

# MUJERES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos



© UNFPA noviembre 2018

El contenido de esta publicación está disponible en formatos accesibles.  
Envíenos sus requisitos a la dirección o el sitio que figuran a continuación.

Dirección postal:  
United Nations Population Fund  
Gender, Human Rights, and Culture Branch/Technical Division  
605 Third Avenue  
New York, NY, 10158

Consulta en línea: <https://www.unfpa.org/contact>

# MUJERES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos



## RECONOCIMIENTOS

El trabajo sobre estas directrices fue iniciado, coordinado y desarrollado por Luis Mora (Subdivisión de Género, Derechos Humanos y Cultura del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA), Leyla Sharafi (Subdivisión de Género, Derechos Humanos y Cultura de UNFPA), Stephanie Ortoleva (Women Enabled International, WEI), Suzannah Phillips (WEI), y Anastasia Holoboff Radford (WEI).

El documento final fue escrito por Anastasia Holoboff Radford (WEI, autora principal), Suzannah Phillips (WEI, autora) y Stephanie Ortoleva (WEI, autora), con el fuerte apoyo y la contribución de Leyla Sharafi (Subdivisión de Género, Derechos Humanos y Cultura de UNFPA).

Agradecemos las contribuciones de las siguientes personas para el desarrollo de estas directrices dentro de DAES, UNFPA, UNICEF, UNPRPD/PNUD y OMS.

### DAES

Akiko Ito

### UNFPA

Nigina Abaszade  
Laila Acharai  
Enshrah Ahmed  
Marcia Elena Álvarez  
Erin Anastasi  
Paula Antezana  
Bridget Asiamah  
Pascale Barate  
Neus Bernabeu  
Satvika Chalasani  
Amelia Coleman  
Henia Dakkak  
Upala Devi  
Emilie Filmer-Wilson  
Ingrid Fitzgerald

Won Young Hong  
Benoit Kalasa  
Anneka Ternald Knutsson  
Mohammed Lardi  
Agueda Nhantumbo  
Idrissa Ouedraogo  
Martha Lucía Rubio  
Seynabou Tall  
Akiko Sakauwe  
Anja Sletten  
Lola Valladares  
Nadia Vaz  
Juan Mere  
Mario Vergara  
Jorge Parra Vergara  
Valentina Volpe  
Abdel-Ilah Yaakoubd  
Jihad Zahir  
Ilya Zhukov

### UNPRPD/PNUD

Natalia Mattioli  
Sreerupa Mitra  
Emanuele Sapienza

### UNICEF

Rosangela Berman Bieler  
Anna Burlyaeva  
Gopal Mitra  
Megan Tucker

### OMS

María Alarcos Cieza  
Rajat Khosla  
Berit Sabine Kieselbach  
Claudia García-Moreno  
Megin Reijnders  
Lale Say

Agradecemos a los siguientes expertos por aportar su tiempo y conocimientos a lo largo de la redacción de este documento y como participantes en la *Reunión del Grupo de Expertos sobre el Desarrollo de la Herramienta de Normas e Implementación de UNFPA/WEI para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos y la Violencia basada en Género para Mujeres y Jóvenes con discapacidad*, 6-8 de diciembre de 2016, y/o en las cuatro reuniones en línea del grupo de trabajo:

Ola Abu Alghaib (Leonard Cheshire Disability)  
Ariadna Capasso (Management Sciences for Health)  
Magda Chinaglia (Reprolatina)  
Helene Combrinck (North-West University)  
Margarita Díaz (Reprolatina)  
Carolyn Frohmader (Women with Disabilities Australia)  
Nora Ellen Groce (Leonard Cheshire Disability; University College London)  
Farida Gulamo (ADEMO- Asociación de Discapacitados de Mozambique)  
Emma Pearce (Women's Refugee Commission)

María del Pilar Merizalde (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades)  
Martha Murdock (Management Sciences for Health)  
Doris Rajan (Institute for Research and Development on Inclusion and Society)  
Sarah Shannon (Hesperian Health Guides)  
Amrani Soumia (Consejo de Derechos Humanos de Marruecos)  
Teresa Tudor (Departamento de Servicios Humanos de Illinois)  
Ekaete Umoh (Family Centered Initiative for Challenged Persons)  
Cathy Vaughan, Universidad de Melbourne

# ÍNDICE

## CAPÍTULO 1

<b>Perspectiva general</b> .....	<b>1</b>
1.1 Introducción a las directrices de prestación de servicios basados en derechos en materia de violencia basada en género y salud sexual y reproductiva .....	1
1.2 Marco internacional de derechos humanos para la prestación de servicios basados en derechos en materia de violencia basada en género y salud sexual y reproductiva .....	13

## CAPÍTULO 2

<b>Directrices fundacionales para la acción</b> .....	<b>23</b>
2.1 Introducción .....	23
2.2 Leyes y políticas .....	24
2.3 Programas .....	28
2.4 Instalaciones .....	40

## CAPÍTULO 3

<b>Servicios en materia de violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad</b> .....	<b>49</b>
3.1 Antecedentes .....	49
3.2 Marco de derechos humanos en relación con la violencia basada en género .....	52
3.3 Prevención de la violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad .....	56
3.4 Servicios de salud para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género .....	60
3.5 Servicios de justicia y vigilancia policial para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género .....	64
3.6 Servicios sociales: Servicios de protección para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género .....	69
3.7 Servicios sociales: Servicios de rehabilitación para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género .....	74
3.8 Servicios en materia de violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad que viven en entornos institucionales .....	81
3.9 Acceso a servicios en materia de violencia basada en género para adolescentes y jóvenes con discapacidad .....	86

## CAPÍTULO 4

<b>Servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos para mujeres y jóvenes con discapacidad</b> .....	<b>91</b>
4.1 Antecedentes .....	91
4.2 Marco de derechos humanos en relación con los derechos en materia de salud sexual y reproductiva .....	95
4.3 Información, productos y servicios de anticoncepción para mujeres y jóvenes con discapacidad .....	99
4.4 Servicios de salud materna y neonatal para mujeres y jóvenes con discapacidad .....	107
4.5 Educación sexual integral y servicios de información para mujeres y jóvenes con discapacidad .....	115
4.6 Servicios de información, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH y el sida, para mujeres y jóvenes con discapacidad .....	124
4.7 Acceso a otra información sobre salud femenina y servicios para las mujeres y las adolescentes con discapacidad .....	130
4.8 Acceso a información y servicios de salud para adolescentes y jóvenes con discapacidad .....	139

## CAPÍTULO 5

<b>Glosario y recursos</b> .....	<b>149</b>
5.1 Glosario .....	149
5.2 Recursos .....	154

# Resumen

El siguiente cuadro ofrece un resumen de *Mujeres y jóvenes con discapacidad: Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos*

DIRECTRICES FUNDACIONALES PARA LA ACCIÓN	
<p><b>1. Creación de un entorno legislativo y normativo propicio.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluación y vigilancia del entorno legal</li> <li>b. Defensa legislativa y cabildeo</li> <li>c. Políticas y planes nacionales</li> </ul>	<p><b>2. Desarrollo, implementación y supervisión de programas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Participación de mujeres y jóvenes con discapacidad</li> <li>b. Construcción de la capacidad</li> <li>c. Ejecución de programas</li> <li>d. Servicios disponibles</li> <li>e. Identificación eficaz de las necesidades y derivaciones</li> <li>f. Servicios accesibles/ajustes</li> <li>g. Servicios aceptables</li> <li>h. Servicios de calidad</li> <li>i. Servicios basados en derechos</li> <li>j. Recolección y supervisión de datos</li> </ul>
<p><b>3. Instalaciones accesibles.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificación de obstáculos</li> <li>b. Accesibilidad física</li> <li>c. Accesibilidad sensorial</li> <li>d. Accesibilidad de la información y la comunicación</li> <li>e. Accesibilidad económica</li> </ul>	
Servicios en materia de violencia basada en género	Servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Prevención de la violencia basada en género</li> <li>2. Servicios de salud para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género</li> <li>3. Servicios de justicia y vigilancia policial</li> <li>4. Servicios sociales: servicios de protección</li> <li>5. Servicios sociales: servicios de rehabilitación</li> <li>6. Servicios en materia de violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad en entornos institucionales</li> <li>7. Servicios en materia de violencia basada en género de fácil acceso para adolescentes y jóvenes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Información, productos y servicios de anticoncepción</li> <li>2. Servicios de salud materna y neonatal</li> <li>3. Educación e información sexuales integrales</li> <li>4. Servicios de información, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH</li> <li>5. Acceso a otra información sobre salud y servicios para las mujeres</li> <li>6. Información y servicios de salud de fácil acceso para adolescentes y jóvenes</li> </ul>

## Perspectiva general

### 1.1 Introducción a las directrices de prestación de servicios basados en derechos en materia de violencia basada en género y salud sexual y reproductiva

#### 1.1.1 Introducción

*Mujeres y jóvenes con discapacidad: Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos* pretende proporcionar directrices prácticas y concretas para hacer que los servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva sean más inclusivos y accesibles para las mujeres y los jóvenes con discapacidad y para orientar las intervenciones de manera que satisfagan las necesidades específicas de sus discapacidades.



Estudiantes de Obstetricia durante una sesión de capacitación en Uganda. © UNFPA/Evelyn Kiapi

## ¿Quién es una persona con discapacidad?

‘Persona con discapacidad’ es el lenguaje enfocado en la persona utilizado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas (ONU). La CDPD explica que: «Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás».<sup>1</sup> Estas directrices usan el lenguaje enfocado en la persona utilizado por la CDPD. Sin embargo, algunas personas prefieren el lenguaje enfocado en la identidad (por ejemplo: persona autista). Debe respetarse la preferencia de una persona con respecto a cómo desea que se la describa.

Estas directrices abordan la prestación de servicios para las personas con todas las formas de deficiencias físicas, intelectuales, mentales, psicosociales, cognitivas o sensoriales. Estas directrices emplean el modelo de derechos sociales y humanos de discapacidad, que «se enfoca en las altas barreras creadas por el entorno (y no por la deficiencia corporal), incluidos los contextos físicos, de información y de comunicación, las actitudes y los prejuicios de la sociedad, las políticas y prácticas de los gobiernos, y las estructuras con frecuencia excluyentes de los sistemas de salud, bienestar, educación y de otros tipos».<sup>2</sup>

Actualmente viven en el mundo más de 1000 millones de personas con discapacidad.<sup>3</sup> Según el *Informe mundial sobre la discapacidad* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, la tasa de prevalencia de discapacidad femenina en el mundo es del 19.2 %.<sup>4</sup> Hay entre 180 y 220 millones de jóvenes con discapacidad en el mundo, principalmente en los países en desarrollo.<sup>5</sup>

Hay aproximadamente 10 millones de personas con discapacidad que experimentan desplazamiento forzado en el mundo por motivos de persecución, conflicto, violencia o violaciones de derechos humanos.<sup>6</sup> Si se tienen en cuenta los casos no denunciados y el desplazamiento debido a desastres naturales, esta cifra es probablemente mucho más alta. A través de una encuesta de HelpAge International y Handicap International de refugiados sirios, se determinó que el 22 % de los encuestados tenía una deficiencia.<sup>7</sup> Las

emergencias por lo general crean un nuevo grupo de mujeres y jóvenes con discapacidad que requieren servicios, lo cual representa una demanda aún mayor de los limitados servicios disponibles.

### **Discriminación por motivos de discapacidad o género**

La discriminación por motivos de discapacidad puede asumir muchas formas, pero fue definida como «cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables».<sup>8</sup> Las personas con discapacidad pueden experimentar discriminación adicional debido a uno o más factores interrelacionados, que incluyen género,

edad, situación económica, origen étnico, sexualidad, raza y nacionalidad.

Los servicios críticos para todas las víctimas y los sobrevivientes de violencia basada en género incluyen servicios de salud (por ejemplo: apoyo de primera línea, control y atención de agresión sexual, evaluación y atención de salud mental), servicios de justicia y vigilancia policial (por ejemplo: evaluación e investigación, rendición de cuentas y reparaciones por parte del perpetrador, seguridad y protección, coordinación del sector de justicia), servicios sociales (por ejemplo: asesoramiento en situaciones de crisis; líneas de ayuda; información legal y de derechos, orientación y representación; apoyo y asesoramiento psicosociales), y coordinación a nivel nacional y local.<sup>9</sup> Las mujeres y los jóvenes con discapacidad por lo general no reciben estos servicios necesarios.<sup>10</sup> Las tareas y los servicios de prevención de la de violencia basada en género, tanto en el diseño como en la implementación, son generalmente inaccesibles para las mujeres y los jóvenes con discapacidad.<sup>11</sup> Los proveedores de servicios habitualmente demuestran una falta de conocimiento, sensibilidad y competencia sobre cómo asistir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad, lo cual genera una falla en la identificación de las mujeres y los jóvenes que han experimentado o que están experimentando violencia basada en género, la realización de actividades de extensión o la prestación de servicios clave.<sup>12</sup> Más aún, las mujeres y los jóvenes con discapacidad cuyos derechos son violados por lo general carecen de recursos dado que son excluidos del acceso a los mecanismos de justicia. Dicha exclusión perpetúa aún más la violencia porque permite a los abusadores continuar con impunidad.<sup>13</sup> Para agravar aún más el problema, hay una escasez de investigación y datos precisos e integrales sobre la violencia contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad para guiar el desarrollo y la prestación de servicios apropiados y que respondan a las necesidades en materia de violencia basada en género.<sup>14</sup> Estas barreras para el acceso y el uso de los servicios en materia de violencia basada en

género para mujeres y jóvenes con discapacidad se ven reflejadas, y con frecuencia exacerbadas, en entornos de emergencia humanitaria.<sup>15</sup>

Los servicios fundamentales de derechos en materia de salud sexual y reproductiva para mujeres y jóvenes (con y sin discapacidades) incluyen educación sexual integral; información, productos y servicios para toda la variedad de métodos anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción de emergencia; atención médica materna y neonatal (incluida la atención prenatal, la asistencia especializada en el parto, la atención obstétrica de emergencia, la atención después del parto y la atención neonatal); prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud sexual y reproductiva (por ejemplo: infecciones de transmisión sexual, que incluyen VIH, sífilis y VPH, cánceres del sistema reproductor y cáncer de mama, e infertilidad); aborto seguro y accesible, cuando no es ilegal; y atención posaborto para tratar las complicaciones de un aborto inseguro.<sup>16</sup>

El UNFPA prioriza la planificación familiar voluntaria para prevenir los embarazos no deseados y promover opciones reproductivas. De conformidad con los compromisos asumidos por los Estados Miembros dentro del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994,<sup>17</sup> en todos los países en los que el aborto no es ilegal, este debería ser seguro, y en todos los países del mundo se debería ofrecer atención posaborto, independientemente de su condición jurídica en el país. Entre el 8 y el 18 % de todas las muertes maternas se deben a abortos inseguros.<sup>18</sup> Todas las mujeres, en cualquier parte del mundo, deben contar con el conocimiento y los servicios para evitar embarazos no deseados, que son una importante causa de aborto, mediante un mayor conocimiento y acceso a información, productos y servicios de anticoncepción voluntaria de alta calidad. Las referencias a la atención del aborto y posaborto a lo largo de este documento deben interpretarse dentro de este contexto.

Las mujeres y los jóvenes con discapacidad por lo general no pueden acceder a los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos debido a una serie de factores, que incluyen estereotipos sobre las personas con discapacidad como asexuales o hipersexuales, discriminación de las personas con discapacidad que tienen relaciones románticas, capacitación insuficiente sobre cómo prestar servicios a las personas con discapacidad, instalaciones inaccesibles, matrimonio forzado, estigma, pobreza y aislamiento en instituciones o albergues.<sup>19</sup> Esta exclusión solo aumenta la vulnerabilidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad al abuso sexual, las infecciones de transmisión sexual, las enfermedades no diagnosticadas y no tratadas (por ejemplo: cáncer, malaria, anemia, enfermedades no transmisibles) y los embarazos no deseados.<sup>20</sup> Además de ser excluidos de recibir servicios críticos de salud, las mujeres y los jóvenes con discapacidad pueden estar sujetos a prácticas de atención de salud y procedimientos médicos coercitivos como esterilización forzada, aborto forzado y anticoncepción forzada.<sup>21</sup> Las mujeres y los jóvenes con discapacidad se enfrentan a barreras similares en los entornos de emergencia humanitaria, en particular a las barreras creadas por una falta de ajustes razonables para satisfacer las necesidades de salud relacionadas con la discapacidad.<sup>22</sup>

Estas directrices están destinadas a abordar estas circunstancias al brindar orientación concreta a los encargados del desarrollo y la implementación de los servicios, programas y políticas en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva para garantizar la coherencia con los derechos humanos fundamentales de las mujeres y los jóvenes con discapacidad.

### 1.1.2 Propósito y alcance

#### **Propósito**

El propósito de estas directrices es brindar orientación práctica para asegurar que los servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva hagan plenamente

efectivos los derechos de las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Si bien los destinatarios principales de estas directrices son los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva y el personal de apoyo, estas directrices también están diseñadas como un recurso valioso para todas las partes interesadas—incluidas las pertenecientes al gobierno, las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales— que participan en el diseño, el desarrollo, la implementación o la defensa de los servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva para mujeres y jóvenes con discapacidad.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es el principal organismo de las Naciones Unidas para la creación de un mundo en el que cada embarazo sea deseado, cada nacimiento sea seguro y cada joven pueda desarrollar al máximo su potencial. Como parte de este mandato, el trabajo del UNFPA sobre la discapacidad se ha enfocado en asegurar que las mujeres, los adolescentes y los jóvenes estén facultados para tomar decisiones en relación con sus opciones de salud y vida sexuales y reproductivas. Estas directrices han sido desarrolladas como parte del programa multianual del UNFPA, ***WE DECIDE: Young Persons with Disabilities: Equal Rights and a Life Free of Violence***. El programa promueve los derechos humanos y la inclusión social de mujeres, adolescentes y jóvenes con discapacidad, con un énfasis en el acceso a los servicios para prevenir y abordar la violencia basada en género y acceder a la información, la educación y los servicios relacionados con los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

Women Enabled International (WEI) trabaja en la intersección de los derechos de las mujeres y los derechos de las personas con discapacidad para promover los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad en todo el mundo. A través de la defensa y la educación, WEI aumenta la

atención internacional y fortalece los estándares internacionales de derechos humanos sobre asuntos como la violencia basada en género, los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, el acceso a la justicia, la educación, la capacidad jurídica y las emergencias humanitarias. Trabajando en colaboración con organizaciones de derechos de las mujeres con discapacidad y organizaciones de derechos de las mujeres en todo el mundo, WEI promueve la cooperación entre los movimientos para mejorar la comprensión y desarrollar estrategias de promoción intersectoriales para hacer cumplir los derechos de todas las mujeres y niñas.

Estas directrices están basadas en estándares internacionales de derechos humanos y son el resultado de extensas consultas con expertos internacionales en las áreas de derechos de discapacidad, derechos de mujeres y niñas, servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos, y servicios en materia de violencia basada en género. Se convocó a expertos

de todo el mundo para una reunión presencial del grupo de expertos para discutir el alcance y el contenido de estas directrices. Luego de esta reunión, se llevaron a cabo cuatro reuniones en línea del grupo de trabajo con un grupo más amplio de expertos, que representaban a más de catorce países, para debatir asuntos intersectoriales clave relacionados con la prestación de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva. Los expertos luego revisaron los proyectos de estas directrices y brindaron sus comentarios. Como parte de este proceso, se solicitó a los expertos que compartieran el proyecto de directrices con mujeres y jóvenes con discapacidad de sus comunidades y que recogieran sus comentarios. Estos comentarios luego se incorporaron en estas directrices.

### **Alcance**

Las recomendaciones incluidas en estas directrices están destinadas a todos los tipos de entornos de



Un adolescente jugando al fútbol en Puerto Príncipe, Haití. © UN Photo/Logan Abassi

## Directrices clave de violencia basada en género y derechos en materia de salud sexual y reproductiva

Este documento se basa en directrices integrales relacionadas con la violencia basada en género y los derechos en materia de salud sexual y reproductiva desarrolladas por el UNFPA y otros organismos de las Naciones Unidas. Dos recursos clave de las Naciones Unidas que sirven como base para estas directrices son:

### **1. UNFPA, ONU-Mujeres, OMS, PNUD y UNODC, Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (2016).**<sup>23</sup>

Esta publicación del Programa Mundial Conjunto de las Naciones Unidas enumera los servicios esenciales para mujeres y niñas con y sin discapacidad que han sufrido violencia. El paquete aborda servicios en cuatro sectores clave: salud, policía y justicia, servicios sociales, y coordinación y gobernanza. El paquete enfatiza que los servicios de calidad en materia de violencia basada en género deben estar guiados por los siguientes principios:

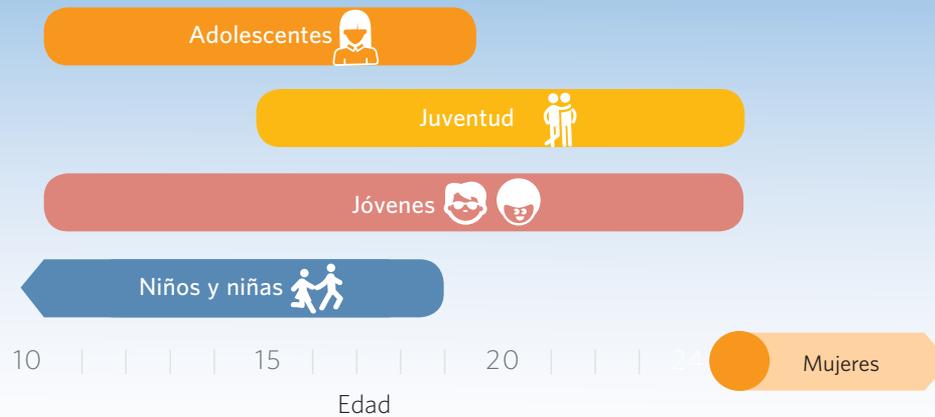
- Un enfoque basado en los derechos
- La promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres
- Apropriados y sensibles a la cultura y la edad (responden a las características individuales como la discapacidad)
- Un enfoque centrado en la víctima o el sobreviviente
- La seguridad es primordial
- La rendición de cuentas del perpetrador<sup>24</sup>

### **2. OMS y UNFPA, Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities (2009).**<sup>25</sup>

Esta nota de orientación de la OMS y el UNFPA ofrece asesoramiento importante para los expertos y defensores de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva como así también para los proveedores de servicios, en especial quienes trabajan con la prestación de servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos que incluyen: planificación familiar, salud materna y neonatal, infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidos el VIH y el sida, y servicios para adolescentes. La nota de orientación establece un marco para la inclusión total de las personas con discapacidad en los servicios de salud sexual y reproductiva y tiene como objetivo lo siguiente:

- Establecer asociaciones con organizaciones de personas con discapacidad desde el comienzo del desarrollo del programa de servicios e involucrar a las personas con discapacidad en la capacitación de los proveedores de servicios.
- Crear conciencia y aumentar la accesibilidad en las organizaciones de los proveedores acerca de las necesidades de las personas con discapacidad. Esto puede lograrse mediante el desarrollo de capacidades al integrar las capacitaciones relacionadas con la discapacidad en las capacitaciones existentes y al crear asociaciones con otras partes interesadas.
- Asegurar que todos los programas de salud sexual y reproductiva sean accesibles para las personas con discapacidad y sean de utilidad para estas.<sup>26</sup>

## Definición de términos



Nota: Las mujeres son, técnicamente, personas de sexo femenino mayores de 18 años de edad.

Fuente: UNFPA, *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy* 6 (2015).

prestación de servicios, incluidos los entornos de recursos bajos, medios y altos, y los entornos de emergencia humanitaria. Cuando existen consideraciones sustanciales únicas u orientación para la prestación de servicios en entornos de emergencia humanitaria, estas se citan en cuadros de texto titulados *Emergencias humanitarias*. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo que trabajan en entornos de bajos recursos deben revisar las directrices fundacionales para la acción y las obligaciones del marco internacional de derechos humanos para priorizar su programación. La orientación especializada para los entornos de emergencia humanitaria también puede brindar a los proveedores de servicios y al personal de apoyo en entornos de bajos recursos orientación importante sobre cómo desarrollar servicios con recursos limitados.

Estas directrices abordan los servicios para mujeres con discapacidad de 24 años en adelante y jóvenes con discapacidad, mujeres y hombres, de entre 10 y 24 años.

Cuando en estas directrices se refiere a servicios para 'mujeres', esto incluye a todas las mujeres

con discapacidad en todo su ciclo de vida, incluidas las mujeres jóvenes, las mujeres mayores y todas aquellas que se identifican como mujeres. Estas directrices también son relevantes para las personas con características sexuales femeninas típicas que no se identifican como mujeres.

Si bien el enfoque de estas directrices se centra en las mujeres y los jóvenes con discapacidad, es importante destacar que los hombres con discapacidad también experimentan un mayor riesgo de violencia basada en género y violaciones de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva en comparación con sus pares sin discapacidad.<sup>27</sup> Las violaciones contra los hombres con discapacidad y la falta de recursos para los servicios para hombres con discapacidad son problemas graves. Teniendo en cuenta la experiencia y el mandato del UNFPA y de WEI, estas directrices se limitan a abordar la prestación de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva para mujeres y jóvenes con discapacidad. Sin embargo, los proveedores de servicios y el personal de apoyo que asisten a hombres mayores de 24 años con discapacidad deben considerar adaptar estas directrices a sus necesidades.<sup>28</sup>

## TEMA DESTACADO

### Violaciones de los derechos en materia de violencia basada en género y de salud sexual y reproductiva contra hombres y niños con discapacidad

**Violencia basada en género:** Los hombres y los niños con discapacidad tienen un mayor riesgo de violencia, en particular, la violencia sexual.<sup>29</sup> En un estudio de pequeña escala de adultos sordos en los Estados Unidos, cerca del 45 % de los hombres sordos informaron haber experimentado al menos una forma de agresión sexual u otra forma de contacto sexual no deseado.<sup>30</sup> Los hombres y los niños con discapacidad experimentan vulnerabilidad a la violencia por muchas de las mismas razones que las mujeres con discapacidad. Sin embargo, los hombres y los niños con discapacidad también pueden enfrentarse a la violencia basada en género debido a las percepciones de que son incapaces de desempeñar su rol de género esperado en la sociedad.<sup>31</sup> Más aún, debido a las falsas ideas de que los hombres y los niños no son víctimas de la violencia basada en género, rara vez se los identifica como personas que necesitan servicios en materia de violencia basada en género.<sup>32</sup>

**Derechos en materia de salud sexual y reproductiva:** Los hombres y los niños—con y sin discapacidad—por lo general no reciben educación en relación con los derechos en

materia de salud sexual y reproductiva, por lo que obtienen información sobre estos derechos a través de comentarios, bromas y charlas con otros hombres y niños.<sup>33</sup> Los hombres y los niños con discapacidad se enfrentan a un mayor aislamiento y a más barreras de comunicación en comparación con sus pares no discapacitados, lo cual presenta una barrera adicional para acceder a información esencial sobre derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Estas barreras se ven agravadas por el hecho de que los hombres y los niños con discapacidad también experimentan las mismas formas de exclusión de los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos que las mujeres y las niñas con discapacidad.<sup>34</sup>

Existe una necesidad crítica de una mayor cantidad de datos, investigación y enfoques programáticos para identificar el alcance de este problema y responder a este. El UNFPA y WEI apoyan firmemente la continuación de las investigaciones sobre los servicios y las violaciones de los derechos en materia de violencia basada en género y de salud sexual y reproductiva experimentadas por hombres y niños con discapacidad.

### 1.1.3 Cómo usar estas directrices

Estas directrices fueron elaboradas para ser utilizadas por los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva y el personal de apoyo en todos los niveles. Para los fines de estas directrices, 'proveedor de servicios' hace referencia a cualquier persona que presta servicios directamente a otra persona, ya sea en un entorno formal o informal (por ejemplo: enfermeros, parteras, médicos, asistentes sociales). 'Personal de apoyo' hace referencia a personal administrativo, personal de seguridad, voluntarios y otras personas con quien una persona puede entrar en contacto al solicitar o recibir servicios. Estas directrices están dirigidas principalmente a los proveedores de servicios y al personal de apoyo que pueden interactuar con una mujer o un joven con una discapacidad que está experimentando o ha experimentado violencia basada en género o que requiere servicios relacionados con los derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Algunos ejemplos de los proveedores de servicios y del personal de apoyo que podrían considerar relevantes estas directrices incluyen médicos, enfermeros, parteras, trabajadores sociales, personal de recepción, personal de seguridad, asistentes de hospital, trabajadores comunitarios de la salud, fiscales, jueces, agentes de policía, personal de centros para la vida independiente, personal de centros de ayuda para crisis por violación, personal de refugios para violencia doméstica y líderes de grupos comunitarios. Los autogestores también pueden encontrar útiles estas directrices como una guía sobre lo que debe esperarse de los proveedores de servicios y el personal de apoyo.

Los lectores notarán que estas directrices no están escritas en lenguaje sencillo y, por lo tanto, pueden no ser accesibles para las personas con discapacidad que requieren formatos simplificados. El UNFPA y WEI alientan firmemente a los proveedores de servicios y al personal de apoyo a

que trabajen con los autogestores para desarrollar guías locales accesibles que contengan información relevante de estas directrices para su distribución en la comunidad.

Después de este capítulo de perspectiva general, estas directrices se dividen en cuatro capítulos más. Tenga en cuenta que el capítulo 2 contiene información fundamental sobre la cual se basan las directrices temáticas de violencia basada en género y derechos en materia de salud sexual y reproductiva en los capítulos 3 y 4, y debe leerse como una versión previa para estas directrices.

- El capítulo 2 enumera las **directrices fundacionales para la acción** que deben guiar el desarrollo y la prestación de servicios para mujeres y jóvenes con discapacidad en todas las áreas de prestación de servicios. Estas directrices fundacionales abordan todas las fases de la prestación de servicios, comenzando con un entorno legislativo propicio, pasando por el diseño y la implementación de los programas, y luego abordando consideraciones al nivel del establecimiento y la prestación directa de servicios.
- El capítulo 3 contiene **directrices para la prestación de servicios en materia de violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad**. El capítulo comienza con una introducción que identifica problemas clave de violencia basada en género que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Esta sección está seguida por una perspectiva general del marco internacional de derechos humanos que subyace a las directrices de servicios en materia de violencia basada en género específicamente. El capítulo luego se divide en subcapítulos, y cada uno de estos cubre un área diferente de prestación de servicios en materia de violencia basada en género.
- El capítulo 4 contiene **directrices para la prestación de servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos para mujeres y**

*Los lectores pueden usar estas directrices, junto con los recursos y ejemplos destacados en estas, para aprender más acerca de cómo adaptar los servicios a sus necesidades, entornos y contextos locales específicos.*

**jóvenes con discapacidad.** El capítulo comienza con una introducción que identifica problemas clave de derechos en materia de salud sexual y reproductiva que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Esta sección está seguida por una perspectiva general del marco internacional de derechos humanos que subyace a las directrices de servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos específicamente. El capítulo luego se divide en subcapítulos, y cada uno de estos cubre un área diferente de prestación de servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos.

- El capítulo 5 contiene un **glosario** de términos clave, además de una lista de **recursos** de lectura adicional.

Cada una de las áreas de servicios que se aborda en los subcapítulos de estas directrices contiene las siguientes secciones:

- Una breve **perspectiva general** de los asuntos relacionados con el área de servicios en cuestión.
- **Consideraciones clave** que identifican barreras comunes o asuntos relevantes para las experiencias de las mujeres y los jóvenes con discapacidad en dicha área de servicios. Estas consideraciones deben tenerse en cuenta al evaluar los servicios actuales o propuestos y al tomar medidas para mejorar la prestación de servicios.
- **Directrices para la acción** que son ejemplos de medidas que pueden tomarse para asegurar que los servicios basados en los derechos para las mujeres y los jóvenes con discapacidad estén disponibles, y sean accesibles, aceptables y de buena calidad (teniendo en cuenta que las medidas tomadas deben depender en definitiva

del contexto específico en el que se prestan los servicios). Estas directrices específicas del área de servicios se basan en las **Directrices fundacionales para la acción (Capítulo 2)**, que proporcionan una base para todas las áreas de servicios en ambos sectores de violencia basada en género y de derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

- **Indicadores** ilustrativos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben asumir los indicadores para una supervisión y evaluación eficaces del progreso hacia la prestación de servicios basados en los derechos. Los indicadores son críticos para la supervisión y la evaluación de la prestación de servicios de calidad. Cada resultado deseado debe tener un indicador correspondiente que sea medible, específico, claro, confiable, oportuno e importante desde el punto de vista programático.<sup>35</sup> Los indicadores cualitativos y cuantitativos se pueden utilizar como marcadores de servicios integrados, estado de salud, conocimiento, acceso, seguridad y asignación de recursos.

La información contenida en estas directrices está destinada a ser un **punto de partida** y a utilizarse como documento de referencia. Las áreas de servicios que se abordan en estas subsecciones no son una lista exhaustiva de los servicios requeridos para las mujeres y los jóvenes con discapacidad, y cada subsección debe interpretarse como entrelazada con las otras secciones. Los lectores pueden usar estas directrices, junto con los recursos y ejemplos destacados en estas, para aprender más acerca de cómo adaptar los servicios a sus necesidades, entornos y contextos locales específicos.

## Uso del marco de DAAC

Los lectores que conocen el marco legal de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva reconocerán el uso del marco de DAAC para organizar las directrices de violencia basada en género y de derechos en materia de salud sexual y reproductiva para la acción. El marco de DAAC—la obligación de asegurar que la información, los productos y los servicios relacionados con la salud estén **disponibles, y sean accesibles, aceptables y**

**de buena calidad**—es esencial para asegurar el derecho a la salud.<sup>36</sup> Sin embargo, el uso de estas categorías en el capítulo de violencia basada en género no representa una aplicación del marco de DAAC como una obligación legal en el contexto de la violencia basada en género, sino que las cuatro categorías se utilizan como una herramienta útil para organizar las directrices para la prestación de servicios.



Como parte de una serie de eventos para conmemorar el Día Internacional de las Personas con Discapacidad (3 de diciembre), Heidi Latsky Dance, una compañía de danza moderna con sede en Nueva York, presenta en el vestíbulo de visitantes de la Sede de las Naciones Unidas una instalación en movimiento con entre 20 y 30 artistas, que juntos forman una galería viviente. © UN Photo/Amanda Voisard

## TEMA DESTACADO

### Evaluar la capacidad actual para asistir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad

Una evaluación de la programación actual o propuesta es crítica para asegurar que los servicios sean accesibles y satisfagan las necesidades específicas de las mujeres y los jóvenes con discapacidad. El aporte de mujeres y jóvenes con diferentes discapacidades en cada etapa de la evaluación es crítico, y es esencial garantizar que la información y los materiales relacionados con la evaluación estén disponibles en formatos alternativos. Los siguientes pasos para la realización de esta evaluación fueron adaptados de la guía 'Working with the Justice Sector to End Violence against Women and Girls' de Advocates for Human Rights y ONU Mujeres.<sup>37</sup>

**Paso 1:** Realizar una apreciación para evaluar la capacidad actual para asistir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Antes de comenzar la apreciación, asegurar que el equipo del programa haya recibido capacitación acerca de cómo realizar la apreciación y cómo participar en esta.

**Paso 2:** Definir objetivos que sean minuciosamente adaptados, manejables y medibles, y priorizarlos según su importancia y el beneficio para las mujeres y los jóvenes con discapacidad.

**Paso 3:** Desarrollar un plan de participación que identifique el nivel y los medios de participación

de las partes interesadas clave, particularmente las mujeres y los jóvenes con discapacidad; las barreras y los incentivos para la participación; y estrategias para fortalecer y apoyar la participación.

**Paso 4:** Evaluar las diferentes asociaciones necesarias para construir una red efectiva de proveedores de servicios y otros actores clave, y desarrollar un plan para poner esta red en acción.

**Paso 5:** Identificar estrategias para desarrollar, implementar y evaluar los cambios en los programas para mejorar los servicios utilizando análisis de partes interesadas o FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).

**Paso 6:** Desarrollar un plan para supervisar y evaluar el progreso y para responder a las necesidades y prioridades cambiantes a través del tiempo de las mujeres y los jóvenes con discapacidad.

**Paso 7:** Desarrollar un plan y presupuesto de trabajo que considere el costo de los ajustes para una serie de discapacidades y de la capacitación para los proveedores de servicios y el personal de apoyo, distinguiendo entre costos únicos y continuos.

## 1.2. Marco internacional de derechos humanos

Los derechos de las mujeres y los jóvenes con discapacidad son derechos humanos que están protegidos en numerosos tratados internacionales de derechos humanos, incluidos el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y la Convención sobre los Derechos del Niño. Cada uno de estos tratados internacionales de derechos humanos impone obligaciones legales específicas sobre los Estados que ratificaron el tratado.

Para los Estados que ratificaron uno o más de estos tratados, como lo hizo la mayoría de los Estados, el Estado y sus representantes están vinculados por obligaciones legales específicas de **respetar**, **proteger** y **satisfacer** los derechos protegidos en el tratado de derechos humanos.<sup>38</sup>

La obligación de **respetar** requiere que el Estado se abstenga de interferir en forma directa o indirecta con el derecho en cuestión.

- Ejemplo de violencia basada en género: El gobierno debe tomar medidas para asegurar que ningún actor estatal —que incluye a los profesionales médicos— cometa actos de violencia basada en género contra mujeres y jóvenes con discapacidad. Esto puede requerir, por ejemplo, penalizar la esterilización de mujeres y jóvenes con discapacidad sin su consentimiento informado.<sup>39</sup>
- Ejemplo de salud y derechos sexuales y reproductivos: El gobierno debe eliminar los requisitos del consentimiento de terceros para los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, esto significa que

permitir que los padres o tutores nieguen el consentimiento para que una mujer joven con una discapacidad obtenga anticonceptivos viola la obligación de respetar el derecho de las mujeres y los jóvenes con discapacidad de acceder a los métodos anticonceptivos.<sup>40</sup>

La obligación de **proteger** requiere que el Estado evite que los actores no estatales —es decir, los ciudadanos particulares— infrinjan el derecho en cuestión. La obligación de proteger comprende la obligación de un Estado de ejercer diligencia debida para evitar que ocurran las violaciones de derechos, para investigar, procesar y castigar a los actores no estatales que cometen dichas violaciones, y para ofrecer reparación a las víctimas cuando ocurren dichas violaciones.

- Ejemplo de violencia basada en género: Una mujer con una deficiencia visual obtiene una orden de restricción contra su marido físicamente abusivo. El departamento de policía local no aplica la orden. El Estado está obligado a tomar todas las medidas apropiadas para asegurar que la policía haga cumplir la orden.<sup>41</sup>
- Ejemplo de derechos en materia de salud sexual y reproductiva: Una mujer joven con síndrome de Down va a una farmacia para obtener pastillas anticonceptivas recetadas. El farmacéutico se niega a proporcionar el medicamento recetado porque se opone a que las personas con discapacidad tengan sexo. El Estado debe tomar medidas para evitar que el farmacéutico interfiera con el derecho de la mujer a acceder a la anticoncepción.<sup>42</sup>

La obligación de **satisfacer** requiere que el Estado tome las medidas necesarias —legislativas, administrativas, presupuestarias o judiciales— para hacer cumplir por completo los derechos en cuestión. Además, los Estados deben tomar medidas positivas para erradicar las barreras prácticas y sociales para el cumplimiento de los derechos fundamentales.<sup>43</sup>

- Ejemplo de violencia basada en género: El Estado debe asignar recursos suficientes para asegurar que tanto los hombres como las mujeres víctimas o sobrevivientes de la violencia sexual tengan acceso a una serie de apoyos y servicios, incluido el establecimiento de apoyos y servicios accesibles necesarios para desempeñarse dentro del sistema de justicia. El Estado también debe garantizar que los sobrevivientes de la violencia sexual tengan acceso —tanto en la ley como en la práctica— a atención médica física y mental esencial, incluido el acceso a los servicios posteriores a la exposición para las infecciones de transmisión sexual.<sup>44</sup>
- Ejemplo de derechos en materia de salud sexual y reproductiva: El departamento de educación del Estado distribuye políticas y directrices sobre la provisión de educación sexual integral en escuelas, además de coordinar el desarrollo de materiales para cursos de educación sexual. El Estado debe tomar medidas para asegurar que los materiales de los cursos incluyan a las mujeres y los jóvenes con discapacidad, lo cual incluye incorporar imágenes de personas con discapacidad en los materiales, asegurar que los materiales incluyan información sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, y hacer accesibles los materiales de los cursos.<sup>45</sup>

Los gobiernos deben asegurar que todas las leyes, las políticas y los programas que influyen sobre los derechos de las mujeres y los jóvenes con discapacidad a estar libres de violencia basada en género y a tener acceso a la salud sexual y reproductiva cumplan con las obligaciones legales internacionales de derechos humanos. Esta obligación se extiende a los proveedores de servicios y al personal de apoyo, tanto en forma directa, mediante la afiliación o la financiación del gobierno, como a través de la supervisión del gobierno.

Encontrará más detalles sobre los marcos internacionales de derechos humanos específicos que

rigen los servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva en las secciones 3.2 y 4.2 respectivamente.

