las personas con discapacidad.

NB: Cabe destacar que todavía ocurren casos donde las familias insisten para aplicar anticonceptivos a sus hijas con discapacidad, convencidas de que de esta manera estarán expuestas a menores riesgos de embarazo. Pero, esto no les genera protección sobre violencia o abusos; sino que, por el contrario, la anticoncepción puede enmascarar las relaciones abusivas inhibiendo sus consecuencias (embarazos no deseables ni deseados).

Es de suma importancia respetar la autonomía de decisión de la mujer con discapacidad y sostener ante las familias que la información sobre salud sexual y salud reproductiva es un derecho que aumenta las posibilidades de la propia persona con discapacidad al momento de tomar decisiones, generar conductas de autocuidado y autoprotección.

Hay que considerar que las personas cuidadoras, pueden ser las que ejercen abusos y violencia, incluso sexual, hacia las personas con discapacidad. Su proximidad da acceso a su intimidad, incluso a la información sobre la anticoncepción, lo que posibilita actos violentos menos perceptibles por terceros, incluyendo a profesionales del sector salud.

6.2.5 Maternidad / paternidad, embarazo, parto, puerperio y cuidado de hijos e hijas.

Todas las personas con discapacidad tienen el derecho de ser madres o padres, si así lo desean, y gozar de una experiencia de embarazo, maternidad/paternidad, parto y cuidado de sus hijos completa y digna.

Durante toda la experiencia, desde el embarazo hasta el puerperio, es importante que el equipo de salud interactúe directamente también con

el/los progenitor/es con discapacidad, en caso de pareja con y sin discapacidad.

Durante el embarazo es recomendable:

» Considerar el asesoramiento pre-gestacional; las condiciones para un mejor desarrollo del embarazo, tomando en cuenta la edad de la gestante y los riesgos propios para la situación de la mujer, así como los riesgos asociados a su discapacidad.

Cabe destacar que la situación de discapacidad per se, no es condición de riesgo para el embarazo.

» Al igual que con todas las mujeres, hay que promover un control adecuado del embarazo en todas sus etapas, facilitando la participación en la consulta de aquellas personas que contribuyan a promover una experiencia disfrutable y una atención de calidad.

» El control del embarazo debe estar apoyado por el uso de nuevas tecnologías, sin volverlo extremo.

» Hay que incluir las clases de preparación para el parto y el nacimiento en condiciones accesibles, evacuando dudas y faltas de información previas, para así bajar al mínimo la ansiedad de la pareja parental. Si en estas instancias se utilizan videos u otros formatos de comunicación, deberán tomarse en cuenta las recomendaciones sobre accesibilidad universal. En este mismo sentido, será oportuno el ingreso de asistentes personales o Intérpretes de LSU en los casos que la pareja parental lo requiera.

Durante el parto es recomendable:

» Para la atención de personas con discapacidad visual, tener en cuenta que el tacto y la voz juegan un rol fundamental. Es importante describir previamente –o en tiempo real- los procedimientos que se realizarán y los diferentes entornos; incluyendo nombrar qué profesionales están presentes.

» Al nacimiento del bebé, es importante describir a la madre (o a la pareja si esta tuviese discapacidad) lo que va ocurriendo durante la llegada de su hijo/a, usando datos objetivos como color del pelo, tamaño, tono de la piel, etc.

» Para la atención de personas con discapacidad auditiva es obligación facilitar el ingreso del/la intérprete LSU durante todo el trabajo de parto, para que pueda establecerse una relación de confianza (mejor aún, sería poder contar con la misma intérprete o mediadora que les hubiera previamente acompañado durante el embarazo).

La intérprete LSU no debe ser considerada como un acompañante, sino como un canal de comunicación entre la paciente y las demás personas. Es un recurso humano profesional que garantiza la comunicación. La Intérprete no sustituye a la persona acompañante de la mujer, por lo que no cabe considerar su sustitución.

No es necesario en ningún caso retirar audífonos que use la paciente durante el parto.

La información sobre el proceso de parto y nacimiento debe tener las mismas características de las demás mujeres, sin omitir o modificar información con el argumento de simplificar su comprensión.

Puerperio

Es clave incorporar en la comunicación para esta etapa los elementos de accesibilidad antes sugeridos. Es necesario tomar en cuenta que los objetos a manipular en esta etapa (pañales, mamaderas, etc.) no cuentan con señales táctiles, por lo que será conveniente acordar formas de uso con las personas con discapacidad visual involucradas en la crianza (medición de preparados, conteo de gotas, termómetros sonoros, baby calls con vibración y/o señales lumínicas, además de audibles).

En el caso de las personas con discapacidad intelectual es importante tener presente que estos objetos no son de uso cotidiano, por lo que debe

explicarse la forma de uso y adecuado manejo de cada uno.

Cuidado de hijos e hijas

Todas las personas precisan el apoyo de las familias o de otras personas para el cuidado de los/as hijos/as. Esto es igual para las personas con discapacidad; por ello no puede decirse que la necesidad de contar con otras personas para la asistencia en la crianza sea sinónimo de que estén incapacitadas para el cuidado de los niños y las niñas.

En esta sección se presentan algunas “recomendaciones” sobre como el personal de salud puede explicar a las parejas parentales, según el tipo de discapacidad, los cuidados básicos y de alimentación de su hijo/a.

Particularmente en este tema, el personal de salud debe ser claro y tomar el tiempo necesario para asegurar que las indicaciones sean comprendidas por las parejas con discapacidad.

Discapacidad visual

A las personas con discapacidad visual se le debe permitir seguir con sus manos la forma de alcanzar la posición óptima del bebé para el amamantamiento y el agarre adecuado al pecho. Igualmente, se debe promover que la persona ciega siga con sus manos los movimientos a realizar en las actividades para el cuidado y limpieza del ombligo del bebé hasta que este se caiga, así como la forma en la que se debe bañar o cambiar los pañales al bebé.