### **Enfoque doble**

La obligación de satisfacer también impone una obligación a los Estados de adoptar lo que se conoce como un 'enfoque doble' para cumplir su «deber continuo y dinámico de adoptar y aplicar las medidas necesarias para asegurar el desarrollo, el progreso y el empoderamiento de las mujeres [y los jóvenes] con discapacidad».<sup>46</sup> El Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que supervisa el cumplimiento con la CDPD, ha explicado que el enfoque doble «es un precursor esencial para reducir la desigualdad en relación con la participación y el goce de los derechos».<sup>47</sup> Un enfoque doble implica tanto la incorporación sistemática de los intereses de las mujeres y los jóvenes con discapacidad «en todos los planes de acción, estrategias y políticas nacionales relacionados con las mujeres, la infancia y la discapacidad» como «acción focalizada y supervisada destinada específicamente a las mujeres [y los jóvenes] con discapacidad».<sup>48</sup> Algunos ejemplos de servicios específicos para la discapacidad incluyen dispositivos de adaptación, programas de educación especial, y rehabilitación basada en la comunidad.<sup>49</sup>

Emplear el enfoque doble en la prestación de servicios es lo recomendado siempre que sea posible. Ofrecer servicios a través de solo un enfoque no proporcionará a las mujeres y los jóvenes con discapacidad la variedad de servicios, participación e integración necesarios para hacer cumplir sus derechos.<sup>50</sup> Los proveedores de servicios no necesariamente deben ser responsables de ofrecer ambos tipos de servicios, pero deben comprender los puntos clave de derivación y ser capaces de realizar derivaciones eficaces.<sup>51</sup>

El enfoque doble es un concepto recomendado en el contexto de emergencia humanitaria y utilizado

ampliamente en este contexto. Encontrará orientación valiosa sobre cómo utilizar el enfoque doble en la guía de la organización CBM *'Inclusion Made Easy'*,<sup>52</sup> y en la guía del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados *'Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement'*.<sup>53</sup>

CBM ofrece el siguiente ejemplo ilustrativo del uso del enfoque doble en su trabajo: «Shathi es una niña de 9 años con parálisis cerebral a quien le encanta jugar con sus amigos y usa una silla de ruedas para trasladarse. Vive en el área rural de Bangladesh. ... El trabajador comunitario de la salud identificó sus dificultades de desarrollo desde el comienzo y la derivó a un servicio [de rehabilitación basada en la comunidad]. Este servicio luego proporcionó estrategias para asistir en su desarrollo, incluida la silla de ruedas (iniciativa específica de la discapacidad). También organizó un grupo de apoyo local para padres que tienen hijos con una discapacidad, al cual pertenece la madre de Shathi. La misma Shathi habló sobre su experiencia con ellos y frente a su clase en la escuela (participación). Cuando llegó el momento en que Shathi debía ir a la escuela, el director de la escuela sabía que Shathi, igual que cualquier otro niño, tiene el derecho a recibir una buena educación (accesibilidad e incorporación de políticas). El maestro local fue muy comprensivo, dado que había recibido formación sobre enseñanza enfocada en el niño; conocía un centro de recursos que podría proporcionar ayuda cuando fuera necesario (iniciativa específica de la discapacidad). Cuando Shathi sea mayor, le gustaría ser maestra y casarse».<sup>54</sup>

Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben tener en cuenta este enfoque al revisar estas directrices. Si hay programas de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva disponibles en una comunidad, estas directrices pueden ayudar a identificar cómo mejorar los servicios generales o

específicos para discapacidades disponibles para satisfacer las necesidades de las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Cuando estos servicios no existan, estas directrices deben orientar el desarrollo de dichos programas. En general, debería priorizarse la integración de las mujeres y los jóvenes con discapacidad en los servicios generales, y las mujeres y los jóvenes con discapacidad deben participar en las decisiones acerca de cómo coordinar el acceso a dichos servicios.<sup>55</sup>

### **Igual reconocimiento ante la ley**

El derecho de los derechos humanos reconoce el derecho de las personas en cualquier parte del mundo a la igualdad de reconocimiento ante la ley.<sup>56</sup> El artículo 12 de la CDPD establece expresamente que los Estados deben hacer cumplir este derecho para las personas con discapacidad y explica cómo es dar efecto a este derecho para las personas con discapacidad.<sup>57</sup> Por lo tanto, los Estados están obligados a:

- (1)** reafirmar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad «tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica»;<sup>58</sup>
- (2)** reconocer que las mujeres y los jóvenes con discapacidad tienen derecho a «gozar de capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás en todos los aspectos de la vida»;<sup>59</sup>
- (3)** «adoptar las medidas pertinentes para proporcionar acceso a [las mujeres y los jóvenes] con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica»;<sup>60</sup> como modelos de toma de decisiones con apoyo;
- (4)** «asegurar que todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos»;<sup>61</sup> respetando los derechos, la voluntad y las preferencias de la mujer o el joven con discapacidad, sin conflicto de intereses ni influencia indebida; y
- (5)** garantizar el derecho de las mujeres y los jóvenes con discapacidad, en igualdad de condiciones con los demás, a ser propietarios y controlar sus propios bienes.<sup>62</sup>

Es necesario comprender el derecho de las mujeres y los jóvenes con discapacidad a la igualdad de reconocimiento ante la ley para que los proveedores de servicios y el personal de apoyo puedan garantizar que no infringen los derechos de las mujeres y los jóvenes.

Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben comprender el significado de los siguientes conceptos clave y cómo implementarlos:

- **Capacidad jurídica** se refiere a «la capacidad de ser tanto un titular de derechos como un actor ante la ley. La capacidad jurídica para ser un titular de derechos confiere a la persona el derecho a la protección total de sus derechos por parte del sistema legal. La capacidad jurídica para actuar ante la ley reconoce a la persona como agente con la capacidad para participar en transacciones y para crear, modificar o cesar relaciones legales». <sup>63</sup> Pueden ser necesarios mecanismos de toma de decisiones con apoyo para facultar a las personas con discapacidad para ejercer sus derechos de capacidad jurídica. <sup>64</sup>

*Nota sobre la capacidad mental:* Capacidad mental y capacidad jurídica no son lo mismo. Sin embargo, las dos con frecuencia se mezclan, y por lo tanto se asume que una persona carece de capacidad jurídica debido a una discapacidad mental o intelectual. Dicha presunción constituye discriminación y una violación del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <sup>65</sup>

*Nota sobre los jóvenes con discapacidad menores de 18 años:* La edad en la que una persona con o sin una discapacidad tiene la capacidad jurídica para tomar decisiones por sí misma varía según el país. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben conocer las leyes de su país. Por lo general, los niños menores de 15 años carecen de capacidad jurídica para

tomar decisiones por ellos mismos. Si un niño o adolescente carece de capacidad jurídica, su opinión deberá evaluarse de todas maneras dentro de las limitaciones impuestas por su edad y su nivel de comprensión. <sup>66</sup> En el contexto de los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos, el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño estableció que debería existir una «presunción legal de que los adolescentes son competentes para solicitar y tener acceso a productos y servicios de salud sexual y reproductiva preventiva o urgente», <sup>67</sup> lo cual atribuye la responsabilidad a proveedores de servicios u otros funcionarios de asumir una incapacidad para otorgar su consentimiento cuando niegan a los adolescentes el acceso a ciertos servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos.

- Un **consentimiento informado** es más que el proceso de adquirir una firma para un procedimiento, de acuerdo con las directrices desarrolladas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Es un proceso de comunicación entre un proveedor de servicios y un destinatario de servicios cuyo resultado es que el destinatario de servicios otorga, retira o se niega a otorgar permiso para un procedimiento basándose en el conocimiento total del procedimiento. La FIGO define un consentimiento informado como «un consentimiento obtenido libremente, sin amenazas ni incentivos inapropiados, después de la divulgación apropiada al paciente de información adecuada y comprensible en una manera y un lenguaje que el paciente comprenda sobre: (a) la evaluación de diagnóstico; (b) el objetivo, el método, la duración probable y el beneficio esperado del tratamiento propuesto; (c) modos alternativos de tratamiento, incluidos los menos invasivos; y (d) posible



Una médica lee la ficha de un paciente. © Daniel Tardif/Getty Images

dolor o incomodidad, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto». <sup>68</sup> Si bien el proceso de obtener un consentimiento informado puede demandar mucho tiempo, en particular cuando existen dificultades de comunicación, esto no absuelve a un proveedor de servicios de su obligación de obtener el consentimiento informado. Más aún, solo el destinatario del servicio puede proporcionar el

consentimiento informado, independientemente de las opiniones del familiar o del defensor. Es obligación del proveedor de servicios asegurar que se respeten los derechos de la mujer o del joven con discapacidad mediante un proceso de comunicación que conduzca a la provisión o la retención del consentimiento informado. El consentimiento también puede retirarse en cualquier momento. <sup>69</sup>

## Consentimiento informado en práctica

**¿Qué significa obtener el consentimiento libre e informado?** Para asegurar que se obtenga siempre el consentimiento libre e informado, desarrollar políticas internas y capacitar a todos los proveedores de servicios y al personal de apoyo para que comprendan la capacidad jurídica y el consentimiento informado. Los proveedores de servicios deben comprender cómo obtener el consentimiento informado y cuándo defender a una persona que se supone que carece de capacidad jurídica para proporcionar su consentimiento informado.

- Nunca asumir que una persona carece de capacidad para proporcionar un consentimiento libre e informado. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben comprender que el solo hecho de que una persona tiene una discapacidad intelectual o no puede comunicarse verbalmente no significa que no puede proporcionar su consentimiento informado.

Utilizar herramientas como la guía *'Guidance for GBV Service Providers: Informed Consent Process with Adult Survivors with Disabilities—Tool 6: Guidance on Communicating with Persons with Disabilities'*<sup>70</sup> de Women's Refugee Commission y del Comité Internacional de Rescate para formar a los proveedores de servicios y al personal de apoyo sobre cómo comunicarse con las personas con diversas discapacidades. La falta de habilidades y recursos de comunicación accesibles no es razón suficiente para no obtener un consentimiento informado.

- Tres componentes clave para obtener un consentimiento libre e informado (adaptado de la guía *'Guidance for GBV Service Providers: Informed Consent Process with Adult Survivors with Disabilities'* de Women's Refugee Commission y del Comité Internacional de Rescate):<sup>71</sup>
  - Proporcionar toda la información posible, incluidos los beneficios, los riesgos y las alternativas, a una mujer o un joven con una discapacidad en su formato preferido y de una manera que puedan comprender; ofrecer y utilizar herramientas de toma de decisiones con apoyo si se desea.
  - Determinar si la mujer o el joven pueden comprender la información y sus decisiones (conocido también como 'capacidad de dar su consentimiento').
  - Asegurar que las decisiones de la mujer o el joven con discapacidad sean voluntarias y no forzadas por otros (por ejemplo: familiares, cuidadores o proveedores de servicios).
- Determinación de la capacidad de dar el consentimiento: Los proveedores de servicios y el personal de apoyo pueden encontrarse con destinatarios de servicios que son incapaces de proporcionar su consentimiento informado incluso con la ayuda necesaria. Para tomar esta determinación, todos los pasos anteriores para adquirir el consentimiento informado deben haberse agotado. Al tomar dicha determinación, un proveedor de servicios debe consultar los estándares éticos

y legales de su país para adquirir el consentimiento informado y determinar la capacidad de una persona. Un proveedor de servicios no debe asumir que porque una persona tiene una discapacidad intelectual o es incapaz de comunicarse no tiene la capacidad para proporcionar su consentimiento informado. *Health Care for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Toolkit for Primary Care Providers*<sup>72</sup> de Vanderbilt University ofrece los siguientes pasos en el proceso de consentimiento, incluidas las situaciones en las que una persona no tiene capacidad para dar su consentimiento: **(1) Determinar la capacidad:** Tener en cuenta que la capacidad no es estática: la capacidad evaluada puede variar de acuerdo con las herramientas provistas para la toma de decisiones con apoyo; involucrar a los familiares, amigos o cuidadores de confianza para comprender mejor a la persona y su estilo de comunicación; seguir todos los estándares y procedimientos legales y éticos aplicables.<sup>73</sup> **(2) Documentar el consentimiento:** Tener en cuenta que el consentimiento se debe otorgar voluntariamente, debe estar relacionado con el tratamiento o servicio propuesto, debe estar bien informado, y no se puede obtener a través de fraude, coacción o declaración falsa. **(3) Identificar al sustituto actual para la toma de decisiones:** Si los pasos anteriores llevan a la conclusión de que una persona no tiene la capacidad de proporcionar consentimiento informado porque no posee la capacidad de comprender y tomar decisiones, proceda a identificar al sustituto para la toma de decisiones designado por la persona. Generalmente,

la preferencia para un sustituto de toma de decisiones se prioriza de la siguiente manera: Cónyuge (a menos que estén legalmente separados), hijo adulto, padres o padrastros, hermano mayor, otro pariente adulto, adultos que demuestran atención y preocupación especiales por la persona. Sin embargo, los proveedores de servicios y el personal de apoyo primero deben consultar los requisitos legales y éticos de su jurisdicción. **(4) Siempre se debe obtener el consentimiento informado:** En el caso de proveedores de servicios médicos, puede haber situaciones de emergencia en que el tratamiento puede ocurrir sin el consentimiento; los proveedores de servicios deben consultar al asesor jurídico local para comprender completamente el tema.<sup>74</sup> Sin embargo, es importante destacar que la esterilización nunca puede «estar justificada por motivos de emergencia médica».<sup>75</sup>

Visite la página web de la guía práctica, donde encontrará un enlace a una lista de verificación y preguntas de muestra para un consentimiento informado.<sup>76</sup>

Si se toma la determinación de que una persona carece de capacidad para proporcionar su consentimiento informado, **los proveedores de servicios deben garantizar que la mujer o el joven con discapacidad sigan involucrados en el proceso de toma de decisiones tanto como sea posible y que se prioricen el interés superior y las preferencias de la persona.**<sup>77</sup>

**La toma de decisiones con apoyo** es un mecanismo para ayudar a las personas con discapacidad que requieren asistencia para tomar decisiones en forma independiente y retener la autoridad legal para tomar decisiones. La toma de decisiones con apoyo «comprende diversas opciones de apoyo que priorizan la voluntad y las preferencias de una persona, y que respetan las normas sobre los derechos humanos. Debe brindar protección para todos los derechos, incluidos aquellos relacionados con la autonomía (derecho a la capacidad jurídica, derecho a la igualdad de reconocimiento ante la ley, derecho a elegir dónde vivir, etc.) y los derechos relacionados con vivir sin abusos ni maltratos (derecho a la vida, derecho a la integridad física, etc.)». <sup>78</sup> Los regímenes de toma de decisiones con apoyo reemplazan a los sistemas de toma de decisiones sustituida, como la tutela.

► **EJEMPLO:**

*En los Estados Unidos de América, **Center for Public Representation** y **Nonotuck Resource Associates** desarrollaron un proyecto piloto para la toma de decisiones con apoyo. Comenzando con nueve adultos con discapacidades intelectuales o del desarrollo, el proyecto demostró ser muy exitoso, y los participantes utilizaron la toma de decisiones con apoyo para setenta y dos decisiones en los primeros dos años. <sup>79</sup> El modelo desarrollado*

*por Center for Public Representation y Nonotuck implica cuatro componentes: «(1) Las personas con [discapacidades intelectuales o del desarrollo] celebran acuerdos de representación en los cuales especifican las áreas en las que necesitan ayuda para tomar decisiones y designan a personas de apoyo para que los ayuden a tomar sus decisiones. (2) Las áreas de apoyo incluyen atención de salud, finanzas, empleo, modalidades de convivencia y relaciones. (3) Las personas de apoyo de la red, que firman declaraciones que establecen que respetarán las elecciones y decisiones de la persona, pueden ser familiares, amigos, y proveedores actuales y anteriores. (4) Las personas firman sus acuerdos de representación ante un escribano público que sella, firma y fecha el documento, convirtiéndolo en oficial y un documento que se espera que sea respetado en la comunidad por médicos, comerciantes, arrendadores, etc.» <sup>80</sup> Los participantes del proyecto informaron haberse sentido satisfechos con el proyecto y utilizaron sus apoyos para una serie de decisiones que incluyeron, para uno de los adoptantes, debatir el interés de su novio por tener hijos y los requisitos de atención y dinero que implica ser padres. <sup>81</sup> La toma de decisiones con apoyo se utilizó con mayor frecuencia para las decisiones de atención de salud. <sup>82</sup>*

*[La toma de decisiones con apoyo] debe brindar protección para todos los derechos, incluidos aquellos relacionados con la autonomía (derecho a la capacidad jurídica, derecho a la igualdad de reconocimiento ante la ley, derecho a elegir dónde vivir, etc.) y los derechos relacionados con vivir sin abusos ni maltratos (derecho a la vida, derecho a la integridad física, etc.)*

## Toma de decisiones con apoyo en práctica

### ¿Cómo es la toma de decisiones con apoyo?

Los sistemas de toma de decisiones con apoyo adoptan diferentes formas, como círculos informales de apoyo o redes formales de apoyo. Sin importar la forma, todos los programas de toma de decisiones con apoyo comparten las siguientes características:

- No regulan excesivamente las vidas de las personas con discapacidad.
- No tienen restricciones sobre quién puede usar el sistema de toma de decisiones con apoyo.
- Establecen como prioridad la voluntad y la preferencia de la persona con discapacidad.
- Ofrecen todas las formas de comunicación.
- Permiten y hacen accesible el reconocimiento legal de las personas de apoyo.
- Ofrecen disponibilidad a través de mecanismos del Estado y sin costo o a un costo nominal.
- No infringen otros derechos (como la salud y los derechos sexuales y reproductivos).

- Incluyen el derecho de rechazar y cesar la relación de apoyo.
- Incluyen salvaguardias a lo largo del proceso.
- No discriminan.<sup>83</sup>

Los **acuerdos de representación** pueden ser un mecanismo eficaz para formalizar la toma de decisiones con apoyo. Los acuerdos de representación son documentos escritos que establecen las necesidades personales de planificación y las áreas de apoyo proporcionadas cuando una persona con discapacidad solicita apoyo para tomar decisiones en un área en particular. En algunas jurisdicciones, los acuerdos de representación son legalmente aplicables. Por ejemplo, en la Columbia Británica en Canadá, los acuerdos de representación permiten a una persona con discapacidad otorgar al representante que elijan la autoridad legal para ayudarla con asuntos de atención de salud, atención personal, o asuntos financieros o legales de manera temporal o continua.<sup>84</sup>

## Emergencias humanitarias

Durante una emergencia humanitaria, el derecho de los derechos humanos continúa aplicándose y se refuerza de manera mutua y complementaria con las leyes que se aplican en emergencias.<sup>85</sup>

**El artículo 11** de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad enumera las obligaciones de los Estados conforme al derecho internacional de los derechos humanos y al derecho internacional humanitario (el organismo de ley que se aplica durante emergencias humanitarias) de tomar todas las medidas necesarias para mantener seguras y protegidas a las personas con discapacidad durante situaciones de riesgo, incluidos los conflictos armados, los desastres naturales y otras emergencias humanitarias.<sup>86</sup>

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos preparó un informe sobre los derechos de las personas con discapacidad conforme al artículo 11 de la CDPD. El informe explica en detalle las obligaciones de derechos humanos de los Estados con constataciones de un estudio temático sobre personas con discapacidad en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias. Se realizaron las siguientes recomendaciones para la implementación del artículo 11:<sup>87</sup>

- Asegurar la provisión adecuada y oportuna de información accesible. Utilizar medios de comunicación variados e innovadores.
  - Garantizar los principios de participación, rendición de cuentas, no discriminación y empoderamiento.
  - Garantizar la asignación de recursos suficientes para la preparación y la respuesta inclusivas y accesibles ante emergencias.
- Garantizar la capacidad del personal de operaciones de campo y otras partes interesadas con relación al apoyo de las personas con discapacidad.
  - Garantizar el empleo de un enfoque basado en los derechos humanos para la reconstrucción y recuperación al asegurar la accesibilidad y el uso del diseño universal.
  - Garantizar que las estrategias de salud preventiva no influyan de manera negativa en la asignación de recursos para estrategias relacionadas con la discapacidad.
  - Garantizar que las personas con discapacidad sean parte de marcos para recolectar información para facilitar la recolección de datos.

Si bien no es vinculante, la *'Carta sobre la Inclusión de las Personas con Discapacidad en la Acción Humanitaria'* marca un desarrollo importante en la inclusión de las personas con discapacidad en la acción humanitaria al afirmar la determinación y el compromiso de los Estados de hacer que la acción humanitaria sea inclusiva y de ubicar a las personas con discapacidad en el centro de la respuesta humanitaria. Desarrollada por setenta partes interesadas, incluidos los Estados y la sociedad civil, con anticipación a la Cumbre Humanitaria Mundial 2016, la Carta compromete a los signatarios a las cinco áreas siguientes en la acción humanitaria: **(1)** no discriminación; **(2)** participación; **(3)** políticas inclusivas; **(4)** respuesta y servicios inclusivos; y **(5)** cooperación y coordinación.<sup>88</sup>

## Directrices fundacionales para la acción para prestar servicios basados en los derechos en materia de violencia basada en género y salud sexual y reproductiva para mujeres y jóvenes con discapacidad

### 2.1 Introducción

Este capítulo enumera las directrices fundacionales que deben orientar la prestación de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva para mujeres y jóvenes con discapacidad. Estas directrices están basadas en marcos internacionales de derechos humanos.

La falta de recursos es una realidad desafortunada para los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y derechos en materia de salud sexual y reproductiva en todo el mundo. Sin embargo, la falta de recursos no es justificación suficiente para excluir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad de dichos servicios. Los proveedores de servicios, y los gobiernos nacionales y subnacionales responsables de proporcionar los servicios, deben considerar y presupuestar

servicios accesibles para las mujeres y los jóvenes con discapacidad en la etapa de desarrollo del programa. Aún más, si bien algunas de las directrices en este documento pueden ser inasequibles para los proveedores de servicios en entornos de bajos recursos, estas directrices ofrecen un punto de partida para desarrollar soluciones y programas creativos que estén guiados por los principios establecidos a continuación y que estén diseñados para alcanzarlos.

El principio esencial que debe guiar todos los servicios basados en derechos de calidad para mujeres y jóvenes con discapacidad es: **Cuando tenga dudas, pregúntele a la persona con discapacidad.** De hecho, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad requiere dicha consulta en el desarrollo y la implementación de la legislación y las políticas para hacer cumplir el goce total

e igualitario de los derechos humanos de las mujeres y los jóvenes con discapacidad.<sup>89</sup> Las mujeres y los jóvenes con discapacidad son los expertos en sus propias necesidades, las barreras que experimentan y los ajustes que requieren para la igualdad de acceso a los servicios.

Los siguientes criterios también son esenciales para todas las fases del desarrollo y la implementación de los servicios, las políticas y los programas basados en los derechos en general:

- Participación de las mujeres y los jóvenes con discapacidad en todas las fases de desarrollo y evaluación del programa.
- Servicios inclusivos para las personas con y sin discapacidad.
- Respeto de la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la privacidad de una persona, junto con mecanismos para la toma de decisiones con apoyo y salvaguardias de la confidencialidad.
- Financiación suficiente para servicios accesibles.
- Capacitación y supervisión de apoyo de los proveedores de servicios y el personal de apoyo sobre los derechos y las necesidades de las mujeres y los jóvenes con diferentes tipos de discapacidades y sobre cómo proporcionar atención respetuosa. Incorporar asuntos de discapacidad en los programas de estudios para proveedores de servicios y personal de apoyo.
- Derivaciones eficaces a través de la coordinación simplificada entre los organismos.
- Servicios accesibles (físicos, de información, de comunicación, financieros, de entorno sensorial).

Las siguientes directrices fundacionales se organizan en las tres fases del desarrollo y la administración de los programas para satisfacer las necesidades de las mujeres y los jóvenes con discapacidad:

- (1) desarrollo de leyes y políticas basadas en consideraciones de discapacidad y de género;
- (2) desarrollo, implementación, supervisión y evaluación de programas; y
- (3) diseño de las instalaciones.

## 2.2 Leyes y políticas

La creación de un entorno legislativo propicio es esencial para proporcionar servicios basados en los derechos de calidad para mujeres y jóvenes con discapacidad. Las siguientes acciones son cruciales para la creación de este entorno:

### Directrices para la acción:

#### ► **Evaluación y vigilancia del entorno legal**

1. Realizar una revisión de las leyes y regulaciones existentes, en colaboración con las mujeres y los jóvenes con discapacidad, para identificar las leyes y regulaciones actuales que crean barreras para acceder a los servicios, incluidas las que crean barreras en la práctica que pueden no ser evidentes ante la ley o la regulación. Defender estándares obligatorios mínimos de accesibilidad para asegurar que todos los servicios tengan un nivel mínimo de accesibilidad, incluidos los de los proveedores de servicios privados.

#### ► **EJEMPLO:**

*En Argentina, REDI, una organización comunitaria de discapacidad, evaluó la medida en que las leyes, las políticas y los planes nacionales de Argentina hacen cumplir los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad en un informe titulado 'El derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva: 20 preguntas fundamentales sobre las políticas públicas del Estado argentino'. (Rights of Persons with Disabilities to Sexual and Reproductive Health)<sup>90</sup>*

2. Asegurar que las leyes y regulaciones respondan a las necesidades de las mujeres y los jóvenes con discapacidad y que incluyan a estas personas. Elaborar una legislación modelo para mejorar la defensa.

#### ► **EJEMPLO:**

*En los Estados Unidos de América, la 'Ley sobre Violencia Doméstica de 1986' (750 ILCS 60)*

del Estado de Illinois incluye lo siguiente dentro de la definición de miembros de la familia o del hogar: «En el caso de un adulto de alto riesgo con discapacidad, 'miembro de la familia o del hogar' incluye a cualquier persona que sea responsable de un adulto de alto riesgo como consecuencia de una relación familiar o que haya asumido la responsabilidad por la totalidad o una parte de la atención de un adulto de alto riesgo con discapacidad de manera voluntaria, o mediante contrato expreso o implícito, o mediante una orden judicial».<sup>91</sup>

► **EJEMPLO:**

En las Filipinas, la '**Ley de paternidad responsable y salud reproductiva**' (RA n.º 10354, conocida también como la Ley de Salud Reproductiva), se desarrolló en consulta con el Consejo Nacional de Asuntos de Discapacidad y una serie de organizaciones para personas con discapacidad, incluidas las enfocadas en las mujeres. El artículo 18 de la ley incluye disposiciones firmes en relación con la salud reproductiva de las personas con discapacidad, incluido un mandato legal de proteger los derechos de las mujeres con discapacidad para que accedan a toda la variedad de información, servicios y productos de salud sexual y reproductiva en igualdad de condiciones con las mujeres sin discapacidad. Esta sección requiere que las ciudades y los municipios eliminen las barreras para los servicios de salud reproductiva para las personas con discapacidad a través de diversas iniciativas, que incluyan brindar acceso físico y transporte, adaptar las camillas de examen y los procedimientos de laboratorio, aumentar el acceso a información y materiales en formatos accesibles, ofrecer educación continua para los proveedores de servicios acerca de los derechos de las personas con discapacidad, y desarrollar campañas de creación de conciencia que combatan los falsos conceptos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.<sup>92</sup>

3. Garantizar que se permita legalmente el acceso de los animales de servicio en todos los edificios públicos e instalaciones privadas, incluso cuando los animales estarían de otro modo prohibidos.
4. Implementar mecanismos de vigilancia que supervisen a los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva para asegurar que se obtenga el consentimiento informado de manera apropiada.
5. Aplicar requisitos de confidencialidad de la información y la comunicación para los proveedores de servicios y el personal de apoyo en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva, independientemente de la discapacidad del destinatario del servicio.

**Directrices para la acción:**

► **Defensa legislativa y cabildeo**

1. Involucrar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad, a las organizaciones de personas con discapacidad, y a las familias de las personas con discapacidad (cuando sea apropiado) en todas las etapas de revisión y desarrollo de las leyes y políticas relacionadas con la prestación de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva. Apoyar e involucrar a los legisladores con discapacidad.

► **EJEMPLO:**

**Sociedad con libertad de movimiento.** En Ekaterimburgo, Rusia, un grupo de personas con discapacidad formó la Sociedad con Libertad de Movimiento para hacer respetar su acceso a edificios y lugares públicos. El grupo creó una lista de los lugares más importantes de la ciudad que debían ser accesibles y defendió el cambio con los funcionarios de la ciudad. Como resultado, los funcionarios de la ciudad hicieron participar a la sociedad en los comités municipales responsables de la mejora del acceso y otorgaron a los miembros

de la sociedad la aprobación final de cualquier proyecto del comité. La sociedad también creó directrices de accesibilidad para arquitectos, que se utilizaron con regularidad.<sup>93</sup>

2. Promover leyes y regulaciones contra la discriminación que sean integrales y aplicables a proveedores de servicios y personal de apoyo tanto públicos como privados en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva. La CDPD ofrece un marco para las leyes modelo contra la discriminación.

► **EJEMPLO:**

*La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) prohíbe la discriminación y garantiza la igualdad de oportunidades para los estadounidenses con discapacidades en entornos tanto públicos como privados.<sup>94</sup>*

► **EJEMPLO:**

*La Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI) es una organización política argentina dirigida por personas con discapacidad que tiene como objetivo mejorar los derechos de las personas con discapacidad al promover su reconocimiento total ante la ley. Uno de los enfoques principales es proponer y defender una legislación que incluya la discapacidad. Las recomendaciones abarcan leyes y políticas nacionales e internacionales, y los temas incluyen trabajo, beneficios, licencias, salud, educación, accesibilidad y transporte. La organización también produce publicaciones que actualizan al público sobre los cambios legislativos e informan sobre el impacto de la legislación.<sup>95</sup>*

3. Promover y asegurar que los mecanismos nacionales de responsabilidad permitan denunciar, supervisar y reparar las violaciones experimentadas por mujeres y jóvenes con discapacidad, incluidas las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos. Asegurar que

dichos mecanismos sean independientes y que respondan a las necesidades de las mujeres y los jóvenes con discapacidad y a los problemas que experimentan. Dichos mecanismos deben incluir un medio para realizar un seguimiento de las tendencias de violación y para responder a estas. De igual forma, los recursos ofrecidos por el mecanismo de responsabilidad deben ser relevantes para las personas con discapacidad.

4. Promover un esquema legislativo y regulatorio que otorgue a las mujeres y a los jóvenes con discapacidad igual reconocimiento ante la ley de conformidad con los derechos establecidos en el artículo 12 de la CDPD. De igual forma, defender los modelos de toma de decisiones con apoyo financiados y promovidos por el gobierno, que incluyan mecanismos legalmente vinculantes, como un apoderado o poder de atención de salud para asistir a las mujeres y a los jóvenes con discapacidad que requieran apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica. Para obtener asistencia con su defensa, utilice el **Manual para Parlamentarios sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, que incluye un subcapítulo sobre capacidad jurídica y toma de decisiones con apoyo.<sup>96</sup>
5. Después de las **emergencias humanitarias**, involucrar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad en el desarrollo de nuevas leyes y políticas para asegurar la eliminación de las barreras que enfrentaban antes de la emergencia y durante esta y para promover el desarrollo y la implementación de nuevas leyes y políticas más inclusivas.
  - **La resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas** urge a los gobiernos a desarrollar planes nacionales de acción (PNA) en relación con la protección y la participación de las mujeres.<sup>97</sup>
  - **La resolución 2250 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas** urge a los gobiernos a encontrar maneras de aumentar la

representación y los aportes significativos de los jóvenes en los procesos de paz y la resolución de conflictos.<sup>98</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Políticas y planes nacionales**

1. Adoptar e implementar una estrategia y un plan de acción nacionales, con asignación de presupuesto suficiente, sobre la violencia basada en género contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad y los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de estas personas, que sean diseñados, revisados periódicamente y supervisados a través de un proceso participativo y transparente.

#### ► **EJEMPLO:**

*La evaluación australiana del 'Plan Nacional para Reducir la Violencia contra las Mujeres y sus Hijos' incluye a las mujeres con discapacidad. Esta dio como resultado la recolección de información importante relacionada con las mujeres con discapacidad; acceso mejorado a los servicios en materia de violencia doméstica y agresión sexual; mejores servicios a través de enfoques basados en pruebas; acceso mejorado a la justicia; subsidios para programas de prevención; y promoción de relaciones respetuosas en diferentes entornos.<sup>99</sup>*

2. Enumerar los requisitos para la concesión de licencias y la educación para los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva que incluyan capacitación sobre derechos, accesibilidad y participación de la discapacidad.
3. Registrar los medicamentos esenciales, según lo estipulado por la **Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS**,<sup>100</sup> para asegurar que estén legalmente disponibles.

4. Asignar recursos suficientes para la capacitación sobre asuntos y derechos de discapacidad y supervisión de apoyo para los proveedores de servicios y el personal de apoyo, además de mecanismos de accesibilidad para los programas financiados por el gobierno. Cuando sea posible, los presupuestos deben incluir financiación para transporte, subsidios, esquemas de protección social y campañas de información pública.
5. Desarrollar sistemas de recolección de datos nacionales y locales desglosados por género, discapacidad, edad, orientación sexual, nivel socioeconómico y condiciones de vida. Debe implementarse un mecanismo coordinado para la revisión y el análisis regulares de los datos para mejorar los servicios.

#### ► **EJEMPLO:**

*Con el apoyo de la Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad, Bolivia fortaleció sus informes sobre discapacidad al integrar la información sobre discapacidad en las estadísticas recogidas en tres sectores clave: educación, salud y justicia. El Ministerio de Justicia procuró mejorar la justicia para las personas con discapacidad al introducir variables de discapacidad en el **Sistema Integral de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia en Razón de Género**. Con esto también se generó una guía para los usuarios del sistema que aborda la recolección de datos sobre los derechos de discapacidad y las cuestiones relacionadas con la violencia basada en género y la discapacidad.<sup>101</sup>*

## 2.3 Programas

Asegurar que los programas de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva sean no discriminatorios y estén basados en consideraciones de discapacidad requiere una evaluación integral y la supervisión continua de todas las etapas del ciclo de vida de los programas para asegurar que no surjan barreras y que se aborden las barreras existentes para las mujeres y los jóvenes con discapacidad en el acceso a los servicios. Las siguientes directrices son esenciales para asegurar una programación no discriminatoria:

### Directrices para la acción:

#### ► **Participación de mujeres y jóvenes con discapacidad**

La autogestión es un elemento clave del movimiento por los derechos de las personas con discapacidad a nivel mundial. Esta se refiere al concepto de que las personas con discapacidad son capaces de defender sus propios derechos y necesidades y son más eficientes en esta defensa. Los autogestores defienden sus propios derechos, los derechos de los demás, y la asistencia que requieren para apoyar su propia defensa. Las organizaciones de personas con discapacidad son un mecanismo clave para apoyar y organizar a los autogestores. Los autogestores deben participar activamente en todas las decisiones que afectan sus derechos. Este principio de participación es capturado por el lema del movimiento por los derechos de las personas con discapacidad: Nada sobre nosotros sin nosotros.

1. Involucrar a las mujeres y los jóvenes con diversas discapacidades en el desarrollo y la implementación de programas en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva.
  - Las mujeres y los jóvenes con discapacidad deben participar en el desarrollo de programas y ofrecer comentarios y

respuestas en todas las etapas (planificación, diseño, implementación y supervisión) y en relación con todos los componentes (capacitación, dotación de personal, instalaciones, etc.).

- Implementar un proceso participativo de diseño y evaluación con las mujeres y los jóvenes con discapacidad para todos los programas. Esto permite a las mujeres y a los jóvenes con discapacidad determinar las prioridades de los programas y brindar comentarios para mejorar un programa. La participación eficaz también puede facilitar la intervención de los cuidadores y aumentar la confianza de los participantes.
- Los siguientes son algunos ejemplos de puntos de acceso clave para lograr la participación de las mujeres y los jóvenes:
  - Asignar organizaciones locales, incluidas las organizaciones de mujeres y jóvenes con discapacidad, para que participen en los mecanismos de coordinación.
  - Establecer criterios de que un cierto porcentaje de los comités, asociaciones, voluntarios y trabajadores comunitarios serán mujeres y jóvenes con discapacidad.
  - Durante las emergencias humanitarias, incluir a mujeres y jóvenes con discapacidad en las evaluaciones rápidas de las necesidades, y desglosar los datos por edad, género, nivel socioeconómico y discapacidad para comprender quién utiliza y quién no utiliza los servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva.
- La participación es igualmente importante durante las emergencias humanitarias. Sin embargo, los comentarios deben solicitarse en un ciclo continuo durante el período de la emergencia y posterior a la emergencia. Esto incluye la participación en el establecimiento de prioridades para la distribución de ayuda<sup>102</sup> y el proceso de consolidación de la paz.<sup>103</sup>

- Reconocer y respetar las identidades entrecruzadas de las mujeres y los jóvenes con discapacidad y asegurar que los servicios atiendan a las necesidades de cada identidad. Por ejemplo, una mujer con una discapacidad también puede identificarse como miembro de un grupo minoritario o comunidad indígena; vivir en un área rural; ser refugiada o desplazada interna; o identificarse como una persona lesbiana, gay, bisexual, transgénero o intersexual (LGBTI).<sup>104</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Construcción de la capacidad**

1. Desarrollar la capacidad de los titulares de derechos (mujeres y jóvenes con discapacidad) y de los garantes de derechos (proveedores de servicios y personal de apoyo).
  - **Titulares de derechos:** Apoyar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad para comprender y hacer cumplir sus derechos a través de programas focalizados de desarrollo de la capacidad. Dichos programas generalmente se dividen en tres categorías: **(1)** programación desarrollada para mujeres y jóvenes con discapacidad para mejorar su conocimiento y comprensión de sus derechos y de los servicios disponibles; **(2)** respuestas y participación continuas entre las mujeres y los jóvenes con discapacidad y los proveedores de servicios y el personal de apoyo; y **(3)** programas de liderazgo y empoderamiento para mujeres y jóvenes con discapacidad.
    - Establecer grupos de apoyo y redes entre pares dirigidos y estructurados por mujeres y jóvenes con discapacidad acompañados con apoyo continuo, según sea necesario.
    - Crear espacios para el desarrollo de la capacidad que sean seguros y que incluyan a las mujeres y a los jóvenes con discapacidad de una variedad de entornos e identidades.

- Involucrar a las personas con y sin discapacidad en los programas de desarrollo de capacidades apropiados para la edad y el género,<sup>105</sup> e implicar a los aliados, como cuidadores y miembros de la familia, en dichos programas.
- Desarrollar programas que creen espacio para diferentes estilos de comunicación e intervención, reconociendo que la participación es diferente para todos. Por ejemplo, un destinatario de servicios con una discapacidad intelectual puede requerir más tiempo para brindar comentarios o formatos alternativos de comunicación. Los programas deben elaborarse de tal manera que permitan el espacio y la flexibilidad para diferentes formas de participación.<sup>106</sup>



Una muchacha de 15 años de edad y su madre comunicándose a través del lenguaje de señas.

© kali9/Getty Images



Un joven abraza a su mamá.

© Colin Hawkins/Getty Images

- Crear múltiples capacitaciones adaptadas a las necesidades relacionadas con la discapacidad de los destinatarios para transmitir información pertinente de manera eficaz.
- Ofrecer programas continuos de capacitación y tutoría para mujeres y jóvenes con discapacidad para desempeñarse como líderes, proveedores de servicios, personal de apoyo y asesores de servicios, personal de apoyo y asesores y para recibir apoyo en dichos roles.
- **Garantes de derechos:** Ofrecer programas de capacitación integral para proveedores de servicios y personal de apoyo acerca de la inclusión de la discapacidad, que incluyan

las necesidades y experiencias de mujeres y jóvenes con discapacidad, mecanismos y técnicas de accesibilidad, y ajustes razonables.<sup>107</sup>

- Asegurar que los programas de capacitación aborden todas las formas diferentes de discapacidad y las necesidades de accesibilidad asociadas, y ofrezcan orientación aplicable específica.
- Convertir la capacitación y la supervisión de apoyo en un requisito de trabajo continuo. Ofrecer educación continua para asistir a los proveedores de servicios y al personal de apoyo, por ejemplo, en el desarrollo de habilidades de comunicación adicionales y relevantes.
- Para los roles de proveedores de servicios que requieren un certificado o título, como un título médico, crear programas curriculares que enseñen a los estudiantes cómo prestar servicios a las personas con discapacidad. Los programas deben enfocarse en el desarrollo de habilidades y en la experiencia práctica, y no deben limitarse a los conceptos de inclusión de la discapacidad.
- Involucrar a instructores con discapacidad siempre que sea posible, ya que al hacerlo aumenta la efectividad de la capacitación y esto contribuye al cambio en la dinámica de poder que de otro modo podría contribuir al estigma y la discriminación.
- Ofrecer oportunidades de aprendizaje experimentales para los proveedores de servicios y el personal de apoyo que les permitan desarrollar confianza en la prestación de servicios para las personas con discapacidad.

## EMERGENCIAS HUMANITARIAS

### Desarrollar la capacidad de los garantes de derechos durante las emergencias

Dado el aumento de las barreras, vulnerabilidades y demandas de servicios que experimentan las personas con discapacidad durante las emergencias humanitarias, es esencial asegurar que los proveedores de servicios y el personal de apoyo comprendan su deber de brindar servicios a las mujeres y los jóvenes con discapacidad y que sepan cómo hacerlo.

Encontrará orientación clave para los actores humanitarios sobre incorporación de la perspectiva de género, incluida la recopilación de datos desglosados sobre discapacidad, en el '**Manual sobre cuestiones de género en la acción humanitaria del Comité Permanente entre Organismos (IASC)**'.<sup>108</sup>

La orientación específica sobre la inclusión de la discapacidad en el contexto de las emergencias humanitarias incluye lo siguiente (los proveedores de servicios y el personal de apoyo en entornos que no son de emergencia también pueden encontrar útil esta guía):

- Asegurar que todos los actores que participan en emergencias humanitarias hayan recibido capacitación sobre creación de conciencia de la discapacidad que enfatice su responsabilidad de prestar servicios a las personas con discapacidad.<sup>109</sup>
- Implementar capacitaciones obligatorias sobre derechos humanos para miembros de las fuerzas armadas, que incluyan la prevención de la violencia sexual y por razón de género inclusiva de la discapacidad y la respuesta a esta violencia.<sup>110</sup>
- Capacitar a los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva y al personal de apoyo en entornos de emergencia sobre cómo ofrecer servicios inclusivos de derechos en materia de salud sexual y reproductiva y de violencia basada en género en entornos de emergencia.
- Desarrollar capacidades para la inclusión de la discapacidad aumentando la comprensión y el reconocimiento de las necesidades de los sobrevivientes con discapacidad, brindando oportunidades de empoderamiento social y económico para mujeres y jóvenes con discapacidad y sus cuidadores para aumentar la independencia y crear redes de pares, y promover y reconocer a las mujeres con discapacidad como líderes.

Para obtener orientación más importante sobre el desarrollo de la capacidad, revise '**I See That It Is Possible': Building capacity for disability inclusion in GBV programs in humanitarian settings** (mayo de 2015)<sup>111</sup> y '**Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action: A Facilitator's Guide** (febrero de 2017).<sup>112</sup>

## Directrices para la acción:

### ► **Ejecución de programas**

1. Integrar los servicios para mujeres y jóvenes con discapacidad en la prestación de servicios generales. Los proveedores de servicios deben tener la precaución de no atribuir la responsabilidad total de asistir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad a los proveedores de servicios que se especializan en la atención de personas con discapacidad; asegurar que los servicios sean accesibles es una obligación de todos los proveedores de servicios y el personal de apoyo. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo que carecen de experiencia o capacitación para asistir a las personas con discapacidad deben consultar a los proveedores de servicios que incluyen a personas con discapacidad para que los orienten y compartan sus conocimientos.
2. Fortalecer la capacidad de los coordinadores de casos —personas responsables de ayudar a los destinatarios de los servicios a desempeñarse dentro de los sistemas de un área de servicios en particular— para ayudar a mujeres y jóvenes con discapacidad a enfrentar las barreras con las que se encuentran. Esto es particularmente importante durante las emergencias humanitarias. Un coordinador designado debe estar informado sobre las



Una mujer sonríe en un evento deportivo en Cali, Colombia, el 17 de agosto de 2017.

© AFP Contributor/Contributor/Getty Images

barreras para los servicios que experimentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad, la variedad de opciones de servicio, y cómo comunicarse y desarrollar confianza con un cliente. Es esencial que los coordinadores comprendan e implementen la toma de decisiones con apoyo y que apliquen salvaguardias para que la posición del coordinador de casos no se convierta en la práctica en un mecanismo de toma de decisiones sustituida.

3. Asegurar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad no estén excluidos de los criterios de elegibilidad porque sus experiencias no están capturadas en los criterios. Por ejemplo, los servicios en materia de violencia basada en género no deben excluir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad porque se basan en una definición de violencia basada en género que no abarca la violencia ejercida por cuidadores o la violencia basada en género experimentada por niños y hombres.

## Directrices para la acción:

### ► **Servicios disponibles**

1. Asegurar que los servicios estén disponibles en cantidad y calidad suficientes para todas las mujeres y los jóvenes con discapacidad independientemente de la discapacidad, el lugar de residencia, la nacionalidad, el origen étnico, la casta, la clase, la condición de migrante o de refugiado, la condición indígena, la edad, la religión, el idioma y el nivel de alfabetización, la orientación sexual o la identidad de género, el estado civil, o cualquier otra característica de la persona.

*Nota sobre los entornos de bajos recursos:* Al asignar recursos limitados, los proveedores de servicio y el personal de apoyo deben garantizar que las necesidades de las mujeres y los jóvenes con discapacidad tengan la misma prioridad que las necesidades de los destinatarios de servicios sin discapacidad. Los proveedores de servicios deben trabajar con las mujeres y los jóvenes con discapacidad para desarrollar soluciones creativas

y de bajo costo para garantizar que, en la medida en que los servicios estén disponibles, las mujeres y los jóvenes con discapacidad tengan el mismo acceso que sus pares sin discapacidad.

2. Desarrollar servicios adaptados para alcanzar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad que viven en aislamiento en entornos institucionales, campamentos, residencias para personas de edad o albergues o residencias familiares, o que no tienen hogar. Por ejemplo, desarrollar recursos accesibles para conocer los derechos en materia de violencia basada en género y líneas directas de denuncia o programas diseñados para aumentar la comprensión y la aceptación de los familiares de las necesidades de salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los jóvenes dado que muchos familiares actúan como los guardianes para los servicios.

*«Organizamos cafés de debate en nuestras casas, aquí mismo. Esto hizo que las personas se acercaran más a nosotros. Cuando llegan al hogar, debatimos sobre muchas cosas, cosas que son realmente importantes, pero también tienen la oportunidad de ver que somos buenos padres a pesar de ser un poco diferentes. Ahora, las personas nos entienden más, incluso pasan a saludar y ver cómo estamos. Me hace sentir más segura tener vecinos que ahora conozco».*

— Seida Ibrahim (mujer refugiada con discapacidad).<sup>113</sup>

► **EJEMPLO:**

*Women's Refugee Commission y el Comité Internacional de Rescate ensayaron y evaluaron acciones para promover la inclusión de la discapacidad en la programación relacionada con la violencia basada en género. En Etiopía, los tradicionales «cafés de debate» se utilizaban como un vehículo para las conversaciones acerca de la violencia basada en género y los servicios disponibles en la comunidad de refugiados. Mujeres con discapacidad y sus cuidadores se ofrecían para organizar cafés de debate en sus hogares, invitando a otras mujeres que vivían en la zona para que se unieran a la actividad. Por lo tanto, las mujeres con discapacidad que estaban aisladas en sus hogares tenían la oportunidad de aprender más acerca de la violencia basada en género y de fortalecer las redes protectoras de pares dentro de sus vecindarios.*

3. Poner los servicios a disposición de las mujeres y los jóvenes con discapacidad que viven en áreas remotas y rurales.<sup>114</sup>

- Basar los servicios en la comunidad siempre que sea posible y asegurar que los servicios sean accesibles.
- Prestar servicios móviles de extensión para áreas aisladas donde residen las mujeres y los jóvenes con discapacidad, incluidas las instituciones y los hogares. Los servicios móviles de extensión consisten en un equipo móvil de proveedores de servicios y personal de apoyo capacitados que ofrecen servicios en áreas tradicionalmente subatendidas.<sup>115</sup> Los proveedores y el personal de extensión pueden proporcionar información y varias formas de anticoncepción, además de derivaciones y seguimiento.<sup>116</sup>
- Permitir que los proveedores de servicios y el personal de apoyo de núcleos rurales concierten citas para mujeres y jóvenes con discapacidad.
- Cuando no haya transporte disponible, desarrollar estrategias creativas para asistir a las mujeres y

los jóvenes con discapacidad en el acceso a los servicios, por ejemplo, a través de tecnología o de miembros de la comunidad capacitados.

- Cuando los recursos lo permitan, ofrecer transporte gratuito o subsidiado para mujeres y jóvenes con discapacidad para que accedan a los servicios y asignaciones para asistentes de cuidado personal. Promover los subsidios del gobierno.

4. Invertir en programas de empoderamiento económico para mujeres y jóvenes con discapacidad.<sup>117</sup> Ayudar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad a acceder a programas vocacionales y a otros programas necesarios de capacitación de subsistencia. Cuando estén disponibles, proporcionar apoyo y acceso a oportunidades de generación de ingresos como fondos iniciales para nuevos emprendimientos comerciales.<sup>118</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Identificación eficaz de las necesidades y derivaciones**

1. Desarrollar asociaciones entre organismos eficaces y de apoyo enfocadas en la mejora de la capacidad y la integración de los servicios para evitar la reducción de la financiación y los recursos. Simplificar la coordinación entre organismos y las derivaciones eficaces entre diferentes sectores y organismos. La coordinación entre organismos puede asumir muchas formas, que incluyen vías de derivación, participación con organizaciones locales para personas con discapacidad, procedimientos operativos de estándares de calidad y programas de coordinadores de casos.

- Tomar las medidas necesarias para coordinar con organizaciones y organismos de personas con discapacidad conducidos por mujeres y jóvenes, y con organizaciones que priorizan y reflejan la igualdad de género. En emergencias humanitarias, desarrollar relaciones con organizaciones comunitarias de personas con discapacidad y grupos de promoción locales para crear redes de derivaciones eficaces para

involucrar a personas migrantes, refugiados y personas desplazadas con discapacidad en las comunidades locales de autogestión. Estas redes también pueden ayudar a alentar al gobierno del país anfitrión para mejorar la integración.

- Establecer protocolos y acuerdos claros sobre los procesos de derivación con sectores sociales, de salud y de justicia relevantes.
- Al desarrollar redes de derivación, identificar responsabilidades bien definidas para cada organismo y organización en la red.
- Asegurar que los procedimientos de coordinación entre organismos sean uniformes, sean conocidos por todos los proveedores de servicios y el personal de apoyo, y se comuniquen con claridad a las mujeres y los jóvenes con discapacidad.
- Desarrollar salvaguardias para hacer responsables a los proveedores de servicios y al personal de apoyo de proporcionar las derivaciones necesarias, cuando estén disponibles y sean apropiadas. Por ejemplo, una lista de verificación de las preguntas de identificación o la vigilancia de supervisión requeridas.
- Crear sistemas de derivaciones que requieran la recepción de un consentimiento informado antes de poder realizar una derivación e incluir salvaguardias para la privacidad y la confidencialidad de una persona al realizar la derivación.
- Utilizar coordinadores de casos capacitados para abordar las necesidades de las mujeres y los jóvenes con discapacidad para asegurar la atención ininterrumpida entre las redes.

2. Desarrollar relaciones con proveedores de servicios de rehabilitación basados en la comunidad. Los proveedores de servicios de rehabilitación basados en la comunidad pueden ser recursos eficaces para compartir conocimientos y recursos, como así también para vincular a las mujeres y los jóvenes con discapacidad con los servicios. Los proveedores de servicios de rehabilitación basados en la comunidad por lo general conocen bien las necesidades de

accesibilidad de las personas con discapacidad en sus comunidades y, en muchos casos, han desarrollado relaciones con las mujeres y los jóvenes con discapacidad en la comunidad, las cuales pueden ser aprovechadas por los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva.

► **EJEMPLO:**

*En Etiopía, Community Based Rehabilitation Network Etiopía y Light for the World se asociaron en un proyecto piloto local para adaptar las capacitaciones y las actividades relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos a las necesidades de los jóvenes con discapacidades intelectuales y sus familias.<sup>119</sup> Las lecciones aprendidas clave del proyecto incluyen romper los tabús relacionados con la sexualidad y las personas con discapacidad; resolver la falta de servicios a través de la capacitación de los trabajadores de campo; proporcionar técnicas prácticas de procedimientos; involucrar a los miembros de la familia; y proporcionar capacitaciones a niños y niñas.<sup>120</sup>*

3. Tomar medidas para identificar a los destinatarios de servicios con discapacidad que han experimentado o están experimentando violaciones de derechos en materia de violencia basada en género y de salud sexual y reproductiva. La prestación de servicios, en particular en los servicios de salud sexual y reproductiva, presenta un valioso punto de contacto para identificar a las víctimas o los sobrevivientes de violencia, evaluar los riesgos, y desarrollar un plan para gestionar y mitigar los riesgos.<sup>121</sup>
  - Los proveedores y el personal deben recibir capacitación sobre cómo brindar apoyo de primera línea.<sup>122</sup> Es esencial que los exámenes de rutina de detección de violación de derechos en materia de violencia basada en género y salud sexual y reproductiva solo se realicen cuando los proveedores de servicios y el personal de apoyo hayan recibido capacitación suficiente y cuando existan redes

de derivaciones eficaces, ya que de lo contrario existe el riesgo de que los proveedores y el personal ocasionen traumas adicionales a una víctima o sobreviviente. Deben implementarse derivaciones apropiadas y eficaces para conectar de manera inmediata a la víctima o al sobreviviente con los servicios que necesitan.

- Desarrollar directrices específicas de identificación para ser utilizadas por los proveedores y el personal al identificar a una persona que enfrenta un riesgo de seguridad, incluidas las situaciones en las que el sobreviviente depende del perpetrador.<sup>123</sup> Los proveedores y el personal también deben recibir capacitación en planificación de seguridad y en mitigación de los riesgos para la mujer o el joven que pueda crear una identificación.<sup>124</sup>
- Establecer procedimientos de identificación uniformes y coordinados y coordinación entre organismos.
- Promover el establecimiento de espacios en los que las mujeres y los jóvenes con discapacidad puedan sentirse seguros y apoyados.
- Respetar los derechos de confidencialidad y privacidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad.

### Directrices para la acción:

► **Servicios accesibles/ajustes**

1. Ofrecer ajustes razonables siempre que sea necesario. Un ajuste, generalmente denominado «ajuste razonable» implica «modificaciones y ajustes necesarios y apropiados que no imponen una carga desproporcionada o excesiva, cuando sea necesario en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el disfrute o ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás».<sup>125</sup> Los ajustes son fundamentales para asegurar que las personas con discapacidad puedan acceder y utilizar los servicios en igualdad de condiciones que las personas sin discapacidad. La forma de ajuste que requiere o prefiere una persona debe ser establecida por la persona con discapacidad.

2. Siempre que los recursos económicos lo permitan, ofrecer tecnología de apoyo (AT). El uso de dispositivos y tecnología de apoyo es una forma de ajustes razonables. El propósito de la AT es sostener o mejorar el nivel de funcionamiento y la independencia de una persona para permitirle desempeñarse mejor en su vida y mejorar su salud y su bienestar generales.<sup>126</sup> Por ejemplo, la tecnología de traducción en tiempo real para el acceso a la comunicación (CART) es un tipo importante de AT para personas sordas alfabetizadas. Para comprender mejor la AT y cómo priorizar la inversión en productos, consulte la '*Lista de productos de apoyo prioritarios*' de la Organización Mundial de la Salud.<sup>127</sup>
3. Desarrollar políticas y procedimientos de identificación para identificar las necesidades de ajustes razonables de una mujer o un joven:
  - Crear una forma o un proceso de identificación accesibles para identificar las necesidades auditivas, visuales, sensoriales, físicas o de comprensión de una persona. Asegurar que existan procedimientos simplificados y ágiles para realizar los ajustes para las necesidades de una persona una vez que estén identificadas.
  - Realizar esta identificación con anticipación a la primera visita de la persona para evitar que la persona realice un viaje posiblemente difícil solo para descubrir que el ajuste que requiere no está disponible.
  - Adaptar los programas de citas. Por ejemplo, las mujeres y los jóvenes con discapacidad pueden requerir los siguientes ajustes:
    - Períodos de citas más prolongados.<sup>128</sup>
    - Citas después de hora.<sup>129</sup>
    - Horarios especiales de citas.<sup>130</sup>
    - Citas combinadas.
  - Realizar un seguimiento de los niveles de capacitación y de las capacidades de los proveedores de servicios para asegurar

que los proveedores con las habilidades requeridas estén disponibles o sean asignados al destinatario de servicios que requiere dichas habilidades. Por ejemplo, si una persona requiere comunicarse con lenguaje de señas, debe programarse una cita con el proveedor que conozca el lenguaje de señas.

### Directrices para la acción:

#### ► **Servicios aceptables**

1. Diseñar servicios que respeten la dignidad de un destinatario de servicios y que respondan a las diferentes maneras en que las personas experimentan los servicios según su edad, discapacidad, género y nivel socioeconómico, y sus diferencias culturales.

#### ► **EJEMPLOS**

de cómo los proveedores de servicios y el personal de apoyo pueden diseñar servicios para respetar la dignidad de un destinatario de servicios:

- Estructurar la prestación de servicios para reconocer a la mujer o al joven con discapacidad como los expertos en sus necesidades de adaptación y para darles las herramientas para dirigir su tratamiento y solicitar asistencia cuando sea necesario.
- Capacitar a todos los proveedores y al personal para que respeten la voluntad y la preferencia de las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Asegurar que se pongan en práctica mecanismos para que las mujeres y los jóvenes con discapacidad puedan denunciar los servicios irrespetuosos de manera segura (es decir, sin temor a sufrir represalias, victimización o daños).
- Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben hablar directamente con la mujer o el joven con discapacidad y no con el miembro de la familia o el cuidador que acompañan a la persona.

## ¿Qué es la dignidad?

La dignidad de una persona está vinculada fundamentalmente con sus derechos humanos y sus libertades fundamentales. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo afirma que la dignidad «incluye mucho más que la satisfacción de las necesidades básicas; incluye el derecho a la educación; a la participación plena en la vida social, económica y política; a la libertad de información; a estar libre de discriminación y violencia; a la seguridad de residencia y a la libertad de movilidad humana; requiere que las personas tengan acceso a oportunidades para desarrollar y renovar sus capacidades durante el transcurso de su vida. La dignidad incluye el derecho humano fundacional a la salud sexual y reproductiva y las libertades de elegir a quién amar, la opción de tener o no hijos y cuándo hacerlo, y la garantía de que el sexo y la reproducción son una fuente de felicidad humana y que se puede participar en ellos sin temor a sufrir enfermedades o un riesgo para la salud. Estos derechos y libertades son una condición previa para una sociedad próspera e inclusiva, compuesta por personas resilientes que pueden innovar y adaptarse, y asegurar un futuro compartido y vibrante para todas las personas».<sup>131</sup>

- Cuando una persona con una discapacidad física requiere un examen físico, los proveedores y el personal deben permitir que la persona con discapacidad dirija el traslado a la cama de exploración y el manejo de la posición de su cuerpo durante el examen.
- Si el proveedor de servicios necesita realizar un examen pélvico, siempre debe haber un asistente presente en la sala durante el examen.

2. Priorizar la seguridad, en particular para las mujeres y los jóvenes que reciben servicios en materia de violencia basada en género. Por ejemplo, no divulgar públicamente la dirección de un albergue ni enviar cartas o realizar llamadas de seguimiento a la dirección o el teléfono particulares de una persona a menos que se haya obtenido el consentimiento informado para hacerlo.
3. Asignar suficientes recursos económicos y humanos para todos los programas con el fin de asegurar que los servicios estén disponibles, y sean accesibles, aceptables y de buena calidad para las mujeres y los jóvenes con todas las formas de discapacidad. Esto incluye la financiación de gastos accesorios como transporte, materiales accesibles distribuidos con anticipación, e intérpretes.<sup>132</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Servicios de calidad**

1. Garantizar que los servicios ofrecidos a mujeres y jóvenes con discapacidad sean de **buena calidad** e iguales a los que se ofrecen a las personas sin discapacidad. Asegurar que los servicios sean:
  - basados en pruebas;<sup>133</sup>
  - aprobados y apropiados científicamente;<sup>134</sup>
  - apropiados desde el punto de vista médico;<sup>135</sup>
  - apropiados culturalmente;<sup>136</sup>
  - coherentes con los derechos humanos;<sup>137</sup>
  - integrales;<sup>138</sup>
  - e incluyan una variedad completa de opciones de servicios modernos acompañados por información precisa sobre dichas opciones y los derechos de las personas en relación con dichas opciones.<sup>139</sup>
2. Asegurar que los servicios, la información y los productos ofrecidos sean coherentes con la ética médica moderna y sensibles a la discapacidad, la cultura, el género y la edad de una persona.<sup>140</sup>

## Directrices para la acción:

### ► **Servicios basados en derechos**

1. Implementar salvaguardias de programas y políticas para asegurar que todos los servicios solo se proporcionen de manera voluntaria con el consentimiento libre e informado de la mujer o del joven con discapacidad, incluso para la divulgación de información.
  - Establecer un código de ética para la adquisición del consentimiento informado y el intercambio de información.
  - Ofrecer ajustes razonables y toma de decisiones con apoyo a las mujeres y los jóvenes con discapacidad que requieren dicha asistencia. Esto es lo que debería hacerse en lugar de basarse en los tutores para la toma de decisiones sustituida. Prestar servicios de toma de decisiones con apoyo de manera tal que se proteja la privacidad de la mujer o el joven.
  - Permitir tiempo adicional para citas, cuando sea necesario. El proceso de obtener el consentimiento informado en ocasiones puede ser difícil y requerir mucho tiempo, en particular cuando la discapacidad de una persona requiere formas alternativas de comunicación o que la información se transmita repetitivamente, pero dichas dificultades no absuelven a los proveedores de servicios y al personal de apoyo de cumplir estos criterios.
  - Establecer procedimientos y políticas que reflejen y respeten los principios y derechos subyacentes asociados con la capacidad jurídica, incluso en situaciones en que al destinatario de los servicios se le ha negado el derecho de capacidad jurídica (como en sistemas de tutela).
  - Para obtener más información sobre la adquisición del consentimiento informado, véase Igual reconocimiento ante la ley (sección 1.2).
2. Capacitar y brindar apoyo a los proveedores de servicios y al personal de apoyo en todos los niveles (desde los directores del programa hasta el personal de la secretaría) para que comprendan completamente los derechos legales de las mujeres y los jóvenes con discapacidad en su comunidad, con énfasis en la manera en que la capacidad jurídica se relaciona con el consentimiento informado, la privacidad, la confidencialidad y la tutela.
  - La capacitación debe incluir cómo se debe llegar a la determinación de que una persona no puede proporcionar consentimiento informado después de haber utilizado sin éxito todos los ajustes razonables y las herramientas de toma de decisiones con apoyo disponibles. Explorar los recursos que asisten a los proveedores de servicios y al personal de apoyo para comprender mejor el proceso informado para adultos con discapacidad:
    - Surrey Place Centre y Vanderbilt Kennedy Center for Excellence in Developmental Disabilities han desarrollado y puesto a disposición de los proveedores de servicios recursos clave sobre cómo proveer atención de salud de calidad para adultos con discapacidades intelectuales y del desarrollo. El portal web incluye información para ayudar a los proveedores de servicios a comprender el consentimiento informado y una lista de verificación descargable sobre el consentimiento informado.<sup>141</sup>
    - Women's Refugee Commission y el Comité Internacional de Rescate desarrollaron una guía para los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género sobre el proceso de consentimiento informado para adultos con discapacidad que son víctimas o sobrevivientes, que incluye orientación útil para profesionales, incluido un flujograma para ayudar a los proveedores a obtener el consentimiento informado. La herramienta se desarrolló para contextos humanitarios, pero es útil en todos los contextos.<sup>142</sup>

3. Crear salvaguardias para mantener y garantizar la confidencialidad del destinatario de los servicios.

- En el área de recepción, asegurar que los destinatarios de los servicios tengan la opción de indicar la razón de su visita en forma privada.
- Si una persona llega con un acompañante, preguntarle a la persona con discapacidad en un entorno privado si desea renunciar a su confidencialidad al permitir que su acompañante esté presente mientras recibe los servicios (incluso si la persona es menor de 18 años). No utilizar a los acompañantes como intérpretes de los destinatarios de servicios con discapacidad. Asegurar que este proceso se realice con sensibilidad, y que esté dirigido por la persona con discapacidad. Separarse del acompañante puede causarle ansiedad a la persona.
- Asegurar que el proveedor de servicios y/o el personal de apoyo comprendan y hablen el idioma del destinatario de los servicios (por ejemplo: lenguaje de señas) para proteger aún más la confidencialidad del destinatario.
- Implementar salvaguardias procedimentales para mantener la privacidad de la información.
- Ofrecer espacios de consulta privados. En entornos de bajos recursos donde no existen habitaciones privadas, considerar designar una parte de la instalación o un patio exterior como área privada; también puede colocarse una vara o barrera en una ubicación que separe el área de recepción del área de servicios.
- Obtener autorizaciones para compartir la información privada de una persona, incluso para derivaciones a otros servicios.

### Directrices para la acción:

#### ► **Recolección y supervisión de datos**

1. Recolectar datos desglosados sobre una amplia variedad de barreras y experiencias que afecten la prestación de servicios para mujeres y jóvenes con discapacidad. La recolección constante y precisa de datos sobre los servicios prestados a

las mujeres y los jóvenes con discapacidad es de vital importancia para apoyar la mejora continua y el acceso a los servicios.

- Adaptar los mecanismos de recolección de datos existentes, si estuviesen disponibles y fuera apropiado.
- Desarrollar herramientas de mapeo para involucrar de mejor manera a las personas con discapacidad a través de la comprensión de sus necesidades, edades, discapacidades, riesgos y otras cuestiones de datos importantes.
- Desglosar los datos según una variedad de factores relevantes, incluidos los tipos de discapacidad, sexo y género, edad, nivel socioeconómico y otros factores interrelacionados que afectan el acceso a los servicios y su uso.<sup>143</sup>
- Asegurar la recolección de datos correlacionados con cada objetivo programático relacionado con las mujeres y los jóvenes con discapacidad para mediar el éxito en el cumplimiento de cada objetivo.
- Obtener el consentimiento para recolectar datos y mantener la confidencialidad y la privacidad, en especial para la información médica y para las personas bajo tutela.
- Establecer un sistema seguro de recolección, registro y almacenamiento de datos.
- Implementar un mecanismo coordinado para la revisión y el análisis regulares de los datos.

2. Implementar un mecanismo de reclamo eficaz y accesible para recolectar comentarios constantes sobre el programa y la instalación.<sup>144</sup> Asegurar que los destinatarios de los servicios puedan presentar reclamos de manera segura en una variedad de formatos (por ejemplo: por escrito, verbalmente, en forma anónima).

3. Desarrollar mecanismos de supervisión efectivos, incluidos mecanismos que puedan responsabilizar a los proveedores de servicios y al personal de apoyo.

- Crear indicadores que registren la participación de las mujeres y los jóvenes en los servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva.
- Establecer parámetros específicos y gestionables para supervisar y evaluar el progreso en la prestación de servicios.
- Asegurar que los mecanismos de supervisión y responsabilidad sean independientes y accesibles para las mujeres y los jóvenes con discapacidad.
- Supervisar sistemáticamente la situación de las personas con discapacidad también en emergencias humanitarias.<sup>145</sup> Asegurar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad se incluyan en las evaluaciones de necesidades estándares realizadas después de una emergencia, como la evaluación de necesidades posdesastre.

## 2.4 Instalaciones

Asegurar que los servicios sean de fácil acceso para las mujeres y los jóvenes con todo tipo de discapacidad es fundamental para garantizar que un servicio en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva tenga en cuenta a las personas con discapacidad tanto en la teoría como en la práctica. La accesibilidad física, social, económica y cultural es un componente crucial para satisfacer esta necesidad,<sup>146</sup> y las acciones siguientes son críticas para asegurar que los servicios sean accesibles para las mujeres y los jóvenes con discapacidad:

### Directrices para la acción:

#### ► **Identificación de barreras**

1. Llevar a cabo una auditoría de accesibilidad con mujeres y jóvenes con diferentes tipos de discapacidad para identificar las barreras físicas, sensoriales, de información y de comunicación, y las adaptaciones necesarias.<sup>147</sup> Solicitar comentarios de personas con discapacidad antes de una construcción nueva o una renovación.<sup>148</sup>

#### ► **EJEMPLO:**

En los Estados Unidos de América, mediante la *Iniciativa Safety First (Primero la Seguridad)*, se desarrolló una **herramienta de revisión de la accesibilidad y sensibilidad** para brindar a los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y al personal de apoyo un marco para pensar cómo hacer que sus servicios sean inclusivos, habilitados para el tratamiento de los traumas y sensibles, junto con una **herramienta de puntuación** para evaluar los servicios actuales y continuos.<sup>149</sup>

#### ► **EJEMPLO:**

Las normas «*ISO 21542:2011 Building Construction—Accessibility and usability of the built environment*» de la Organización Internacional de Normalización son una herramienta útil para evaluar la accesibilidad de la ubicación de un proveedor de servicios. Esta publicación contiene requisitos y recomendaciones estándares para la construcción de edificios accesibles y puede usarse cuando no existen normas nacionales o locales sobre la accesibilidad física. Se debe abonar una tarifa para acceder al documento.<sup>150</sup>

2. Identificar y eliminar los obstáculos y las barreras que enfrentan las mujeres y los jóvenes para acceder a los servicios.<sup>151</sup> La forma de acceso preferida debe ser dirigida y elegida por la mujer o el joven con discapacidad.
3. Usar y comprender las nuevas tecnologías que pueden aumentar la accesibilidad, por ejemplo, los tableros digitales de comunicación.

### Directrices para la acción:

#### ► **Accesibilidad física**

1. Asegurar que los servicios sean físicamente accesibles. Esto significa que todos los componentes esenciales para la prestación de servicios, incluidos los edificios, las aulas, las cortes, las instalaciones de servicios de salud y el equipo médico, se puedan usar independientemente

de la forma de discapacidad o el equipo de asistencia de una persona. Asegurar que una ubicación sea físicamente accesible mediante los pasos siguientes:

- Utilizar diseños universales tanto como sea posible. Diseño universal significa «el diseño de productos, entornos, programas y servicios para que todas las personas puedan utilizarlos, en la mayor medida posible, sin la necesidad de adaptación o diseño especializado, y esto debería incluir los baños, refugios y otras instalaciones».<sup>152</sup>
- Identificar y reparar las barreras estructurales y arquitectónicas, tanto dentro como fuera de las instalaciones del proveedor de servicios. Algunos ejemplos de consideraciones importantes incluyen:<sup>153</sup>
  - ¿Existen barreras para el ingreso a las instalaciones o para acceder a distintos pisos de las instalaciones, como caminos irregulares, entradas angostas o escaleras?
  - ¿Las puertas son lo suficientemente anchas? ¿Son lo suficientemente livianas para empujarlas? ¿Tienen un picaporte con manija en lugar de una perilla? ¿Son automatizadas?
  - ¿Los mostradores son lo suficientemente bajos para adaptarse a una persona en silla de ruedas?
  - ¿Hay baños accesibles para sillas de ruedas disponibles y en condiciones de funcionamiento?
  - ¿Hay espacio suficiente en las salas de examen o de parto para que gire una silla de ruedas?
- Asegurar la accesibilidad de los muebles y equipos de las instalaciones, como camas de hospital y camillas de examen.

► **EJEMPLO:**

*La Adaptive Design Association es un recurso útil sobre diseños adaptables de bajo costo. La misión*

*de la organización es «asegurar que las personas con discapacidad reciban las adaptaciones personalizadas que necesitan para llevar una vida saludable y aprovechar su potencial académico, vocacional y de desarrollo, y promover la educación, la inclusión, la replicación generalizada y la justicia social».<sup>154</sup> Una de las formas en que hacen esto es mediante una videoteca en línea gratuita que cuenta con numerosos videos instructivos sobre cómo pueden crearse diseños adaptables con materiales de bajo costo, como cartón.<sup>155</sup>*

- Diseñar las instalaciones para apoyar una variedad de necesidades de accesibilidad, entre ellas, por ejemplo, permitir que los animales de servicio acompañen a los destinatarios de los servicios; almacenamiento apropiado de medicamentos; estaciones de carga para dispositivos de asistencia electrónicos; espacio suficiente en habitaciones, pasillos y baños; pasamanos; y camas y camillas de partos y examen estables y ajustables en altura.
2. Asegurar que, en la medida que sea posible, sea fácil acceder al servicio. Ofrecer servicios en la comunidad, mediante visitas al hogar, o cerca de transporte público confiable y accesible o transporte privado subsidiado.<sup>156</sup>
  3. Mejorar el acceso a los servicios por teléfono, correo electrónico u otros medios remotos, según sea apropiado, para facilitar el acceso a los servicios remotos para personas que no pueden llegar a las instalaciones para recibir atención en persona.
    - Asegurar que haya formatos telefónicos alternativos disponibles (por ejemplo: teletipo o video).
    - Permitir la renovación de recetas por teléfono.<sup>157</sup>
    - Ofrecer información y servicios mediante correo electrónico y conversaciones por Internet.

### Accesibilidad física

Durante las emergencias humanitarias, las mujeres y los jóvenes con discapacidad tienen las mismas necesidades físicas que en los períodos que no son de emergencias. Sin embargo, las emergencias humanitarias pueden crear consideraciones nuevas y únicas para la accesibilidad física:

- Asegurar que las infraestructuras humanitarias se desarrollen teniendo en cuenta la vulnerabilidad incrementada de mujeres y jóvenes con discapacidad durante las emergencias humanitarias. La discapacidad de una persona puede aumentar su vulnerabilidad ante la violencia sexual y de género cuando se transita un entorno de servicios de emergencia. Por ejemplo, los lugares para recibir suministros de comida y agua pueden estar lejos del refugio de una mujer, o los baños en los campos de refugiados pueden estar ubicados lejos del hogar de una persona. Estas situaciones aumentan la vulnerabilidad de una persona a la agresión sexual, especialmente durante la noche, y si la discapacidad de una persona afecta la velocidad a la que puede moverse, esto puede aumentar su vulnerabilidad aún más. Diseñar los servicios y las instalaciones de servicios para prevenir efectivamente la violencia sexual y de género. Las técnicas para hacer esto incluyen cerrojos en las puertas de los baños y la participación de las mujeres y los jóvenes con discapacidad en la dirección de los campamentos para ofrecer comentarios sobre el diseño de los servicios.<sup>158</sup>
- Ofrecer servicios móviles que puedan llegar a mujeres y jóvenes con discapacidad aislados que no pueden viajar para acceder a los servicios. Particularmente durante emergencias, las personas con todo tipo de discapacidad enfrentan mayores barreras para viajar para recibir los servicios porque los servicios de transporte no están disponibles, los cuidadores tienen otras obligaciones o ya no están presentes, o el entorno físico ya no es transitable debido al daño ambiental. Por ejemplo, los tribunales móviles pueden facilitar el acceso a la justicia para las personas desplazadas,<sup>159</sup> mientras que las clínicas de salud móviles y/o los servicios de extensión pueden brindar los servicios de salud requeridos.<sup>160</sup>
- Utilizar el diseño universal al desarrollar la disposición y los servicios de campamentos de personas desplazadas. Recursos como la publicación de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja **«All Under One Roof: Disability-inclusive shelter and settlements in emergencies»** ofrecen orientación importante sobre las maneras en que los proveedores de servicios y el personal de apoyo pueden abordar las barreras que evitan que las personas con discapacidad accedan a los servicios durante emergencias.<sup>161</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Accesibilidad sensorial**

1. Asegurar la accesibilidad para las personas con discapacidades sensoriales. Las discapacidades sensoriales afectan la visión, la audición, el olfato, el tacto, el gusto, la comunicación o la percepción espacial de una persona. Una mujer o un joven pueden tener una o más de estas discapacidades y en varios niveles. El tipo y la extensión del ajuste que una persona requiere dependen de la persona. Para asegurar que una instalación sea accesible para una persona con una discapacidad sensorial, se presentan los siguientes ejemplos de acciones recomendadas:
  - Brindar un entorno libre de fragancias, en la medida de lo posible.<sup>162</sup>
  - No usar luz fluorescente.<sup>163</sup>
  - Ofrecer una variedad de opciones para sentarse (por ejemplo: asientos mullidos, apoyabrazos).<sup>164</sup>
  - Tener disponibles juguetes antiestrés y para calmar la ansiedad (por ejemplo: bolas de relajación, juegos, animales de peluche, *fidget spinners*).<sup>165</sup>
  - Reducir el ruido en el entorno, en especial la acústica fuerte o el ruido de fondo excesivo.<sup>166</sup>
  - Ofrecer una habitación de descompresión y relajación para las personas que requieren un descanso sensorial.<sup>167</sup>
  - Tener agua y alimentos disponibles.
  - Reducir los tiempos de espera extensos.<sup>168</sup>
  - Ofrecer descansos durante citas o exámenes extensos.

### Directrices para la acción:

#### ► **Accesibilidad de la información y la comunicación**

Asegurar la accesibilidad de la información y comunicación. Esto significa que una persona con discapacidad debe poder solicitar, recibir e impartir información de una manera adecuada a sus necesidades de comunicación.

- Garantizar que la información y la comunicación estén disponibles en los

siguientes formatos accesibles, cuando sea necesario:

- braille;
  - letras grandes;
  - audio;
  - formatos digitales, compatibles con lectores de pantalla;
  - lenguaje de señas con un intérprete del género preferido (por ejemplo: lenguaje de señas internacional, lenguaje de señas estadounidense);
  - subtítulo;
  - formatos simplificados (por ejemplo: lenguaje sencillo, lectura fácil);
  - guías ilustradas;
  - interpretación al idioma local.
- Ofrecer un menú de opciones de hardware o dispositivos a los que los usuarios puedan acceder durante su visita. Los dispositivos disponibles afectarán la provisión de diferentes formatos accesibles. Los dispositivos pueden incluir, por ejemplo, teléfonos móviles simples, teléfonos inteligentes, tabletas, computadoras, reproductores DAISY o lectores Victor.
  - Proporcionar información en formatos accesibles sobre lo siguiente:
    - derechos fundamentales;
    - servicios disponibles;
    - instrucciones para los servicios;
    - derechos de confidencialidad y privacidad;
    - consentimiento informado;
    - procedimientos de reclamos y comentarios;
    - mecanismos y procesos de responsabilidad;
    - campañas de información pública y sensibilización.
  - Distribuir material de información digital antes de las citas o sesiones de información.

- Contratar a una persona de apoyo dedicado en el lugar para asistir a las personas con discapacidad cuando se presentan a sus citas desde que llegan hasta que se van.
- Nunca usar a un familiar o cuidador como traductor para una persona con discapacidad, a menos que la persona con discapacidad haya dado anteriormente en privado su consentimiento informado, claro y libre.
- Establecer salvaguardias apropiadas para abordar circunstancias en que el consentimiento y la confidencialidad están en riesgo para las mujeres y los jóvenes con discapacidad, como por ejemplo, durante la traducción o interpretación en lenguaje de señas.

## Información, educación y comunicación accesibles

Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a toda la información relacionada con los programas en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva en igualdad de condiciones con las demás personas. Los mensajes sobre violencia basada en género y derechos de salud sexual y reproductiva deben comunicarse en formatos múltiples e incorporar diferentes métodos de difusión. La herramienta **«Tool on Accessible Information, Education and Communication Materials»** de Women's Refugee Commission y el Comité Internacional de Rescate sugiere usar las siguientes preguntas simples para identificar las adaptaciones apropiadas o los enfoques específicos para asegurar que la información llegue a personas con diferentes tipos de discapacidad. Esta orientación se desarrolló para el contexto de emergencia humanitaria, pero se puede aplicar en todos los contextos.

1. ¿Quién podrá comprender esta información en su formato actual?
2. ¿Quién no podrá comprender esta información en su formato actual?
3. ¿De qué manera la información refleja las necesidades de diferentes personas en la comunidad? ¿Se verán reflejadas las personas con discapacidad y sus cuidadores, además de sus experiencias, en las imágenes?
4. ¿Qué piensan las personas con discapacidad sobre los materiales de información, educación y comunicación? ¿Tienen algún consejo o comentario? Si bien es útil contar con sus consejos y orientación antes de empezar, también es importante acercar el material terminado a las personas con discapacidad y sus cuidadores y pedirles que lo revisen, critiquen y comenten, para luego modificarlo de manera acorde.

Para obtener más información, incluida una orientación sobre planes de difusión, véase: **Tool 7: Accessible information, education and communication (IEC) materials.**<sup>169</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Accesibilidad económica**

1. Asegurar que los servicios sean económicamente accesibles. Esto significa que la información, los productos y los servicios deben ser asequibles.
    - Programar citas después de hora para evitar que las personas tengan que faltar al trabajo para recibir los servicios.<sup>170</sup>
    - Asistir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad para que accedan a la ayuda con los ingresos y otros programas de protección social.<sup>171</sup>
    - Cuando sea posible, ofrecer servicios y medicamentos o equipos gratis, subsidiados o con tarifas de escala variable. Si una persona accede a una tarifa reducida, asegurar que esta información sea privada.<sup>172</sup>
    - No asumir que las personas tienen acceso al transporte, a Internet, a una computadora, etc. <sup>173</sup>
- Durante las emergencias humanitarias, la necesidad de accesibilidad económica es incluso más aguda para todos, pero en especial para las mujeres y las personas con discapacidad. Las mujeres y los jóvenes a menudo están privados de la asistencia pública o de los cuidadores de los que dependen económicamente, y esto aumenta su vulnerabilidad. Con las demandas económicas importantes de los gobiernos y proveedores de servicios durante y después de una emergencia, la financiación para los ajustes de servicios, intérpretes y otros ajustes para mujeres y jóvenes con discapacidad puede ser escasa y no priorizada. Los encargados de formular políticas, así como los políticos locales y nacionales, deben asegurar que se asigne financiación suficiente en los planes de emergencia nacional para servicios y accesibilidad relacionados con la discapacidad, y que la financiación se priorice y utilice de manera eficaz durante una emergencia o en entornos de recursos extremadamente bajos.



Jóvenes aprenden usando computadoras en una escuela en Vadodara, India.

© 2016 Ghanshyam Kahar, cortesía de Photoshare

## PUNTO DE PARTIDA

# Directrices para los proveedores de servicios y el personal de apoyo que trabajan con mujeres y jóvenes con varias discapacidades

### Mujeres y jóvenes con discapacidades físicas:

- No asumir que porque el destinatario del servicio tiene una discapacidad física también tiene una discapacidad intelectual.<sup>174</sup>
- Sentarse a la misma altura que el destinatario del servicio cuando sea posible.<sup>175</sup>
- No mover muletas, bastones, andadores o sillas de ruedas sin el permiso de la persona o sin coordinar su devolución.<sup>176</sup>
- No apoyarse sobre una silla de ruedas ni tocarla sin el permiso de la persona que usa la silla de ruedas.<sup>177</sup>
- Seguir las indicaciones de la persona con la discapacidad sobre cómo transferirla a una cama o máquina de exploración.<sup>178</sup>

### Mujeres y jóvenes con discapacidades sensoriales:

- Para una mujer o joven sordos o con audición reducida.<sup>179</sup>
- Asegurarse de tener la atención de la persona antes de hablar.<sup>180</sup>
- Si el destinatario del servicio no lo está mirando, tocar gentilmente a la persona en el hombro.<sup>181</sup>
- No gritar ni exagerar al hablar.<sup>182</sup>
- Mirar directamente al destinatario del servicio, y no cubrirse la boca.<sup>183</sup>
- Determinar y documentar tan pronto sea posible el método de comunicación que prefiere la persona.<sup>184</sup>

- Hablar de manera lenta y clara para ayudar en la lectura de los labios para aquellos que lo requieren.<sup>185</sup>
- Tener un traductor CART o intérprete de lenguaje de señas a petición o previsto.<sup>186</sup>

### Para una mujer o joven ciegos o con visión reducida:<sup>187</sup>

- No tocar a la persona antes de anunciarse.
- No asumir que el destinatario del servicio no puede verlo en absoluto.<sup>188</sup>
- Hablar con su voz normal.<sup>189</sup>
- Permitir que el animal de servicio de la persona la acompañe en todo momento.
- No alejar el bastón u otra herramienta de movilidad del destinatario del servicio en ningún momento.<sup>190</sup>
- Despedirse antes de alejarse o irse.<sup>191</sup>
- Tener información en letras grandes, audio o formato braille para aquellos que lo requieren.<sup>192</sup>
- Proporcionar información en formatos digitales con anticipación para que la persona lea con un lector de pantalla antes de su cita.
- Usar ayudas visuales y técnicas para aquellos que las requieran.<sup>193</sup>

### Para una persona que no habla con claridad:<sup>194</sup>

- No asumir que el habla lenta o difícil de entender de un destinatario del servicio implica que la persona tiene dificultades de aprendizaje o de comprensión.<sup>195</sup>

- Pedir a la persona que repita cualquier cosa que no entienda.<sup>196</sup>
- Hacer preguntas que la persona pueda responder con «sí» o «no». <sup>197</sup>
- Permitir que la persona se tome todo el tiempo que necesite para explicar su problema.<sup>198</sup>
- Tener paciencia.<sup>199</sup>

#### **Mujeres y jóvenes con discapacidades intelectuales:**

- Usar palabras simples y oraciones cortas.<sup>200</sup>
- Repetir las instrucciones y la información importante de diferentes maneras y con diferentes herramientas de aprendizaje para ayudar al destinatario del servicio a comprender (por ejemplo: modelos o muñecas anatómicamente correctos, situaciones de representación de papeles).
- Ofrecer a la persona instrucciones simples y guías informativas para que lleve a casa como referencia (por ejemplo: lenguaje sencillo, lectura fácil, guías ilustradas, instrucciones por video).
- Tener paciencia.<sup>201</sup>
- No tratar a la persona como si fuera un niño. <sup>202</sup>
- Proporcionar al destinatario del servicio un número de teléfono o una forma de comunicarse con el proveedor nuevamente si tiene preguntas de seguimiento.

#### **Mujeres y jóvenes con discapacidades psicosociales:**

- Enfatizar y tomar medidas para fomentar y desarrollar la confianza entre usted y el destinatario del servicio. <sup>203</sup>
- Ofrecer capacitación para todos los proveedores, personal y familiares para aumentar la aceptación, cambiar actitudes y fomentar la confianza. <sup>204</sup>
- Mejorar la comunicación entre los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y de derechos de salud sexual y reproductiva y los proveedores de servicios de atención de salud mental.<sup>205</sup>
- Ofrecer grupos de apoyo. <sup>206</sup>
- Asegurar que usted y su grupo de apoyo siempre traten a los destinatarios de los servicios con respeto y que reconozcan sus fortalezas. <sup>207</sup>
- Ofrecer información y derivaciones sobre mecanismos de toma de decisiones con apoyo y un apoderado de atención de salud, si estuviesen disponibles. Una persona designa a un apoderado de atención de salud para que tome decisiones de atención de salud por ellos cuando no pueden tomar las decisiones ellos mismos; es un mecanismo para asegurar que se cumplan los deseos de la persona.



## Servicios en materia de violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad

### 3.1 Contexto

La violencia basada en género asume diversas formas: física, emocional, psicológica, sexual y económica. Violencia basada en género es un término general que se refiere a actos de violencia «perpetrados contra la voluntad de una persona y que se basan en las diferencias socialmente atribuidas (es decir, el género) entre hombres y mujeres. El término «violencia basada en género» se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias de poder estructurales y basadas en el género entre hombres y mujeres en todo el mundo ponen a las mujeres en riesgo de múltiples formas de violencia. Como se acordó en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), esto incluye actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, amenazas de tales actos, coerción y otras privaciones de libertad, ya sea que ocurran en público o

en la vida privada. El término también es utilizado por algunos autores para describir algunas formas de violencia sexual contra hombres y/o violencia orientada contra poblaciones LGBTI; en estos casos, se refiere a violencia relacionada con normas de masculinidad desiguales en cuestión de género y/o normas de identidad de género.<sup>208</sup> De hecho, a pesar de las percepciones comunes de lo contrario, los hombres y niños también pueden ser víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género.<sup>209</sup>

Las mujeres y los jóvenes con discapacidad viven las mismas formas de violencia basada en género que las personas sin discapacidad. Las mujeres y los jóvenes con discapacidad también viven formas únicas de violencia basada en género como resultado de su discapacidad, tales como abuso sexual de su cuidador; retención de medicación o de un dispositivo de apoyo; atención de calidad

inferior intencionada; denegación de necesidades como alimentos, sanitarios o aseo; control de los dispositivos sensoriales; control financiero; restricción de los dispositivos de comunicación; «violación con desfloración»; matrimonio precoz o forzado; procedimientos médicos forzados u obligados, como esterilización, anticoncepción o aborto forzados; y aislamiento forzado.<sup>210</sup> Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben comprometerse a comprender las formas únicas en que las mujeres y los jóvenes con diferentes discapacidades viven la violencia basada en género. Esta comprensión es el primer paso crítico para poder adaptar y desarrollar programas que brinden servicios efectivos a mujeres y jóvenes con discapacidad.