Discapacidad auditiva

Para la madre – o pareja parental – con discapacidad auditiva se debe explicar los cuidados anteriormente mencionados en un lenguaje sencillo y en presencia de intérprete de LSU y/o del mediador/a.

Si no conocen la lengua de señas, debe promoverse la presencia de la dupla mediador/a e intérprete; cuando no es posible, las indicaciones deben realizarse igualmente en lenguaje sencillo y mirando la cara de las personas sordas para que puedan apoyarse, si les es posible, en la lectura de labios (en este último caso se debe recordar hablar con normalidad, sin gesticular demasiado la pronunciación de las palabras y sin gritar).

Discapacidad intelectual y discapacidad psicosocial

Para las personas de estos colectivos, agrupados con el único fin de estas recomendaciones, estas mismas indicaciones deben ser dadas en lenguaje sencillo, generando el espacio para que la pareja parental pueda relatar las indicaciones recibidas. Esto permitirá comprender si el personal de la salud fue suficientemente claro o si es necesario reformular las orientaciones sumando formas de comunicación alternativa como dibujos, gestos, desarrollo de actividades, etc.

6.2.6 Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

La Ley N.º 18.987 sobre IVE, fue aprobada en 2012. Allí se establecen conceptos relevantes para este documento, que busca visibilizar la importancia de la accesibilidad de los servicios de salud; en particular los servicios de salud sexual y reproductiva, con énfasis en las actitudes de su personal.

Por ejemplo, el Estado debe garantizar el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población.

Además, se explicita que esta política “no constituye un instrumento de control de los nacimientos”. En aspectos más concretos, se garantiza la confidencialidad de la identidad de la mujer y de todo lo que ésta manifieste en la consulta con el equipo de salud.

También, se define que en casos de mujeres declaradas como incapaces judicialmente, la IVE “requerirá el consentimiento informado de su curador y venia judicial del Juez competente”. Por tanto, debe quedar en claro que esta disposición es específica para este grupo de personas (mujeres declaradas por un Juez como “incapaces”). Nunca puede entenderse que esta condición alcanza al universo de las personas con discapacidad.

Es así que todas las mujeres deben ser asistidas según la ruta que establece esta ley, incluidas las mujeres en situación de discapacidad. Se debe respetar la autonomía de decisión de la mujer: es ella quien, con información completa y accesible, debe decidir sobre la IVE.

6.2.7 Prevención cáncer genito-mamario

Es importante brindar información clara, completa y accesible sobre las técnicas de diagnóstico precoz del cáncer genital-mamario. La colpocitología oncológica (PAP) debe informarse con los medios adecuados para una comunicación accesible sobre la técnica y su objetivo.

En caso de mujeres usuarias de silla de ruedas o con condiciones que no permitan una adecuada abducción de los miembros inferiores, la toma de la muestra será aconsejable realizarla con medios diferentes (por ejemplo, la pipeta, siempre explicando cuál es la técnica y en qué consiste). También puede ser factible incorporar el autotest de HPV, donde la mujer con un guante elaborado para la detección de HPV, realiza ella misma la toma.

Para lograr realizar las mamografías, se vuelve aconsejable contar con mamógrafos en los que el vástago se adapte para realizar tomas en pacientes sentadas o bajas de estatura.

6.2.8 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

El sector salud promueve la adopción de todas las medidas necesarias, de acuerdo a la mejor evidencia científica existente, para evitar las infecciones de transmisión sexual, mejorar el uso de métodos de barrera, identificar violencia sexual, etc.

Será imprescindible contar con materiales accesibles para brindar la información adecuada y clara para las personas con discapacidad.

Es importante insistir en:

-identificar la vigencia del preservativo como método de barrera (seguridad). Es importante tomar en cuenta que esta información no es accesible para personas con discapacidad visual;

-educar acerca de cómo identificar las buenas condiciones del preservativo a través del tacto (por ejemplo, que el envoltorio cerrado contenga aire, que el preservativo se deslice dentro del mismo revela que está bien lubricado y en condiciones de uso seguro).

Será importante recurrir a diversas formas de comunicación, folletos, libros de prevención o audiovisuales (que puedan reproducirse en celulares) que sean accesibles para personas con discapacidad.

En su gran mayoría, estos materiales están en un formato estándar, de difícil acceso o comprensión. Será oportuno que, cuando se opte por esta forma de difusión y divulgación se prevea la elaboración de versiones accesibles: Sistema Braille, macro tipos, videos LSU, lenguaje sencillo y con pictogramas o gráficos sencillos que apoyen los mensajes.

Es importante tener en cuenta que el abuso puede ser diagnosticado también en personas con discapacidad. En estas situaciones se debe tener presente la indicación de profilaxis post exposición, de acuerdo a las pautas nacionales.

Como ha sido expresado, las personas con discapacidad pueden estar más expuestas a adquisición de VIH. Existen menos materiales y recursos educativos adecuados a esta población, a lo que se suma mayor exposición a situaciones de abuso sexual y, muchas veces, condiciones de exclusión social y enormes barreras para la enunciación, Credibilidad y denuncia de estas situaciones.

Cuando una persona con discapacidad vive con VIH se enfrenta a un doble estigma, reforzando su condición de fragilidad ante la reiteración de vulneración de derechos y obstáculos para su comunicación y atención pertinente. Si bien la indicación de tratamiento antirretroviral sigue los mismos principios generales que el resto de la población, se debe poner especial énfasis en conocer las características de la persona y sus posibilidades de adherir a los tratamientos.

Optar por regímenes de tratamiento sencillos, utilizando co-formulaciones de preferencia de un comprimido único o al menos una posología de una sola toma diaria puede ser útil en aquellos casos en que se detecten dificultades para agregar actividades a su rutina o dificultades para memorizar procedimientos y/u horarios específicos para el tratamiento.