### **Aumento del riesgo**

Los estudios muestran que el tres por ciento de las personas con discapacidad informan haber sufrido violencia dentro del último año; este porcentaje aumenta sustancialmente para las personas con discapacidad mental.<sup>211</sup> Las personas con discapacidad tienen tres veces más posibilidades de sufrir violencia física, violencia sexual y violencia emocional en comparación con las personas sin discapacidad.<sup>212</sup> Las mujeres con discapacidad en particular, tienen hasta 10 veces más posibilidades de sufrir violencia sexual.<sup>213</sup> Los niños y hombres con discapacidad tienen dos veces más posibilidades que los niños y hombres sin discapacidad de sufrir abuso sexual durante toda su vida.<sup>214</sup> De hecho, las estimaciones sugieren que del 40 % al 68 % de las mujeres jóvenes con discapacidad sufrirán violencia sexual antes de los 18 años,<sup>215</sup> mientras que del 16 % al 30 % de los hombres jóvenes con discapacidad sufrirán violencia sexual antes de los 18 años.<sup>216</sup> De manera similar, UNICEF descubrió que los niños con discapacidad tienen un riesgo 1.7 veces más alto de sufrir violencia que sus pares sin discapacidad.<sup>217</sup> Cuando la discapacidad afecta la capacidad de la persona para comunicarse, el riesgo de violencia puede ser aún mayor, ya que los

abusadores pueden aprovechar la incapacidad de la persona para revelar el abuso.<sup>218</sup> Por ejemplo, los niños con discapacidad intelectual tienen casi cinco veces más probabilidades de sufrir violencia sexual que los niños sin discapacidad.<sup>219</sup> Las razones para estas tasas de violencia más altas incluyen estigma, discriminación, creencias tradicionales negativas, falta de apoyo (incluida la atención temporal) para los cuidadores, falta de conocimiento sobre la discapacidad, mayor vulnerabilidad debido a las necesidades de atención, dependencia e impunidad.<sup>220</sup>

Las mujeres con discapacidad también tienen más probabilidades de sufrir pobreza y aislamiento que los hombres con discapacidad o las personas sin discapacidad, incluso en países con estándares de vida más altos.<sup>221</sup> Esto puede aumentar su vulnerabilidad a la violencia económica y exacerbar los obstáculos financieros para abandonar situaciones violentas y acceder a los servicios.

Los riesgos relacionados con la violencia basada en género aumentan durante las emergencias humanitarias,<sup>222</sup> en especial para las mujeres y los jóvenes con discapacidad,<sup>223</sup> debido a los cambios en los roles de género, el estrés familiar, las percepciones erróneas sobre la capacidad de las personas con discapacidad, la pérdida de redes de apoyo y mecanismos de protección en la comunidad, el aumento del aislamiento social, la pobreza y la falta de ingresos, y los obstáculos ambientales.<sup>224</sup>

### **Prestación de servicios**

A pesar de la prevalencia de la violencia basada en género que viven las mujeres y los jóvenes con discapacidad, las leyes y políticas sobre violencia basada en género pocas veces reflejan las formas únicas de violencia que viven las mujeres y los jóvenes con discapacidad dentro de la definición legal de violencia basada en género. Por ejemplo, la violencia cometida por cuidadores o contra los

adolescentes u hombres jóvenes con discapacidad. Como resultado, los criterios de elegibilidad para los servicios en materia de violencia basada en género pueden excluir a mujeres y jóvenes con discapacidad, los perpetradores de estos tipos de violencia pueden no ser responsabilizados, y los servicios de prevención orientados a las personas con discapacidad pueden tener financiamiento insuficiente.

Las directrices en esta sección están organizadas de acuerdo con las etapas diferentes pero interconectadas de la intervención y los servicios que requiere una mujer o un joven

con discapacidad que está en riesgo de sufrir violencia basada en género o que la sufre. Los servicios deben satisfacer las necesidades inmediatas de salud emocional y psicológica, las necesidades inmediatas de salud física, las necesidades continuas de seguridad, y las necesidades continuas de apoyo y salud mental de las víctimas o los sobrevivientes de violencia basada en género.<sup>225</sup> Para asegurar una continuidad de la atención para las mujeres y los jóvenes con discapacidad en todas las áreas de servicio en materia de violencia basada en género, cada una de estas subsecciones de áreas de servicio debe leerse junto con las otras subsecciones.

## Terminología de víctima o sobreviviente

El término víctima o sobreviviente se usa para indicar una persona que ha vivido o que está viviendo violencia basada en género. El uso de los términos víctima y sobreviviente ha generado debate. En el *'Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer'* del Secretario General de las Naciones Unidas se explica que, para algunos, «el término 'víctima' debe evitarse porque implica pasividad, debilidad y vulnerabilidad intrínseca y no reconoce la realidad de la capacidad de recuperación y el poder de acción de las mujeres. Para otros, el término 'sobreviviente' es problemático, porque niega el sentimiento de victimización experimentado por las mujeres que han sido blanco de un delito violento».<sup>226</sup> Por respeto a las preferencias individuales en cuanto a terminología, ambos términos se utilizan en estas directrices.

### 3.2 Marco de derechos humanos en relación con la violencia basada en género

Está bien establecido que la violencia basada en género es una forma de discriminación por razón de género que infringe derechos fundamentales, que incluyen:<sup>227</sup>

- El derecho a no sufrir violencia basada en género, protegido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD),<sup>228</sup> la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDCM),<sup>229</sup> y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).<sup>230</sup>
- El derecho a recuperación física y psicológica, rehabilitación y reintegración social de las víctimas de violencia, abuso o explotación, protegido en la CDPD<sup>231</sup> y en la CDN.<sup>232</sup>
- El derecho a la igualdad y a la no discriminación, protegido en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP),<sup>233</sup> el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),<sup>234</sup> la CDPD,<sup>235</sup> y la CEDCM.<sup>236</sup>
- El derecho a la vida, protegido en el PIDCP,<sup>237</sup> la CDPD<sup>238</sup> y la CDN.<sup>239</sup>
- El derecho a estar libre de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, protegido en el PIDCP,<sup>240</sup> la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CCT),<sup>241</sup> la CDPD<sup>242</sup> y la CDN.<sup>243</sup>
- El derecho a la libertad y a la seguridad personales, protegido en el PIDCP<sup>244</sup> y la CDPD.<sup>245</sup>
- El derecho al consentimiento para el matrimonio y a la igualdad de derechos en el matrimonio, protegido en el PIDCP,<sup>246</sup> el PIDESC,<sup>247</sup> la CEDCM,<sup>248</sup> y la CDPD.<sup>249</sup>
- El derecho a estar libre de prácticas que perjudiquen a las mujeres y los jóvenes con discapacidad, protegido en la CDPD,<sup>250</sup> la CEDCM<sup>251</sup> y la CDN.<sup>252</sup>

- El derecho a la igualdad ante la ley y el acceso a la justicia, protegido en el PIDCP<sup>253</sup> y la CDPD.<sup>254</sup>
- El derecho a un nivel de vida adecuado y a protección social, protegido en el PIDESC<sup>255</sup> y la CDPD.<sup>256</sup>
- El derecho a la protección y la seguridad de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas las emergencias humanitarias, protegido en la CDPD.<sup>257</sup>

Los Estados tienen obligaciones específicas en virtud del derecho internacional de los derechos humanos para prevenir, investigar, castigar y reparar la violencia basada en género, y para proteger contra esta. Estas obligaciones se denominan conjuntamente las obligaciones de diligencia debida de un Estado.<sup>258</sup> Un componente esencial de esta obligación es establecer leyes y políticas integrales para prevenir y castigar la violencia basada en género.<sup>259</sup>

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer insta a los Estados a realizar una serie de pasos para abordar la violencia basada en género, que incluyen:

- Penalizar todas las formas de violencia basada en género en todos los ámbitos (públicos y privados) y asegurar que las leyes que tratan la agresión sexual incluyan la violación conyugal, la violación por un conocido o en una cita, y otras situaciones en las que no se da el consentimiento con libertad.<sup>260</sup>
- Derogar «leyes que evitan o desalientan que las mujeres informen la violencia basada en género, tales como las leyes de tutela que privan a las mujeres de capacidad jurídica o restringen la capacidad de las mujeres con discapacidad de testificar ante un tribunal».<sup>261</sup>
- Adoptar medidas para prevenir la violencia basada en género, por ejemplo, abordando las causas raíz de dicha violencia (como

los estereotipos patriarcales) y realizando campañas de sensibilización.<sup>262</sup>

- Proporcionar protección y servicios de apoyo apropiados a las víctimas o los sobrevivientes.<sup>263</sup>
- Adoptar todas las medidas legales y de otra naturaleza para proporcionar protección eficaz contra la violencia basada en género, incluidas las medidas legales, preventivas y de protección.<sup>264</sup>

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha reiterado la obligación de los Estados de ejercer diligencia debida en

relación con los derechos de las mujeres con discapacidad de estar libres de explotación, violencia y abuso, especialmente por su riesgo incrementado de dichas violaciones.<sup>265</sup> El Comité sobre los Derechos del Niño ha explicado que, como parte de la obligación de proteger a los niños ante todas las formas de violencia, los Estados deben «crear más oportunidades para ampliar los programas institucionales de prevención y rehabilitación, y la reintegración social de las víctimas adolescentes»<sup>266</sup> y exige la participación de los adolescentes en el desarrollo de estos programas y estrategias.<sup>267</sup>



Un grupo de mujeres policías de Liberia trabajan con miembros de la comunidad.

© UNFPA/Marcus Bleasdale/VII

### Concepto clave: Estándares de violencia basada en género

Asegurar que se respeten los estándares mínimos para todos los servicios ofrecidos y provistos a las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Los organismos internacionales han desarrollado estándares mínimos e integrales de<sup>268</sup> igualdad de género para los servicios en materia de violencia basada en género durante emergencias,<sup>269</sup> pero estas directrices no están adaptadas para las personas con discapacidad. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben trabajar con las mujeres y los jóvenes con discapacidad para comprender cómo implementar estos estándares con las adaptaciones y los ajustes que requieren las mujeres y los jóvenes con discapacidad.

#### Estándares mínimos para la prevención y la respuesta a la violencia basada en género en emergencias<sup>270</sup>

Los siguientes son estándares mínimos desarrollados por el UNFPA para abordar el riesgo elevado de violencia basada en género durante situaciones de emergencia, tales como desastres naturales o situaciones de conflicto, en especial para mujeres y niñas:

1. Participación: Las comunidades, incluidas las mujeres [y jóvenes con discapacidad], están involucradas como socios activos para eliminar la violencia basada en género y promover el acceso de los sobrevivientes a los servicios.
2. Sistemas nacionales: Las acciones para prevenir, mitigar y responder a la violencia basada en género en emergencias fortalecen los sistemas nacionales y construyen capacidades locales.
3. Normas sociales y de género positivas: La programación de preparación, prevención y respuesta de emergencia promueve normas sociales y de género positivas para abordar la violencia basada en género.
4. Recolección y uso de datos: Los datos de calidad, desglosados y que consideran las cuestiones de género sobre la naturaleza y el alcance de la violencia basada en género, y sobre la disponibilidad y accesibilidad de los servicios orientan los programas, las políticas y la promoción.
5. Atención de salud: Acceso de los sobrevivientes de violencia basada en género, incluidas las mujeres [y jóvenes con discapacidades] a servicios de atención de salud de calidad que salvan vidas, con énfasis en la gestión clínica de violaciones [y violencia sexual].
6. Salud mental y apoyo psicológico: Acceso de los sobrevivientes de violencia basada en género a salud mental y apoyo psicológico de calidad enfocado en la sanación, el empoderamiento y la recuperación.
7. Seguridad y protección: Implementación de medidas de seguridad y protección para prevenir y mitigar la violencia basada en género y para proteger a los sobrevivientes.
8. Justicia y asistencia jurídica: Los sectores legal y de justicia protegen los derechos de los sobrevivientes y respaldan su acceso a la justicia, conforme a normas internacionales.
9. Kits de dignidad: Se distribuyen kits de dignidad relevantes para la cultura a poblaciones afectadas para reducir la vulnerabilidad y conectar a las mujeres y [jóvenes con discapacidad] con información y servicios de apoyo.
10. Empoderamiento socioeconómico: Acceso de las mujeres [y jóvenes con discapacidad] a apoyo para la subsistencia para mitigar el riesgo de violencia basada en género, y acceso de los sobrevivientes a apoyo socioeconómico como parte de una respuesta multisectorial.
11. Sistemas de derivación: Establecimiento de sistemas de derivación para conectar a las mujeres [y jóvenes con discapacidad] con los servicios de prevención de violencia basada en género y respuesta multisectoriales apropiados de manera oportuna y segura.
12. Integración: La mitigación de riesgos de violencia basada en género y el apoyo al sobreviviente están integrados en los sectores humanitarios en cada etapa del ciclo del programa.
13. Preparación y evaluación: Se identifican los posibles riesgos de violencia basada en género y los grupos vulnerables mediante evaluaciones de

calidad que tienen en cuenta las cuestiones de género [y discapacidad], y se adoptan medidas de mitigación de riesgos antes de que suceda una emergencia.

14. Coordinación: La coordinación resulta en acciones efectivas para mitigar y prevenir la violencia basada en género y promover el acceso de los sobrevivientes a servicios multisectoriales.
15. Promoción y comunicación: La promoción y coordinación coordinadas conducen a una mayor financiación y a cambios en las políticas y prácticas que mitigan el riesgo de violencia basada en género, promueven la resiliencia de las mujeres [y jóvenes con discapacidad] y fomentan un entorno de protección para todos.
16. Supervisión y evaluación: Se utiliza información objetiva, recolectada de manera ética y segura, para mejorar la calidad y la responsabilidad de los programas de violencia basada en género.
17. Recursos humanos: Se recluta y despliega rápidamente personal capacitado, competente y calificado para diseñar, coordinar y/o implementar programas para prevenir la violencia basada en género y responder ante esta en emergencias [y dichos esfuerzos de reclutamiento deben incluir la comunicación con solicitantes con discapacidad].
18. Movilización de recursos: Se movilizan recursos financieros dedicados de manera oportuna para prevenir, mitigar y responder ante la violencia basada en género en emergencias.<sup>271</sup>

**«Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia Basada en Género en la Acción Humanitaria»: Protección del Comité Permanente entre Organismos.<sup>272</sup>**

Las siguientes son algunas de las acciones esenciales del Comité Permanente entre Organismos (IASC) para la protección contra la violencia basada en género. Los lectores deben consultar el capítulo sobre Protección de las directrices del IASC para conocer otros detalles importantes.

«Integrar la prevención y mitigación de la violencia basada en género en las actividades de supervisión

de la protección, y apoyar el desarrollo de estrategias comunitarias de producción.

- Al llevar a cabo la supervisión de la protección, considerar los factores de protección generales que podrían acentuar los riesgos de violencia basada en género en el contexto en cuestión (por ejemplo: los desplazamientos; la proximidad a grupos armados o fronteras internacionales; la inseguridad de las rutas para la recolección de leña y agua, para asistir a la escuela o al trabajo; los problemas de seguridad de quienes se quedan en la vivienda; los lugares y horarios de distribución de alimentos y artículos no alimentarios; los campamentos, alojamientos, albergues y viviendas superpoblados; la separación familiar; la ubicación de las instalaciones de agua y saneamiento; el acceso a la documentación; etc.).
- Siempre que sea posible, incluir un especialista en violencia basada en género o al menos un miembro del personal de protección que tenga experiencia en violencia basada en género. Esto es especialmente importante para llevar a cabo cualquier actividad de supervisión de la protección que examine de forma específica los problemas o incidentes de violencia basada en género. Asegurar que los procesos de supervisión de la protección se adhieran a los principios rectores relacionados con la violencia basada en género.
- Apoyar estrategias comunitarias para la supervisión de las zonas de alto riesgo. Combinar una presencia proactiva y específica en zonas concretas de alto riesgo con una presencia más amplia y móvil que otorgue a las personas protegidas y a los posibles infractores la sensación de que siempre hay alguien vigilando. Las tácticas pueden incluir las siguientes:
  - Programas o grupos de seguridad comunitarios de vigilancia.
  - Patrullas de seguridad.
  - Visitas sobre el terreno, de forma frecuente y regular, de los responsables de la supervisión de las actividades de protección a fin de evaluar las preocupaciones relacionadas con la violencia basada en género en las comunidades (campamentos, localidades, etc.), donde se puedan realizar con seguridad».<sup>273</sup>

### 3.3 Prevención de la violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad

#### 3.3.1 Perspectiva general del problema

Prevenir la violencia basada en género antes de que suceda es fundamental para combatir la violencia basada en género y es un componente básico de la obligación de diligencia debida de un Estado. La prevención de la violencia basada en género requiere intervenciones de políticas de alto nivel y comunitarias. Los programas de prevención de la violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad defienden la legislación, las políticas y las campañas de sensibilización orientadas a prevenir la violencia basada en género contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad, y derribar estereotipos y prácticas perjudiciales que contribuyen a dicha violencia; programas educativos sobre el derecho a no sufrir violencia basada en género, cómo reconocer dicha violencia y cómo denunciarla; e identificación de víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género.<sup>274</sup> Otras medidas incluyen iniciativas para fortalecer la independencia económica, regímenes de toma de decisiones con apoyo, y otras formas de autonomía para las mujeres y los jóvenes con discapacidad, así como iniciativas para brindar apoyo, educar y proporcionar atención temporal para sus familias y otros cuidadores. Las campañas de prevención efectivas también abordan las causas raíz de la violencia basada en género contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad, incluidas la desigualdad de género, la discriminación por motivos de género y discapacidad, y la falta de servicios de protección social y apoyo social adecuados que consideren las cuestiones de género y discapacidad para las personas con discapacidad y sus familias.

#### 3.3.2 Directrices sobre la prevención de la violencia basada en género basada en derechos

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican los problemas y barreras comunes

para evitar la violencia basada en género contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Las siguientes directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que los programas de prevención de la violencia basada en género estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad para las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

#### Consideraciones clave

- Debido al prejuicio, la falta de conocimiento sobre la naturaleza de la violencia vivida por personas con discapacidad y la ausencia de prácticas prometedoras, las campañas de sensibilización sobre la violencia basada en género pocas veces abordan la violencia contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Más aún, las campañas contra la violencia basada en género rara vez son diseñadas y ejecutadas de manera accesible para llegar a mujeres y jóvenes con discapacidad.
- Generalmente, las mujeres y los jóvenes con discapacidad son excluidos de los programas educativos que abordan las relaciones saludables, la violencia basada en género y otros aspectos fundamentales de la prevención. De esta manera, se les niega la oportunidad de aprender cómo desarrollar relaciones sanas, comprender qué constituye un contacto físico apropiado y cómo evitar, reconocer e informar instancias de explotación, violencia y abuso. Esta exclusión genera para las mujeres y los jóvenes con discapacidad un mayor riesgo de violencia y permite a los perpetradores atacar impunemente a las personas con discapacidad.
- La falta de iniciativas de prevención accesibles puede evitar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad accedan a una evaluación de violencia basada en género, la reconozcan o la

informen. Los programas de prevención de la violencia basada en género para las personas con discapacidad tienen financiación insuficiente, lo que limita el acceso a programas críticos para mujeres y jóvenes con discapacidad en riesgo de violencia basada en género y su efectividad.

- La pobreza y la dependencia económica pueden exacerbar el riesgo de violencia de las mujeres y los jóvenes con discapacidad.
- Es menos probable que los sobrevivientes hombres de violencia sexual revelen la agresión en comparación con las mujeres y niñas, lo que tiene como resultado que dicha violencia esté «representada muy insuficientemente» en las estadísticas oficiales.<sup>275</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► Disponibilidad

1. Crear capacitación efectiva sobre la violencia basada en género en relación con los derechos de las mujeres y los jóvenes con discapacidad y cómo informar la violencia y el abuso. Estas capacitaciones y el material educativo asociado deben adaptarse para las mujeres y los jóvenes con discapacidad.<sup>276</sup>

#### ► EJEMPLO:

*Human Rights Watch produjo una guía de lectura fácil para ayudar a las personas con discapacidades intelectuales y del aprendizaje a comprender mejor qué deben hacer si sufren violencia basada en género. El título de esta guía es «What to Do if Someone Hurts You or Does Bad Things to You: Information about Gender-Based Violence for People with Disabilities».*<sup>277</sup>

2. Producir programas de salud y derechos sexuales y reproductivos para ayudar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad a desarrollar habilidades para la vida y a comprender su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. El derecho a la salud va más allá de la atención de salud y se extiende hasta los determinantes subyacentes de la salud y los derechos sexuales y reproductivos,

que incluyen la protección efectiva contra la violencia basada en género.<sup>278</sup> Para obtener más información, véase 4.5 Educación sexual integral para mujeres y jóvenes con discapacidad (sección 4.5).

#### ► EJEMPLO:

*DisAbleD Women's Network (DAWN) y Canadian Association of Community Living (CACL) crearon una serie de talleres para las personas con discapacidad y sus familias llamados «Our Right to be Safe! Building Safe Communities for People with Disabilities and Deaf People». La serie de talleres ofrece orientación práctica a través de talleres interactivos sobre prevención de la violencia y servicios para las personas con discapacidad. El taller para personas con discapacidad aborda las formas de abuso y brinda asistencia a los participantes para desarrollar un plan de seguridad e identificar sus necesidades de accesibilidad. El taller para proveedores de servicios trata sobre la naturaleza, el impacto y las barreras para solicitar asistencia que enfrentan las personas con discapacidad, con el objetivo de dismantelar estas barreras.*<sup>279</sup>

3. Desarrollar programas para reducir el aislamiento de las mujeres y los jóvenes con discapacidad, para conectarlos con los servicios, y para hacer que las personas con discapacidad sean más visibles en sus comunidades.<sup>280</sup>

#### ► EJEMPLOS:

*Algunas de las buenas prácticas incluyen procedimientos de identificación de violencia basada en género que tengan en cuenta la discapacidad; líneas directas accesibles para mujeres, niños, adolescentes y jóvenes; servicios de mensajes de texto de emergencia; una línea directa global; programas de educación inclusivos; programas de vivienda accesible; un marco legal que permita a los niños el acceso a los servicios sin el consentimiento de los padres; y transporte gratuito o subsidiado.*

4. Crear programas que promuevan las relaciones seguras, estables y enriquecedoras entre las personas con discapacidad y su familia, sus parejas románticas, los miembros de la comunidad y los cuidadores.

► **EJEMPLO:**

*El documento de Camboya «Challenging Discrimination Against Women with Disabilities: A Community Toolkit» ofrece un buen ejemplo de un recurso que los proveedores de servicios y el personal de apoyo pueden usar para promover la inclusión y el apoyo de las mujeres con discapacidad en sus comunidades en relación con la violencia basada en género.<sup>281</sup>*

### Directrices para la acción:

► **Accesibilidad**

1. Asegurar que los programas de prevención lleguen a los entornos aislados para brindar información sobre los derechos en materia de violencia basada en género y sobre cómo informar la violencia para las mujeres y los jóvenes con discapacidad más vulnerables (por ejemplo: personas en instituciones y albergues aislados, mujeres y jóvenes indígenas, mujeres y jóvenes de zonas rurales, personas LGBTI, y refugiados y desplazados internos).
2. Desarrollar programas de educación y capacitación comunitarios dirigidos por voluntarios sobre la prevención y el reconocimiento de la violencia basada en género y la respuesta a esta como alternativa de bajo costo para los programas de educación más formales.

### Directrices para la acción:

► **Aceptabilidad**

1. Invertir en educar y capacitar a los proveedores de servicios y el personal de apoyo que trabajan con mujeres y jóvenes con discapacidad, especialmente los trabajadores

de la atención de salud, los funcionarios escolares y los trabajadores sociales. Ofrecer orientación detallada sobre cómo detectar e informar la violencia contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad,<sup>282</sup> incluida la violencia sexual contra los hombres, y capacitación sobre los derechos y los riesgos de las mujeres y los jóvenes con discapacidad.<sup>283</sup>

2. Desarrollar campañas de información pública accesible que aborden los derechos de los niños,<sup>284</sup> las mujeres<sup>285</sup> y las personas con discapacidad,<sup>286</sup> así como la vulnerabilidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad ante la violencia basada en género,<sup>287</sup> el rol de las mujeres en la sociedad,<sup>288</sup> e información sobre los servicios disponibles.<sup>289</sup>
3. Crear programas para las familias de personas con discapacidad que mejoren la atención y el apoyo que proporcionan a su familiar con una discapacidad. Por ejemplo, programas de asistencia como capacitaciones, asesoramiento, asistencia financiera y atención temporal para cuidadores.<sup>290</sup>

### Directrices para la acción:

► **Calidad**

1. Asegurar que las campañas de información pública y sensibilización aborden las formas y manifestaciones de violencia contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad, el acoso sexual, y los servicios disponibles. Involucrar al sector de la salud en el desarrollo de estas campañas.<sup>291</sup>

► **EJEMPLO:**

*El documento «Toolkit on Eliminating Violence Against Women and Girls with Disabilities in Fiji» se desarrolló en asociación con varias organizaciones para personas con discapacidad para proporcionar orientación detallada sobre capacitaciones efectivas diseñadas para*

*eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad. La guía práctica incluye secciones de capacitación sobre derechos humanos en general, discapacidad, género, violencia contra las mujeres y planificación para la inclusión. Los apéndices útiles incluyen formularios de evaluación de muestra para una encuesta modelo que permita evaluar los prejuicios basados en el género.<sup>292</sup>*

2. Asegurar que las campañas de sensibilización aborden la violencia basada en género contra niños y hombres jóvenes con discapacidad para combatir las concepciones erróneas de que los niños y hombres no son víctimas de violencia basada en género.
3. Desarrollar procedimientos de identificación para determinar si los destinatarios de los servicios reúnen los requisitos para los planes de reducción de la pobreza y otros programas de apoyo o para proporcionar apoyo apropiado o derivaciones para solicitar estos programas.
4. Distribuir información y desarrollar programas destinados a reducir el uso y acceso disponible y perjudicial de alcohol, armas, cuchillos y pesticidas.<sup>293</sup> Cada uno de estos ha sido identificado como un factor de riesgo para la violencia basada en género.
5. Diseñar servicios e instalaciones para poblaciones desplazadas y servicios de emergencia humanitaria para prevenir de manera eficaz la violencia sexual y por razón de género durante las emergencias humanitarias.

### 3.3.3 Indicadores

Lo siguiente ilustra indicadores útiles para supervisar y evaluar el progreso en la provisión de programas de prevención de la violencia basada en género. Esta no es una



Una jueza de Nicaragua preside un caso que involucra a una mujer joven. © UNFPA Nicaragua/Joaquín Zuñiga

lista exhaustiva, sino que provee ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y las formas que deben tener los indicadores. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Las campañas de sensibilización pública sobre violencia basada en género incluyen la violencia basada en género contra personas con discapacidad.
- El material con información sobre violencia basada en género está disponible en una variedad de formatos accesibles para divulgar información sobre derechos y servicios de prevención.

### 3.4 Servicios de salud para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género

#### 3.4.1 Perspectiva general del problema

Los proveedores de servicios de salud y el personal de apoyo son claves para la «prevención secundaria (orientada a detener o minimizar la violencia basada en género) a través de evaluaciones de detección de violencia basada en género, para identificar las mujeres [y jóvenes] que sufren violencia basada en género y proporcionar el apoyo y las derivaciones necesarios para prevenir eventos adicionales. Los servicios de salud también realizan tareas de prevención terciaria: tratamiento y reducción de daños para aquellas mujeres [y jóvenes] con lesiones graves y consecuencias para la salud de la violencia basada en género. Muchas estrategias de prevención primaria son comunitarias con intervenciones educativas directas en persona o involucran campañas en los medios de comunicación».<sup>294</sup> Las mujeres y los jóvenes con discapacidad que son víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género tienen derecho a acceder a servicios de salud de calidad a nivel general, incluso como un componente fundamental de su recuperación física y psicológica.

Los servicios de salud importantes para víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género incluyen: procedimientos de identificación de víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género; apoyo de primera línea para responder a las necesidades inmediatas emocionales, físicas, de seguridad y de apoyo de las personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género; atención de lesiones y problemas médicos urgentes; examinación por agresión sexual y atención para las víctimas o los sobrevivientes de violencia sexual (incluido el acceso a anticoncepción de emergencia para evitar

embarazos no deseados, la profilaxis posterior a la exposición para prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y servicios de aborto, siempre que no sea ilegal); evaluaciones de salud mental y derivaciones para atención psicosocial de seguimiento, y documentación de la violencia como evidencia médico-legal.

#### 3.4.2 Proporcionar servicios de salud basados en derechos para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican barreras comunes para acceder a los servicios de salud que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad que son víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género. Las directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que los servicios de salud basados en derechos y adaptados a las necesidades y experiencias específicas de las personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

#### Consideraciones clave

- La falta de leyes, regulaciones y protocolos claros y que consideren la discapacidad sobre el acceso a anticoncepción de emergencia, aborto (donde sea legal) y profilaxis después de la exposición para las víctimas o sobrevivientes de violencia sexual puede resultar en embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual que no se diagnostican ni tratan, lo que resulta en problemas de salud adicionales.
- La concepción errónea de los proveedores de que las personas con discapacidad no

son sexualmente activas puede resultar en la incapacidad de identificar a víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género.<sup>295</sup>

- La atención mal informada e irrespetuosa en los servicios de salud en materia de violencia basada en género puede traumatizar a una víctima o a un sobreviviente.
- No identificar la necesidad de servicios de salud en materia de violencia basada en género o no responder a un pedido de estos servicios puede dar como resultado que la violencia basada en género ocurra por un período prolongado, exponer a las víctimas o sobrevivientes a un riesgo mayor de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual, y traumatizar aún más a la víctima o al sobreviviente.
- Exclusión de las mujeres y los jóvenes con discapacidad de las campañas públicas de información de salud sobre violencia basada en género y servicios en materia de derechos de salud sexual y reproductiva debido a una variedad de factores, que incluyen estereotipos, aislamiento y formatos inaccesibles.
- Negación del acceso a orientación esencial para las mujeres y los jóvenes con discapacidad necesaria para tomar decisiones sobre el seguimiento de la atención de salud urgente, incluidos la anticoncepción de emergencia, el aborto (donde sea legal) y las pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el tratamiento profiláctico. Esto puede generar que algunos proveedores de servicios o miembros del personal de apoyo se sientan incómodos al tratar a mujeres y niñas con discapacidad y limitar la calidad y efectividad generales de la atención.<sup>296</sup>
- Formularios de admisión inaccesibles y otras barreras de comunicación que evitan que los proveedores de servicios y el personal de apoyo identifiquen con precisión la violencia sexual y por razón de género, y evalúen las necesidades de la salud y los riesgos para

las personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género.

- Durante las emergencias, algunos proveedores de servicios y el personal de apoyo pueden determinar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad intelectual no tienen la capacidad de beneficiarse de los servicios. Por lo tanto, los servicios no se desarrollan ni se ofrecen a las mujeres y los jóvenes con discapacidad intelectual, a pesar de su necesidad documentada.

### Directrices para la acción:

#### ► **Disponibilidad**

1. Crear programas educativos para los familiares, parejas y cuidadores, que pueden actuar como guardianes de servicios esenciales, para ayudarlos a comprender mejor la importancia de acceder a los servicios de salud en materia de violencia basada en género.
2. Asegurar la disponibilidad de atención médica de emergencia accesible para las mujeres y los jóvenes con discapacidad gratuita o de bajo costo para las víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género. Esta atención incluye medicamentos esenciales (como anticonceptivos de emergencia y profilaxis de ITS), pruebas de embarazo y de ITS y servicios de aborto (donde sea legal).<sup>297</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Accesibilidad**

1. Las guías ilustradas y otros formatos accesibles adaptados para las personas con diferentes tipos de discapacidad pueden ser recursos especialmente útiles para preparar a las mujeres y los jóvenes para los exámenes y procedimientos médicos.

► **EJEMPLO:**

Las **guías ilustradas SANE** de Illinois Images son buenos ejemplos de guías ilustradas que pueden aumentar la accesibilidad a los servicios de salud en materia de violencia basada en género. Esta recopilación de guías ilustradas se desarrolló para ayudar a las mujeres con discapacidad a comprender mejor el proceso de examen por agresión sexual. Existen diferentes guías en función de las necesidades de la mujer y guías para el personal médico y los defensores para asistir a una mujer con discapacidad.<sup>298</sup>

**Directrices para la acción:**

► **Aceptabilidad**

1. Crear—y capacitar a todos los proveedores de servicios y al personal de apoyo sobre— procedimientos y políticas de identificación de violencia basada en género efectivos y habilitados para el tratamiento de los traumas. Los proveedores de servicios médicos deben comprender su responsabilidad en la identificación de pacientes con discapacidad que sufren violencia basada en género, o que están en riesgo de sufrirla, y cómo realizar identificaciones y derivaciones apropiadas y sensibles al trauma.<sup>299</sup> Los estereotipos de que las mujeres y los jóvenes con discapacidad no son víctimas de violencia basada en género se deben disipar activamente en las capacitaciones.<sup>300</sup> Es particularmente importante incluir proveedores de servicios y personal de apoyo masculino en los programas de sensibilización sobre género para mejorar su capacidad de identificar a las mujeres y los jóvenes con y sin discapacidad que han sufrido violencia basada en género.<sup>301</sup>
2. Adaptar las políticas de identificación de violencia basada en género para identificar los tipos únicos de violencia que sufren las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Algunos ejemplos de preguntas de identificación incluyen:
  - «¿Hay algo que deba saber [sobre usted] para poder brindarle el mejor servicio posible?»
  - Ahora que he explicado nuestro programa, (incluya instrucciones para llegar hasta la agencia, la disposición física del edificio, los diferentes servicios), ¿tiene alguna inquietud o duda sobre la utilización de los servicios de nuestro programa?»
  - ¿Alguien tiene el control de su comunicación con otros o cambia lo que usted está tratando de decir?»
  - ¿Alguien ha tomado o roto algo que usted necesita para ser independiente? Por ejemplo, su bastón, andador, silla de ruedas, respirador o TTY [teletipo].»
  - ¿Alguien tiene el control legal sobre su dinero o sus decisiones? ¿Qué sucede si no está de acuerdo con ellos sobre sus decisiones?»
  - ¿Alguien le impide usar los recursos y el apoyo que necesita para ser independiente? (Por ejemplo, recursos como servicios vocacionales, asistentes de cuidado personal, personas de apoyo de la agencia de discapacidad, personal de apoyo especializado para servicios para sordos-ciegos, lectores o intérpretes)».<sup>302</sup>
3. Asegurar que los proveedores de servicios y el personal de apoyo estén equipados para proporcionar atención que tenga en cuenta la discapacidad y el género como la primera línea de apoyo ante las consecuencias físicas, psicológicas y de salud emocional de la violencia basada en género, cuando se identifica a una persona como víctima o sobreviviente. Esto incluye las habilidades para proporcionar o realizar derivaciones eficaces para atención médica apropiada para las lesiones y consecuencias de salud de la violencia basada en género, incluidas la profilaxis de ITS y la anticoncepción de emergencia posterior a una violación.<sup>303</sup>

4. Promulgar campañas de información comunitarias accesibles generalizadas para aumentar el conocimiento sobre las necesidades de salud de las víctimas o los sobrevivientes de violencia basada en género y la importancia de las intervenciones de salud oportunas. Las campañas deben incluir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad y estar orientadas a ellos, sus familias, parejas, cuidadores y profesionales de atención de salud. El contenido de las campañas debe dar prioridad a las formas de abuso que sufren más comúnmente las personas con discapacidad.

### Directrices para la acción:

#### ► **Calidad**

1. Asegurar que las mujeres y niñas con discapacidad que son víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género tengan acceso a información precisa desde el punto de vista médico y orientación sin prejuicios sobre la disponibilidad de anticonceptivos de emergencia, pruebas para ITS, profilaxis después de la exposición y servicios de aborto (donde sea legal), en las situaciones en las que un embarazo sea resultado de una violación. La orientación debe abordar las ventajas y desventajas del servicio, la condición jurídica del aborto para víctimas o sobrevivientes de violencia sexual, qué esperar si el resultado de una prueba de ITS es positivo, y la disponibilidad de tratamiento para ITS. La orientación debe ser accesible, respetar la privacidad y confidencialidad del paciente, y utilizar herramientas de toma de decisiones con apoyo.

2. Establecer protocolos y directrices sobre visitas de seguimiento, entrega de resultados de pruebas y derivaciones, y capacitar al personal para su implementación. Los protocolos y directrices también deben abordar los procedimientos de seguimiento para las personas que viven en entornos institucionales.

3. Recolectar evidencia médico-legal. Los proveedores de servicios deben estar capacitados para documentar e informar de forma precisa la evidencia médico-legal, recolectar especímenes forenses, proporcionar evidencia escrita, conocer la importancia de asistir a procedimientos jurídicos, y el proceso legal, incluida la redacción de una declaración firme.<sup>304</sup> Los desafíos que presenta la discapacidad de una persona para recolectar evidencia no son razón suficiente para no recolectarla.

### 3.4.3 Indicadores

Lo siguiente ilustra el tipo de indicadores que se pueden usar para supervisar y evaluar el progreso en la provisión de servicios de salud en materia de violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino un ejemplo que demuestra el nivel de especificidad, el tema y la forma que deben tener los indicadores sobre los servicios de salud en materia de violencia basada en género. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Porcentaje de instalaciones cuyo personal está capacitado para proporcionar los siguientes ajustes para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género y tienen recursos esenciales para respaldar estos ajustes:
  - «Se encuentra disponible una hoja de recomendaciones sobre cómo maximizar la accesibilidad al examen cuando no hay una camilla de examen accesible.
  - Una lista de consideraciones y directrices clave para proporcionar intérpretes de lenguaje de señas durante exámenes forenses por agresión sexual.

- Una guía ilustrada para explicar el examen por agresión sexual en lenguaje simple.
- Una guía de instrucciones sobre la forma de dar prioridad a los detalles al orientar hacia la sala de examen a una víctima o sobreviviente que es ciega o tiene visión reducida». <sup>305</sup>

### 3.5 Servicios de justicia y vigilancia policial para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género

#### 3.5.1 Perspectiva general del problema

El concepto de acceso a la justicia hace referencia a la capacidad de usar «los sistemas, procedimientos, información y ubicaciones utilizados en la administración de la justicia». <sup>306</sup> Como se usa en estas directrices, el término «sistema de justicia» hace referencia a los sistemas formales e informales. El acceso a la justicia es un componente fundamental del cumplimiento y el respeto de los derechos de las mujeres y los jóvenes con discapacidad. <sup>307</sup> Para las víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género, esto implica, a menudo, el acceso libre a una variedad de mecanismos penales y civiles para responsabilizar a los perpetradores, y a los servicios de justicia y vigilancia policial necesarios para estos mecanismos. Los servicios de justicia y vigilancia policial incluyen servicios que proporcionan la información y el apoyo necesarios para facilitar la obtención de órdenes de protección; la participación en la investigación penal y el enjuiciamiento de los perpetradores; el acceso de las víctimas a fondos de compensación y a otras formas de reparaciones; retiro de designaciones de tutela; y acceso a procesos de divorcio. Los mecanismos de justicia pueden ser mecanismos formales patrocinados por el estado o mecanismos informales como tribunales consuetudinarios o mediadores locales que pueden o no estar relacionados con el gobierno.

#### 3.5.2 Orientación sobre servicios de justicia y vigilancia policial

Las consideraciones clave en esta sección identifican barreras comunes que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad para acceder a los mecanismos de justicia y vigilancia policial. Estas directrices para la acción proporcionan orientación sobre la forma en que los proveedores de servicios y el personal de apoyo pueden promover un mayor acceso a la justicia para las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

#### Consideraciones clave

- Las leyes y las políticas, como aquellas que niegan a las personas con discapacidad intelectual la posibilidad de testificar contra sus abusadores, pueden evitar directamente que las mujeres y los jóvenes con discapacidad accedan a los mecanismos de justicia.
- Muchas personas involucradas en la administración de justicia tienen estereotipos y carecen de conocimiento sobre los derechos y las experiencias de las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Por ejemplo, dado que la sociedad por lo general no ve a las mujeres con discapacidad como personas sexuales, dichos estereotipos pueden hacer que los jueces, jurados, agentes de policía y otros ignoren sus testimonios y experiencias de violencia. <sup>308</sup>
- Los sistemas judiciales fallan sistemáticamente en el reconocimiento de las mujeres con discapacidad como testigos competentes o no les dan suficiente credibilidad a sus testimonios, lo que es en particular problemático en los casos que involucran agresión sexual u otras formas de violencia basada en género en los que el testimonio de la víctima o el sobreviviente puede proporcionar la única evidencia contra el agresor. <sup>309</sup>

- Las mujeres con discapacidad cognitiva pueden tener problemas para recordar la secuencia de eventos, lo cual puede hacerlas parecer menos confiables como testigos.<sup>310</sup>
  - Los procesos onerosos para remover a alguien como tutor legal o para obtener un divorcio, y los requisitos probatorios complicados representan barreras para que las personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género accedan a la justicia.
  - Las mujeres y los jóvenes con discapacidad y sus cuidadores a menudo no tienen conocimiento sobre sus derechos al sistema de justicia y dentro de este.
  - La información sobre los derechos legales rara vez se encuentra disponible en formatos accesibles, lo que puede evitar, por ejemplo, que las personas con discapacidad intelectual o visual conozcan qué derechos tienen y cómo presentar una denuncia u obtener una orden de protección, o comprendan otros procesos judiciales y legales.
  - La falta de interpretación u otras ayudas de comunicación a través del sistema judicial pueden evitar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad denuncien la violencia basada en género o procesen una denuncia en el sistema judicial. Por ejemplo, la falta de intérpretes de lenguaje de señas o de tecnología de comunicación puede negar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad la capacidad de denunciar violencia basada en género.
  - Los tribunales, departamentos policiales u oficinas de asesoría legal físicamente inaccesibles y los servicios de transporte inaccesibles pueden evitar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad accedan a los mecanismos de justicia.
  - Los costos asociados con la contratación de un abogado, el transporte, las tasas de denuncia, y los servicios médicos, así como la dependencia económica de los abusadores, crean barreras financieras para el acceso a la justicia.
  - Los familiares y cuidadores pueden actuar como guardianes, y facilitar o disminuir el acceso a la justicia de una mujer o una persona joven con discapacidad. En las comunidades en las que existe un estigma considerable en torno a la violencia basada en género, los proveedores de servicios pueden encontrar que las familias y los cuidadores actúan como una barrera aún mayor.
- Directrices para la acción:**
- **Disponibilidad**
1. Desarrollar programas para construir la capacidad de la profesión legal, incluidos abogados, jueces y secretarios, para representar y trabajar con personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia de una manera que tenga en cuenta el género y la discapacidad, y para investigar la violencia basada en género que involucre a una mujer o una persona joven con discapacidad. Formar al personal en todos los niveles del sistema de justicia sobre los derechos, experiencias y necesidades de las mujeres y los jóvenes con discapacidad para asegurar que se tomen en serio las denuncias realizadas por mujeres y jóvenes con discapacidad.
  2. Capacitar a los agentes de policía y otro personal de emergencia, como los operadores de las líneas de emergencia. La capacitación y orientación para las fuerzas del orden es una función importante que los proveedores de servicios pueden cumplir para derribar los barreras que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad en los sistemas de justicia. Considerar la implementación de las recomendaciones del Institute for Research and Development on Inclusion and Society en «*People with Mental Health and Cognitive Disabilities & Access to the Justice System*». <sup>311</sup> Esta revisión bibliográfica identifica cinco áreas estratégicas de enfoque para mejorar el

acceso a la justicia para las personas con discapacidades cognitivas y de salud mental:

- marco de políticas de salud mental;
- plan de estudios de capacitación de la policía;
- proceso de reclutamiento de la policía;
- programas, protocolos y directrices colaborativos para el intercambio de información entre sectores;
- educación y capacitación para otros sectores clave, incluida la atención de salud, así como para las personas y sus familias.<sup>312</sup>

► **EJEMPLO:**

*Safe Austin, en los Estados Unidos de América, desarrolló una capacitación y un manual que proporcionan recursos y herramientas para las fuerzas del orden: «In My Jurisdiction: Responding to Crimes Against People with Disabilities, Deaf Individuals, and Older Adults».*<sup>313</sup>

3. Reclutar y mantener una lista de proveedores de servicios legales capacitados sobre las experiencias de las personas con discapacidad cuyos servicios sean gratuitos o de bajo costo para las mujeres y los jóvenes con discapacidad.

### Directrices para la acción:

► **Accesibilidad**

1. Desarrollar programas para conocer los derechos que sean accesibles e inclusivos para mujeres y jóvenes con discapacidad, incluidos sus derechos durante procedimientos judiciales y cómo acceder a los mecanismos de justicia y vigilancia policial.
2. Ofrecer programas que proporcionen el apoyo necesario para mujeres y jóvenes con discapacidad para desempeñarse dentro del sistema de justicia. Por ejemplo, trabajadores sociales capacitados pueden ayudar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad a desempeñarse en el sistema de justicia

desde la denuncia de violencia basada en género hasta las etapas de reparación.<sup>314</sup> Asegurar que se permitan las personas de apoyo o los asesores contextuales que una mujer o persona joven desea que los acompañe antes, durante y después de los procedimientos judiciales.

► **EJEMPLO:**

*El programa de asistencia jurídica de National Union of Women with Disabilities of Uganda utiliza asistentes jurídicos bien capacitados para aumentar el acceso a la justicia de mujeres y jóvenes con discapacidad. Se capacitó a treinta y dos mujeres con discapacidad sobre los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad en relación con los derechos en materia de salud sexual y reproductiva y la violencia basada en género. Estas asistentes jurídicas se convirtieron en referencias de la comunidad, al ofrecer apoyo entre pares para informar infracciones y realizar el seguimiento necesario para asegurar que se lograra justicia y promover un cambio sistemático.*<sup>315</sup>

3. Desarrollar programas para aumentar la comodidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad durante los procedimientos judiciales, asistir a las víctimas o sobrevivientes para dar testimonio, y abordar las preocupaciones de credibilidad.

► **EJEMPLO:**

*El programa Sexual Abuse Victim Empowerment (SAVE) en Cape Mental Health en Sudáfrica implica una evaluación psicológica; preparación para el tribunal, educación sexual integral, orientación y apoyo para la víctima o el sobreviviente y su familia; un grupo de testigos expertos; una red de derivación dentro de los departamentos de justicia y policía; capacitación y sensibilización para la policía y los fiscales; y capacitación y apoyo continuos para otras partes interesadas.*<sup>316</sup>

*El acceso a la justicia es un componente fundamental del cumplimiento y el respeto de los derechos de las mujeres y los jóvenes con discapacidad.*

4. Promover un **plan integral de acceso al sistema de justicia para personas con discapacidad**.<sup>317</sup>

Asegurar que cualquier costo asociado con la accesibilidad del sistema de justicia para mujeres y jóvenes con discapacidad no se transfiera a estas personas mediante tarifas formales o informales para el usuario. Esto podría incluir los costos asociados con testificar, tales como costos de transporte o pérdida de salario.

► **EJEMPLO:**

*Las «Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad» producidas por la XIV Cumbre Judicial Iberoamericana proveen orientación sobre cómo mejorar el acceso a la justicia de las personas con discapacidad y otras vulnerabilidades intersectoriales, como las mujeres y las comunidades indígenas. El documento proporciona reglas de orientación y mecanismos para aumentar la efectividad del acceso a las reglas y regulaciones de la justicia. Los ejemplos de regulaciones abordan el acceso a la información, la comprensión de los procesos judiciales, la presentación en el tribunal y la protección de la privacidad. Uno de los ejemplos de regulación establece lo siguiente: «Se adoptarán todas las medidas necesarias para reducir las dificultades de comunicación que afecten a la comprensión del acto judicial*

*en el que participe una persona en condición de vulnerabilidad, garantizando que esta pueda comprender su alcance y significado».*<sup>318</sup>

5. Traducir formularios del sistema judicial, material de información e instrucciones a una variedad de formatos accesibles.
6. Presionar para que las mujeres y los jóvenes con discapacidad se incluyan en el acceso a las iniciativas de justicia en entornos de emergencia humanitaria, en particular aquellas que involucran violencia sexual y por razón de género, y la discapacidad.<sup>319</sup>
7. Educar a las partes interesadas del sector de justicia sobre las adaptaciones de accesibilidad física que aumentan la comodidad y dignidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad que participan en el sistema de justicia, como asegurar que el estrado sea accesible y que una persona de baja estatura o que se encuentra en silla de ruedas pueda verse con claridad.
8. Promover servicios legales financiados por el gobierno, exenciones de tarifas y reducciones de costos para mujeres y jóvenes con discapacidad que no pueden pagar la representación legal u otras tarifas asociadas con el acceso a la justicia.<sup>320</sup>

## *Puesta en práctica:*

### **El proyecto «Access to Justice for Girls and Women with Disabilities» de Leonard Cheshire Disability Zimbabwe Trust**

Después de identificar brechas importantes en las denuncias de niñas y mujeres con discapacidad que eran víctimas o sobrevivientes de violencia sexual, Leonard Cheshire desarrolló este proyecto para ayudar a las niñas y mujeres con discapacidad a lograr el pleno goce de sus derechos y detener la violencia contra las mujeres. El proyecto logró el éxito en la mejora del acceso a la justicia posterior a la violencia y los servicios relacionados para las mujeres y niñas con discapacidad, al facultarlas para acceder a la justicia y otros servicios, y al aumentar la atención a sus preocupaciones. Las actividades siguientes se identificaron como clave para mejorar el acceso:

- Proporcionar apoyo logístico a las víctimas o sobrevivientes para el acceso a la justicia y otros servicios necesarios después de la violencia.
- Facilitar la comunicación y proporcionar asesoramiento técnico en casos que involucran a mujeres y niñas con discapacidad que son víctimas o sobrevivientes.
- Capacitar a las mujeres y niñas con discapacidad sobre la violencia contra las mujeres, los marcos legales de violencia basada en género y cómo denunciar la violencia.
- Desarrollar campañas de sensibilización comunitaria sobre el acceso a la justicia dirigida a líderes de la comunidad, organizaciones comunitarias, mujeres y niñas con discapacidad, cuidadores y la comunidad general.
- Capacitar a la policía sobre la comunicación en lenguaje de señas.
- Sensibilizar a las partes interesadas gubernamentales sobre discapacidad y violencia contra mujeres y niñas con discapacidad.
- Facilitar la formación de grupos de apoyo.
- Establecer un diálogo nacional sobre violencia contra mujeres y niñas con discapacidad y su acceso a los servicios.
- Organizar reuniones de seguimiento con las principales organizaciones de mujeres.<sup>321</sup>

## **Directrices para la acción:**

### **► Aceptabilidad**

1. Desarrollar programas para incrementar la capacidad y representación de las personas con discapacidad en el sistema de justicia, incluido, por ejemplo, asegurar que las escuelas de derecho sean accesibles para las personas con discapacidad, incorporar leyes sobre discapacidad en los planes de estudio de las escuelas de derecho, y desarrollar clínicas de escuelas de derecho que trabajen con clientes con discapacidad. Crear oportunidades para la capacitación legal de posgrado y el desarrollo profesional sobre la representación de clientes con discapacidad.<sup>322</sup>
2. En los casos en los que ocurre violencia sexual, particularmente en entornos de emergencia humanitaria, desarrollar programas que apoyen las investigaciones rápidas e independientes para responsabilizar a los perpetradores, junto con

compensaciones apropiadas para la víctima o el sobreviviente.<sup>323</sup> Cuando las fuerzas de seguridad o el personal público son responsables de la violencia sexual, promover que se investiguen y procesen dichas denuncias, y que se castigue a los perpetradores.<sup>324</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Calidad**

1. Realizar sesiones de capacitación para miembros del sector judicial (incluidos abogados, asistentes jurídicos, agentes de policía, jueces, secretarios de gobierno y personal de instalaciones correccionales) sobre los derechos y experiencias de mujeres y jóvenes con discapacidad relacionados con la violencia basada en género. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo pueden ofrecerse como recursos para los profesionales del sector judicial que no tienen claro cómo comunicarse o brindar un mejor servicio a una mujer o un joven con discapacidad.
2. Realizar evaluaciones regulares de la medida en que los servicios en materia de violencia basada en género promueven el acceso a la justicia para las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Al evaluar el acceso a los servicios de justicia, algunos métodos particularmente efectivos incluyen auditorías de seguridad ante la violencia, encuestas, grupos de discusión, entrevistas con informantes clave, supervisión de tribunales, y supervisión de los derechos humanos.

#### 3.5.3 Indicadores

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la prestación de servicios de justicia y vigilancia policial basados en derechos para mujeres y jóvenes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben tener los indicadores en el área de prestación de servicios de justicia y vigilancia policial. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores a los

entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Cantidad de enjuiciamientos por crímenes cometidos contra una mujer o un joven con discapacidad.
- Cantidad de enjuiciamientos por crímenes cometidos contra una mujer o un joven con discapacidad en los que la víctima con discapacidad testificó.
- Porcentaje de mujeres o jóvenes con discapacidad que conocen una organización que brinda asistencia jurídica a víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género.<sup>325</sup>
- Cantidad de proveedores de servicios y personal de apoyo que están capacitados sobre los tipos de violencia basada en género y los problemas de acceso a la justicia que experimentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad.<sup>326</sup>
- Cantidad de apoyos establecidos para personas con discapacidad en el sistema de justicia.

### 3.6 Servicios sociales: Servicios de protección para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género

#### 3.6.1 Perspectiva general del problema

El acceso a los servicios de protección es un componente esencial del derecho a no sufrir violencia basada en género<sup>327</sup> y un componente básico de las obligaciones de diligencia debida de un Estado para prevenir, proteger, investigar, castigar y reparar la violencia basada en género.<sup>328</sup> Los servicios de protección son esenciales para ayudar a las víctimas o los sobrevivientes de violencia basada en género a romper el ciclo de violencia y para protegerlos de experimentar más violencia. Los servicios esenciales de protección incluyen: información y orientación de crisis (incluida la planificación de la seguridad); centros de crisis; líneas de ayuda; alojamiento de emergencia y otras residencias seguras; ayuda

## *Los servicios de protección también deben incluir medidas para fortalecer la independencia económica, los regímenes de toma de decisiones con apoyo y otras formas de autonomía para las mujeres y los jóvenes con y sin discapacidad.*

material y financiera; y órdenes de protección de emergencia.<sup>329</sup> Al igual que los servicios de prevención, los servicios de protección también deben incluir medidas para fortalecer la independencia económica, los regímenes de toma de decisiones con apoyo y otras formas de autonomía para las mujeres y los jóvenes con y sin discapacidad.<sup>330</sup> Debido a las barreras de comunicación, de información, físicas y de otro tipo, las mujeres y los jóvenes con discapacidad a menudo son excluidos de estos servicios de protección esenciales, lo que socava su derecho a no sufrir violencia basada en género.

### **3.6.2 Directrices para prestar servicios de protección basados en derechos para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género**

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican barreras comunes para acceder a los servicios de protección que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad que son víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género. Las directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que los servicios de protección basados en derechos y adaptados a las necesidades y experiencias específicas de las personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad para las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para

desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

Esta sección aborda los programas de protección y las medidas dirigidas a los servicios sociales inmediatos requeridos por una mujer o un joven con discapacidad que ha experimentado violencia basada en género. Los servicios sociales a un plazo más largo se abordan en la **sección 3.7**, que analiza los servicios de rehabilitación. Esta división se ha realizado con fines organizativos, y se reconoce que habrá una coincidencia en la necesidad de muchos de estos programas y servicios.

### **Consideraciones clave**

- Las leyes, la reglamentación y las políticas discriminatorias que no protegen la autonomía y la capacidad jurídica de las mujeres y los jóvenes con discapacidad pueden disuadirlos de solicitar servicios de protección contra la violencia basada en género. Por ejemplo, las mujeres o los jóvenes con discapacidad pueden temer dejar a su abusador o solicitar servicios de protección por temor a perder la custodia de sus hijos.<sup>331</sup>
- La dependencia económica, la dependencia de la atención y el temor al internamiento pueden disuadir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad de denunciar la violencia por parte de cuidadores o parejas y pueden evitar que soliciten servicios de protección contra la violencia basada en género. Pueden temer perder la atención necesaria si carecen de fondos para contratar modalidades alternativas de atención<sup>332</sup> o el internamiento en situaciones en las que el perpetrador es dueño de la vivienda.<sup>333</sup>

- Las mujeres y los jóvenes con discapacidad que abandonan situaciones violentas o abusivas también pueden perder el acceso a dispositivos o apoyos de asistencia, cuyo reemplazo puede ser prohibitivamente costoso.
- Las mujeres y los jóvenes con discapacidad se enfrentan con estereotipos y prejuicios por parte de los proveedores de servicios y el personal de apoyo, que no reconocen que corren el riesgo de sufrir violencia o no los consideran titulares de derechos.<sup>334</sup>
- Los requisitos de elegibilidad para ciertos servicios de protección, como los refugios de emergencia, pueden excluir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Por ejemplo, un refugio puede no reconocer ciertas formas de violencia, como la violencia de parte de un cuidador, o no ofrecer ajustes para las víctimas o sobrevivientes con discapacidad o las mujeres con niños con discapacidad.
- Los proveedores de servicios y el personal de apoyo, incluidos los asistentes sociales, los proveedores de servicios médicos o el personal del centro de crisis o de la línea directa, a menudo carecen de la capacitación necesaria para proporcionar información sobre la violencia basada en género y los servicios en materia de violencia basada en género a las mujeres y los jóvenes con discapacidad. El aislamiento y la falta de información en formatos accesibles impiden aún más que las mujeres y los jóvenes con discapacidad obtengan información sobre los servicios en materia de violencia basada en género.<sup>335</sup>
- Las mujeres y los jóvenes con discapacidad no tienen acceso a información o educación sobre sus derechos a no sufrir violencia basada en género, cómo reconocer formas de violencia basada en género y cómo acceder a servicios de protección.
- La falta de datos e información sobre la violencia que experimentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad en sus hogares impide el desarrollo de servicios específicos.
- Las barreras de comunicación a menudo son particularmente graves para las personas con discapacidad sensorial e intelectual y presentan barreras para denunciar la violencia y recibir asesoramiento en caso de crisis, planificación de seguridad y otros servicios de protección.<sup>336</sup>
- Las mujeres y los jóvenes con discapacidad de comunidades minoritarias indígenas, migrantes o lingüísticas enfrentan desafíos de comunicación intersectoriales y un mayor riesgo de violencia.<sup>337</sup>
- Las barreras físicas, como la falta de transporte accesible a los servicios o mobiliario o instalaciones de cocina inaccesibles en los refugios de emergencia, pueden denegar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad el acceso a los servicios esenciales de protección.<sup>338</sup>
- Es común la escasez de refugios accesibles de emergencia contra la violencia basada en género y camas disponibles para mujeres y jóvenes con discapacidad.<sup>339</sup> Estos desafíos pueden agravarse aún más para ciertos grupos de personas con discapacidad:
  - Los refugios y servicios contra la violencia basada en género para niños y hombres jóvenes con discapacidad rara vez existen, parcialmente debido a la percepción errónea de que los hombres y niños no son víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género o que la financiación de dichos servicios reduciría la financiación para mujeres víctimas o sobrevivientes.
  - Las mujeres y los jóvenes con discapacidad psicosocial pueden enfrentar la exclusión de los refugios y otros servicios contra la violencia basada en género debido a la percepción de que pueden ser peligrosos o problemáticos en un entorno comunitario.
- Los refugios a veces no proporcionan ajustes razonables para la movilidad, los dispositivos sensoriales y los medicamentos de una persona, así como otros ajustes necesarios.

## Directrices para la acción:

### ► Disponibilidad

1. Evaluar los criterios de elegibilidad para recibir servicios o ingresar al refugio para garantizar que los servicios estén disponibles para las mujeres y los jóvenes con discapacidad y que los criterios de elegibilidad reflejen las formas de violencia que experimentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Esto incluye garantizar que los servicios también estén disponibles para las mujeres sin discapacidad que requieren servicios y que tienen un niño con una discapacidad que también utilizará los servicios.

### ► EJEMPLO:

*'More than Just a Ramp: A Guide for Women's Refuges to Develop Disability Discrimination Act Action Plans', desarrollado por Women with Disabilities Australia, ofrece instrucciones útiles para los proveedores de servicios y el personal de apoyo sobre el desarrollo de un plan de acción para aumentar la disponibilidad de servicios para las mujeres con discapacidad. El proceso implica la identificación de barreras para mujeres y niños con discapacidad que buscan refugio y estrategias para eliminar esas barreras. La guía también incluye instrucciones sobre cómo llevar a cabo la supervisión y la evaluación luego de la implementación del plan. La guía ofrece los siguientes diez pasos para elaborar un plan de acción: (1) desarrollar un buen grupo de trabajo; (2) familiarizarse con las barreras en su servicio; (3) consultar a las mujeres con discapacidad e involucrarlas; (4) educar a la organización sobre la legislación local sobre derechos de discapacidad; (5) asegurar un buen apoyo; (6) desarrollar estrategias; (7) obtener recursos para el plan; (8) negociar con los departamentos gubernamentales pertinentes; (9) determinar la responsabilidad; (10) evaluar.<sup>340</sup>*

2. Asegurar que los servicios de planificación de la seguridad estén disponibles a través de profesionales capacitados.

### ► EJEMPLO:

*Project CARE en los Estados Unidos de América desarrolló una guía para los defensores de la planificación de la seguridad para las personas con discapacidad, que incluye preguntas e información sobre los ajustes durante el proceso de planificación de la seguridad.<sup>341</sup>*

## Directrices para la acción:

### ► Accesibilidad

1. Desarrollar líneas directas en caso de crisis que ofrezcan formas alternativas de comunicación, como los mensajes de texto u otros formatos escritos para personas con discapacidades relacionadas con la audición.
2. Desarrollar iniciativas para informar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad sobre cómo denunciar la violencia y acceder a los servicios de protección. Los recursos deben estar disponibles en varios formatos accesibles y acompañados de programas de capacitación.

### ► EJEMPLO:

*En Croacia, el gobierno y la sociedad civil publicaron una libreta de direcciones de ayuda para las mujeres con discapacidad con información de contacto de proveedores de servicios en materia de violencia basada de género.<sup>342</sup>*

3. Asegurar que los refugios incluyan habitaciones accesibles para diversas necesidades y dispositivos relacionados con la discapacidad. De la misma manera, las actividades recreativas y los recursos disponibles, tales como teléfonos y baños, deben ser accesibles.

4. En el caso en que los recursos lo permitan, ofrecer dispositivos de apoyo gratuitos o de bajo costo para reducir el aislamiento y reemplazar los dispositivos que se perdieron al huir de una situación abusiva.

### Directrices para la acción:

#### ► **Aceptabilidad**

1. Garantizar que el personal del servicio de protección tenga concienciación y conocimientos sobre las necesidades y experiencias intersectoriales e interculturales de las mujeres y los jóvenes con discapacidad de diversos orígenes. Esto es particularmente importante para los proveedores de servicios y el personal de apoyo de refugios.
2. Crear materiales de información para todos los residentes del refugio que expliquen qué servicios de cuidado personal están disponibles, detallen los ajustes disponibles para personas con discapacidad, incluyan a las personas con discapacidad como parte de cualquier declaración de diversidad, y limiten el uso de aromas y fragancias para adaptarse a las personas con sensibilidad química.<sup>343</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Calidad**

Capacitar a los proveedores de servicios y al personal de apoyo sobre cómo reconocer los signos de violencia basada en género contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad, particularmente en relación con un cuidador. Los programas de capacitación deben abordar directamente las dinámicas de poder entre las personas con discapacidad y los cuidadores.

### 3.6.3 Indicadores

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la prestación de servicios de

protección en materia de violencia basada en género basados en derechos para mujeres y jóvenes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben tener los indicadores para los servicios de protección contra la violencia basada en género. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Cantidad de mujeres y jóvenes con discapacidad que pueden alojarse en el refugio u otra residencia segura (desglosados por género, edad y tipo de discapacidad).
- La agencia proporciona una variedad de métodos de comunicación accesibles, incluidos los siguientes:
  - Un sitio web accesible.
  - Un videoteléfono interno que puede usarse para la comunicación entre el personal y los destinatarios de los servicios que son sordos o que tienen audición reducida.
  - Un teléfono para personas con visión reducida.
  - Una línea dedicada respondida por un miembro del personal para recibir mensajes de texto de los destinatarios de los servicios.<sup>344</sup>
- La agencia del refugio de emergencia tiene un manual para residentes de su refugio que aborda el uso de aromas y fragancias, explica claramente los servicios de cuidado personal que el personal puede brindar, ofrece flexibilidad para las personas con discapacidad e incluye a las personas con discapacidad como parte de cualquier declaración sobre el respeto a la diversidad.<sup>345</sup>

### 3.7 Servicios sociales: Servicios de rehabilitación para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género

#### 3.7.1 Perspectiva general del problema

El derecho de las mujeres y los jóvenes con discapacidad a no sufrir violencia basada en género abarca el derecho a obtener servicios integrales de rehabilitación.<sup>346</sup> Los servicios de rehabilitación son esenciales para la recuperación psicológica y social de las víctimas o los sobrevivientes de violencia basada en género. Los servicios importantes de rehabilitación incluyen: atención de salud mental; evaluación de posibilidad de daño autoinfligido, suicidio y otras consecuencias graves que resulten de sufrir violencia basada en género; apoyo y orientación psicosocial; derivaciones necesarias, incluidas a servicios de salud física; y servicios de reintegración social apropiados, como asistencia con la recuperación o reemplazo de documentos de identidad; apoyo centrado en la mujer; servicios para niños para cualquier niño afectado por la violencia; información comunitaria, educación y divulgación; y asistencia para la independencia, la recuperación y la autonomía económicas.<sup>347</sup>

*Los servicios de rehabilitación son fundamentales para la recuperación de cualquier víctima o sobreviviente, así como el derecho de esa víctima o sobreviviente a no sufrir violencia basada en género.*

### Apoyo psicosocial

El término 'apoyo psicosocial' se refiere a «la interconexión entre los procesos psicológicos y sociales y el hecho de que cada uno interactúa continuamente e influye en el otro. El término compuesto salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) se utiliza para describir cualquier tipo de apoyo local o externo que tenga como objetivo proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar los trastornos mentales».<sup>348</sup>

Los servicios de rehabilitación son fundamentales para la recuperación de cualquier víctima o sobreviviente, así como el derecho de esa víctima o sobreviviente a no sufrir violencia basada en género.<sup>349</sup> Esto es especialmente cierto para las mujeres y los jóvenes con discapacidad, dado que son más vulnerables al aislamiento y la pobreza y porque los cuidadores y las parejas que actúan como guardianes de los servicios psicosociales son a menudo los perpetradores de la violencia basada en género contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Las víctimas o los sobrevivientes de todas las formas de violencia basada en género, incluida la violencia infligida por la pareja, la violencia sexual, el abuso psicológico o financiero y la violencia en entornos institucionales o médicos, deben tener acceso a una variedad de servicios de rehabilitación psicosocial.<sup>350</sup>

#### 3.7.2 Prestar servicios de rehabilitación basados en derechos para personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican barreras comunes para acceder a servicios integrales de rehabilitación que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad que son víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género. Las directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que los servicios de

rehabilitación basados en los derechos y adaptados a las necesidades y experiencias específicas de las víctimas o los sobrevivientes de violencia basada en género con discapacidad estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad para las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

La **sección 3.6** abordó los servicios sociales inmediatos requeridos por una mujer o un joven con discapacidad que está experimentando o ha experimentado violencia basada en género, mientras que esta sección aborda los servicios de rehabilitación a largo plazo. Esta división es para fines organizativos, y se reconoce que hay una coincidencia en muchos de estos programas y servicios para quienes tienen necesidades tanto inmediatas como a largo plazo.

### **Consideraciones clave**

- Las leyes y políticas que exigen la participación en programas de recuperación psicosocial o que condicionan los beneficios, como condicionar el apoyo económico al satisfacer los requisitos de búsqueda de empleo o solo brindar apoyo de inmigración a las víctimas o los sobrevivientes de violencia basada en género que cooperan en el enjuiciamiento contra su abusador, pueden disuadir a las mujeres y los jóvenes con discapacidad de solicitar o adherirse a los programas de recuperación.
- Si bien procurar el acceso a la justicia puede tener un efecto de rehabilitación para algunas víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género, transitar procesos jurídicos puede resultar en un trauma secundario, particularmente para víctimas o sobrevivientes con discapacidad que pueden enfrentar barreras adicionales para acceder a la justicia.
- Los servicios de rehabilitación a menudo no ofrecen la sensibilidad necesaria y la comprensión de las necesidades de las víctimas o los sobrevivientes con discapacidad. Los servicios insensibles o discriminatorios pueden provocar en forma directa o indirecta traumas adicionales.
- Las mujeres y los jóvenes con discapacidad a menudo no pueden acceder a los servicios de rehabilitación, incluso cuando están disponibles, porque la información sobre estos servicios no es accesible.
- Los proveedores de servicios, el personal de apoyo o los familiares a menudo no están familiarizados con las necesidades de rehabilitación de las mujeres y los jóvenes con discapacidad, por lo que no se realizan derivaciones clave. Por ejemplo, un médico que trata a una mujer con una discapacidad intelectual que ha sido agredida sexualmente puede no derivar a esa mujer para que reciba servicios de asesoramiento debido a una creencia errónea de que no se beneficiaría de recibir asesoramiento.
- El trauma resultante de la violencia basada en género puede hacer que transitar por los servicios de rehabilitación sea un desafío para cualquier víctima o sobreviviente. Las discapacidades aumentan las barreras ya considerables para acceder a los servicios y pueden impedir que las mujeres y los jóvenes accedan a los servicios en absoluto.
- Los servicios psicológicos se encuentran entre los servicios de rehabilitación más críticos. Sin embargo, las mujeres y los jóvenes con discapacidad intelectual o de comunicación son excluidos regularmente de dichos servicios debido a las barreras de comunicación. También hay poca orientación o capacitación para los proveedores de servicios de atención de salud mental en esta área.
- Los servicios de rehabilitación efectivos requieren visitas múltiples durante un período sostenido, y esto puede presentar una barrera importante para las mujeres y los jóvenes con discapacidad, que a menudo viven en la pobreza y pueden vivir en un área sin transporte accesible.
- La pobreza y la dependencia económica a menudo pueden mantener a las mujeres y los jóvenes



Jamila Bako camina con dos de sus hijos por su aldea usando un bastón.

© Jenny Matthews/Panos Pictures

con discapacidad en una situación violenta o forzar su regreso. Por ejemplo, si una mujer depende económicamente de una pareja abusiva para obtener un seguro o fondos para pagar medicamentos necesarios, puede sentir que no tiene más remedio que volver a una situación violenta.

- Las víctimas o los sobrevivientes del control económico, una forma de violencia basada en género mediante la cual un abusador controla las finanzas de una mujer o un joven con discapacidad para obligarlos a hacer cosas en contra de su voluntad, pueden enfrentar barreras adicionales para conseguir fondos suficientes para obtener servicios de rehabilitación.
- Las víctimas o los sobrevivientes con discapacidad a menudo pueden experimentar un ocultamiento del diagnóstico, en el que los síntomas del trauma se atribuyen a un diagnóstico de discapacidad ya existente y no

se realiza ninguna evaluación adicional para determinar si hay problemas o síntomas relacionados con el trauma. Particularmente para las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, los proveedores de servicios pueden crear un plan de comportamiento para detener el comportamiento en lugar de explorar si el comportamiento refleja un trauma. Por lo tanto, la persona con discapacidad es castigada por sus respuestas al trauma.

### Directrices para la acción:

#### ► Disponibilidad

1. Desarrollar servicios basados en la comunidad, incluidos grupos de apoyo entre pares, que pueden ser particularmente efectivos para hacer que los servicios de rehabilitación estén disponibles a un bajo costo y en la comunidad. Los grupos de fabricación de artesanías, por ejemplo, pueden cumplir múltiples propósitos al proporcionar tanto empoderamiento económico como apoyo mutuo. Al promover estos servicios, asegurar que no estén clasificados como algo únicamente para víctimas o sobrevivientes, ya que esto puede ser alienante.<sup>351</sup>
2. Llevar a cabo una revisión de los beneficios sociales para identificar aquellos que tienen componentes obligatorios o condicionales que pueden hacer que no estén disponibles para las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Abogar por esto en consecuencia para que dichos servicios estén disponibles para las mujeres y los jóvenes con discapacidad.
3. Cuando sea apropiado, ofrecer asesoramiento individualizado y en grupo dirigido por profesionales capacitados en el trabajo con mujeres y jóvenes con discapacidad que han experimentado violencia basada en género.<sup>352</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Accesibilidad**

1. Crear espacios de atención integral donde las mujeres y los jóvenes con discapacidad puedan obtener información y recibir servicios de rehabilitación en un entorno cómodo que les parezca seguro y favorable.
2. Desarrollar formas seguras y efectivas para distribuir información accesible sobre servicios de rehabilitación a mujeres y jóvenes con discapacidad en riesgo de sufrir violencia basada en género o que estén sufriendo este tipo de violencia. Identificar puntos de acceso específicos para que los jóvenes con discapacidad aprendan sobre los servicios de rehabilitación y accedan a ellos. Las víctimas o sobrevivientes en edad adulta con y sin discapacidad pueden desempeñar roles importantes como mentores y defensores de las víctimas o sobrevivientes jóvenes.

#### ► **EJEMPLO:**

*El proyecto illinois imagines trabajó con autogestores para desarrollar la guía 'Our rights, right now: women with disabilities and sexual violence education guide'. La guía ofrece un panorama básico de la violencia sexual y los derechos relacionados con la sexualidad con respecto a las mujeres con discapacidad, y luego proporciona orientación, información y folletos para facilitar sesiones educativas para mujeres con discapacidad en cuanto a relaciones sanas, sexualidad saludable, reducción del riesgo de violencia sexual y cómo obtener ayuda.<sup>353</sup>*

3. Facilitar el acceso a programas de servicios sociales que brindan atención independiente. Priorizar el acceso a programas que promuevan la independencia y el control económicos. Además, asistir en el acceso a los programas de ayuda a los ingresos y otros programas de protección social cuando sea necesario.<sup>354</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Aceptabilidad**

1. Capacitar a todos los proveedores de servicios, al personal de apoyo y a los participantes del programa en la prevención de nuevos traumas, desde el recepcionista hasta los compañeros en un grupo de ayuda mutua. Al proporcionar servicios de salud mental, el principio de «no hacer daño» es primordial. Los proveedores, el personal y los participantes deben asegurarse de no culpar a la víctima o al sobreviviente, deben escuchar con compasión, no deben apoyar normas perjudiciales de género o de discapacidad que menosprecian a la víctima o al sobreviviente o que normalizan la violencia basada en género, deben evaluar el peligro y deben ayudar con la planificación de la seguridad.<sup>355</sup> Asegurar que los servicios se presten de forma compasiva y sin juicios de valor y que transmitan claramente el mensaje de que la violencia nunca se merece y que las mujeres y los jóvenes con discapacidad tienen derecho a vivir sin violencia.<sup>356</sup>

#### ► **EJEMPLO:**

*El proyecto Wisconsin's Violence Against Women with Disabilities and Deaf Women desarrolló 'A Practical Guide for Creating Trauma-Informed Disability, Domestic Violence and Sexual Assault Organization'. La guía trata sobre condiciones y valores positivos sensibles al trauma que los sobrevivientes o las víctimas con discapacidad priorizan para la seguridad y la sanación.<sup>357</sup>*

2. Capacitar a los proveedores de servicios de salud mental sobre las **habilidades específicas requeridas para el asesoramiento de mujeres y jóvenes con diversas discapacidades**, particularmente las personas con discapacidades intelectuales, dificultades de comunicación o discapacidades agudas de salud mental. La capacitación debe incluir otros servicios además de la terapia verbal.

## *Puesta en práctica:*

### **Herramientas y recursos para trabajar con víctimas o sobrevivientes con discapacidad**

#### *'Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings: A Toolkit for GBV Practitioners'*<sup>358</sup> de Women's Refugee

Commission y el Comité Internacional de Rescate ofrece orientación importante y herramientas prácticas para los coordinadores de casos de violencia basada en género que trabajan con víctimas o sobrevivientes con discapacidad. Aunque estos documentos están escritos para el contexto humanitario, ofrecen una orientación útil para los proveedores de servicios y el personal de apoyo en todos los entornos, especialmente en los entornos de bajos recursos.

- Aplicación de principios rectores al trabajar con víctimas o sobrevivientes con discapacidad: Esta herramienta se desarrolló para apoyar a los coordinadores de casos de violencia basada en género, con el fin de que mantengan un enfoque centrado en el sobreviviente al trabajar con personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género. Resume los principios rectores para trabajar con víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género y destaca las adaptaciones relacionadas con la comunicación y la participación de los cuidadores que deben

considerarse a lo largo del proceso de tramitación de los casos.

- Orientación sobre la comunicación con personas con discapacidad: Esta herramienta proporciona sugerencias y consejos simples para los profesionales en materia de violencia basada en género acerca de la interacción y comunicación con personas con diferentes tipos de deficiencias.
- Proceso de consentimiento informado con víctimas o sobrevivientes en edad adulta con discapacidad: Esta herramienta describe los pasos que deben tomarse en el proceso de consentimiento informado con víctimas o sobrevivientes en edad adulta y las estrategias que deben probarse cuando los métodos de comunicación o la comprensión y el entendimiento son difíciles de determinar.
- Trabajar con cuidadores de víctimas o sobrevivientes con discapacidad: Esta herramienta ofrece orientación sobre cómo abordar el trabajo con cuidadores de víctimas o sobrevivientes con discapacidad para garantizar que se respeten los derechos de la víctima o el sobreviviente y que se fortalezcan las relaciones positivas.

3. Crear programas y recursos para ayudar a una mujer o un joven con discapacidad a controlar sus activos financieros y separarse financieramente de un abusador que anteriormente tenía el control financiero.
4. Capacitar a los coordinadores de casos para analizar consideraciones específicas para las mujeres y los jóvenes con discapacidad y para desarrollar buenas aptitudes de gestión, promoción, comunicación y otras aptitudes interpersonales. Los coordinadores de casos son cruciales para ayudar a las víctimas o los sobrevivientes a utilizar los diferentes servicios disponibles.

### Directrices para la acción:

#### ► **Calidad**

1. Asegurar que los proveedores de servicios estén capacitados para identificar el nivel y tipo de daño que ha sufrido una nueva víctima o sobreviviente y evaluar su capacidad para ofrecer los servicios de rehabilitación apropiados para el nivel y tipo de daño sufrido. Deberán realizarse derivaciones eficaces cuando un proveedor no pueda ofrecer el nivel de servicios requerido. Desarrollar redes robustas de derivación para realizar derivaciones apropiadas.
2. Facilitar y ofrecer el apoyo necesario para acceder a los mecanismos de justicia. Los asesores y los psicólogos deben conocer estos procesos y estar preparados para ofrecer opiniones expertas en cualquier actuación judicial, según sea necesario. Para obtener más información, consulte Servicios de justicia y vigilancia policial (sección 3.5).
3. Cuando los recursos lo permitan, asegurar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad tengan acceso a una



Un grupo de trabajadores sanitarios de la comunidad siendo capacitados en Lao.

© Chien-Chi Chang/Magnum Photos

cantidad mínima de sesiones de apoyo o asesoramiento, al reconocer que las personas con discapacidad intelectual o de comunicación pueden requerir sesiones adicionales o extendidas.<sup>359</sup>

4. Cuando sea posible, ofrecer apoyo continuo para la recuperación integral por un mínimo de seis meses.<sup>360</sup>

## Puesta en práctica:

### Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes

Esta guía proporciona orientación importante tanto para entornos de emergencia como para los que no lo son sobre la provisión de apoyo psicosocial y de salud mental de calidad. Las directrices explican visualmente cómo los proveedores de servicios y el personal de apoyo pueden comprender las necesidades psicosociales de las víctimas o los sobrevivientes de violencia basada en género al desarrollar su programación.<sup>361</sup>

La imagen de una pirámide de cuatro niveles identifica las necesidades de servicios de las víctimas o los sobrevivientes de violencia basada en género y proporciona ejemplos. La base de la pirámide consiste en «consideraciones sociales en servicios básicos y seguridad» e incluye el ejemplo de «promoción de servicios básicos que

sean seguros y socialmente apropiados y que protejan la dignidad». El segundo nivel consiste en «fortalecimiento de apoyos comunitarios y familiares» y proporciona los ejemplos de «activación de redes sociales», «apoyos tradicionales comunales» y «espacios favorables adaptados a los niños». El tercer nivel consiste en «apoyos no especializados enfocados (de persona a persona)» e incluye los ejemplos de «atención básica de salud mental por parte de médicos (atención de salud primaria)», y «apoyo emocional y práctico básico por parte de trabajadores comunitarios». El cuarto nivel en el punto de la pirámide consiste en «servicios especializados» y proporciona el ejemplo de «atención de salud mental por parte de especialistas en salud mental (enfermera psiquiátrica, psicólogo, psiquiatra, etc.)».<sup>362</sup>

#### Pirámide de intervención



### 3.7.3 Indicadores

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la prestación de servicios de rehabilitación basados en los derechos para mujeres y jóvenes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben tener los indicadores para la prestación de servicios de rehabilitación. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores para que se ajusten apropiadamente a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Porcentaje de proveedores de servicios de salud mental capacitados para proporcionar servicios de salud mental a mujeres y jóvenes con discapacidad que han experimentado violencia.
- El proveedor de servicios tiene un procedimiento operativo estándar que incluye procedimientos para la prestación de servicios de rehabilitación para mujeres y jóvenes con discapacidad.
- Las políticas de la agencia ofrecen la flexibilidad suficiente para promover la plena participación de personas con discapacidad que son víctimas o sobrevivientes y satisfacer sus necesidades (por ejemplo, permitiendo al personal encontrarse con víctimas o sobrevivientes en lugares accesibles, lo que permite a asistentes personales no ofensores acompañar a víctimas o sobrevivientes).<sup>363</sup>

## 3.8 Servicios en materia de violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad que viven en entornos institucionales

### 3.8.1 Perspectiva general del problema

Las personas con discapacidad reciben atención, servicios y apoyo por parte de una variedad de instituciones. Las mujeres y los jóvenes con discapacidad, particularmente aquellos con discapacidad

psicosocial o intelectual, por lo general aún viven en instituciones grandes, hospitales o residencias para personas de edad. Los niños con discapacidad a menudo son internados en lo que se conoce como «establecimientos de custodia», tales como orfanatos y otros entornos institucionales. Otros pueden vivir en la comunidad pero residen en albergues, que generalmente son residencias administradas por un tercero con múltiples residentes. Otras instituciones en las que participan las mujeres y los jóvenes con discapacidad incluyen programas diurnos, programas de la juventud y, algunas veces, establecimientos penales y cárceles. Esta gama de instituciones comparte una o más de las siguientes características: están certificadas por el Estado o una agencia del Estado, están sujetas a reglas y regulaciones del Estado, están sujetas a supervisión, su personal incluye cuidadores no relacionados con la persona con discapacidad, no otorgan a la persona con discapacidad el poder de contratar y despedir al personal de cuidado, y/o restringen la libertad de elección y la independencia de la persona con discapacidad mientras reside en la institución.

Las mujeres y los jóvenes con discapacidad que viven en instituciones tienen el mismo derecho a no sufrir violencia basada en género que las personas con y sin discapacidad que viven fuera de las instituciones. Sin embargo, las personas con discapacidad que viven en instituciones a menudo están aisladas, lo que aumenta su vulnerabilidad a la violencia.<sup>364</sup> Las mujeres y los jóvenes con discapacidad intelectual están particularmente en riesgo. Un informe del Parlamento Europeo descubrió que casi el 80 % de las mujeres con discapacidad había sido víctima de violencia, cuya mayoría vivía en instituciones, y que las mujeres con discapacidad tenían un riesgo hasta cuatro veces mayor de sufrir violencia sexual que sus pares sin discapacidad.<sup>365</sup> El informe también señalaba que, en el caso de las mujeres que viven en instituciones, los actos de violencia son a menudo perpetrados por el personal o los cuidadores.<sup>366</sup> Dada la dinámica de

poder única y las circunstancias especiales en los entornos institucionales, existen obligaciones adicionales de derechos humanos para garantizar la supervisión independiente y efectiva de estas instituciones.<sup>367</sup>

Los niños y jóvenes en cuidados alternativos, en particular aquellos con discapacidad, son especialmente vulnerables a la violencia.<sup>368</sup> Los factores que incrementan esta vulnerabilidad incluyen falta de protecciones legales, prejuicios comunitarios contra las personas con discapacidad, falta de investigación e impunidad del perpetrador. Cada vez más, el internamiento de los niños con y sin discapacidad se reconoce como una violación de los derechos humanos. UNICEF y otros organismos de las Naciones Unidas han solicitado que se ponga fin al internamiento de los niños. El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la tortura publicó un informe que documenta la tortura y los malos tratos infligidos a niños en instituciones.<sup>369</sup>

### 3.8.2 Directrices para prestar servicios en materia de violencia basada en género basados en los derechos para mujeres y jóvenes en instituciones

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican los problemas comunes que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad que residen en entornos institucionales. Las directrices para la acción ofrecen orientación para garantizar que los servicios basados en los derechos adaptados a las necesidades y experiencias específicas de las mujeres y los jóvenes con discapacidad que viven en instituciones estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

### Consideraciones clave

- Las mujeres y los jóvenes con discapacidad que experimentan violencia en las instituciones pueden comportarse ellos mismos de forma violenta o agresiva como resultado. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo que no asocian a las personas con discapacidad como víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género pueden no reconocer esto como una señal de ser víctima o sobreviviente. Por lo tanto, la violencia puede pasar inadvertida y las mujeres y los jóvenes con discapacidad internados pueden ser excluidos de los servicios esenciales de salud, justicia y vigilancia policial, protección y rehabilitación en materia de violencia basada en género.
- Las políticas y los requisitos de certificación no son efectivamente aplicados o supervisados por organismos independientes,<sup>370</sup> lo que significa que se deja a la discreción de las instituciones la autosupervisión. Dado que la mayor parte de la violencia en las instituciones es perpetrada por cuidadores internos, la supervisión externa e independiente inadecuada puede conducir a la impunidad y la inacción.
- Las visitas de supervisión y las inspecciones de las instituciones generalmente no son efectivas para identificar y responder a la violencia.<sup>371</sup> Esto contribuye a la impunidad de los perpetradores y aumenta el aislamiento de las mujeres y los jóvenes que experimentan violencia basada en género.
- Las leyes y políticas a menudo promueven o no logran prevenir el internamiento forzado de mujeres y jóvenes con discapacidad.
- La violencia entre pares puede ocurrir en entornos institucionales, particularmente cuando hay hacinamiento, o el personal está mal equipado para apoyar la discapacidad de una persona.<sup>372</sup> Esta violencia puede ocasionar traumas en ambas personas, sin

que ninguna de las personas reciba los servicios que requieren.