7. VIOLENCIA DE GÉNERO Y OTROS TIPOS DE VIOLENCIA HACIA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

7.1 Consideraciones sobre violencia hacia personas con discapacidad

La violencia puede llegar a ser una grave violación de los derechos humanos y constituye un problema de salud pública.

Las personas con discapacidad, especialmente las que están en situación de dependencia severa y que viven en situaciones de vulnerabilidad, representan un grupo con un altísimo riesgo de sufrir algún tipo de violencia.

Esto, está directamente relacionado con una serie de factores que incrementan su dependencia respecto de otras personas: barreras físicas, de comunicación, de información y de actitudes, que limitan su autonomía en todos los aspectos, incluidas las posibilidades para reconocer las situaciones de violencia y denunciarlas; normativas que permiten la declaratoria de incapacidad, lo que implica la privación de la capacidad jurídica; el temor a denunciar un abuso institucional, por miedo a perder el acceso a la prestación o al servicio de salud; el temor a ser internados/as si se denuncian abusos en el seno del hogar.

NB: Es fundamental considerar que muchos casos de violencia hacia personas con discapacidad son perpetrados por las personas más cercanas a ellas: miembros de la familia, cuidadores, parejas, etc.

Las consultas médicas son, a menudo, las únicas ocasiones para que las personas con discapacidad puedan salir del hogar y enunciar esta situación.

Sus potenciales agresores pueden, dadas las barreras para acceder a los servicios de atención en salud, acompañarles e in-

gresar en los espacios de consulta impidiendo un diálogo privado con las y los profesionales de la salud, anulando la única chance de pedir ayuda externa. Esto limita las posibilidades de denuncia o de detección del abuso.

Todos estos factores, ponen a las personas con discapacidad en una situación de mayor riesgo o de privación de sus derechos. Asimismo, estos factores pueden conducir a la impunidad de los agresores y/o a la invisibilidad de estas graves situaciones. Estas condiciones dan lugar a la persistencia de la violencia durante períodos prolongados, con daños muy severos y complejos procesos de recuperación de la salud y de las condiciones plenas para el ejercicio de todos los derechos.

En muchos casos, la persistencia y naturalización de los estereotipos que fundan las barreras actitudinales impiden la detección y reconocimiento de los indicios de violencia en la vida de las personas con discapacidad aumentando el riesgo. Tanto los profesionales y técnicos/as como las familias y las amistades deben realizar el ejercicio de identificar y desnaturalizar las preconcepciones y los estereotipos sobre discapacidad, para así colocar a la persona en el lugar de sujeto con derecho a una vida libre de violencia.

Las personas con discapacidad, y especialmente las mujeres con discapacidad, estuvieron totalmente invisibilizadas en las políticas nacionales de prevención, detección e intervención en situaciones de violencia hasta la aprobación de la Ley N.º 19.580 (diciembre 2017), que identifica a las mujeres con discapacidad como una población objetivo de las políticas de prevención, atención, protección, sanción y reparación a las situaciones de violencia:

“Artículo 1 (Objeto y alcance). - Esta Ley tiene como objeto garantizar el efectivo goce del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia

basada en género. Comprende a mujeres de todas las edades, mujeres trans, de las diversas orientaciones sexuales, condición socioeconómica, pertenencia territorial, creencia, origen cultural y étnico-racial o situación de discapacidad, sin distinción ni discriminación alguna. Se establecen mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección, sanción y reparación.”

En este contexto, **el primer nivel de atención del sistema de salud tiene un rol clave en la implementación de estas políticas de atención.** Es fundamental que las instituciones y el personal de salud incluyan a las personas con discapacidad entre sus prioridades al momento de implementar acciones para detectar situaciones de violencia. Estas acciones se orientarán de acuerdo a los Protocolos para el abordaje de situaciones de violencia existentes en cada institución, teniendo presente la accesibilidad al abordar la atención de niñas, niños, adolescentes y mujeres adultas, de forma de garantizar el acceso pleno a la atención en salud.

Las acciones interinstitucionales han promovido información, formación e instrumentos para mejorar las condiciones de atención a las personas con discapacidad, evolucionando hacia una atención accesible, sin discriminación y sin violencia.

Es importante que el equipo de Salud pueda distinguir una situación de violencia hacia una persona con discapacidad, detectar conductas violentas que la persona que cuida pudiera presentar por estrés o burn out. Estar atentos a ellas puede facilitar la detección de situaciones complejas. En ningún caso se puede minimizar, ignorar, justificar ni omitir la indagación frente a las mismas.

Otra particularidad en las situaciones de violencia hacia las personas con discapacidad observada es la percepción por parte de abusadores o agresores de que las personas con discapacidad son incapaces de revelar el abuso y acusarles, lo que aumenta la sensación de impunidad.

A nivel institucional circula también el mito de que las personas con discapacidad son menos sensibles al dolor, o que están acostumbradas a un trato distante e inconsulto, dadas sus características y su dependencia de terceros.

Esto muchas veces encubre la violencia institucional que se ejerce cuando se deposita la responsabilidad de el acceso o la atención en las propias personas con discapacidad o sus familias. La falta de accesibilidad, así como el trato personal basado en estereotipos es una forma de violencia institucional que genera discriminación y aumenta los riesgos para la persona con discapacidad.

En un estudio realizado en Montevideo donde se explora el acceso de las mujeres con discapacidad a los servicios de salud sexual y reproductiva se detectó que el 84% de las mujeres mayores de edad que alguna vez concurrieron a un servicio de estas características no volvieron a consultar. Las mujeres consultadas explicaron oportunamente que no habían vuelto a las consultas por el trato recibido en el lugar.

Esto indica claramente que es clave incorporar accesibilidad tanto en los entornos como en el trato que se dispensa a las personas con discapacidad, en particular a las mujeres con discapacidad.