- El personal institucional a menudo no cuenta con el tiempo ni la capacidad para educar, reconocer o proporcionar servicios en materia de violencia basada en género o información sobre la violencia basada en género a personas con discapacidad en instituciones. Esto es particularmente cierto para los hombres jóvenes con discapacidad, debido a la falta de conciencia y comprensión de la violencia basada en género contra los hombres.
- El aislamiento en entornos institucionales incrementa la vulnerabilidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad a la violencia y obstaculiza el acceso a los servicios en materia de violencia basada en género.<sup>373</sup>
- Ciertos entornos institucionales, tales como establecimientos penales, escuelas, instituciones religiosas y servicios armados, pueden introducir a los hombres jóvenes con y sin discapacidad a la violencia, lo cual perpetúa la violencia basada en género.
- Las mujeres y los jóvenes con discapacidad en las instituciones se enfrentan a mayores barreras para comunicar la violencia que están experimentando, ya que no tienen acceso a un teléfono privado, no tienen la oportunidad de estar solos o lejos de un perpetrador que es miembro del personal del establecimiento, o son analfabetos.<sup>374</sup>
- Los servicios en materia de violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad en instituciones pueden enfrentar barreras para la financiación, ya que los proveedores de servicios pueden temer que se desvíen los recursos generales en materia de violencia basada en género a servicios especializados. Este es particularmente el caso en cuanto a los servicios para los hombres.

## Directrices para la acción:

### ► Disponibilidad

1. Desarrollar programas de apoyo y de capacitación para empoderar a las familias y los cuidadores de mujeres y jóvenes con discapacidad para que les brinden atención en hogares basados en la comunidad o en sus propios hogares, con el fin de reducir la dependencia del internamiento. Eludir el internamiento de las personas con discapacidad debe ser una prioridad.
2. Crear programas que apoyen a mujeres y jóvenes con discapacidad para desarrollar relaciones, amistades y redes de apoyo basadas en la comunidad. En una encuesta en el Reino Unido de 1004 personas con una variedad de discapacidades, el 53 % informó sentirse solas, mientras que el 6 % informó sentir que no tenían amigos en absoluto.<sup>375</sup> En cuanto a los jóvenes encuestados, el 77 % de ellos declararon sentirse solos.<sup>376</sup> Desafortunadamente, muchas mujeres y jóvenes con discapacidad pueden no tener una familia que los apoye y que pueda proporcionar una base para su vida comunitaria, pero programas como estos pueden fomentar un círculo de amigos de apoyo.

### ► EJEMPLO:

*El Centro de Desarrollo para Mujeres con Discapacidad de Laos es una organización sin fines de lucro dirigida por mujeres laosianas y para mujeres laosianas con discapacidades. A través de la capacitación profesional práctica y las oportunidades de empleo, las mujeres crean y venden productos de artesanía mientras continúan capacitando a nuevos estudiantes. El centro empodera a las mujeres con discapacidad y fomenta redes de ayuda mutua que brindan amistad y apoyo.<sup>377</sup>*

3. Desarrollar programas para ayudar a las mujeres y los jóvenes a mudarse de entornos institucionales a hogares basados en la comunidad. Los servicios disponibles deben incluir mecanismos para acceder a la atención basada en la comunidad y apoyos para vivir de la forma más independiente posible en la comunidad y evitar el retorno al internamiento.<sup>378</sup>
4. Desarrollar programas de capacitación orientados a mujeres y jóvenes en entornos institucionales para ayudarlos a conocer sus derechos y los servicios disponibles en materia de violencia basada en género. Estas capacitaciones deben realizar lo siguiente:
  - Proporcionar información accesible sobre el derecho a no sufrir violencia basada en género, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y otros derechos humanos fundamentales.
  - Proporcionar información accesible sobre alternativas a los entornos institucionales y los servicios disponibles para ayudar a una persona a encontrar un hogar basado en la comunidad.
  - Llevarse a cabo en instituciones tanto como sea posible para eliminar la barrera del transporte y educar al personal institucional sobre la violencia basada en género.
  - Ofrecer servicios de derivación.

#### Directrices para la acción:

##### ► **Accesibilidad**

1. Ofrecer líneas directas accesibles y gratuitas disponibles para mujeres y jóvenes con discapacidad que viven en instituciones. Desarrollar otras estrategias creativas con la ayuda de mujeres y jóvenes con discapacidad internados o anteriormente internados acerca de cómo las mujeres y los jóvenes internados pueden denunciar la violencia y acceder a los servicios.

2. En la medida de lo posible, ofrecer servicios en materia de violencia basada en género que lleguen a las mujeres y los jóvenes con discapacidad en entornos institucionales en lugar de servicios externos que requieran transporte.<sup>379</sup>

#### Directrices para la acción:

##### ► **Aceptabilidad**

1. Programar visitas en persona regulares a las instituciones con proveedores de servicios capacitados en una variedad de métodos de comunicación.
2. Incorporar servicios para prevenir la anticoncepción o la esterilización forzadas en los programas contra la violencia basada en género. La esterilización de mujeres con discapacidad en instituciones como medio para encubrir el abuso sexual (o para prepararse para lo que es visto como un abuso sexual inevitable) se ha registrado en instituciones de todo el mundo.<sup>380</sup> Los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y el personal de apoyo deben comprender el alcance de este problema y estar preparados para prestar servicios adecuados a las mujeres con discapacidad internadas para detectar la esterilización forzada y la anticoncepción forzada y protegerlas de estas prácticas.
3. Establecer mecanismos que ayuden a las mujeres y los jóvenes con discapacidad y a sus familiares y defensores a participar de manera significativa en las decisiones de acogida.<sup>381</sup> Sin embargo, garantizar que estos programas incluyan y prioricen las situaciones de vida independiente y en la comunidad.
4. Promover un mecanismo de denuncia independiente, confidencial y accesible para permitir que las mujeres y los jóvenes con discapacidad internados puedan registrar denuncias sobre violencia basada en género en las instituciones.<sup>382</sup>

## Directrices para la acción:

### ► **Calidad**

1. Recolectar datos sobre las mujeres y los jóvenes que reciben atención en entornos institucionales.<sup>383</sup> Esta información es fundamental para mejorar y diseñar sistemas que minimicen el riesgo de violencia y garanticen que los servicios en materia de violencia basada en género lleguen a las personas que los necesitan.
2. Desarrollar y administrar programas para los proveedores de servicios y el personal de apoyo institucionales diseñados para mejorar la calidad de la atención y reducir el riesgo de violencia basada en género para las mujeres y los jóvenes con discapacidad internados. La calidad de la atención está directamente relacionada con la vulnerabilidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad ante la violencia.<sup>384</sup> La capacitación debe ser llevada a cabo total o parcialmente por personas con discapacidad. Específicamente, la capacitación debe abordar lo siguiente:
  - Las necesidades y las experiencias intersectoriales de cada individuo.
  - Los riesgos que enfrentan los hombres.
  - Alternativas para el internamiento.
3. Desarrollar la capacidad de los órganos de supervisión independientes, como un ombudsman o una organización u organismo de supervisión específico, para identificar la violencia basada en género entre las mujeres y los jóvenes con discapacidad internados y prestar servicios o realizar derivaciones para las personas con discapacidad víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género. Promover una supervisión patrocinada por el Estado que sea transparente y de calidad, según corresponda. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo pueden consultar directrices como las «Directrices sobre las Modalidades

Alternativas de Cuidado de los Niños», promulgadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, para conocer los estándares de atención residencial.<sup>385</sup>

### ► **EJEMPLO:**

*En Moldavia, la Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNPRPD) dirigió un proyecto para apoyar la creación de la Oficina del Ombudsman para Hospitales Psiquiátricos, un mecanismo de denuncia independiente. El ombudsman, a quien se encomendó visitar instituciones psiquiátricas y hospitales psiquiátricos de larga estancia para investigar denuncias de maltrato y detención forzada, recibió más de 12 000 denuncias de 3665 personas en tres años. El ombudsman tiene el mandato de llevar a cabo visitas de supervisión regulares y tiene acceso libre a todos los pacientes que deseen acercarse al ombudsman para tener una conversación confidencial. El ombudsman ha mejorado significativamente el acceso a la justicia para los moldavos con discapacidad mental e intelectual que viven en instituciones.<sup>386</sup>*

4. Promover tribunales de salud conductual y otros tribunales especializados. Ofrecer capacitación para funcionarios del sistema de justicia para educarlos sobre las alternativas al internamiento y el encarcelamiento de mujeres y jóvenes con discapacidad.
5. Involucrar a los familiares de las personas en instituciones (salvo que la persona con discapacidad se oponga a la participación de su familiar). Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben ofrecer o derivar servicios a los familiares que les sean útiles para ayudar a su familiar con discapacidad a desempeñarse en el sistema de violencia basada en género, según sea necesario y requerido.

6. Evaluar las leyes y las políticas que contribuyen al internamiento y desarrollar estrategias para promover cambios legales y de políticas, lo que incluye manifestarse, según sea necesario, contra el internamiento forzado.<sup>387</sup>

### 3.8.3 Indicadores

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la prestación de servicios en materia de violencia basada en género basados en los derechos para mujeres y jóvenes con discapacidad que viven en instituciones. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben tener los indicadores para los servicios en materia de violencia basada en género en entornos institucionales. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores para que se ajusten a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Porcentaje de mujeres o jóvenes con discapacidad que viven en hogares comunitarios.
- Porcentaje de proveedores de servicios institucionales que ofrecen capacitación accesible sobre los derechos de las personas internadas cada seis meses. La capacitación incluye información sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a no sufrir violencia basada en género (incluida la explicación de diferentes formas de violencia) y educación sobre relaciones y sexualidad saludables.
- Porcentaje de proveedores de servicios institucionales y personal de apoyo con recursos para ayudarlos a prestar servicios de intervención en casos de crisis cuando toman conocimiento de casos de violencia sexual contra mujeres y jóvenes con discapacidad que viven en la institución.
- Porcentaje de incidentes de violencia basada en género investigados por un órgano de

supervisión del establecimiento considerados infundados y porcentaje de incidentes de violencia basada en género investigados y considerados fundamentados.

## 3.9 Acceso a servicios en materia de violencia basada en género para adolescentes y jóvenes con discapacidad

### 3.9.1 Perspectiva general del problema

El período entre los 10 y 24 años es un tiempo de desarrollo esencial para cualquier persona, y no es menos importante para las personas con discapacidad. Durante ese período, las niñas y los niños experimentan la pubertad y atraviesan importantes cambios físicos, mentales y emocionales. A lo largo de este período de desarrollo, los jóvenes con discapacidad tienen la misma probabilidad de llegar a ser sexualmente activos que sus pares sin discapacidad y de formar relaciones íntimas. Sin embargo, los jóvenes con discapacidad con frecuencia son excluidos de la educación sexual integral u otros programas educativos que pueden capacitarlos para desarrollar relaciones saludables o para reconocer y denunciar la violencia basada en género. Además, los jóvenes con discapacidad tienen más probabilidades de estar aislados en hogares o instituciones que los adultos con discapacidad. Estos factores hacen a los jóvenes con discapacidad particularmente vulnerables a la violencia.

Es esencial ajustar las estrategias de prevención de la violencia basada en género a las vulnerabilidades específicas que enfrentan los jóvenes con discapacidad y asegurar que los jóvenes con discapacidad, tanto los que viven en la comunidad como los que viven en entornos institucionales, tengan acceso a los servicios esenciales en materia de violencia basada en género, incluidos los servicios de salud, justicia y vigilancia policial, los servicios de protección y los servicios de rehabilitación.

### 3.9.2 Directrices para prestar servicios en materia de violencia basada en género orientados a adolescentes y jóvenes y basados en los derechos para jóvenes con discapacidad

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican las barreras comunes que enfrentan los jóvenes con discapacidad al acceder a los servicios esenciales en materia de violencia basada en género. Las directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que los servicios en materia de violencia basada en género basados en los derechos y adaptados a las necesidades y consideraciones específicas de los jóvenes con discapacidad estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

#### Consideraciones clave

- La falta de participación de los jóvenes con discapacidad en el desarrollo de planes, políticas y programas nacionales sobre servicios en materia de violencia basada en género da como resultado planes, políticas y programas que excluyen efectivamente a los jóvenes con discapacidad.
- Los jóvenes con discapacidad corren un mayor riesgo de prácticas perjudiciales, como el matrimonio infantil y la violación con desfloración.<sup>388</sup> Las leyes y las políticas inadecuadas dirigidas a prevenir la violencia basada en género, proteger a los jóvenes con discapacidad de la violencia sexual y de género y penar a los perpetradores contribuyen a la impunidad y exacerban estos riesgos.
- Los padres, los tutores u otros cuidadores pueden ser sobreprotectores y no querer que los jóvenes con discapacidad bajo su cuidado participen en programas de educación sexual integral por miedo a que aumente su actividad sexual. Este tipo de control les niega a los jóvenes con discapacidad la oportunidad de aprender cómo desarrollar relaciones saludables, comprender qué constituye un contacto físico apropiado, y aprender cómo evitar, reconocer y denunciar casos de explotación, violencia y abuso.
- Los estereotipos o las percepciones erróneas de que los jóvenes con discapacidad son asexuales o no tienen relaciones íntimas pueden hacer que los proveedores de salud y el personal de apoyo no identifiquen que estas personas tienen necesidades relacionadas con la violencia basada en género.
- Los jóvenes con discapacidad con frecuencia están aislados en sus casas o en instituciones, donde sus familias o cuidadores pueden impedirles el acceso a los servicios, incluidas las oportunidades de que se los evalúe para detectar violencia basada en género.
- La capacitación, el asesoramiento, el apoyo financiero y la atención temporal inadecuados para las familias y los cuidadores de jóvenes con discapacidad pueden exacerbar los riesgos de violencia.
- Los jóvenes con discapacidad pueden temer ser internados si denuncian un abuso por parte de familiares o cuidadores, lo que puede disuadirlos de denunciar la violencia.
- Los jóvenes con discapacidad con frecuencia carecen de una forma de comunicarse de manera privada con los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género y el personal de apoyo, por lo que les puede preocupar la confidencialidad de sus conversaciones.
- Los adolescentes, especialmente los adolescentes marginados como los que tienen una discapacidad, corren un mayor riesgo de violencia basada en género durante emergencias humanitarias debido al mayor riesgo de explotación y abuso sexual, la falta de servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos y la interrupción de los servicios en materia de derechos de salud sexual y reproductiva durante las emergencias humanitarias.<sup>389</sup>

## Directrices para la acción:

### ► Disponibilidad

1. Promover e implementar leyes y políticas contra la violencia basada en género que aborden e incorporen específicamente a los jóvenes con discapacidad y sus experiencias.<sup>390</sup>
2. Ofrecer programas para apoyar, educar y brindar atención temporal a los padres, las familias y otros cuidadores de jóvenes con discapacidad.<sup>391</sup>
3. Desarrollar programas para capacitar a maestros, funcionarios escolares, la policía y otras figuras de autoridad que se enfrentan a jóvenes con discapacidad para que comprendan el riesgo de violencia que enfrentan y reconozcan y denuncien la violencia basada en género cuando ocurra.
4. Promover el nombramiento de un funcionario público que se especialice en prácticas perjudiciales.<sup>392</sup> Educar a los funcionarios públicos sobre prácticas perjudiciales y cómo estas afectan a los jóvenes con discapacidad.
5. Lograr que haya líderes y servicios comunitarios disponibles para intervenir y brindar mediación, educación y apoyo a los jóvenes con discapacidad y sus familias cuando un joven con discapacidad corra riesgo de una práctica perjudicial.<sup>393</sup>
6. Desarrollar servicios de protección que asistan específicamente a los jóvenes con discapacidad que experimenten situaciones de violencia basada en género.<sup>394</sup> Por ejemplo, garantizar que los refugios de emergencia y otros tipos de vivienda segura estén diseñados para adaptarse a los jóvenes con discapacidad y sus necesidades educativas y de desarrollo.
7. Priorizar los programas destinados a garantizar la seguridad de los niños con discapacidad en emergencias humanitarias, en particular los que viven en instituciones.<sup>395</sup>

## Directrices para la acción:

### ► Accesibilidad

1. Distribuir información accesible sobre violencia basada en género para jóvenes con discapacidad a través de las plataformas de redes sociales y otras formas de tecnología.  
  
**► EJEMPLO:**  
*UNICEF ha utilizado con éxito la tecnología para difundir información y empoderar a los jóvenes mediante el uso de **U-Report** en Uganda. U-Report es una herramienta de supervisión social por SMS gratuita diseñada para involucrar a los usuarios en cuestiones que les preocupan. Por ejemplo, una usuaria en Uganda declaró que utilizó la plataforma para compartir su experiencia de violación con otros usuarios de U-Report, lo que les permitió a ella y a sus pares en la plataforma animarse unos a otros y ofrecer apoyo. U-Report también ha sido utilizado para mejorar el acceso a la educación para niñas con discapacidad, promover la autoaceptación y crear redes de pares entre jóvenes con y sin discapacidades.<sup>396</sup>*
2. Involucrar de manera activa a los jóvenes con discapacidad en el diseño, la ejecución y la evaluación de programas contra la violencia basada en género para garantizar la accesibilidad.<sup>397</sup> Por ejemplo, garantizar que haya versiones disponibles que sean de fácil lectura y comprensibles para los jóvenes con discapacidad intelectual.
3. Ofrecer servicios en el hogar u otro espacio seguro y accesible dentro de la comunidad, en lugar de depender de las familias o los cuidadores para que lleven al joven con discapacidad a un establecimiento o clínica para recibir servicios.
4. Fomentar la participación de jóvenes con discapacidad en el desarrollo de programas comunitarios.

► **EJEMPLO:**

*'Toolkit for Child Protection Actors' de Women's Refugee Commission y ChildFund se diseñó para que el personal humanitario y de desarrollo fortalezca la capacidad en la inclusión de la discapacidad, identifique las necesidades en materia de violencia basada en género e involucre a niños con y sin discapacidades en la planificación, la ejecución y la supervisión de los programas. Incluye un proceso participativo, lo que facilita el consentimiento informado y la mitigación de riesgos, herramientas de comunicación que niños y jóvenes pueden usar, combinar y adaptar para recopilar y transmitir información sobre los riesgos de la violencia basada en género y estrategias de programación para los encargados de tomar decisiones.*<sup>398</sup>

5. Crear conciencia entre los jóvenes con discapacidad, junto con sus familias, cuidadores y personal de salud, sobre los derechos de los jóvenes a no sufrir violencia basada en género, lo que incluye prácticas perjudiciales, y la disponibilidad de servicios esenciales.<sup>399</sup>

### Directrices para la acción:

► **Aceptabilidad**

1. Ofrecer capacitación sobre jóvenes con discapacidad a proveedores de servicios en materia de violencia basada en género, el personal de apoyo y la comunidad en general.<sup>400</sup> Incluir a jóvenes con discapacidad como presentadores tanto como sea posible.
2. Tratar a los jóvenes con discapacidad que soliciten servicios con respeto y proteger su confidencialidad. Jóvenes en todo el mundo han identificado este tratamiento como esencial para hacer que los servicios sean de fácil acceso para adolescentes y jóvenes.<sup>401</sup>
3. Guiar y potenciar a los jóvenes con discapacidad para que se conviertan en educadores inter pares y compartan información en materia de violencia basada en género con otros jóvenes con discapacidad.
4. Capacitar a los proveedores de servicios y al personal de apoyo sobre cómo identificar y reconocer signos de violencia basada en género contra jóvenes con discapacidad, en particular la posible violencia basada en género por parte de un cuidador. Los programas deben abordar directamente la dinámica de poder entre los jóvenes con discapacidad y los cuidadores.
5. Desarrollar relaciones con proveedores de servicios de educación sexual integral. Capacitar a los educadores para enseñar a los estudiantes con discapacidad sobre relaciones saludables y violencia basada en género, lo que incluye cómo dar y recibir consentimiento para el contacto sexual. Los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género también pueden desempeñar un rol importante al ayudar a instruir a los jóvenes con discapacidad sobre cómo desarrollar relaciones saludables, comprender lo que es un contacto físico apropiado, comprender el consentimiento, reconocer y denunciar la violencia basada en género, y comprender los servicios en materia de violencia basada en género disponibles y acceder a ellos. Para obtener más información, véase Educación sexual integral para mujeres y jóvenes con discapacidad (sección 4.5).
6. Crear campañas y programas que mejoren la comprensión y la visibilidad de la violencia basada en género contra jóvenes con discapacidad. Estos deben abordar las ideas erróneas sobre la sexualidad y la discapacidad, como el mito de que las personas con discapacidad son asexuales o no pueden desarrollar relaciones íntimas.<sup>402</sup> Incorporar a jóvenes con discapacidad en las campañas para adolescentes y jóvenes con y sin discapacidades.

## Directrices para la acción:

### ► **Calidad**

1. Garantizar que los servicios en materia de violencia basada en género de fácil acceso para adolescentes y jóvenes incluyan servicios sociales, asesoramiento, información y derivaciones adecuados a la edad para ayudar a los jóvenes con discapacidad a afrontar la violencia y romper el ciclo de violencia.<sup>403</sup>
2. Desarrollar, apoyar e involucrar a organizaciones dirigidas por jóvenes con discapacidad y grupos de apoyo entre pares. Este tipo de programas son asociados fundamentales para difundir información sobre la violencia basada en género y conectar a los jóvenes con discapacidad con los servicios. Se debe alentar a miembros con y sin discapacidad a unirse y desarrollar redes de pares. El compromiso se debe centrar en comprender y abordar la discriminación social y estructural que afrontan los jóvenes con discapacidad al acceder a los servicios.<sup>404</sup>
3. Desarrollar salvaguardias con los proveedores de servicios médicos para garantizar que los niños con discapacidad sean registrados al nacer. Los jóvenes sin certificados de nacimiento son más vulnerables a prácticas perjudiciales, y los niños con discapacidad con frecuencia no son registrados.<sup>405</sup>
4. Ofrecer líneas directas para crisis de violencia basada en género accesibles y diseñadas para que los jóvenes con discapacidad reciban derivaciones eficaces, e incluir opciones para personas sordas, con dificultades de comunicación o con discapacidad intelectual.
5. Promover la capacitación obligatoria sobre prácticas perjudiciales y los derechos

de los jóvenes con discapacidad para los proveedores de servicios de atención de salud y los líderes religiosos, consuetudinarios, comunitarios y tradicionales.<sup>406</sup>

6. Realizar nuevas investigaciones y recolectar datos sobre la violencia basada en género experimentada por jóvenes con discapacidad.<sup>407</sup>

### 3.9.3 Indicadores

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la provisión de servicios basados en los derechos para jóvenes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben tener los indicadores sobre los servicios en materia de violencia basada en género de fácil acceso para jóvenes. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores para que se ajusten a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Porcentaje de niñas, niños y jóvenes de ambos sexos con discapacidad (de 10 a 24 años) que conocen sus derechos y beneficios.<sup>408</sup>
- Porcentaje de lugares disponibles para jóvenes con discapacidad (de 10 a 24 años) en alojamientos y refugios cada 1000 habitantes (urbanos y rurales).<sup>409</sup>
- Porcentaje de jóvenes con discapacidad (de 10 a 24 años) que participan en programas de educación sexual integral o de habilidades para la vida que abordan las relaciones saludables y la violencia basada en género.<sup>410</sup>
- La legislación prohíbe las prácticas perjudiciales (por ejemplo: la mutilación y la ablación genitales femeninas y el matrimonio infantil y forzado).

## Servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos para mujeres y jóvenes con discapacidad

### 4.1 Antecedentes

Las mujeres y los jóvenes con discapacidad tienen el mismo derecho a la salud sexual y reproductiva que las personas sin discapacidad, pero habitualmente son excluidos de los servicios necesarios para lograr su salud sexual y reproductiva debido a una variedad de factores. Salud reproductiva se refiere al «estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados 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. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de

planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos».<sup>411</sup> La salud sexual, que también es un componente de los derechos reproductivos, comprende «el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. Se refiere a la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual de maneras que sean enriquecedoras positivamente y que mejoren la personalidad, la comunicación y el amor».<sup>412</sup>

## Orientación clave sobre derechos en materia de salud sexual y reproductiva

Estas directrices son complementarias y se deben leer en conjunto con el influyente informe de 2018 de la Comisión Guttmacher-Lancet, *'Accelerate Progress - Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission'*.<sup>413</sup> El informe de la Comisión (una comisión formada por expertos en salud, desarrollo y derechos humanos de todo el mundo) establece una agenda para los gobiernos nacionales, organismos internacionales, donantes, grupos de la sociedad civil y otras partes interesadas clave para lograr el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluidas de manera explícita las personas con discapacidad. El informe destaca la importancia de considerar las necesidades de derechos en materia de salud sexual y reproductiva específicas de las personas con discapacidad y la escasez de investigaciones y datos

sustanciales sobre los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad.<sup>414</sup> Por ejemplo, «Las personas que viven con una discapacidad son otro grupo de población subatendido sujeto a estereotipos y mitos nocivos. Tienen necesidades de derechos en materia de salud sexual y reproductiva similares a las de las personas sin discapacidad. Sin embargo, tienen muchas más posibilidades de ser víctimas de violaciones y abusos físicos y sexuales, incluso por parte de sus cuidadores en algunas situaciones. También tienen más probabilidades de ser sometidas a procedimientos forzados u obligados, como la esterilización, el aborto y la anticoncepción. La información inadecuada y una escasez de recursos dirigidos contribuyen a la vulnerabilidad de este grupo; estas desventajas comienzan a una edad temprana y continúan en la adultez».<sup>415</sup>

### **Barreras**

Mujeres y jóvenes en todo el mundo, con y sin discapacidades, encuentran barreras legales y prácticas para la información y los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos. Estas barreras se acentúan para las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Entre las barreras habituales se encuentran las siguientes: la falta de capacitación o sensibilización entre los proveedores de servicios y el personal de apoyo sobre cómo asistir a las personas con discapacidad<sup>416</sup> (por ejemplo, un estudio de los Estados Unidos descubrió que del 40 al 50 % de los ginecólogos sienten una falta parcial o total de preparación para tratar a adolescentes

con discapacidad<sup>417</sup>); la falta de consideración de la accesibilidad para personas con discapacidad en el desarrollo de programas o la construcción de instalaciones<sup>418</sup>; la pobreza/marginación socioeconómica; el aislamiento de las mujeres y los jóvenes con discapacidad que viven en instituciones, campamentos, viviendas familiares, albergues<sup>419</sup> o que no tienen hogar; y los estereotipos sobre las mujeres y los jóvenes con discapacidad que lleva a los proveedores de servicios y al personal de apoyo a asumir que las mujeres y los jóvenes con discapacidad no son capaces de tomar sus propias decisiones, son asexuales o hipersexuales, no pueden embarazarse o no pueden ser padres.

Las emergencias humanitarias aumentan estos factores de exclusión y agravan su impacto. Las demandas adicionales al sistema generan una falta de priorización o desarrollo de servicios que tengan en cuenta la discapacidad, barreras de accesibilidad más pronunciadas y un aumento en el aislamiento y la vulnerabilidad. El clima cultural, político y de seguridad del país en el que se está llevando a cabo la ayuda humanitaria también puede aumentar las barreras a los servicios esenciales.

### **Aumento del riesgo**

La falta de acceso a información y servicios esenciales de derechos en materia de salud sexual y reproductiva aumenta la vulnerabilidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad al abuso sexual, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el embarazo no deseado<sup>420</sup> y resultados adversos en el momento del parto (para la madre y el bebé); también les niega su derecho al más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva. Además de ser excluidos de estos servicios de salud fundamentales, las mujeres y los jóvenes con discapacidad con frecuencia son sometidos a prácticas sanitarias y procedimientos médicos coercitivos, como la esterilización forzada, el aborto forzado y la anticoncepción forzada,<sup>421</sup> así como a un trato irrespetuoso y abusivo. Los sistemas de toma de decisiones sustituida, en particular, han sido asociados con aumentos en las tasas de abuso de personas con discapacidad, ya que permiten que los padres o tutores sometan a mujeres y jóvenes con discapacidad a procedimientos médicos contra su voluntad.<sup>422</sup> Las adolescentes con discapacidad están especialmente en riesgo de sufrir esterilizaciones forzadas y abortos forzados,<sup>423</sup> y las mujeres y las adolescentes con discapacidad tienen más probabilidades de someterse a una histerectomía a una edad más temprana y por una razón que no sea necesaria médicamente, incluso por solicitud de un padre o un tutor.<sup>424</sup>



Una joven pareja abrazándose por la noche en la ciudad.  
© LWA/Dann Tardif/Getty Images

Las directrices de esta sección están organizadas de acuerdo con los diferentes servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos que puedan requerir las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Si bien no son exhaustivas, las subsecciones siguientes abordan áreas de servicio esenciales de las que las mujeres y los jóvenes con discapacidad normalmente son excluidos. Para asegurar una continuidad de la atención en todas las áreas de servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos para las mujeres y los jóvenes con discapacidad, cada subsección de área de servicio debe leerse junto con las otras subsecciones.

## EMERGENCIAS HUMANITARIAS

### Concepto clave: estándares mínimos de derechos en materia de salud sexual y reproductiva

Garantizar que se sigan estándares mínimos para todos los servicios ofrecidos y provistos a mujeres y jóvenes con discapacidad. El Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, del que el UNFPA es miembro, desarrolló un Paquete de Servicios Iniciales Mínimos integral para responder a las necesidades de salud reproductiva al comienzo de una crisis humanitaria.<sup>425</sup> Estos estándares no están diseñados para personas con discapacidad, por lo que los proveedores de servicios deben trabajar con mujeres y jóvenes con discapacidad para comprender cómo implementar estos estándares con las adaptaciones y los ajustes necesarios para las mujeres y los jóvenes con discapacidad.

#### Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) del UNFPA:<sup>426</sup>

##### **1. Identificar un organismo para que lidere la implementación del PSIM**

- a. Nombramiento de un oficial de salud reproductiva
- b. Coordinación de los servicios de salud reproductiva
- c. El oficial de salud reproductiva informa a un sector o grupo temático de salud
- d. Puesta a disposición de suministros y kits de salud reproductiva

##### **2. Prevenir y gestionar las consecuencias de la violencia sexual**

- a. Sistema de protección en funcionamiento, especialmente para las mujeres y las adolescentes
- b. Servicios médicos y apoyo psicológico disponibles para sobrevivientes
- c. Comunidad informada sobre los servicios

##### **3. Disminuir la transmisión del VIH**

- a. Transfusiones de sangre seguras disponibles
- b. Ejercicio de precauciones estándares
- c. Preservativos gratis disponibles

##### **4. Prevenir la mortalidad materna y de lactantes**

- a. Servicios de atención obstétrica de urgencia y neonatal disponibles
- b. Establecimiento de sistema de derivación disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
- c. Provisión de kits de parto higiénico a parteros calificados y mujeres visiblemente embarazadas
- d. Comunidad informada sobre los servicios

##### **5. Planificar la prestación de servicios integrales de salud reproductiva en la atención de salud primaria**

- a. Recolección de antecedentes
- b. Identificación de sitios para la futura prestación de servicios integrales de salud reproductiva
- c. Evaluación de la capacidad del personal y planificación de capacitaciones
- d. Pedido de equipo y suministros de salud reproductiva

## 4.2 Marco de derechos humanos en relación con los derechos en materia de salud sexual y reproductiva

Los derechos sexuales y reproductivos abarcan libertades, como la libertad de tomar decisiones sobre si reproducirse o no y cuándo hacerlo sin coacción ni violencia, y derechos, como el acceso a toda la variedad de servicios esenciales de derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Estos derechos son respaldados por los siguientes derechos humanos fundamentales:

- Los derechos a la vida y a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, protegidos en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP),<sup>427</sup> el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),<sup>428</sup> la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD),<sup>429</sup> la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDCM),<sup>430</sup> y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).<sup>431</sup>
- Los derechos a la privacidad, a la libertad y a la seguridad de la persona y a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, protegidos en el PIDCP,<sup>432</sup> la CDPD,<sup>433</sup> la CEDCM<sup>434</sup> y la CDN.<sup>435</sup>
- Los derechos a la información y a la educación, incluidas la información y la educación sobre salud sexual y reproductiva, protegidos en el PIDESC,<sup>436</sup> la CDPD,<sup>437</sup> la CEDCM,<sup>438</sup> y la CDN.<sup>439</sup>
- El derecho a la igualdad y la no discriminación, protegido en el PIDCP,<sup>440</sup> el PIDESC,<sup>441</sup> la CDPD,<sup>442</sup> la CEDCM,<sup>443</sup> y la CDN.<sup>444</sup>
- El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, protegido en el PIDESC.<sup>445</sup>
- El derecho a estar libre de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, que está protegido en el PIDCP,<sup>446</sup> la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CCT),<sup>447</sup> la CDPD,<sup>448</sup> y la CDN.<sup>449</sup>

- El derecho al consentimiento para el matrimonio y a la igualdad de derechos en el matrimonio, protegido en el PIDCP,<sup>450</sup> el PIDESC,<sup>451</sup> la CEDCM,<sup>452</sup> y la CDPD.<sup>453</sup>
- El derecho a la accesibilidad, protegido en la CDPD.<sup>454</sup>
- El derecho a la protección y la seguridad de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas las emergencias humanitarias, protegido en la CDPD.<sup>455</sup>
- El derecho a los ajustes razonables cuando sean necesarios, enumerado en la CDPD.<sup>456</sup>

Un pilar fundamental del derecho a la salud (y, por consiguiente, del derecho a la salud sexual y reproductiva) es la obligación de que la información, los productos y los servicios relacionados con la salud estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad, conocido en conjunto como el marco de DAAC.<sup>457</sup> El marco de DAAC describe los requisitos de servicios que los Estados deben acatar para cumplir con sus obligaciones de respetar, proteger y satisfacer los derechos sexuales y reproductivos.<sup>458</sup>

El marco de DAAC exige que la información, los productos y los servicios cumplan con lo siguiente:<sup>459</sup>

- Estén **disponibles**, lo que significa que exista una cantidad suficiente de información, productos y servicios en un país. Esto incluye tener suficientes proveedores de servicios capacitados y centros de atención de salud adecuados distribuidos de manera equitativa.
- Sean **accesibles**, lo que significa que la información, los productos y los servicios puedan ser utilizados por todas las personas con discapacidad. El requisito de accesibilidad incluye la accesibilidad física, la accesibilidad económica y la accesibilidad a la información.
- Sean **aceptables**, lo que significa que la información, los productos y los servicios de salud cumplan con normas éticas, sean

respetuosos de las culturas, adecuados a las necesidades en materia de género y discapacidad de la persona y respeten la confidencialidad y la privacidad de la persona.

- Sean de **calidad**, lo que significa que la información, los productos y los servicios de salud sean adecuados desde el punto de vista científico y médico y sean prestados por personal capacitado de manera respetuosa y de conformidad con los derechos.

Además, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales identificó las siguientes obligaciones básicas mínimas:

- «Derogar o eliminar las leyes, políticas y prácticas que penalicen, obstaculicen o menoscaben el acceso de las personas o de determinados grupos a los establecimientos, los servicios, los productos y la información en materia de salud sexual y reproductiva.
- Aprobar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales, con una asignación presupuestaria suficiente, sobre la salud sexual y reproductiva, concebidos, periódicamente revisados y supervisados mediante un proceso participativo y transparente, y desglosados por motivos prohibidos de discriminación.
- Garantizar el acceso universal y equitativo a servicios, productos y establecimientos asequibles, aceptables y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, en particular para las mujeres y los grupos desfavorecidos y marginados.
- Promulgar y aplicar una ley por la que se prohíban las prácticas perjudiciales y la violencia basada en género, incluida la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y forzado y la violencia doméstica y sexual, incluida la violación conyugal, y asegurar al mismo tiempo la privacidad, la confidencialidad y la toma de decisiones libre, informada y responsable, sin coacción, discriminación o miedo a la violencia, en relación con las necesidades y los

comportamientos sexuales y reproductivos de las personas.

- Adoptar medidas para prevenir los abortos inseguros y proporcionar atención y apoyo psicológico con posterioridad a los abortos a quienes lo necesiten.
- Asegurar que todas las personas y grupos tengan acceso a una educación e información integrales sobre la salud sexual y reproductiva que no sean discriminatorias, que sean imparciales, que estén basadas en pruebas y que tengan en cuenta las capacidades evolutivas de los niños y los adolescentes.
- Proporcionar medicamentos, equipo y tecnologías esenciales para la salud sexual y reproductiva, incluidos los que se basan en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.[<sup>460</sup>]
- Asegurar el acceso a recursos y reparaciones efectivos y transparentes, incluidos los administrativos y los judiciales, por las violaciones del derecho a la salud sexual y reproductiva».<sup>461</sup>

El Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha enfatizado que los Estados deben garantizar que las mujeres con discapacidad puedan ejercer su capacidad jurídica, en particular con respecto a las decisiones sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos,<sup>462</sup> incluido su derecho a fundar una familia y criar a sus hijos.<sup>463</sup>

Con respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en particular, el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño insta a los Estados a que realicen lo siguiente:

- Adopten «políticas de salud sexual y reproductiva para los adolescentes que sean amplias, incluyan una perspectiva de género y sean receptivas a las cuestiones relativas a la sexualidad», en particular para las adolescentes.<sup>464</sup>
- Brinden a todos los adolescentes «acceso a servicios, información y educación en materia



Judith, una joven mujer, ríe y espera clientes en su mandazi (puesto de rosquillas) en Uganda.

© 2013 d'Arcy Lunn, Courtesy of Photoshare

de salud sexual y reproductiva, en línea o presenciales, gratuitos, confidenciales, adaptados a sus necesidades y no discriminatorios, que deben cubrir, entre otros asuntos, la planificación familiar, la anticoncepción, incluidos los anticonceptivos de emergencia, la prevención, la atención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento, la atención antes de la concepción, los servicios de salud materna y la higiene menstrual».<sup>465</sup>

- Garanticen que los adolescentes, en especial las adolescentes con discapacidad, no enfrenten barreras a «los productos básicos, a la información y al asesoramiento sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, como el requisito de consentimiento o la autorización de terceros».<sup>466</sup>
- «Revisar la legislación con el fin de que se atienda el interés superior de las adolescentes

embarazadas y se escuche y se respete siempre su opinión».<sup>467</sup>

- Ofrezcan «educación sobre salud sexual y reproductiva que sea apropiada a la edad de sus destinatarios, amplia, incluyente, basada en evidencias científicas y en normas de derechos humanos y diseñada con la colaboración de los adolescentes...[como] parte de los programas de estudios obligatorios y [debe] dirigirse a los adolescentes no escolarizados». Se debe prestar atención especial a temas como la igualdad de género y la prevención de embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual. El Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño menciona explícitamente que la «información debería estar disponible en formatos alternativos para garantizar la accesibilidad a todos los adolescentes, especialmente a los que presentan discapacidad».<sup>468</sup>

## EMERGENCIAS HUMANITARIAS

### La discapacidad y la gestión del riesgo en caso de emergencia para la salud

La *«Nota de orientación sobre la discapacidad y el manejo del riesgo de desastres, para la salud»*<sup>469</sup> de la OMS y asociados enumera los siguientes principios para diseñar y ejecutar todas las medidas de gestión del riesgo ante situaciones de emergencia para que tengan en cuenta a la discapacidad:

- Igualdad y no discriminación: Todas las medidas deben ser inclusivas, en particular para las personas a las que su discapacidad hace más vulnerables.
- Accesibilidad: Asegurar el acceso en igualdad de condiciones al entorno físico, la información, las comunicaciones y los sistemas en todas las zonas, tanto urbanas como rurales.
- Participación y dignidad: Involucrar a las personas con discapacidad en la evaluación, el diseño, la implementación y la supervisión de los programas de emergencia y permitir y respetar la participación de personas con discapacidad antes, durante y después de una situación de emergencia.
- Creatividad y capacidad: «Muchas personas con discapacidad cuentan con recursos y capacidades para hacer contribuciones significativas a la gestión del riesgo ante situaciones de emergencia. También tienen derecho a recibir apoyo y asistencia para desarrollar las habilidades, las capacidades y los conocimientos necesarios para prepararse y protegerse de las amenazas, como también para maximizar su capacidad de supervivencia y recuperación después de una emergencia».<sup>470</sup>

Para ver una orientación más detallada sobre la implementación práctica, consulte las guías en los anexos de la Nota de orientación, como *«Cómo hacer que los servicios de sectores relacionados con la salud incluyan a las personas con discapacidad»*<sup>471</sup> y *«Discapacidad y el manejo del riesgo de desastres: Lista de verificación de acciones mínimas para el sector de la salud»*.<sup>472</sup>

### 4.3. Información, productos y servicios en materia de anticoncepción para mujeres y jóvenes con discapacidad

#### 4.3.1 Perspectiva general del problema

El acceso a información, productos y servicios en materia de anticoncepción es uno de los pilares fundamentales de los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos. El acceso a los anticonceptivos ayuda a las mujeres y los jóvenes con discapacidad a decidir si tener hijos y cuándo tenerlos, prevenir embarazos no deseados (y los riesgos asociados de morbilidad o mortalidad materna/neonatal) y protegerse contra ITS, incluido el VIH. Las mujeres y los jóvenes con discapacidad tienen el derecho a la igualdad de acceso a la planificación familiar voluntaria y los métodos anticonceptivos modernos, así como al asesoramiento sobre cómo usarlos de manera segura y efectiva. Esto incluye el acceso y la capacitación sobre cómo usar anticonceptivos de emergencia. La amplia gama de métodos anticonceptivos modernos a los que las personas con discapacidad deben tener acceso incluye: métodos de barrera (preservativos masculinos y

femeninos, diafragmas), métodos hormonales de corto plazo (pastillas, inyecciones, anillo vaginal), métodos reversibles de acción prolongada (implantes, dispositivos intrauterinos), métodos permanentes (esterilización masculina y femenina voluntaria), y anticoncepción de emergencia.<sup>473</sup> Las mujeres y los jóvenes con discapacidad también deben tener acceso a información precisa y con base empírica sobre métodos de planificación familiar, incluidos el método de la temperatura corporal basal, el método de dos días y el método de los días fijos.<sup>474</sup> Se debe permitir y apoyar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad tomen sus propias decisiones con respecto a si utilizar anticonceptivos y qué método es mejor para ellos. Ninguna persona con discapacidad debe ser sometida a una esterilización ni recibir anticoncepción sin su consentimiento voluntario y plenamente informado. Proteger a las mujeres y los jóvenes con discapacidad de la anticoncepción forzada, incluida la esterilización forzada, es esencial para preservar su derecho a no ser sometidos a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

*Las mujeres y los jóvenes con discapacidad tienen el derecho a la igualdad de acceso a la planificación familiar voluntaria y los métodos anticonceptivos modernos, así como al asesoramiento sobre cómo usarlos de manera segura y efectiva.*

## TEMA DESTACADO

### Involucrar a los hombres en la planificación familiar

Involucrar a los hombres como compañeros y abordar sus propias necesidades de derechos en materia de salud sexual y reproductiva es una parte fundamental de la mejora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Con respecto a la información, los productos y los servicios en materia de anticoncepción, es esencial que los hombres, incluidos los jóvenes y los niños con discapacidad, estén informados sobre una gama de métodos anticonceptivos y cómo usarlos, la importancia de los preservativos para prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados y la importancia del uso consistente de los anticonceptivos. Los jóvenes y los niños con discapacidad necesitan poder discutir una serie de cuestiones sobre el uso de anticonceptivos con sus parejas sexuales, incluidos los métodos

anticonceptivos y la participación en los costos, para asegurar que la carga económica del uso de anticonceptivos no siempre caiga sobre las parejas sexuales femeninas. Los proveedores de servicios también deben ser conscientes de la forma que asume su programación y asegurar que no esté condicionada por estereotipos de género nocivos. En su lugar, los programas deben tener en cuenta las cuestiones de género o, mejor aún, ser transformadores del género. Un programa transformador del género promueve normas de género equitativas, como «una campaña de preservativos que promueve relaciones de género igualitarias con toma de decisiones compartida y respeto, junto con el debate sobre la salud sexual y reproductiva y las intenciones con respecto a la fecundidad».<sup>475</sup>

### 4.3.2. Directrices para proporcionar información, productos y servicios de anticoncepción basados en derechos para mujeres y jóvenes con discapacidad

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican barreras comunes que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad para acceder a los servicios de anticoncepción. Las directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que los servicios de anticoncepción basados en los derechos estén disponibles, estén adaptados a las necesidades específicas de las mujeres y los jóvenes con discapacidad, sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

La guía de implementación '*Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide*' del UNFPA y la OMS<sup>476</sup> y una lista de verificación complementaria de la OMS, '*Quality of Care in Contraceptive Information and Services, Based on Human Rights Standards: A Checklist for Health Care Providers*',<sup>477</sup> ofrecen orientación importante sobre la implementación de la prestación de servicios de anticoncepción basados en los derechos. Los proveedores de servicios deben utilizar la experiencia de mujeres y jóvenes con diversas discapacidades en el desarrollo y la supervisión de los programas para implementar la orientación de una manera accesible y teniendo en cuenta la discapacidad. Los puntos de acción de la siguiente sección se extrajeron de los puntos de acción generalizados contenidos en la guía.