Asumir el modelo social de la discapacidad, con un enfoque de derechos humanos es la estrategia apropiada para detectar y eliminar las diferentes barreras en los servicios de salud.

7.2. Violencia de género hacia mujeres con discapacidad

Los datos estadísticos sobre discapacidad en Uruguay son bastante escasos y difícilmente comparables, dado que han sido recogidos a través de fuentes con criterios diversos. La información más reciente (relativa al Censo de Población 2011 Uruguay) indica un porcentaje de 15,9% de personas que viven con algún tipo de discapacidad en el País. Más de la mitad de éstas, es decir alrededor de 350.000 personas, son mujeres y niñas¹. Uruguay ratificó la CDPD hace diez años, lo que significó un gran

1 - INE, con el apoyo de Mides a través de Inmujeres y Pronadis, está realizando la EVBG donde por primera vez se consulta específicamente a mujeres con discapacidad.

paso para instrumentar políticas públicas con un marco normativo amplio y que garantiza los derechos de las personas con discapacidad.

Este avance ha sido progresivo, pero aún su aplicación resulta limitada en muchísimos aspectos; en especial los relacionados a promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres con discapacidad.

La falta de entornos e información accesibles influye fuertemente sobre la calidad de vida, tanto de las jóvenes uruguayas con discapacidad como de las niñas y mujeres en esta situación. Estas barreras menoscaban los derechos sexuales y reproductivos, limitando su autonomía para decidir sobre su goce y pleno disfrute; incluyendo las consultas accesibles en salud y la atención ginecológica y los estudios clínicos y paraclínicos específicos.

Las causas estructurales de la situación que se ha descrito tienen raíces profundas en las aptitudes de la sociedad hacia la discapacidad, y su interseccionalidad con la cultura patriarcal: el enfoque de derechos humanos, promocionado por la CDPD y formalmente adoptado por el Estado uruguayo, no ha sido suficientemente incorporado en las prácticas sociales. La discriminación interseccional discapacidad, género, etnia-raza, pobreza, etc.- sostiene la situación de invisibilidad y subordinación - incluso económica - de las mujeres con discapacidad.

Esta discriminación interseccional así conceptualizada permite evidenciar las causas que limitan el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad.

En primer lugar, las creencias en relación a que son seres asexuados, eternas niñas, o incapaces de una maternidad positiva o de decidir en términos de anticonceptivos, permanecen consolidadas en el entorno uruguayo, determinando desinformación en materia de salud sexual y reproductiva, paternalismo sobreprotector, o ideas vinculadas a la afectación de la descendencia que por tanto deberá suprimirse o a la necesaria des-

vinculación de sus hijos e hijas.

En segundo lugar, el acceso a los servicios de salud, primera puerta para asegurar la salud sexual y reproductiva se ve obstaculizado fuertemente por barreras (físicas, de información, de comunicación y especialmente actitudinales), que parten de la concepción y estrategias de diseño y armado de las propuestas de salud.

Respecto a este punto, cabe destacar la diferente percepción de las usuarias con discapacidad y del personal de salud entrevistadas/os en el Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo de 2011: mientras que la mayoría del personal de salud reconocía la falta de accesibilidad física, pero se decía satisfecho de las capacidades en comunicación, aptitudes de los equipos de trabajo, y material informativo accesible, las usuarias expresaban carencias e insatisfacción en todos estos aspectos.

En tercer lugar, la falta de datos desglosados (por sexo, edad, condiciones económicas, sociales y geográficas, educación, tipo de discapacidad, etc.) limita fuertemente el conocimiento sobre la problemática y los contextos y la identificación de soluciones adecuadas y durables.

En Uruguay, así como a nivel mundial, se evidencia la dificultad relacionada a acordar una definición común de discapacidad entre los diferentes mecanismos de relevamiento de datos, determinando así criterios de recolección y análisis diferentes y no comparables.

A nivel programático, se evidencian causas más estrechamente vinculadas con las limitaciones 'técnicas' que impiden a las mujeres gozar plenamente de sus derechos sexuales y reproductivos, es decir: la falta de información accesible (con varias metodologías de comunicación para abarcar todo tipo de discapacidad, condición social y nivel educativo, incluso intérpretes de lengua de señas uruguaya y mediadores/as de esta lengua); la escasa preparación del personal sanitario en abordar la temática de la discapacidad y el trato adecuado a las usuarias (a menudo, sobretudo en caso de discapacidad intelectual, la persona con discapacidad

no se coloca en el lugar protagónico de la consulta o de la atención, aún cuando está presente), el hecho de que los servicios de respuesta ante situaciones de violencia no sean accesibles (físicamente, por dificultades de comunicación, etc), cerrando así una puerta que permitiría un acercamiento para algunas personas; y la falta de información adecuada para sensibilizar el entorno familiar y social sobre la autonomía de derecho y decisión de los sujetos con discapacidad.

Los efectos inmediatos de esta situación son por un lado la desinformación que las mujeres sufren, imposibilitando la toma de conciencia y reivindicación de sus derechos, y por otro lado las limitaciones sobre decisiones relacionadas con su propio cuerpo e intimidad. Vinculando estas condiciones con la dependencia psicológica y económica que a menudo oprime a estas mujeres, los efectos secundarios pueden ser muy graves: una mayor exposición a violencia basada en género-VBG²; controles inadecuados antes, durante y después del embarazo; lo que puede transformarse en la imposibilidad de criar sus propio/as hijos/as, porque son consideradas incapaces de hacerlo³; y un acceso limitado al uso de anticonceptivos o, aún peor, la completa denegación de ejercer su poder de decisión, subyaciendo a decisiones (a veces extremas, como la esterilización) de otras

2 - Aunque falten datos específicos sobre la prevalencia de VBG contra mujeres con discapacidad, el personal de los servicios de apoyo, así como el Pronadis – Programa Nacional de Discapacidad – confirman que los casos de VBG contra mujeres con discapacidad son muy frecuentes, y las capacidades para atenderlas correctamente y completamente muy limitadas

3 - El personal de los servicios de apoyo y de los institutos de acogida de mujeres en situaciones de vulnerabilidad revelan varios casos de separación de bebés de madres con discapacidad – sobretodo intelectual o psico-social – al nacimiento, aun cuando esto esté prohibido por el art. 23, par. 4 de la CDPD. El Pronadis lleva adelante un Proyecto piloto, denominado “Aguilar”, en el que se ofrece vivienda con apoyos para mujeres con discapacidad que desean ejercer el derecho a criar a sus hijos e hijas, promoviendo la autonomía de estas mujeres hasta lograr la consolidación de un proyecto de vida para ellas y su familia.

personas⁴.

7.3 Características de la violencia hacia personas con discapacidad

La violencia que viven las personas con discapacidad presenta varias características:

- » Su situación de dependencia de la asistencia y cuidado de otras/os, en muchos casos de quien les maltrata, fomenta sentimientos de sumisión y miedo a denunciar por la posibilidad de pérdida de los vínculos y la provisión de cuidados. Se debe diferenciar en estos casos, violencia de conductas agresivas por estrés de la persona que cuida, sin justificar o dejar de lado esta situación violenta.
- » En muchos casos, el contexto familiar omite o naturaliza el trato violento, porque reconocerlo implicaría modificar la situación, extendiendo y redistribuyendo las responsabilidades de cuidados entre otros integrantes.
- » Dificultad para ser conscientes de que están sufriendo malos tratos y asumir su condición de víctimas. El sentimiento de aceptación o merecimiento de una acción violenta o abusiva perpetrada hacia estas personas forma parte de la percepción errónea que en numerosos casos se tiene de la vivencia de la propia discapacidad. Las propias personas con discapacidad naturalizan el trato recibido y suelen desestimar que se trata de comportamientos violentos o abusivos, denunciables y que violan sus derechos humanos. Las personas con discapacidad intelectual suelen establecer vínculos de confianza aún con desconocidos y presentan más difi-

4 - Los casos de esterilización forzada de mujeres con discapacidad psíco-social o intelectual continúan siendo reportados en la actualidad como práctica constante en los institutos de acogida, aunque totalmente prohibidos por el art. 23 par c. de la CDPD, tanto como lesión de derechos personalísimos, como por incrementar el riesgo de abusos sexuales.

cultades para identificar conductas violentas o abusivas; dado que no han recibido la suficiente información y experiencias de relacionamiento social frecuente y oportuno. A menudo tienen limitaciones para comprender la situación de violencia en la que viven a diario.

» El grado de apoyos necesarios o tipo de discapacidad pueden conllevar dificultades de comunicación. Aún teniendo un nivel alto de comprensión, estas personas pueden presentar problemas para manejar la distancia social y los afectos, por lo que el/la abusador/a puede acusarlos/las, en caso de abuso sexual, de que el contacto fue querido, buscado y provocado por la víctima, como una característica más de su discapacidad.

A las mujeres con discapacidad, se les cuestiona la credibilidad de sus relatos acerca de la violencia respecto a las sin discapacidad, tienen menor credibilidad a la hora de denunciar abusos, sobre todo en caso de personas con dificultades comunicacionales o discapacidad psicosocial.

» Menor posibilidad de defensa frente a la persona agresora. La severidad de una limitación y el aislamiento o la falta de habilitación o rehabilitación pueden generar situaciones de grave indefensión. En el caso de personas con discapacidad auditiva, por ejemplo, la persona tendrá dificultades para estar prevenida y anticiparse a la acción por no escuchar la llegada del agresor/a; en el caso de una discapacidad visual, entre otras posibilidades y a modo de ejemplo tendrá limitaciones para localizar y conocer los gestos de la persona agresora y poder defenderse actuando en consecuencia.

» Mayores barreras para el uso fácil y práctico de la comunicación, la información y las nuevas tecnologías.

» Mayor riesgo de explotación sexual, tanto por la ausencia de alarmas sociales o por no poder prescindir de lo que consigue a cambio; así como las dificultades para poder elaborar la demanda y construir las formas de salida de la situación.

- » Dificultad “moral” de la sociedad en reconocer que una persona con discapacidad haya podido ser objeto de violencia o abuso.
- » Fuertes barreras para decidir dónde y con quién vivir o cambiar voluntariamente de residencia, lo que conlleva a vivir frecuentemente en entornos que pueden favorecer situaciones de violencia: situaciones familiares complejas, instituciones, residencias, establecimientos de reclusión y hospitales.

- » La desigualdad de género, sobre todo hacia mujeres y niñas, junto con la discriminación por discapacidad, crea nuevas y múltiples formas de violencia que pueden ser extremadamente graves y suelen quedar invisibles ante las respuestas institucionales.

- » La falta de acceso a la educación sexual de las mujeres y las niñas con discapacidad, erróneamente percibidas como seres asexuados, las expone a un mayor riesgo de violencia sexual contra ellas, dado que no pueden identificar los comportamientos inapropiados o abusivos.

- » La discriminación interseccional por género y por discapacidad contribuye también a la reproducción del estereotipo de las mujeres y las niñas con discapacidad como personas carentes de inteligencia, sumisas y tímidas. Eso, a su vez, conduce a la falta de credibilidad cuando se denuncia un abuso, lo que supone en consecuencia un riesgo mínimo de que los responsables sean identificados y sancionados.

- » Se ha demostrado que algunos tipos de discapacidad están directamente relacionados con distintas formas de trata de personas (a fines sexuales, a fines de mendicidad forzada y prácticas de explotación laboral). Personas con discapacidad motriz o discapacidad visual, en particular mujeres y niñas, son forzadas a mendigar, dado que las discapacidades visibles pueden despertar más compasión entre las personas.