#### Consideraciones clave

- Las leyes y políticas que permiten que la decisión de los padres, tutores, tribunales y otros sustituya la de una mujer o un joven con

discapacidad con respecto a la esterilización quirúrgica, el uso de anticonceptivos o el uso de terapias hormonales para regular la fertilidad, el crecimiento o la menstruación violan los derechos de las mujeres y los jóvenes con discapacidad y conllevan consecuencias físicas, psicológicas y emocionales perjudiciales. La esterilización forzada se considera ampliamente como una forma de tortura o maltrato.<sup>478</sup>

- La toma de decisiones sustituida, el paternalismo, el asesoramiento sesgado, la dinámica de poder y la falta de confidencialidad en la provisión de atención pueden conducir a la anticoncepción forzada, incluida la esterilización forzada, de mujeres y jóvenes con discapacidad, con las consecuencias asociadas para su salud y bienestar físico y mental. Las denuncias sobre violaciones generalmente no se toman en serio,<sup>479</sup> y raras veces existen mecanismos seguros para la presentación de denuncias.
- Las leyes y políticas que limitan el acceso a la anticoncepción, como las leyes que exigen la notificación o autorización de los padres o el cónyuge o las que prohíben la distribución de anticonceptivos de emergencia, crean enormes barreras para el acceso de las mujeres y los jóvenes a los anticonceptivos, y esas restricciones pueden exacerbar las barreras que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad para acceder a la información, los productos y los servicios de anticoncepción.
- Las actitudes negativas y los estereotipos sobre la sexualidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad, incluidos los estereotipos de que las personas con discapacidad son hipersexuales o asexuales, pueden impedir que las personas con discapacidad reciban información, productos y servicios de anticoncepción adecuados y de calidad. Los proveedores de servicios pueden obviar compartir información sobre los métodos anticonceptivos y su uso con mujeres y jóvenes con discapacidad.

- Los protocolos y las directrices para la anticoncepción de emergencia casi nunca incluyen disposiciones para garantizar la disponibilidad para las mujeres y las adolescentes con discapacidad, lo que puede ponerlas en una situación de mayor riesgo de embarazo no deseado.
- Los cuidadores y familiares pueden tener percepciones negativas sobre el uso de anticonceptivos por parte de mujeres y jóvenes con discapacidad y pueden impedirles su acceso.
- A menudo, los proveedores de servicios no pueden explicar los diversos métodos anticonceptivos de manera accesible a las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Esto no solo impide que las mujeres y los jóvenes brinden su consentimiento informado, sino que también priva a la persona de la posibilidad de comprender y considerar las diversas ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos.
- La pobreza, el entorno físico de los centros de salud y el aislamiento pueden entorpecer el acceso de las mujeres y los jóvenes con discapacidad a la información, los productos y los servicios de anticoncepción.



Una madre y su hijo de Benin sentados en una silla juntos. © UNFPA/Ollivier Girard

## TEMA DESTACADO

### Esterilización

La esterilización forzada de mujeres y jóvenes con discapacidad ha sido ampliamente documentada.<sup>480</sup> La esterilización es el «proceso o la acción irreversibles que hacen que un individuo sea incapaz de reproducirse sexualmente».<sup>481</sup> La esterilización forzada u obligada ocurre cuando la cirugía se realiza sin el consentimiento libre e informado de la persona a quien se le realiza el procedimiento. La esterilización forzada también ocurre cuando el procedimiento se realiza sin que la persona lo sepa o en situaciones en las que el consentimiento es proporcionado por una persona que no es la que será esterilizada. La esterilización obligada puede ocurrir cuando el consentimiento se obtiene mediante intimidación, desinformación o coacción. Todas las personas con discapacidad, tanto mujeres como hombres, están expuestas a la esterilización forzada. La esterilización forzada ha sido ampliamente denunciada como una violación de los derechos humanos equivalente a la tortura<sup>482</sup> y una forma particularmente perniciosa de violencia basada en género.<sup>483</sup>

Las investigaciones demuestran que las personas con discapacidad generalmente son esterilizadas por dos razones principales:

- razones paternalistas y eugenésicas basadas en la creencia prejuiciosa de que las personas con discapacidad no pueden ni deben tener ni criar hijos<sup>484</sup> y, relacionado con esto, la creencia de que las personas con discapacidad no pueden tomar decisiones por sí mismas.
- Para la comodidad de los cuidadores y, en algunos casos, como precaución para evitar embarazos no deseados producto de abusos sexuales que se considera que inevitablemente experimentarán las personas con discapacidad.<sup>485</sup>

Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben tomar en serio el riesgo de la esterilización forzada y trabajar con mujeres y jóvenes, proveedores médicos, familias y cuidadores para educarlos sobre los derechos a la fecundidad de las personas con discapacidad. Los proveedores de servicios deben garantizar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad que soliciten esterilización estén plenamente informados de manera que puedan comprender los riesgos y beneficios del procedimiento y los métodos anticonceptivos reversibles y de acción prolongada alternativos, y reciban el apoyo necesario para tomar tal decisión. Esto es necesario para que la persona pueda otorgar su consentimiento libre e informado para un procedimiento como este. Al mismo tiempo, los proveedores de servicios y el personal de apoyo no deben permitir que las medidas de protección contra la esterilización forzada violen los derechos de una mujer o un joven con discapacidad a brindar su consentimiento libre e informado para la esterilización voluntaria.

Para obtener más información sobre el consentimiento libre e informado, véase Igual reconocimiento ante la ley (sección 1.2).

## Directrices para la acción:

### ► Disponibilidad

1. Establecer protocolos y directrices que tengan en cuenta la discapacidad en las visitas de seguimiento, el manejo de los efectos secundarios y las derivaciones, y capacitar a los proveedores de servicios para que implementen los protocolos y las directrices de manera efectiva. Los protocolos y las directrices deben establecer de manera clara el derecho de una mujer o un joven a dejar de usar anticonceptivos de acción prolongada y deben contemplar también los procedimientos de seguimiento para las personas que viven en entornos institucionales y aislados.

### ► EJEMPLO:

*La guía de USAID y Handicap International, 'Disability-Inclusive Sexual and Reproductive Health Component: Training of Trainers Manual on Disability—Inclusive HIV and Sexual and Reproductive Health for Health Workers',<sup>486</sup> proporciona un buen ejemplo sobre cómo capacitar a los proveedores de servicios en planificación familiar con inclusión de la discapacidad, e incluye diversos métodos anticonceptivos. El componente de planificación familiar de esta capacitación enseña a los participantes sobre los beneficios y métodos de la planificación familiar, las razones por las cuales las mujeres y los hombres con discapacidad necesitan una planificación familiar, el asesoramiento en materia de planificación familiar aplicado a personas con discapacidad y las consideraciones específicas para pacientes con diversas discapacidades. Por ejemplo, la capacitación enseña a los participantes a comprender mejor qué factores influyen en la elección de los métodos de planificación familiar de una mujer: «Las discapacidades físicas pueden afectar la aceptabilidad, la seguridad y la conveniencia de ciertos métodos. Las discapacidades intelectuales pueden tener un efecto sobre el consentimiento informado para la anticoncepción. Algunos medicamentos*

*interactúan con los métodos hormonales de anticoncepción. ... Por ejemplo, no se recetan pastillas anticonceptivas a mujeres con problemas circulatorios o de hipertensión».<sup>487</sup>*

### ► EJEMPLO:

*La guía de Servicios Internacionales de Asesoría sobre el Embarazo (IPAS), 'Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care',<sup>488</sup> ofrece orientación práctica para implementadores, directores y capacitadores de programas anticonceptivos sobre las políticas y la prestación de servicios inclusivos de la discapacidad.*

2. Especialmente en contextos de emergencia humanitaria, establecer mecanismos fáciles de utilizar para el reemplazo de medicamentos y dispositivos esenciales. Integrar el reemplazo de anticonceptivos con los mecanismos para reemplazar otros dispositivos y medicamentos necesarios.
3. Garantizar la disponibilidad de al menos cinco métodos anticonceptivos modernos en cantidades suficientes.<sup>489</sup> Los proveedores de servicios deben ofrecer métodos anticonceptivos en diversos formatos, ya que algunas discapacidades imposibilitan el uso de ciertas opciones de anticoncepción. Por ejemplo, una mujer que no puede usar sus manos puede no ser capaz de utilizar un preservativo femenino.

## Directrices para la acción:

### ► Accesibilidad

1. Crear materiales informativos accesibles, adaptados a mujeres y jóvenes con diferentes tipos de discapacidades que traten sobre los diversos métodos anticonceptivos disponibles.
2. Brindar a mujeres y jóvenes con discapacidad información, productos y servicios de anticoncepción en diferentes modelos de prestación de servicios para llegar a una

población más amplia, incluso a través de centros de salud, clínicas comunitarias, clínicas móviles, programas de trabajadores comunitarios de la salud, derivaciones, y a través de otros proveedores de servicios relacionados con la discapacidad.<sup>490</sup> Garantizar que los servicios se brinden en áreas aisladas, donde residen mujeres y jóvenes con discapacidad, que no requieran visitas regulares al médico. Por ejemplo, capacitar a los trabajadores comunitarios de la salud, especialmente a los trabajadores comunitarios de la salud con discapacidad, para que brinden información y servicios de anticoncepción a domicilio o para que acompañen a mujeres o jóvenes a los servicios de derivación.

3. Cuando los recursos lo permitan, subsidiar los productos y servicios de anticoncepción, incluidos los preservativos, para que sean gratuitos o de bajo costo para todas las mujeres y los jóvenes de bajos ingresos, independientemente de su edad, estado civil o discapacidad.

### Directrices para la acción:

#### ► **Aceptabilidad**

1. Establecer protocolos y directrices para responder a la violencia basada en género para mujeres y jóvenes con discapacidad que soliciten servicios de anticoncepción. Capacitar a los proveedores de servicios y al personal de apoyo para que implementen estos protocolos, y para que comprendan y reconozcan las singulares formas de violencia basada en género que pueden experimentar las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Para obtener más información, véase Directrices para la prestación de servicios en materia de violencia basada en género (Capítulo 3).
2. Capacitar a trabajadoras comunitarias de la salud, parteras, enfermeras y otras promotoras de la salud de la mujer, en particular aquellas con discapacidad, para que eduquen sobre el uso de anticonceptivos teniendo en cuenta el género, la discapacidad, la edad y la orientación sexual, y respetando las particularidades culturales.
3. Capacitar a los proveedores de servicios para que expliquen las ventajas y desventajas de diversos métodos anticonceptivos a mujeres y jóvenes con discapacidad, especialmente a aquellos con discapacidad intelectual. Los proveedores de servicios deben recibir capacitación sobre los '**Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos**,'<sup>491</sup> de la OMS para garantizar que los proveedores de servicios gestionen los métodos anticonceptivos basándose en las pruebas y ayuden a las mujeres y los jóvenes con discapacidad a tomar una decisión libre e informada sobre el método anticonceptivo que utilizarán.
4. Desarrollar campañas de sensibilización y materiales educativos para cuidadores y familiares de personas con discapacidad, quienes a menudo actúan como controladores de acceso a los servicios, para ayudarlos a comprender mejor la importancia del uso de anticonceptivos y obtener apoyo para el suministro de información, productos y servicios de anticoncepción.
5. Garantizar que se ofrezca información, productos y servicios de anticoncepción a hombres jóvenes y niños con discapacidad. Los hombres y niños también deben recibir información que los ayude a comprender el derecho de las mujeres y las adolescentes con discapacidad a usar anticonceptivos. Capacitar a los proveedores de servicios para que reconozcan que los hombres jóvenes y los niños con discapacidad también necesitan tener acceso a la información, los productos y los servicios de anticoncepción.



Una joven pareja en México, que ha decidido casarse cuando la joven termine sus estudios.

© UNFPA/Ricardo Ramirez

### Directrices para la acción:

#### ► **Calidad**

1. Utilizar la lista *'Quality of Care in Contraceptive Information and Services, Based on Human Rights Standards: A Checklist for Health Care Providers'*<sup>492</sup> para garantizar que la prestación de servicios cumpla con los estándares de calidad de la atención.
2. Reconocer la diversidad de formas que puede adoptar la anticoncepción forzada, incluidos incentivos, desincentivos, presiones, asesoramiento sesgado y regaños o exhortaciones dirigidos a mujeres o jóvenes con discapacidad
3. Desarrollar protocolos basados en pruebas de prestación de servicios, junto con medidas de protección, para garantizar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad puedan brindar su consentimiento informado para cualquier método anticonceptivo, luego de recibir asesoramiento sobre los riesgos y beneficios de cada método, incluidos los posibles efectos secundarios y los métodos anticonceptivos alternativos, e información sobre su uso.<sup>493</sup>
4. Traducir información precisa y basada en pruebas sobre anticonceptivos en los lenguajes y los formatos a los que mujeres y jóvenes con diversas discapacidades puedan acceder y puedan comprender. Proteger su derecho a acceder a esta información de manera fácil y cómoda.<sup>494</sup>
5. Garantizar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad tengan información y acceso a una diversidad de métodos anticonceptivos y que los proveedores estén capacitados para asesorar a personas con discapacidad sobre las ventajas y desventajas de los diferentes métodos, incluidas aquellas relacionadas con la discapacidad de la persona.<sup>495</sup>
6. Ofrecer continuidad de atención y seguimiento para mujeres y jóvenes con discapacidad, al dar prioridad al seguimiento del manejo de los posibles efectos secundarios o la eficacia del método elegido, mantener una relación continua, contar con servicios integrados y coordinados, y compartir información entre los proveedores.

Garantizar que los destinatarios de los servicios comprendan cómo proceder con el seguimiento después de su cita, si fuera necesario.<sup>496</sup> Por ejemplo, si una mujer con discapacidad vive en un centro de cuidados, su proveedor debe identificar la mejor manera de hacerle un seguimiento para determinar si el método elegido funciona para su estilo de vida, compartir información con su consentimiento con otros proveedores tanto en el centro de cuidados como fuera de este, e identificar las fuentes de atención de seguimiento cerca del centro o quien pueda dirigirse a este.<sup>497</sup>

### 4.3.3 Indicadores

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la prestación de servicios de anticoncepción basados en los derechos para mujeres y jóvenes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben tener los indicadores sobre la información, los productos y los servicios de anticoncepción. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores para que se ajusten a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Hay como mínimo cinco métodos anticonceptivos modernos disponibles, y la información sobre su uso está disponible en formatos accesibles.<sup>498</sup>
- Las mujeres y los jóvenes con discapacidad tienen acceso a anticonceptivos de emergencia y preservativos (datos desglosados por cantidad de usuarios nuevos, método y edad).
- Porcentaje de usuarios que son mujeres con discapacidad que necesitan y reciben servicios de anticoncepción (datos

desglosados por discapacidad, edad y método utilizado).

- Todos los proveedores de servicios y el personal de apoyo reciben capacitación sobre cómo trabajar con mujeres con discapacidad.
- Todos los proveedores de servicios y el personal de apoyo reciben capacitación sobre cómo trabajar con jóvenes con discapacidad.
- Se cumplen los estándares de calidad para la prestación de servicios de anticoncepción a adolescentes y jóvenes, incluidos los jóvenes con discapacidad.

## 4.4 Servicios de salud materna y neonatal para las mujeres y las adolescentes con discapacidad

### 4.4.1 Perspectiva general del problema

Las mujeres y las adolescentes con discapacidad tienen derecho a acceder a la gama completa de servicios de salud materna y neonatal durante el período perinatal, lo que incluye información, productos y servicios para prevenir embarazos no deseados; atención posterior al aborto; atención prenatal; asistencia especializada en el parto; atención obstétrica de emergencia; atención posparto; y atención neonatal. Estos servicios esenciales son fundamentales para garantizar el embarazo y el parto seguros de mujeres con discapacidad, y además pueden ayudar a evitar la mayoría de las muertes o discapacidades maternas y neonatales.<sup>499</sup> Las mujeres y las adolescentes con discapacidad también deben tener acceso a los componentes de un embarazo saludable (por ejemplo, agua potable, educación, nutrición suficiente, diagnóstico y tratamiento de ITS (incluidos el VIH y el sida, la sífilis, el VPH y enfermedades no transmisibles) para promover embarazos seguros y reducir el riesgo de muertes y discapacidades relacionadas con el embarazo.

#### 4.4.2 Directrices para la prestación de servicios de salud materna y neonatal basados en derechos para las mujeres y las adolescentes con discapacidad

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican barreras comunes que enfrentan las mujeres con discapacidad, incluidas las adolescentes, para acceder a la gama completa de servicios de salud materna y neonatal. Las directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que los servicios de salud materna y neonatal basados en los derechos para las mujeres y las adolescentes con discapacidad estén disponibles, y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

##### **Consideraciones clave**

- Las leyes y políticas que restringen los derechos parentales de las mujeres con discapacidad pueden impedirles acceder a los servicios de salud materna y neonatal. Por ejemplo, si las mujeres con discapacidad temen perder la custodia de sus hijos, pueden abstenerse de solicitar atención prenatal o asistencia especializada en el parto.
- Las mujeres con discapacidad a menudo reciben atención deficiente, incluso discriminación y trato abusivo, cuando acceden a los servicios de salud materna y neonatal.<sup>500</sup> Las actitudes negativas hacia las mujeres con discapacidad que tienen y crían hijos pueden disuadirlas de utilizar estos servicios vitales.
- Habitualmente a las mujeres con discapacidad física se les dice que deben dar a luz por cesárea, a pesar de que esto no siempre es necesario,<sup>501</sup> lo que deriva en un uso excesivo de procedimientos quirúrgicos.
- Las mujeres con discapacidad a menudo no tienen acceso a la información sobre los servicios y la atención de salud materna y neonatal. Por ejemplo, los estereotipos de que las mujeres con discapacidad son asexuales o que no deberían convertirse en madres pueden derivar en que los proveedores de servicios y el personal de apoyo ignoren su necesidad de asesoramiento sobre prevención de embarazos no deseados o sobre embarazos seguros.
- Por lo general, los materiales sobre salud materna y neonatal no están disponibles en formatos alternativos accesibles para mujeres con ciertas discapacidades.
- Diversos factores, entre los que se incluyen discapacidad, género, lenguaje, cultura, edad, sexualidad y actitudes negativas por parte de los proveedores de servicios y el personal de apoyo, pueden contribuir a las barreras de comunicación.<sup>502</sup> Debido a estos prejuicios conscientes o inconscientes, una mujer puede no recibir información importante para su salud materna o para la atención neonatal.
- Las tarifas formales e informales para el usuario de los centros de salud, así como los costos indirectos de transporte y alojamiento, pueden hacer que el acceso a los servicios de salud materna y neonatal de calidad sea prohibitivamente costoso para las mujeres con discapacidad.
- Los costos asociados con los factores subyacentes determinantes de un embarazo saludable, que incluyen una buena nutrición, agua potable, vivienda y saneamiento, también pueden poner en peligro la posibilidad de las mujeres con discapacidad de tener embarazos seguros.

## TEMA DESTACADO

### Fístula obstétrica

Una fístula obstétrica es «un orificio entre el canal del parto y la vejiga o recto causado por la prolongación u obstrucción de un parto sin recibir tratamiento médico oportuno y de alta calidad [por ejemplo, una cesárea]». <sup>503</sup> La fístula obstétrica es una de las lesiones más graves que pueden ocurrir durante el parto. Las mujeres y las adolescentes con discapacidad son tan vulnerables a la fístula obstétrica como las mujeres sin discapacidad. De hecho, a menudo pueden ser más vulnerables debido a la pobreza, las complicaciones físicas relacionadas con su discapacidad, o los impedimentos o complicaciones estructurales derivados de su discapacidad, incluida la capacidad limitada para acceder a los servicios de salud. Aunque la mayoría de los casos de fístula obstétrica pueden tratarse con cirugía, las investigaciones sugieren que hay una gran necesidad no satisfecha de tratamientos de fístulas. En la actualidad, pocos centros de salud pueden realizar cirugías de fístula de alta calidad. Esto se debe a una falta de profesionales de atención de salud con las habilidades necesarias, equipos esenciales y suministros médicos vitales. Cuando los servicios están disponibles, muchas mujeres no los conocen, no pueden pagarlos o no pueden acceder a estos debido a barreras tales como los costos de transporte. Dado el ritmo de progreso actual, la mayoría de las mujeres que tienen fístula nunca recibirán tratamiento. Además, hay algunas mujeres y adolescentes con fístula cuyos casos se consideran inoperables e incurables.

Una mujer con una fístula no solo sufre de incontinencia sino que también puede experimentar trastornos neurológicos, lesiones ortopédicas, infecciones de vejiga, úlceras dolorosas, insuficiencia renal o infertilidad. Su aislamiento puede afectar su salud mental y provocar depresión, baja autoestima e incluso el suicidio. La afección también puede repetirse en mujeres cuyas fístulas han sido tratadas quirúrgicamente pero reciben escaso seguimiento o no lo reciben en absoluto y quedan embarazadas nuevamente.

Debe tenerse en cuenta que si las mujeres y las adolescentes con fístula eligen clasificarse como personas con una discapacidad, esta es una decisión personal y debe respetarse como tal. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben capacitarse sobre la fístula obstétrica para prestar un mejor servicio a las mujeres y las adolescentes con discapacidad. El informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la **'Intensificación de los esfuerzos para erradicar la fístula obstétrica'** ofrece una descripción exhaustiva del tema. <sup>504</sup> Otros documentos de referencia importantes son los siguientes: la guía **'Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development'** <sup>505</sup> de la OMS y el manual **'Global Competency-Based Fistula Surgery Training Manual'** <sup>506</sup> de la FIGO y asociados.

## Directrices para la acción:

### ► Disponibilidad

1. Garantizar que los servicios materno-infantiles esenciales estén disponibles para las mujeres y las adolescentes con discapacidad durante el embarazo, el parto y el momento inmediatamente posterior al parto, ya que la atención de calidad durante este período es indispensable para reducir las muertes y lesiones maternas, fetales y neonatales, y para mantener el bienestar.<sup>507</sup> Los servicios deben cumplir las siguientes recomendaciones clave adaptadas a las circunstancias de la mujer o la adolescente y su discapacidad específica:

- *'WHO Recommendations on Maternal Health'*<sup>508</sup>
- *'WHO Recommendations on Newborn Health'*<sup>509</sup>

2. Promover un seguro integral de salud y otros programas de protección social que garanticen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los jóvenes, incluidos los servicios de salud materna y neonatal, y la asignación de presupuestos en consecuencia.<sup>510</sup>

3. Garantizar que haya casas maternas (centros residenciales ubicados en las proximidades de centros de atención médica donde las mujeres con embarazos de alto riesgo pueden vivir hasta el parto) disponibles y accesibles para las mujeres y las adolescentes con discapacidad. Las casas maternas pueden ayudar a minimizar el riesgo de complicaciones de las mujeres y las adolescentes que viven en zonas rurales, especialmente cuando el acceso al transporte es un problema.

## Directrices para la acción:

### ► Accesibilidad

1. Desarrollar programas para educar, asesorar y empoderar a las mujeres y las adolescentes con discapacidad en relación con su derecho a

tomar decisiones informadas y voluntarias sobre el embarazo y la maternidad, y sobre cómo acceder y utilizar los servicios de salud materna durante el período perinatal.<sup>511</sup> Esto es especialmente necesario para las mujeres y las adolescentes con discapacidad cognitiva.<sup>512</sup>

### ► EJEMPLO:

*'The Disabled Woman's Guide to Pregnancy and Birth'*, escrito por Judith Rogers, es un recurso integral y práctico para mujeres con discapacidad sobre cómo planificar y tener un hijo. La guía se desarrolló con base en entrevistas realizadas a noventa mujeres con una amplia diversidad de discapacidades que decidieron tener hijos. También es un recurso útil para que los proveedores de servicios y el personal de apoyo comprendan mejor la experiencia de las mujeres con discapacidad con la atención de salud materna y neonatal y sepan cómo brindarles un mejor servicio.<sup>513</sup>

2. Desarrollar clases prenatales que tengan en cuenta las particularidades culturales, la discapacidad y el género (por ejemplo: parteros, trabajadores comunitarios de la salud, médicos y enfermeros) en todos los entornos (por ejemplo: comunidades rurales, albergues) para abordar cuestiones y consideraciones sobre el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período posparto para las mujeres y las adolescentes con discapacidad. Las clases deben cubrir las posibles adaptaciones para asistir durante el trabajo de parto y el parto, y las tecnologías adaptativas que pueden ayudar a las mujeres y las adolescentes con discapacidad durante el embarazo, el parto y la crianza, y ayudar a que estas sean experiencias positivas.<sup>514</sup>

3. Crear e implementar un plan de parto que tenga en cuenta los ajustes necesarios para la discapacidad de la mujer o la adolescente.

4. Permitir que la mujer o la adolescente esté acompañada por su pareja, esposo, padre, asistente personal u otra persona de apoyo de su elección como un respaldo a lo largo del proceso, durante el trabajo de parto y después de este y durante su estadía en el centro médico u hospital. Consultarle si ella desea dicho respaldo.
5. Ofrecer posiciones de parto alternativas y apoyos para mujeres con discapacidades físicas.

► **EJEMPLO:**

*'Un manual de salud para mujeres con discapacidad' de Hesperian ofrece una variedad de sugerencias prácticas para el parto en el hogar y los entornos de bajos recursos sobre cómo las mujeres con diversas discapacidades pueden simplificar el proceso de parto. Algunas de estas sugerencias son las siguientes:*

- «Si tiene poco o ningún control de brazos o piernas, siéntese en el regazo de alguien. O recuéstese medio sentada sobre almohadones.
- Si tiene buen control de brazos y manos, puede usar una silla de parto o una silla de parto con respaldo y apoyabrazos.
- Con ayuda, una mujer con algo de control de sus piernas podrá ponerse en cuclillas o pararse. Debe sujetarse de otra persona o un objeto que sean fuertes y firmes. También puede sujetarse del respaldo de una silla. Las posiciones de cuclillas o de parada pueden ayudar a bajar al bebé cuando el parto va lento o si la madre no puede pujar bien.
- Si tiene algo de control de piernas y brazos, podría servirle la postura de manos y rodillas. Algunas veces, esta postura también ayuda a prevenir y controlar los espasmos musculares.
- Si tiene poco o ningún control de las piernas, puede recostarse de lado mientras alguien le sostiene la pierna

de arriba. Puede tener las piernas flexionadas o estiradas». <sup>515</sup>

6. Garantizar que todas las directrices sobre la promoción del contacto de la piel del bebé con la de la mamá y la lactancia materna se adapten a la mujer y a sus necesidades y capacidades relacionadas con la discapacidad. <sup>516</sup>
7. Ofrecer a las madres con discapacidad toda la asistencia que necesiten para registrar el nacimiento de sus hijos y para acceder a mecanismos de apoyo financiero, médico u otra ayuda posparto a los que las nuevas madres puedan tener derecho. <sup>517</sup>
8. Desarrollar programas de formación parental adaptados a personas con discapacidad para enseñar a los nuevos padres cómo cuidar de sus recién nacidos con cualquier adaptación o asistencia necesarias.

### Directrices para la acción:

► **Aceptabilidad**

1. Utilizar estrategias para la participación comunitaria a largo plazo mediante la educación, la colaboración con líderes locales religiosos, tradicionales o de opinión, el fortalecimiento institucional, las alianzas comunitarias y la promoción a nivel local involucrando a personas con discapacidad, <sup>518</sup> para crear conciencia sobre los derechos de las mujeres con discapacidad a convertirse en madres y para cambiar las actitudes respecto de su capacidad para criar hijos.
2. Desarrollar programas y campañas para crear mayor conciencia sobre el rol del hombre en la facilitación del acceso a los servicios de salud materna y neonatal, así como a la atención y la ayuda durante el período perinatal. <sup>519</sup>

3. Garantizar que los usuarios consideren que los servicios del programa respetan su derecho a ser padres, incluido el derecho de las mujeres y las adolescentes con discapacidad a conservar su fertilidad y criar hijos.<sup>520</sup> Capacitar sobre los derechos de las personas con discapacidad a tener y criar hijos a todas las personas involucradas en brindar servicios de salud materna y neonatal, incluidos el personal administrativo, los médicos, los enfermeros, los parteros, los trabajadores comunitarios de la salud y cualquier otra persona que interactúe con un paciente. Las capacitaciones deben abordar y combatir los prejuicios subyacentes. Es indispensable que los proveedores de servicios y el personal de apoyo cuenten con mecanismos para evaluar sus prejuicios de manera que puedan asegurarse de no excluir información importante basándose en supuestos o prejuicios sobre la capacidad de ser madres de las mujeres y las adolescentes con discapacidad.

► **EJEMPLO:**

*La Organización de Recursos y Red de Mujeres con Discapacidad (DWNRO) de Uganda desarrolló un programa para luchar contra la discriminación y las barreras que enfrentan las mujeres con discapacidad embarazadas para acceder a la atención de salud. Mediante talleres con médicos y parteros, la DWNRO logró que las salas de los hospitales fueran más accesibles a través de modificaciones físicas, cambios actitudinales y capacitación de parteros en lenguaje de señas. La DWNRO dio seguimiento al proyecto con una campaña para educar a las mujeres con discapacidad acerca de los servicios.<sup>521</sup>*

4. Ofrecer y promover el apoyo emocional durante el embarazo adaptado a las mujeres y las adolescentes con discapacidad. Los grupos comunitarios, los grupos de apoyo entre pares o los asesores comunitarios pueden ser una valiosa fuente de apoyo para las mujeres y las

adolescentes con discapacidad durante el embarazo. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo también pueden brindar apoyo emocional creando un entorno cómodo, garantizando la confidencialidad y la privacidad, transmitiendo respeto, dando respuestas simples y directas en lenguaje sencillo, proporcionando información integral para la toma de decisiones, haciendo uso de las habilidades para escuchar y ofreciendo visitas de seguimiento cuando fueran necesarias.<sup>522</sup>

5. Promover y utilizar enfoques interculturales.

► **EJEMPLO:**

*El UNFPA dirigió un proyecto sobre **indicadores para reducir la mortalidad materna** en México que apuntaba a mejorar la salud materna entre la población indígena de la región Huasteca del estado de San Luis Potosí. El proyecto utilizó las siguientes estrategias clave para combatir la mortalidad materna: «Promover un enfoque intercultural a través de la integración de la medicina tradicional e institucional; promover la participación comunitaria; y mejorar el desarrollo organizacional en respaldo de la iniciativa».<sup>523</sup> El proyecto logró aumentar la cobertura de salud para la población indígena en el área del proyecto, junto con el conocimiento o uso de los métodos de planificación familiar y la reducción a cero de las muertes relacionadas con la salud materna en el área. Tras una evaluación, se identificaron los siguientes factores como contribuyentes al éxito del proyecto: «Mayor voluntad política y compromiso de las autoridades locales; participación sostenida de los medios de comunicación; participación, coordinación e intercambio entre las autoridades locales y las organizaciones tradicionales de médicos y parteros; apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y participación de las autoridades indígenas; coordinación, supervisión y facilitación por parte de COESPO, el Consejo Estatal de Población; acuerdos claros para la participación comunitaria que definieron el papel de cada agente comunitario; y un mecanismo de auditoría social*



Un salón de clases de jóvenes que están recibiendo educación sexual integral.

© UNFPA/Turkmenistan Country Office

*destinado a garantizar la transparencia en el proceso de seguimiento».*<sup>524</sup>

6. Garantizar que las mujeres con discapacidad puedan estar con un compañero de su elección durante el parto.<sup>525</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Calidad**

1. Alinear los servicios con los componentes de la calidad de la atención, lo que «para las mujeres embarazadas y los recién nacidos en los centros requiere recursos humanos competentes y motivados [que puedan brindar atención obstétrica estandarizada] y la disponibilidad de recursos físicos esenciales. También se debería

contar con prácticas basadas en pruebas para la atención de rutina y de emergencia, sistemas de información procesable en los que el registro permita mecanismos de revisión y auditoría, y sistemas funcionales de derivación entre los niveles de atención. La experiencia de la atención médica incluye, en primer lugar, una comunicación efectiva: una mujer (o su familia si fuera necesario) debería sentir que comprende lo que está sucediendo, que sabe qué esperar y que conoce sus derechos. En segundo lugar, debería recibir atención con respeto y dignidad. En tercer lugar, debería tener acceso al apoyo social y emocional de su elección».<sup>526</sup> Los servicios deben cumplir las siguientes recomendaciones clave adaptadas a las circunstancias de la mujer o niña y su discapacidad específica:

- *'Quality of Care for Pregnant Women and Newborns—the WHO Vision'*; <sup>527</sup>
  - *'Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo'*; <sup>528</sup>
  - *'Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva'*; <sup>529</sup>
2. Garantizar que las mujeres y niñas con discapacidad tengan acceso a un partero calificado que pueda brindar atención obstétrica estandarizada. Desarrollar programas para sensibilizar y capacitar a los parteros calificados sobre el trabajo con mujeres y niñas con discapacidad.
  3. Fortalecer los vínculos entre las mujeres, las familias, las comunidades, los servicios de salud, las organizaciones de personas con discapacidad y de mujeres, y otros proveedores de servicios a fin de reforzar el apoyo social disponible para lograr mejores resultados en la salud materna.<sup>530</sup>
  4. Evaluar si las mujeres y las adolescentes con discapacidad están sujetas a una dependencia innecesaria y excesiva de la cesárea en los centros de salud. Capacitar a los proveedores de servicios sobre las alternativas a la cesárea y ayudarlos a darse cuenta cuándo se debe indicar una cesárea por razones médicas para minimizar el uso excesivo de cesáreas en las mujeres y las adolescentes con discapacidad.<sup>531</sup>
  5. Cuando los recursos lo permitan, utilizar equipos multidisciplinarios para mejorar la comunicación entre los profesionales que brindan servicios materno-infantiles y los profesionales de salud mental. Por ejemplo, designar un equipo de atención perinatal multidisciplinario que incluya psicólogos y asistentes sociales además de parteros calificados.<sup>532</sup>
  6. Asegurar que existan mecanismos de respuesta para recabar las opiniones sobre la calidad de los servicios de salud materna y neonatal de los propios usuarios finales para elaborar futuros programas. También debe existir un sistema para analizar y actuar en consecuencia de estas opiniones.

#### 4.4.3 Indicadores

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la prestación de servicios de salud materna y neonatal basados en derechos para las mujeres y las adolescentes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben tener los indicadores de los servicios de salud materna y neonatal. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores para que se ajusten a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Tasa de mortalidad materna, desglosada por discapacidad.<sup>533</sup>
- Proporción de mujeres con discapacidad que reciben atención (o asistencia) calificada en el parto.
- Proporción de mujeres con discapacidad embarazadas que reciben atención prenatal (APN) según el modelo de atención prenatal de la OMS de 2016.<sup>534</sup>
- Proporción de mujeres con discapacidad que reciben al menos una visita de atención posparto.
- Proporción de mujeres embarazadas con cesárea programada a quienes se les realiza el procedimiento en la semana 39 y 0 días o después, datos desglosados por discapacidad.<sup>535</sup>
- Cantidad de parteros calificados que saben usar el lenguaje de señas.

## 4.5 Educación e información sexuales integrales para mujeres y jóvenes con discapacidad

### 4.5.1 Perspectiva general del problema

La educación e información sexuales integrales son fundamentales para empoderar a todas las mujeres y los jóvenes, incluidos aquellos con discapacidades, para que conozcan su cuerpo, su desarrollo sexual y sus derechos a la salud sexual y reproductiva, se protejan de las infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados, establezcan relaciones saludables y placenteras, y tomen decisiones informadas sobre su sexualidad y reproducción.<sup>536</sup>

La educación sexual integral se define como «un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudios que versa sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito es dotar a los niños y jóvenes de conocimientos basados en datos empíricos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos».<sup>537</sup> Los materiales y programas de educación e información sexuales integrales para adultos fuera del entorno escolar tienen el mismo alcance y la misma finalidad. Todos los programas y materiales de educación sexual integral deben ser científicamente precisos, incrementales, apropiados para la edad y el desarrollo, basados en planes de estudios, integrales, con base en un enfoque de derechos humanos e igualdad de género, relevantes culturalmente y apropiados para el contexto, transformativos, y de asistencia en el desarrollo de habilidades para la vida necesarias para respaldar

elecciones saludables.<sup>538</sup> La información que un programa de educación integral sobre sexualidad debe cubrir y adaptar para personas con discapacidad incluye, entre otros temas, «anatomía y fisiología sexual y reproductiva; pubertad y menstruación; reproducción, métodos anticonceptivos modernos, embarazo y parto; e infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH y el sida. La educación sexual integral cubre la gama completa de temas que es importante que todos los estudiantes aprendan, incluidos los que pueden ser difíciles en determinados contextos sociales y culturales».<sup>539</sup>

Educación sexual integral se refiere generalmente a la educación que reciben los estudiantes en la escuela. Las mujeres y los jóvenes con discapacidad tienen el mismo derecho a participar en programas de sexualidad, si bien con frecuencia no reciben una educación sexual integral en la escuela o quedan excluidos de dichos programas. De la misma manera, es imprescindible que la educación sexual integral esté disponible tanto para adultos como para jóvenes con discapacidad, incluso fuera del entorno escolar. Por lo tanto, esta sección aborda la provisión de una educación sexual integral tradicionalista en las escuelas pero también una educación sexual integral para adultos y jóvenes fuera de los entornos escolares como así también una forma de educación que implica el intercambio de información en lugar de los formatos tradicionales de educación. El término educación sexual integral (ESI) se utiliza, por lo tanto, a lo largo de estas directrices para abarcar este enfoque más amplio. Las directrices detalladas a continuación se focalizan principalmente en el contenido de los programas educativos o bien en los materiales informativos para mujeres y jóvenes con discapacidad.

#### 4.5.2 Directrices para brindar ESI a mujeres y jóvenes con discapacidad

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican barreras comunes que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad para acceder a educación sexual integral. Las directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que los programas de ESI inclusivos para las mujeres y los jóvenes con discapacidad estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

##### **Consideraciones clave**

- Todas las mujeres y los jóvenes tienen derecho a la educación. Sin embargo, este derecho se ve en particular socavado para aquellas personas con discapacidad quienes con frecuencia quedan excluidas de recibir todo tipo de educación y, especialmente, educación sexual. Los jóvenes tienen muchas probabilidades de quedar excluidos de la educación sexual integral en la escuela debido a que los programas son inaccesibles o se consideran innecesarios para los estudiantes con discapacidad.
- Los estigmas y estereotipos perjudiciales que consideran que las personas con discapacidad no deben ser sexualmente activas o que no necesitan el tipo de información que abarca la ESI pueden conducir a negar a una mujer o un joven con discapacidad su derecho a la salud, incluido el derecho a conocer y controlar sus propios cuerpos junto con habilidades cruciales para la vida.
- La falta de leyes y políticas que garanticen el acceso a una educación inclusiva puede efectivamente excluir a los jóvenes con discapacidad de participar en los programas de ESI establecidos.
- Las tabúes que impiden que las personas debatan sobre temas relacionados con el sexo, la sexualidad y la reproducción en general pueden exacerbar las barreras que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad para acceder a la información que se ofrece en los programas de ESI, ya que son más propensas a quedar aisladas y tener menos oportunidades de recibir ESI en entornos informales.
- Generalmente, se invierte poco en ESI para los jóvenes, y en particular para aquellos con discapacidad, ya que existe la concepción errónea de que educar a los jóvenes sobre la sexualidad humana podría fomentar conductas promiscuas o sexualmente riesgosas, o la actividad sexual en general, lo que se considera en especial inadecuado para personas con discapacidad.
- El bajo índice de inscripciones y participación de personas con discapacidad en la escuela, el aislamiento en instituciones y hogares y la falta de información accesible sobre los programas de ESI formales e informales evita que las personas con discapacidad accedan a la ESI incluso cuando está disponible.
- Distintos factores pueden tornar inaccesibles los entornos donde se brinda la ESI, incluidas las ubicaciones y el formato de las salas donde se dictan los programas de ESI, los horarios en los que se dictan los cursos y la disponibilidad de medios de transporte accesibles y económicos.
- Cuando están disponibles, los programas de ESI y los materiales que se brindan a los estudiantes con discapacidad son con frecuencia ineficientes. Los programas y materiales educativos carecen de contenido relevante para las personas con discapacidad, se presentan de modos inaccesibles o carecen de valor para los

estudiantes con discapacidad. Por este motivo, es posible que los estudiantes con discapacidad se pierdan información y experiencias importantes.

- Durante las emergencias humanitarias, la exclusión que las mujeres y los jóvenes con discapacidad vivieron antes de la emergencia puede evitar que accedan a servicios disponibles para ellos como parte de los servicios de emergencia humanitaria. Por ejemplo, si un joven con discapacidad no ha participado nunca en educación integrada, cuando ese joven se entere de la existencia de un programa de ESI, tal vez asuma que no está invitado a participar, sin importar cuán inclusivo pretenda ser ese programa.

### Directrices para la acción:

#### ► Disponibilidad

1. Defender, cuando sea necesario, las leyes, las políticas y los protocolos para garantizar la educación inclusiva, que incluye los programas de ESI.
2. Presionar para que la educación sexual integral esté disponible en todos los niveles de grado en las escuelas, tanto en las integradas como en las separadas, para los estudiantes con discapacidad.
3. Diseñar y ofrecer programas de ESI a mujeres y jóvenes con discapacidad de conformidad con la **'Edición revisada de las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia'**<sup>540</sup> de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
4. Emplear técnicas y actividades accesibles para enseñar a personas con discapacidad los temas principales sobre salud sexual.