Existen una serie de mitos, además de los ya explicitados, que se insertan en nuestra cultura y se transforman en sentido común, que humillan y afectan la identidad de las personas con discapacidad favoreciendo situaciones de violencia⁵:

- » Mito de la deshumanización: se las trata como seres de inferior categoría, seres en estado vegetativo, que no son capaces de sentir.
- » Mito de la mercancía dañada: consideración de la persona con discapacidad como una mercancía defectuosa y, por tanto, de menor valor.
- » Mito de la insensibilidad al dolor.
- » Mito de la amenaza de la discapacidad: son percibidas como peligrosas, como una amenaza a la sociedad, especialmente las que están en una situación de discapacidad psicosocial.
- » Mito de la indefensión: imagen de ser débil que propicia el transformarse en víctima, construida a partir de las expectativas empobrecidas de sus entornos.
- » Mito de ciudadanos de segunda clase: creencia de que una persona por su discapacidad no puede ejercer los mismos derechos ciudadanos que las demás personas. Por ejemplo: gestionar préstamos bancarios, optar a cargos laborales de toma de decisiones, elegir su propia carrera universitaria según sus preferencias, etc.

5 - Extraído del Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, ONU (2012).

7.4 ¿Qué tipos de violencia sufren las personas con discapacidad?

La violencia contra las personas con discapacidad puede adoptar diferentes manifestaciones, como ocurre en todas las personas. Se puede distinguir entre Violencia, entendida como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder”, o sea una acción o conducta que cause o pueda causar lesiones y hasta la muerte, como define la OMS, y la omisión de atención a las necesidades, siempre que existan las condiciones o recursos para brindarla.

La Ley N.º 19.580, de Violencia hacia las mujeres basada en género, especifica claramente los distintos tipos de violencia; aunque sin definir particularmente la violencia por discapacidad, la ley transversaliza la discapacidad en todos los tipos de violencia. En la tabla debajo se hace referencia a los tipos de violencia más relacionados con el área de la salud sexual y la salud reproductiva.



VIOLENCIA

El epicentro de toda la violencia está en el ejercicio del abuso de poder sobre la víctima, con el objetivo de someter, dominar y controlar.

Violencia interpersonal:

- Violencia física
- Violencia emocional o psicológica
- Violencia sexual
- Violencia económica

Violencia por omisión o negligencia:

Se refiere a aquellos actos que por negación o por omisión, siempre que estén dadas las condiciones para brindar el cuidado, tienen como resultado la generación de un daño físico o psicológico. Para configurarse debe existir la posibilidad de satisfacer las necesidades de la persona y no hacerlo de manera intencional y deliberada.

Dos de sus categorías más importantes son:

- Abandono físico
- Abandono emocional

Violencia física

Refiere a cualquier acción directa o indirecta que dañe a integralidad corporal, la vida, salud o bienestar de las personas con discapacidad provocando dolor, sufrimiento innecesario o una deficiencia en la salud.

Manifestaciones:

- Agresión corporal.
- Administración de fármacos de forma injustificada.
- Restricción de la movilidad.

Señales de alarma:

- Estado de sedación, nerviosismo.
- Disfunción motora ajena a la deficiencia.

Violencia por abandono físico

Supone la negación o privación de los aspectos básicos necesarios para el mantenimiento correcto del organismo en lo relativo a su salud, higiene y apariencia.

Manifestaciones:

Señales de violencia física:

- Marcas en muñecas y tobillos, fracturas, mordiscos, lesiones internas, quemaduras, entre otras.
- Deterioro de su capacidad física residual

Violencia psicológica o emocional

Refiere a una pauta de comportamiento que resulta en un daño en el bienestar y equilibrio emocional de la persona con discapacidad. Esto está reflejado en el artículo 6 de la Ley N.º 19.580: "Toda acción, omisión o patrón de conducta dirigido a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte su estabilidad psicológica o emocional".

Manifestaciones:

- Aislamiento, prohibiendo o limitando el acceso a medios de comunicación y/o de información, a la educación, así como a relaciones con familiares de fuera del

- Negligencia en la alimentación.
- Abandono en la atención personal.
- Abandono en la higiene.
- Falta de supervisión.
- Maltrato, golpes, aislamiento, etc.
- Las mujeres y las niñas con discapacidad, especialmente aquellas con discapacidad intelectual, están más expuestas/os a la vulneración de sus derechos; en especial a
- la esterilización forzada y ciertos tratamientos médicos, como la administración de fármacos y electrochoques¹.

Señales de alarma:

- Desnutrición.
- Enfermedades frecuentes ajenas a la discapacidad.
- Vestuario inadecuado en relación al sexo, al tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona.
- Ropa sucia.
- Largos periodos sin acompañamiento.
- Problemas físicos agravados por falta de tratamiento.

1 - Idem

hogar y vecinos/as. Prohibiendo o limitando el acceso a los servicios de salud sin supervisión.

- Negación de información u omisión de datos o aspectos de la realidad; o su distorsión o falsedad.
- Maltrato verbal mediante insultos, críticas constantes, ridiculización (de sus opiniones, de su cuerpo, de su forma de vestir), castigos en presencia de otros.
- Sobreprotección.
- Inhabilitar su autonomía y/o su capacidad de decisión (opinar, hablar o tomar decisiones por ella).
- Intimidación, chantaje emocional.

Señales de alarma:

- Depresión en sus diferentes grados hasta el Intento de autoeliminación
- Dificultades de comunicación e interrelación, aislamiento.
- Inseguridad, baja autoestima.

Violencia sexual

Refiere a acciones que suponen una agresión sexual hacia las personas

Violencia por abandono psicológico emocional.

Refiere a aquellos actos que niegan o privan de atención, consideración y respeto hacia el género u orientación sexual de la persona con discapacidad.

Manifestaciones:

- Ignorar su existencia.
- No valorar su opinión.
- La no interacción.
- Avergonzarse de su existencia.
- Ausencia de motivación por su desarrollo personal.
- Escasa o nula participación en actividades familiares, sociales.
- Retención de medicamentos y dispositivos de apoyo (como sillas de ruedas, aparatos ortopédicos y bastones blancos o verdes) y de los dispositivos de asistencia en la comunicación
- Supresión de rampas o dispositivos de movilidad;
- Negativa de parte de los cuidadores a prestar asistencia en actividades de la vida diaria (levantarse o acostarse, salir de su cuarto o domicilio, baño, vestido y alimentación, por ejemplo);
- Denegación de agua o mentos o

con discapacidad, que pueden resultar en un daño físico-emocional (cuando el abuso es de larga data, puede no visualizarse un daño corporal).

El artículo 6 de la Ley N.º 19.580 establece consideraciones específicas y abarcativas sobre la violencia sexual: "Toda acción que implique la vulneración del derecho de una mujer a decidir voluntariamente sobre su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio y de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada y la trata sexual. También es violencia sexual la implicación de niñas, niños y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a aquellos, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza o cuidados que lo une al niño o niña, por su ubicación de autoridad o poder. Son formas de violencia sexual, entre otras, el abuso sexual, la explotación sexual y la utilización en pornografía".

amenazas en ese sentido;

- Agresión verbal y ridiculización por alguna característica propia o relacionada a la discapacidad;
- Daño o amenaza de causar daño, matar o llevarse las mascotas o la destrucción de objetos;
- Manipulación psicológica, y el control del comportamiento restringiendo el acceso a la familia, a los amigos o a las llamadas telefónicas².

2 - Idem

Manifestaciones:

- Penetración (vaginal, anal u ora
- Vejación sexual.
- Estimulación por medio de caricias y besos
- Exposición a pornografía

Señales de alarma:

- Lesiones en genitales.
- En situaciones de violencia sexual crónicas puede no existir signos clínicos genitales claros
- Miedo a relacionarse con ciertas personas.
- Embarazos no deseados.
- Infecciones de Transmisión Sexual.

Violencia económica:

Violencia patrimonial y violencia en al ámbito laboral. Se trata de acciones que suponen la privación de derechos y control sobre las propiedades, el dinero propio o de uso familiar. Se entiende también como violencia económica o patrimonial forzar a las personas con discapacidad a realizar actividades lucrativas para terceros mediante la utilización de su imagen.

Manifestaciones:

- Uso de personas y niñas/os con discapacidad para el ejercicio de la mendicidad.
- Utilización de la mujer con discapacidad en tareas mal remuneradas y vinculadas al empleo clandestino.
- Limitar el acceso a la información y gestión de la economía personal.
- Usar el dinero como penalización.
- Negación familiar del acceso a recursos económicos externos (trabajo, becas, etc.)

Señales de alarma:

- Excesiva dependencia de terceros.
- Escasas expectativas sobre sí misma y su proyección personal o profesional

Violencia por prejuicio hacia la orientación sexual, identidad de género o expresión de género.

El artículo 6 de la Ley N.º 19.580 la define como: "Es aquella que tiene

como objetivo reprimir y sancionar a quienes no cumplen las normas tradicionales de género, sea por su orientación sexual, identidad de género o expresión de género”.

Violencia obstétrica.

Es toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo, así como el uso abusivo de técnicas y procedimientos invasivos.

7.5 Recomendaciones al momento de atender a personas víctimas de violencia o sospechar casos de violencia

- » Garantizar la confidencialidad.
- » Se ofrecerá la consulta a solas entre la persona con discapacidad y el equipo de salud.
- » Asegurar y enfatizar que lo ocurrido no es culpa de la persona y que ninguna persona merece atravesar una situación de violencia.
- » Informar sobre los servicios disponibles (ante la duda consultar con los protocolos de atención, de forma de brindar información veraz sobre los servicios disponibles para su atención).

- » Si es niño, niña o adolescente ayudar a identificar un adulto referente protector; si es adulto ayudar a identificar otros adultos que puedan brindar apoyo. Garantizar comunicación accesible, considerando también LSU, validar y promover la narrativa gráfica, la comunicación alternativa (gestos, representaciones, dibujos, etc.) así como el uso de ejemplos (canciones, cuentos, etc.).
- » No promover el contacto con el agresor, buscando con la víctima soluciones alternativas posibles.
- » Orientar a madre, padre, a familiares o tutores sobre como apoyar y contribuir en la resolución de la situación de violencia, previo acuerdo con la persona con discapacidad.
- » Proponer una consulta para facilitar el seguimiento.
- » Luego de evaluar el riesgo, según las pautas consensuadas en el Consejo Consultivo ¹. Ante situaciones de Alto riesgo deberá intervenir siempre, el Equipo de referencia en Violencia basada en Género y Generaciones.

Evitar por parte del equipo de salud:

- » Múltiples entrevistas y repetición de preguntas por diferentes técnicos (se procura evitar la re-victimización).
- » Derivación a los Equipos especializados sin explicar por qué y para qué la persona fue derivada allí.
- » Generar derivaciones a partir de informes que anticipen la condición

1 - Ministerio de Salud Pública. Manual Clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud. (2019). [En línea] Disponible en: <https://bit.ly/2MCiur0>

de discapacidad bajo el argumento de la falta de formación o preparación para la atención de personas con discapacidad; máxime cuando no se las entrevista personalmente.

- » Preguntas culpabilizadoras o reforzadoras de los estereotipos.
- » Inducción de respuestas o forzar a hablar a la persona sobre lo sucedido cuando aún no siente la confianza y contención para hacerlo.
- » No permitir las expresiones alternativas a la comunicación oral como el uso de LSU, dibujos, representaciones, gestualidades, etc.
- » Pretender, autoritariamente, resolver todos los problemas. Las personas con discapacidad deben participar de la solución a la situación de violencia que viven.

Al momento de abordar la situación de violencia sufrida por las personas con discapacidad, los integrantes del equipo de salud deben recordar las recomendaciones del Manual Clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud "Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual", Uruguay 2018 – Ministerio de Salud. Allí se establece que el apoyo de primera línea comprende cinco tareas sencillas, bajo la nemotecnia ANIMA, que atiende tanto los elementos emocionales y psicológicos, como físicos.

A - Atención al escuchar. Escuche atentamente y con empatía.

N - No juzgar y validar. Muestre que le cree, que la comprende y que no la juzga.

I - Informarse sobre las necesidades y preocupaciones. Identifique y responda a sus necesidades y preocupaciones: emocionales, físicas, sociales y prácticas

M - Mejorar la seguridad. Hable sobre cómo protegerla de más daños.

A – Apoyar a la persona. Póngala en contacto con servicios y apoyo social.

GLOSARIO

Reconocemos las siguientes definiciones y consideraciones:

Personas con discapacidad

“Discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás¹” .

Ajustes razonables

“Las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales²” .

Accesibilidad

“Condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como objetos e instrumentos, herramientas y dispositivos, para hacer comprensible, utilizables y practicables por todas las perso-

1 - Asamblea General de Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Artículo I, Resolución 61/106)

2 - Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (2006). - [En Línea] Disponible en: <https://bit.ly/2MEvgpp>

nas en condiciones de seguridad y comodidad, en la forma más autónoma y natural posible³ . La accesibilidad es un concepto universal, beneficia a todas las personas.

Ayudas técnicas

“Las ayudas técnicas son todos los productos utilizados para mantener o mejorar las habilidades de las personas, de tal forma que promuevan la independencia en todos los aspectos de la vida diaria. Reconocen las desigualdades en las que se encuentran las personas con discapacidad, por lo que procuran compensar o equiparar oportunidades. Debido a la naturaleza dinámica de las personas, pueden variar en el transcurso de la vida de la persona⁴ .

Derechos reproductivos

Estos derechos “se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos⁵ .

3 - Observatorio de la accesibilidad (2004) [en línea]. Disponible en: <https://bit.ly/2KKtZXW>

4 - Programa Nacional de Discapacidad. Ayudas técnicas. [en línea]. Disponible en: <https://bit.ly/2K4SkvT>

5 - ONU. (1995) Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Egipto: El Cairo. Doc., de la ONU A/CONF. 171/13/Rev.1

Sexualidad

“Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano. Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. (...) La sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos⁶” .

Salud Sexual

“Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen⁷” .

Salud Reproductiva

Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados

6 - Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2000)
Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción

7 - Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2000)
Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción

con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia ⁸.

Planificación Familiar

“La planificación de la familia se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia⁹” .

8 - ONU. (1995) Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Egipto: El Cairo. Doc., de la ONU A/CONF. 171/13/Rev.1

9 - Organización Mundial de la Salud. Informe Técnico N° 476. (1970), La planificación de la familia en la acción sanitaria. (En línea) <https://bit.ly/2HgUSEF>

REFERENCIAS

Amuchástegui, A.; Rivas, M. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. Estudios Demográficos y Urbanos, núm. 57. El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México.

Bobbio, Norberto (1990). L'Età dei Diritti. Einaudi.

Caballero, Isabel; Olsen, Griselda; Eiris, Nadia; Irazabal, Antonia; Apud, Fernanda (2017). Género y discapacidad. Una vida sin violencia para todas las mujeres. Lineamientos y recomendaciones.

Center for developmental disabilities studies, new cervical screening program, Preventive Women's Health Care for Women with Disabilities Guidelines for General Practitioners, 2004, Australia.

CEPAL (2013) Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Consenso Montevideo.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo – El Cairo, 1994.
Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer - Beijing, 1995

Domínguez, María Eugenia, Mattioli, Natalia y Sosa, Fernanda (2011). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo. Montevideo Discapacidad.

Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, ONU (2012).

Instituto Uruguayo de Normas Técnicas (2013). NORMA UNIT 200:2013. Accesibilidad de las personas al medio físico. Uruguay. [En Línea] Disponible en: <https://bit.ly/2vZN2IY>

Maxwel (2009). Manual de Salud Para Mujeres con Discapacidad, California, Hesperia.

Meresman, S, Ramos. V & Rossi D. Es parte de la vida. (2011) Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia. [en línea] Disponible en <https://bit.ly/2Q1aoHk>

Ministerio de Salud Pública (2011). Guías para implementar servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud.

Ministerio de Salud Pública (2012). Guía en Salud Sexual y Reproductiva.

Ministerio de Salud Pública (2018). Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual.

Ministerio de Salud Pública (2018). Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales, 2015-2020.

Núñez, S. (2013). Cuidados en Personas con Limitaciones. Uruguay: Asesoría Macro en Políticas Sociales. Mides.

Organización de las Naciones Unidas (1989). Convención sobre los derechos del niño.

Organización de las Naciones Unidas (1995). IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. China: Beijing.

Organización de las Naciones Unidas (1995). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Egipto: El Cairo. Doc. de la ONU A/CONF. 171/13/Rev.1

Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los Derechos de

las Personas con Discapacidad. Artículo I, Resolución 61/106.

Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Protocolo Facultativo. [en línea] Disponible en: <https://bit.ly/2BD71RN>

Organización de las Naciones Unidas (2012). Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A/HRC/20/5. En línea, disponible en <https://undocs.org/es/A/HRC/20/5>

Organización Mundial de la Salud (2014). Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad.




Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, World Report on Disability, Geneva (2011).

Palacio, Agustina (2018). Presentación en Conferencia sobre CDPD, Montevideo

UNFPA. Cinco cosas que no sabías sobre la discapacidad y la violencia sexual. (2018) [en línea] <https://bit.ly/2Q3Tw2R>



Ministerio de Salud Pública

-  Ministerio de Salud - Uruguay
-  @MSPUruguay
-  www.msp.gub.uy