### 5. EJEMPLO:

*El Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo, la Administración Nacional de Educación Pública de Uruguay, el UNFPA y UNICEF desarrollaron 'Es Parte de la Vida: Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia' con el objetivo de brindar a las familias de la región de América Latina y el Caribe una variedad de consejos prácticos para brindar educación sexual integral a los niños con discapacidad.*<sup>541</sup>

6. Garantizar un entorno de aprendizaje saludable y seguro sin prácticas como la intimidación, la discriminación, el acoso y la violencia de pares, educadores, familiares y cuidadores.<sup>542</sup>
7. Crear programas de salud sexual adaptados a las mujeres y los jóvenes con discapacidad que proporcionen un foro, junto con herramientas prácticas, para comprender y explorar mejor su salud sexual y la manera en que su discapacidad puede o no afectar su vida sexual.

#### ► EJEMPLO:

*Los siguientes puntos de conversación son un punto de partida para mujeres y jóvenes con discapacidad para iniciar una conversación con sus parejas en torno al sexo.*<sup>543</sup>

- El lugar más cómodo para tener relaciones sexuales.
- Las posiciones más cómodas o las que pueden causar dolor.
- De qué manera su discapacidad afecta su cuerpo y su funcionamiento.
- De qué manera usted y su pareja pueden darse placer uno al otro.
- Si su discapacidad afecta sus niveles de energía, cuál es el mejor horario para tener sexo.

- Lo que le gusta y lo que no.
  - Si su pareja es además quien lo cuida, los límites entre el tiempo que dedican a los cuidados y a las relaciones sexuales.
8. Utilizar o adaptar los programas existentes para ESI para los estudiantes con discapacidad.

► **EJEMPLO:**

*El plan de estudios titulado **Circles: Intimacy & Relationship Education**<sup>544</sup> se desarrolló en los Estados Unidos de América para enseñar a los estudiantes con discapacidad a comprender los límites y las habilidades sociales y en las relaciones.*

**Directrices para la acción:**

► **Accesibilidad**

1. Crear espacios donde las mujeres y los jóvenes con discapacidad puedan aprender y debatir sobre su salud sexual de manera segura, comprensiva y educativa.

► **EJEMPLO:**

*El blog **Sexualidad y discapacidad**<sup>545</sup> es un excelente ejemplo sobre el incremento de visibilidad en torno a la sexualidad y la discapacidad, a la vez que proporciona un recurso importante y un espacio común para las mujeres con y sin discapacidad. Creado por Point of View y CREA, con sede en Mumbai, Delhi y Nueva York, el blog abarca una serie de temas en torno a la identidad de género, la salud sexual y la salud reproductiva para personas con discapacidad. El blog gratuito se estructura como una serie de preguntas, que fomentan un acceso fácil y se ofrece en un formato accesible. El blog fue creado por mujeres con discapacidad y con ellas, como así también con defensores de los derechos de las personas con discapacidad y otras partes interesadas.*

2. Crear programas adaptados a las necesidades de aprendizaje y accesibilidad de las mujeres y los jóvenes y sus discapacidades. Dado que los temas de salud y derechos sexuales y reproductivos pueden ser especialmente delicados, es importante crear espacios pequeños, comprensivos y accesibles, que permitan a las mujeres y los jóvenes formular preguntas que tal vez no se atrevan a preguntar por vergüenza y que puedan adaptarse a los distintos estilos de aprendizaje.

► **EJEMPLO:**

***Point of View** organizó y fue anfitrión de un taller en la India a través de su proyecto de Discapacidad y Sexualidad para enseñar a las mujeres y las niñas con deficiencias visuales sobre sus cuerpos, la menstruación, la salud menstrual, la higiene, los genitales femeninos, el sexo y el uso de métodos anticonceptivos. La organización utilizó gráficos sobre la anatomía física femenina con diagramas en relieve de los genitales femeninos y características sexuales secundarias para permitir a las participantes disponer de un método táctil para comprender qué nombre reciben las partes de sus cuerpos y la función de cada una de ellas. Se explicó verbalmente la menstruación y los cuidados durante la menstruación y se reforzó con figuras en plastilina de los órganos reproductivos y explicaciones sobre los distintos tipos de conceptos reproductivos. Además, se trabajó en una actividad de educación sexual con modelos de goma del sistema reproductor masculino para manipular, acompañados por explicaciones verbales, y una actividad para enseñar a las participantes a colocar un preservativo.<sup>546</sup>*

3. Desarrollar materiales de ESI accesibles que se puedan llevar a los hogares y

distribuir ampliamente a las mujeres y los jóvenes con discapacidad para su revisión en privado. Las redes sociales y los medios digitales son excelentes formas de proporcionar información y materiales de ESI de un modo altamente adaptable para las necesidades de accesibilidad.

► **EJEMPLO:**

*La aplicación de teléfono celular «iDecímelo a mí!» en Uruguay es un ejemplo del uso eficaz de la tecnología para distribuir más ampliamente información sobre derechos en materia de salud sexual y reproductiva a mujeres y jóvenes con discapacidad. La aplicación se creó para que las mujeres de la comunidad de personas sordas y con problemas auditivos de Latinoamérica accedan más fácilmente a información sobre los derechos de salud sexual y reproductiva. El programa incluyó el agregado de códigos de barra a los folletos y carteles, que la aplicación leería brindando al usuario acceso a los videos en lenguaje de señas sobre salud sexual, salud reproductiva, diversidad e igualdad de género, como así también videos desmintiendo mitos e información falsa respecto de estos y otros temas. Este tipo de tecnología hace que la información pública sea más accesible, intuitiva e inclusiva para las personas con discapacidad.<sup>547</sup>*

### Directrices para la acción:

► **Aceptabilidad**

1. Fomentar políticas y planes nacionales sobre ESI que requieran el desarrollo de planes de estudio de ESI inclusivos, materiales de ESI accesibles e inclusivos que eviten la perpetuación de estereotipos perjudiciales basados en el género, la discapacidad, la orientación sexual o la identidad de género, como así también capacitaciones para los docentes a fin de brindar ESI de calidad a los jóvenes con y sin discapacidad.

2. Integrar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad en programas de ESI generales, tanto como sea posible. Aprender sobre la sexualidad en un entorno integrado puede ayudar a derribar los prejuicios y estereotipos perjudiciales respecto de las personas con discapacidad y la sexualidad.

3. Desarrollar capacitaciones y programas de ESI sensibles e inclusivos para personas con discapacidad o para complementar los programas establecidos. Emplear imágenes de personas con discapacidad en todos los materiales de los planes de estudios de ESI, ya que la incorporación de tales imágenes puede ayudar a mitigar la discriminación contra las personas con discapacidad y la sexualidad. Asimismo, verse en las imágenes puede ser fortalecedor para las personas con discapacidad.

4. Garantizar que los hombres jóvenes con y sin discapacidad estén incluidos en los programas de ESI.<sup>548</sup> La adolescencia es un momento especialmente importante para que los servicios lleguen a los hombres jóvenes y los niños con discapacidad. Derribar los estereotipos perjudiciales sobre los roles de género puede ayudar a favorecer las relaciones saludables tanto para hombres jóvenes como para niños con discapacidad.

5. Construir las habilidades de mujeres y jóvenes con discapacidad para que se conviertan en educadores inter pares y crear grupos de autoempoderamiento para que las mujeres y los jóvenes con discapacidad puedan abordar temas de ESI.

► **EJEMPLO:**

*En Pakistán, el Foro Nacional de Mujeres con Discapacidad (NFWWD) capacita a las mujeres con discapacidad para que se conviertan en educadoras inter pares para las*

mujeres con y sin discapacidad de sus comunidades.<sup>549</sup> Hay más información documentada sobre el NFWWD y otras organizaciones que realizan un trabajo eficaz sobre los derechos en materia de salud sexual y reproductiva para mujeres con discapacidad en la región Asia-Pacífico en la publicación de *Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW) y CREA 'ARROW for change-Women with Disabilities: Disabled, Sexual, Reproductive'*.<sup>550</sup>

6. Involucrar a los familiares y cuidadores de los jóvenes con discapacidad en campañas de información y promoción, y enseñarles sobre la importancia de la participación de los jóvenes en programas de ESI. Se puede incentivar a los familiares para que brinden educación sexual a los jóvenes con discapacidad o para que inscriban a sus hijos en programas enmarcando esta participación como 'reducción del riesgo' (por ejemplo, para reducir el riesgo de abuso o de ITS).

► **EJEMPLO:**

Hay una serie de recursos para apoyar a los padres de niños con discapacidad para que puedan proporcionar una educación sexual integral a sus hijos. Algunos recursos útiles incluyen las guías *'The Healthy Bodies Toolkit for Boys and Girls'*,<sup>551</sup> de Vanderbilt Kennedy Center para que los padres de niños y niñas con discapacidad puedan orientarlos durante la pubertad, que incluye herramientas y ayudas visuales. O *'Sexuality Across the Lifespan—Sexuality Education for Children and Adolescents with Developmental Disabilities'* de DiAnn L. Baxley y Anna L. Zendell, un manual para los educadores sobre ESI orientado a estudiantes con discapacidades del

desarrollo, que incluye temas sobre el abuso físico y sexual.<sup>552</sup>

7. Brindar capacitación a maestros y proveedores de servicios sobre ESI accesible e inclusiva.

► **EJEMPLO:**

Los proveedores de servicios deben crear oportunidades para conocer las experiencias, preocupaciones y necesidades relativas a la sexualidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Un proyecto de investigación titulado **(S)exploring Disability: Intimacies, Sexualities, and Disabilities**,<sup>553</sup> analizó las experiencias de mujeres y hombres con discapacidad en lo relativo a su sexualidad y los hallazgos fueron los siguientes: «Las normas sexuales les quitaban poder significativamente a los hombres y las mujeres con discapacidad; los hombres con discapacidad podían ejercer mayor poder sexual y obtener mejor acceso y oportunidades sexuales en comparación con las mujeres con discapacidad; los hombres y las mujeres con discapacidad tenían que realizar distintos trabajos dentro de una variedad de espacios en sus vidas íntimas y privadas; la discapacidad era significativa; los participantes con discapacidad experimentaron opresión sexual e incapacidad psicoemocional sustanciales de manera rutinaria en el contexto de sus vidas íntimas y sexuales».<sup>554</sup>

8. Desarrollar una educación sexual por separado según la etapa de vida del público seleccionado, ya que las necesidades, sensibilidades y experiencias de las mujeres adultas con discapacidad serán distintas de las que presentan los jóvenes con discapacidad.

*Brindar ESI a los jóvenes con discapacidad es fundamental para ayudarlos a comprender sus cuerpos cambiantes y desarrollar hábitos saludables.*

- **Jóvenes:** Brindar ESI a los jóvenes con discapacidad es fundamental para ayudarlos a comprender sus cuerpos cambiantes y desarrollar hábitos saludables. Los temas clave sobre salud reproductiva y sexual para los jóvenes incluyen pubertad, embarazo, acceso a métodos anticonceptivos modernos, aborto inseguro, violencia (incluida la violencia basada en género), el VIH, el SIDA y las ITS.<sup>555</sup> Otros temas importantes son la influencia de la tecnología (por ejemplo: las imágenes en Internet, el ciberacoso, el sexteo); la salud mental o emocional deficiente, el alcohol, el tabaco y las drogas.<sup>556</sup>
  - **Adultos:** Muchas mujeres con discapacidad habrán perdido la oportunidad de participar en programas de ESI cuando eran niñas o habrán recibido información imprecisa. Los programas de ESI destinados a mujeres con discapacidad, a quienes se excluyó de la ESI cuando eran jóvenes, pueden empoderarlas para que comprendan y hagan valer sus derechos de salud sexual y reproductiva y para que promuevan las relaciones y la sexualidad saludables de una manera que respete sus experiencias de vida.
9. Garantizar que las personas con discapacidad se incluyan en las campañas de información relacionadas con temas de ESI y que los temas específicos de la discapacidad también se aborden en las campañas de educación pública.
  10. Desarrollar programas transversales a los sectores formales e informales, a los grupos etarios y a las discapacidades para garantizar que los programas de ESI sean de utilidad para una población significativa de jóvenes y mujeres con discapacidad, incluidos los que no asisten a la escuela y las personas con discapacidades graves.<sup>557</sup> No excluir a los estudiantes de la participación en programas de ESI sobre la base de estereotipos o percepciones relativas a quiénes necesitan y quiénes no necesitan educación sexual integral.

#### Directrices para la acción:

##### ► **Calidad**

1. Adherir a los principios básicos que desarrolló el UNFPA sobre educación sexual de calidad al desarrollar programas y material informativo sobre sexualidad, que son: «El respeto por los derechos humanos y la diversidad, con la educación sexual afirmada como un derecho; habilidades de pensamiento crítico; promoción de la participación de los jóvenes en la toma de decisiones, y fortalecimiento de sus capacidades de ciudadanía; fomento de normas y actitudes que promueven la equidad de género y la inclusión; discusión sobre vulnerabilidades y exclusión; propiedad local y relevancia cultural; un enfoque positivo de ciclo de vida a la sexualidad».<sup>558</sup>
2. Garantizar que los programas de ESI adaptados a mujeres y personas con discapacidad estén

'enfocados en el género'.<sup>559</sup> Esto puede lograrse al asegurar una cobertura integral del género, ya sea como un tema único o integrado en todo el plan de estudios, al incentivar la igualdad de género y mitigar los roles de género estereotipados, y al promover una base de desarrollo de relaciones y comunicación.<sup>560</sup>

3. Garantizar que los programas de ESI contengan información imparcial y precisa en términos científicos.<sup>561</sup> Esto incluye corregir información imprecisa que se ha transmitido a las mujeres y los jóvenes con discapacidad o que estos han percibido.

► **EJEMPLO:**

*La ONU ofrece asesoramiento técnico exhaustivo en materia de educación sexual que puede utilizarse para desarrollar y evaluar la calidad de un programa de ESI. La 'Edición revisada de las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Un enfoque basado en evidencia'<sup>562</sup> 2018 de la UNESCO ofrece asesoramiento esencial para «asistir a las autoridades educativas, de salud y otras que sean relevantes, en el desarrollo e implementación de programas y materiales de educación integral en sexualidad dentro y fuera de los entornos escolares».<sup>563</sup> Si bien esta guía no está adaptada a mujeres y jóvenes con discapacidad, sirve como orientación sobre la calidad y el contenido necesario de cualquier programa de educación sexual integral adaptado a mujeres y jóvenes con discapacidad.*

4. Utilizar métodos de enseñanza participativos para la personalización de la información y el fortalecimiento de las habilidades en comunicación, toma de decisiones y pensamiento crítico. Las habilidades deben incluir comunicación, negociación y toma de decisiones.<sup>564</sup>

5. Cuando sea posible, comprometer a los proveedores de servicios en materia de violencia basada en género en la provisión de educación sexual integral a mujeres y jóvenes con discapacidad para reducir el riesgo de explotación, especialmente durante las emergencias humanitarias. Durante las emergencias, es especialmente eficaz contar con servicios de educación en entornos no educativos para llegar mejor a las personas con discapacidad.
6. Los proveedores de servicios deben revisar y comprender la '**Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH**' de la OMS.<sup>565</sup> En 2017, la OMS emitió una nueva guía que consolidaba las recomendaciones existentes para fortalecer la comprensión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. La guía brinda un enfoque orientado en las mujeres para mejorar los servicios que posiciona a las mujeres que viven con VIH como participantes activas en un sistema de salud holístico y receptivo que respeta su autonomía, y como beneficiarias de este sistema. Al ofrecer servicios a mujeres y jóvenes con discapacidad que viven con VIH, los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben adherir a las recomendaciones de la OMS contenidas en la guía.

## TEMA DESTACADO

### Educación sexual integral para estudiantes con discapacidad intelectual

Algunos ejemplos de modelos y estrategias para brindar educación sexual a adolescentes con discapacidad intelectual incluyen los siguientes:

- *El Modelo de información, motivación y habilidades conductuales (IMB)* de las directrices canadienses para la educación en salud sexual utiliza los siguientes tres elementos: «Información que es directamente relevante para la salud sexual y es fácil de aplicar a la propia vida del individuo; motivación para usar el conocimiento a fin de prevenir resultados negativos en salud sexual y fomentar su salud sexual; habilidades conductuales para sostener conductas saludables. La práctica y el juego de roles se consideran elementos necesarios».
- *Modelo de instrucción directa*: utilización de clases «diseñadas en torno a pequeños incrementos de aprendizaje y tareas de aprendizaje claramente definidas y prescritas».
- *Uso de tecnología*: Se determinó que el uso de programas multimedia interactivos basados en computadoras son particularmente eficaces para ayudar a las personas con discapacidad intelectual a aumentar su conocimiento de temas relacionados con los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.
- «Analizar la *información lentamente* para garantizar que las personas puedan procesar la información, hacer preguntas y sostener conversaciones.
- Practicar el material a través del *juego de roles, el modelado y el ensayo*.
- Comenzar con *información básica* y avanzar hacia temas más complejos.
- Enseñar *habilidades de negación*.
- Propiciar el *cariño adecuado*.
- Charlar sobre la *masturbación* (es decir, qué es, cuándo es o no adecuado practicarla)».<sup>566</sup>

Tener en cuenta que estas estrategias y modelos sugeridos se desprenden de una revisión de la bibliografía, lo que implica que no necesariamente se han evaluado ni utilizado. Los proveedores de servicios deben investigar aún más según sea necesario.

*Los estereotipos... y las barreras para acceder a los servicios para ITS pueden traducirse en la exclusión de mujeres y jóvenes con discapacidad de dichos servicios.*

#### 4.5.3 Indicadores

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la prestación de servicios de ESI basados en derechos para mujeres y jóvenes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma para los indicadores de prestación de servicios de ESI. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores para que se ajusten a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes con discapacidad de entre 15 y 24 años de edad quienes identificaron correctamente las formas para prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazaron las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH (femenino y masculino).
- Los materiales de educación sexual están disponibles en formatos accesibles para personas con discapacidad.
- El plan de estudios de ESI incluye referencias a personas con discapacidad e imágenes de estas personas y aborda su salud y sus derechos sexuales y reproductivos.
- Los estudiantes con discapacidad reciben educación sexual integral, independientemente de si se les imparte enseñanza en programas de educación especial o en entornos inclusivos de educación.

## 4.6 Servicios de información, prueba y tratamiento para infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH/SIDA, para mujeres y jóvenes con discapacidad

### 4.6.1 Perspectiva general del problema

Los servicios de información, prueba y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, son fundamentales para la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los jóvenes con y sin discapacidad.<sup>567</sup> Las mujeres y los jóvenes con discapacidad tienen el mismo derecho a estos servicios que las personas sin discapacidad. Los servicios para ITS incluyen: acceso a información precisa sobre infecciones de transmisión sexual y cómo prevenirlas; acceso a métodos de prevención, tratamiento y cuidado voluntarios; vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) y la hepatitis B; acceso a tratamiento profiláctico para personas que pueden haber estado expuestas a infecciones de transmisión sexual, incluidos los sobrevivientes de violencia sexual; pruebas voluntarias y confidenciales para detectar infecciones de transmisión sexual con entrega oportuna de los resultados; orientación y apoyo psicosocial; y acceso a medicamentos antirretrovirales asequibles para las personas que viven con VIH. Las ITS comunes que las mujeres y los jóvenes deben conocer y sobre las que deben hacerse pruebas incluyen VIH, tricomoniasis, gonorrea e infección por clamidia, sífilis, chancroide, herpes y verrugas genitales, y hepatitis B.<sup>568</sup> El acceso a los preservativos masculinos y femeninos y la información respecto de cómo usar adecuadamente los preservativos son componentes centrales de los servicios de información y prevención de ITS.

Los estereotipos respecto de que las mujeres y los jóvenes con discapacidad no están en riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y las barreras para acceder a los servicios para ITS

pueden traducirse en la exclusión de mujeres y jóvenes con discapacidad de dichos servicios. Las personas que viven con VIH, que pueden o no autoidentificarse como personas con discapacidad, están también en riesgo de sufrir violaciones de su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, incluido el derecho a la paternidad, el derecho a no sufrir aborto ni esterilización forzados u obligados, y el derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

#### 4.6.2 Directrices para brindar servicios de ITS basados en los derechos a mujeres y jóvenes con discapacidad

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican barreras comunes que enfrentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad para acceder a la información, las pruebas y el tratamiento de ITS. Las directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que la prestación de servicios basados en los derechos del total de los servicios de información, prueba y tratamiento para ITS estén disponibles, y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

#### Consideraciones clave

- Las mujeres y los jóvenes con discapacidad quedan con frecuencia excluidos de las campañas informativas sobre ITS debido a una serie de factores, incluidos los estereotipos, el aislamiento y la naturaleza inaccesible de algunas campañas de educación pública. De manera similar, la falta de una educación sexual integral inclusiva y accesible evita que las mujeres y los jóvenes con discapacidad conozcan cómo protegerse contra las ITS.
- Los estereotipos en torno a la sexualidad de las mujeres y los jóvenes con discapacidad,

incluidos los estereotipos respecto de que son asexuales, sexualmente inactivos o indeseados sexualmente, pueden conducir a los proveedores de servicios y al personal de apoyo a asumir que estas personas no están en riesgo de contraer ITS. Como resultado, los proveedores de servicios con frecuencia no proporcionan a las mujeres y los jóvenes con discapacidad información sobre métodos de prevención de ITS (tales como vacunas contra el VPH o el uso de preservativos) o no les brindan información sobre pruebas para la detección de ITS ni les ofrecen estas pruebas en las consultas médicas de rutina.

- Algunos familiares o cuidadores de mujeres y jóvenes con discapacidad no quieren que estos aprendan sobre salud sexual y reproductiva, incluidas las ITS, porque temen que se incremente su actividad sexual.
- La falta de regulaciones y protocolos que tengan en cuenta la discapacidad para víctimas o sobrevivientes de violación antes y después de la exposición pueden excluir a mujeres y jóvenes con discapacidad del tratamiento profiláctico o las pruebas de ITS, lo que incrementa su vulnerabilidad para contraer ITS y hace que las ITS no se detecten ni se traten.
- Las mujeres y los jóvenes con discapacidad tienen un riesgo más alto de sufrir prácticas perjudiciales, como matrimonio infantil y ‘violación con desfloración’, lo que incrementa significativamente su vulnerabilidad a las ITS.<sup>569</sup> Las leyes y políticas inadecuadas destinadas a prevenir y proteger a mujeres y jóvenes con discapacidad de la violencia basada en género y a castigar a los perpetradores contribuyen a la impunidad y exacerban estos riesgos.
- Las mujeres que viven con VIH tienen un riesgo particular de sufrir esterilización forzada y aborto forzado, prácticas que se agravan aún más en mujeres con discapacidad y VIH.

- Cuando se descubre que una mujer o un joven con discapacidad tienen una ITS, los proveedores de servicios con frecuencia no saben orientar a esa mujer o joven sobre de qué manera el diagnóstico afecta otras áreas de su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, como por ejemplo, de qué manera tener relaciones sexuales seguras o planificar un embarazo.
- Las barreras de comunicación pueden impedir que mujeres y jóvenes con discapacidad accedan a asesoramiento y apoyo psicológico esenciales al tomar decisiones sobre la realización de pruebas de ITS, y sobre su tratamiento y prevención.
- La pobreza, las barreras físicas para acceder a los centros de prueba para ITS y el aislamiento pueden evitar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad accedan a pruebas para ITS, tratamiento y otros servicios relacionados.

#### PUNTO DE PARTIDA

### ONUSIDA: Discriminación cero en la atención de salud

ONUSIDA ha desarrollado los siguientes estándares mínimos para los entornos de atención de salud no discriminatorios según los resultados de la respuesta al sida:

- «Brindar atención de salud oportuna y de calidad independientemente del género, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el origen étnico, la orientación sexual, la religión, el lenguaje, el nivel socioeconómico, o el estado serológico respecto del VIH u otro estado de salud, o por motivos de vender sexo, usar drogas y/o vivir en la cárcel.
- Prohibir pruebas o tratamientos obligatorios o prácticas coercitivas.
- Respetar la privacidad y la confidencialidad del paciente.
- Vincular las poblaciones marginadas y más afectadas con otros proveedores de servicios, redes de ayuda mutua u organizaciones comunitarias, o con los servicios legales cuando sea necesario.
- Trabajar con proveedores médicos que formulen preguntas relacionadas con la salud o que realicen las admisiones para informar activamente a las personas sobre sus derechos y brindarles atención imparcial y de calidad.
- Establecer mecanismos de reclamaciones y mecanismos de reparación y rendición de cuentas contra la discriminación y la violación de los derechos de los pacientes.
- Garantizar la participación de las comunidades afectadas en el desarrollo de políticas y programas que fomentan la igualdad y la no discriminación en la atención de la salud».<sup>570</sup>

## Directrices para la acción:

### ► Disponibilidad

1. Garantizar que los servicios accesibles estén disponibles para mujeres y jóvenes con cualquier tipo de discapacidad en cada etapa del proceso continuo de servicios para ITS (prevención, pruebas, enlaces a la atención, tratamiento, atención crónica).<sup>571</sup> Para conocer más acerca de la implementación estratégica de la continuidad de la atención y las áreas de acción prioritarias para combatir las ITS, revise el informe de la OMS titulado '*Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021: Hacia el fin de las ITS*'.<sup>572</sup>
2. Crear programas adaptados a mujeres y jóvenes con discapacidad en torno a los servicios de asesoramiento, apoyo y educación sobre ITS.<sup>573</sup> Mejorar el acceso a la ESI para mujeres y jóvenes con discapacidad. Para obtener más información, véase Educación sexual integral para mujeres y jóvenes con discapacidad (sección 4.5).
3. Garantizar que las mujeres y los jóvenes con discapacidad tengan acceso a pruebas y asesoramiento accesibles de VIH.

## Directrices para la acción:

### ► Accesibilidad

1. Ofrecer consultas para mujeres y jóvenes con discapacidad que presenten oportunidades accesibles para aprender cómo se transmiten las ITS y de qué manera prevenirlas. Se debe mostrar también a la mujer o al joven de qué manera usar un preservativo femenino y masculino y de qué forma negociar su uso con la pareja. Como parte de este asesoramiento, los proveedores de servicios deben también consultar sobre los problemas potenciales que pueden tener algunas mujeres y jóvenes con el uso de determinados medicamentos para el tratamiento de las ITS. Si el paciente es una persona joven, los proveedores de servicios pueden explicar a los padres de esa

persona que los niños que aprenden sobre las ITS, incluido el VIH, tomarán decisiones más seguras más adelante en su vida.<sup>574</sup>

2. Promover programas de educación de los trabajadores comunitarios de la salud y entre pares para brindar información y educación gratuitas y sensibles a la discapacidad en relación con las ITS basadas en la comunidad.
3. Desarrollar campañas de pruebas e información sin estigmas, adaptadas y accesibles en torno a las ITS.<sup>575</sup> Por ejemplo, crear boletines radiales o folletos informativos accesibles. Integrar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad en las campañas de información pública.
4. Garantizar que las instalaciones y las máquinas para efectuar pruebas sean físicamente accesibles para mujeres y jóvenes con cualquier tipo de discapacidad, incluidas las mujeres y los jóvenes que pueden tener problemas con las agujas o para permanecer sentados durante un tiempo.
5. Brindar acceso gratuito o de bajo costo a las vacunas contra la hepatitis B o el VPH a las mujeres y jóvenes de bajos ingresos con discapacidad o aquellos que viven en la pobreza.
6. Cuando los recursos lo permitan, apoyar el uso de antibióticos y tratamientos antirretrovirales subsidiados para las personas que no pueden pagar los medicamentos necesarios.
7. Cuando los recursos lo permitan, ofrecer preservativos masculinos y femeninos gratuitos o a un bajo costo junto con información y capacitación accesibles respecto de cómo usar ambos tipos de preservativos. Los preservativos deben estar disponibles en los lugares de atención de los proveedores de servicios de salud como así también en otros lugares vinculados con los servicios para personas con discapacidad.

## TEMA DESTACADO

### VPH y cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino es una de las mayores amenazas mundiales contra la vida de las mujeres. La causa principal del cáncer cervicouterino es la infección crónica o persistente por uno o más de los tipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH). La prevención del VPH mediante la vacunación es clave para reducir el cáncer cervicouterino. Los proveedores de servicios deben garantizar que las mujeres y las adolescentes con discapacidad tengan acceso a la vacuna. Todas las adolescentes deben

vacunarse antes de iniciar su actividad sexual. Los proveedores de servicios también deberán asegurarse de ofrecer la vacuna a mujeres con discapacidad que no la hayan recibido durante la adolescencia. Dado que la vacuna no protege contra todos los tipos de VPH y muchas mujeres con discapacidad tal vez no se hayan vacunado antes del inicio de la actividad sexual, los proveedores de servicios deben evaluar a todas las adolescentes y mujeres con discapacidad a fin de detectar el cáncer cervicouterino.<sup>576</sup>

#### Directrices para la acción:

##### ► **Aceptabilidad**

1. Garantizar que los programas se adapten a las necesidades de las poblaciones de mujeres y jóvenes con discapacidad quienes puedan ser incluso más vulnerables a las ITS debido al aislamiento o a las formas interrelacionadas de discriminación, incluyendo mujeres y jóvenes con discapacidad que viven en la pobreza, aquellos que viven en instituciones, mujeres y jóvenes con discapacidad originarios de comunidades aborígenes o LGBTI, trabajadores sexuales y refugiados o desplazados internos.
2. Capacitar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad para que se conviertan en educadores de la salud comunitarios o entre pares y para fomentar el desarrollo de grupos de apoyo.<sup>577</sup> Buscar oportunidades para involucrarlos con grupos ya existentes de mujeres y jóvenes con discapacidad. Los líderes comunitarios pueden también trabajar con los proveedores de servicios para garantizar que los servicios de tratamiento, pruebas e información sobre las ITS lleguen a las comunidades de mujeres y jóvenes con distintos tipos de discapacidades.<sup>578</sup>
3. Capacitar a los proveedores de servicios y al personal de apoyo e implementar salvaguardias para garantizar la confidencialidad y la privacidad de los resultados de las pruebas y el asesoramiento sobre ITS, incluidos los de las personas menores de 18 años. Garantizar que los resultados se entreguen en privado, salvo cuando el paciente haya dado su consentimiento informado de manera privada y voluntaria para que pueda acompañarlo un familiar, cuidador o acompañante.<sup>579</sup>
4. Desarrollar programas de educación para familiares y cuidadores para comprender la importancia de la prevención, las pruebas y la información en torno a las ITS. Capacitar y asistir a los líderes comunitarios, familiares y cuidadores que brindan apoyo sobre cómo dirigir actividades de divulgación hacia otras

familias y cuidadores de mujeres y jóvenes con discapacidad sobre la importancia de las pruebas y la educación en torno a las ITS.<sup>580</sup> Encuadrar tal información y educación en términos de reducción del riesgo puede incentivar el apoyo.

### Directrices para la acción:

#### ► **Calidad**

1. Brindar asesoramiento confidencial y accesible antes de las pruebas para apoyar a una mujer o un joven con discapacidad para que puedan decidir voluntariamente sobre la prevención y las pruebas para las ITS. El asesoramiento debe concentrarse en los aspectos positivos y negativos de las pruebas de ITS, en qué sucede si el resultado de la prueba es positivo y en la disponibilidad de apoyo psicosocial y tratamiento para las ITS.
2. Proporcionar asesoramiento **confidencial y accesible después de las pruebas**. Consultar las
3. Proporcionar asesoramiento, apoyo y anticonceptivos adecuados, adaptados y accesibles a mujeres y jóvenes con discapacidad y VIH positivo para abordar sus necesidades no satisfechas vinculadas con el apoyo, el tratamiento y la atención del VIH.<sup>582</sup>
4. Establecer sistemas de derivación y coordinación para mujeres y jóvenes con discapacidad identificados como víctimas de violencia o abuso. Consultar el manual **'Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Manual for Health Managers'**<sup>583</sup> de la OMS para obtener orientación práctica, como así también los requisitos legales locales.

## TEMA DESTACADO

### VIH y violencia sexual contra las mujeres y los jóvenes con discapacidad

Algunas personas creen en el mito falso y peligroso que afirma que una persona que vive con VIH se puede curar teniendo relaciones sexuales con una virgen, lo que se conoce también como 'violación con desfloración'. Debido a los estereotipos respecto de que las personas con discapacidad son asexuales y por lo tanto se presumen vírgenes, las mujeres y los jóvenes con discapacidad pueden ser especialmente vulnerables a esta forma de violencia

sexual. Además de derivar estos delitos al sistema de justicia penal, es importante disipar en forma activa este mito perjudicial a través de campañas de educación pública y de sensibilización y educar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad sobre este riesgo como así también sobre la importancia de solicitar servicios de salud oportunamente para obtener cuidados profilácticos en caso de experimentar violencia sexual.<sup>584</sup>

### 4.6.3 Indicadores

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la prestación de servicios relacionados con las ITS y basados en derechos para mujeres y jóvenes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben tener los indicadores en la prestación de servicios relacionados con las ITS. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores para que se ajusten a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Porcentaje de mujeres y jóvenes con discapacidad que tienen conocimiento de su estado serológico respecto del VIH.
- Porcentaje de mujeres y jóvenes con discapacidad que se sometieron a una prueba de ITS en su primera consulta con un proveedor de salud.
- Porcentaje de las adolescentes con discapacidad que se vacunaron contra el VPH.
- Porcentaje de mujeres y jóvenes con discapacidad que se sometieron a una prueba de ITS y que recibieron los resultados en el último año.
- Porcentaje de mujeres y jóvenes con discapacidad que manifestaron haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

## 4.7 Acceso de las mujeres y las adolescentes con discapacidad a otros servicios e información de salud para mujeres

### 4.7.1 Perspectiva general del problema

Las mujeres y las adolescentes con discapacidad tienen derecho a acceder a los mismos servicios esenciales de salud de calidad que acceden hombres y mujeres sin discapacidad.<sup>585</sup> Además

de los servicios abordados en las secciones anteriores de estas directrices, las mujeres y las adolescentes con discapacidad necesitan acceder periódicamente a diversos servicios de atención de salud relacionados con su salud sexual y reproductiva, incluidos el aborto (donde sea legal), los exámenes pélvicos, las pruebas de citología vaginal, las mamografías y las pruebas de detección del cáncer. La falta de acceso a la atención y los retrasos en la recepción de estos servicios importantes o en el diagnóstico de enfermedades potencialmente terminales pueden afectar gravemente la salud y la vida de una mujer o una niña.<sup>586</sup>

En lugares donde el aborto es legal, es fundamental garantizar que todas las mujeres y adolescentes tengan acceso fácil a servicios de aborto seguros y de buena calidad.<sup>587</sup> Los abortos inseguros representan aproximadamente el 13 % de la mortalidad materna.<sup>588</sup> La OMS estima que, por año, se realizan aproximadamente 22 millones de abortos inseguros, de los cuales 5 millones derivan en complicaciones que requieren hospitalizaciones,<sup>589</sup> y en algunos casos, las mujeres quedan discapacitadas de por vida.<sup>590</sup> Las mujeres y las adolescentes con discapacidad tienen derecho a recibir servicios de aborto seguros y accesibles, donde sea legal.<sup>591</sup> También tienen derecho a acceder a la atención posaborto, independientemente de la condición jurídica del aborto. Las mujeres y las adolescentes con discapacidad también son sometidas al aborto forzado, una forma de violencia basada en género. Para obtener más información sobre la violencia basada en género que experimentan las mujeres y los jóvenes con discapacidad, véase Directrices para la prestación de servicios en materia de violencia basada en género (Capítulo 3).

#### 4.7.2 Directrices para la prestación de servicios de salud basados en los derechos para las mujeres y las adolescentes con discapacidad

El principio fundamental para la prestación de servicios de atención de salud de calidad es que las mujeres y las adolescentes con discapacidad siempre reciban un trato digno y respetuoso, y puedan comunicar sus opiniones acerca de su propia salud.<sup>592</sup> Las siguientes consideraciones clave explican las barreras que enfrentan las mujeres y las niñas con discapacidad para acceder a servicios de salud de calidad. Las directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que los servicios de calidad y basados en los derechos estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad para mujeres y niñas con discapacidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

#### Consideraciones clave

- La exclusión de las mujeres y las adolescentes con discapacidad de las campañas de prevención y promoción de la salud pública y la falta de información inclusiva y accesible sobre las necesidades y los servicios de salud de las mujeres impiden a las mujeres y las adolescentes con discapacidad acceder a los servicios necesarios y limitan su comprensión sobre el modo en que dichos servicios contribuyen a su salud general.
- La falta de claridad sobre la condición jurídica del aborto y la falta de comprensión de que la atención posaborto debe ser accesible independientemente de la condición jurídica del aborto pueden llevar a que los proveedores de servicios se abstengan de prestar servicios de aborto seguros, donde sea legal, y de brindar atención posaborto, incluso cuando sea necesario para proteger la vida o la salud de una mujer o una niña.
- Los niveles de educación y alfabetización bajos pueden impedir que las mujeres y las adolescentes con discapacidad comprendan la información sobre los servicios de salud importantes.<sup>593</sup> Por ejemplo, las mujeres y las adolescentes con discapacidad a menudo no cuentan con información sobre el embarazo, el aborto y los servicios asociados.<sup>594</sup> Por lo tanto, pueden carecer de información necesaria para reconocer los signos de embarazo o sobre los servicios a los que pueden acceder durante el primer trimestre, lo cual puede agravar las barreras legales, financieras y de otro tipo en caso de ocurrir un embarazo no planificado. Para obtener más información sobre educación sexual integral y accesible, véase Educación sexual integral para mujeres y jóvenes con discapacidad (sección 4.5).
- El estigma en torno al aborto (en los lugares donde es legal), puede conducir al abuso y al maltrato de las mujeres y las adolescentes con discapacidad que solicitan atención posterior al aborto ante una complicación.
- Las mujeres y las adolescentes con discapacidad por lo general no se realizan pruebas de detección del cáncer ni reciben otros servicios esenciales de salud sexual y reproductiva debido a diversos factores, incluidos la falta de competencias a nivel de servicio, la falta de guías de procedimiento que contemplen cuestiones de género y discapacidad, equipos inaccesibles e insuficientes recursos educativos.<sup>595</sup>
- La falta de capacitación estandarizada para todos los proveedores de servicios de atención de salud y el personal de apoyo sobre la adaptación y la prestación de servicios a las mujeres y niñas con discapacidad puede excluir a las mujeres y las niñas de servicios esenciales de salud y contribuye al malestar entre los proveedores.
- Por lo general, las consultas médicas pueden implicar complicaciones para las personas con discapacidad en el acceso al transporte y el apoyo necesarios. Sin embargo, los

proveedores de servicios y el personal de apoyo normalmente no están preparados con los ajustes que requiere cada persona, por lo que es posible que se le deniegue el acceso a una mujer o una niña, o que se les solicite que regresen otro día cuando pueda prestarse el servicio requerido. Esta situación consume tiempo y dinero de la persona con discapacidad, es discriminatoria y puede obstaculizar el uso de servicios de salud importantes.

- Los formularios de admisión inaccesibles y otras barreras de comunicación pueden evitar que las mujeres y las adolescentes con discapacidad informen a los proveedores de servicios y al personal de apoyo sobre sus síntomas, la historia clínica personal y familiar, y sus experiencias, y de esto modo prevenir la evaluación precisa de los riesgos y las necesidades de salud. Asimismo, las barreras de comunicación pueden impedir a los proveedores de servicios y al personal de apoyo comunicar con eficiencia a las pacientes los exámenes médicos necesarios, diagnósticos y planes de tratamiento.<sup>596</sup>
- Las barreras de comunicación pueden denegar a las mujeres y las adolescentes con discapacidad el acceso a apoyo psicológico y asesoramiento esenciales al tomar decisiones sobre cuestiones de salud, como por ejemplo, la decisión de someterse o no a quimioterapia.
- Las barreras físicas tanto para establecimientos de atención de salud como para equipos médicos, tales como mamógrafos, efectivamente deniegan a las mujeres y las adolescentes con discapacidad el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva esenciales que pueden salvarles la vida.
- Las tarifas formales e informales para el usuario de los centros de salud y el costo del transporte pueden convertir la atención de salud preventiva en un servicio económicamente inaccesible para las mujeres y las adolescentes con discapacidad, e impedirles obtener atención de salud esencial de rutina.

- Las mujeres y las adolescentes con discapacidad normalmente tienen menos posibilidades de escapar en situaciones de emergencia humanitaria, y pueden perder dispositivos o medicamentos esenciales en el proceso.

## Directrices para la acción:

### ► **Disponibilidad**

1. Crear programas para mejorar el acceso a los servicios de salud disponibles de las mujeres y las adolescentes con discapacidad, y aumentar su comprensión sobre sus necesidades y derechos de salud.

### ► **EJEMPLO:**

*Canadian Association for Community Living y DisAbled Women's Network (DAWN) de Canadá desarrollaron la herramienta 'Our Health Matters! Improving Access to Cancer Identification & General Healthcare for People with Disabilities & Deaf People Toolkit' para abordar la brecha de conocimientos sobre atención de salud para personas sordas y con otras discapacidades. Uno de los módulos de la herramienta está destinado a personas con discapacidad y aborda su derecho a gozar de buena salud y diversos aspectos de la salud, incluidos la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El otro está destinado a los proveedores de servicios de atención de salud para ayudarlos a conocer los problemas que enfrentan las personas con discapacidad para acceder a la atención de salud y de qué manera abordar proactivamente estas cuestiones.<sup>597</sup>*

2. Incluir a las mujeres y las adolescentes con discapacidad en programas de control de la higiene durante el período menstrual y al distribuir los recursos. Por ejemplo, la distribución de kits de dignidad durante emergencias humanitarias. Desarrollar programas específicos para mujeres adultas con discapacidades intelectuales y del aprendizaje a fin de brindarles la oportunidad

de comprender y hacer preguntas acerca del control de la higiene durante el período menstrual, sobre lo cual posiblemente jamás hayan recibido información accesible.

► **EJEMPLO:**

*Centre for Developmental Disability Health de Australia elaboró una guía útil denominada 'Supporting Women: Information and Resources for Carers Supporting Women with Intellectual Disabilities to Manage their Menstruation'.<sup>598</sup> La guía brinda orientación integral para cuidadores acerca de cómo abordar la menstruación de mujeres con discapacidades intelectuales y los posibles problemas que pueden enfrentar, desde el manejo médico hasta las cuestiones legales.*

3. Promover la claridad de leyes y políticas en torno al acceso al aborto, en los lugares donde sea legal, para víctimas o sobrevivientes de violencia sexual, y garantizar que dichas leyes y políticas incluyan a las mujeres y las adolescentes con discapacidad.
4. Promover, según sea necesario, leyes y políticas nacionales que estipulen claramente que el acceso al aborto seguro, en lugares donde sea legal, no puede exigir el consentimiento de un padre, tutor o cónyuge.<sup>599</sup>
5. Priorizar e integrar en los servicios de salud sexual y reproductiva primeros auxilios psicológicos y otros servicios de salud mental para las mujeres y los jóvenes con discapacidad, especialmente durante emergencias. Esto puede realizarse de manera directa o a través de derivaciones. Según la *'Guía del Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes'*, los principios fundamentales de las intervenciones psicosociales y de salud mental en emergencias son: (1) Promover respeto por los derechos humanos



Dos hermanas sentadas en su casa junto a unas ventanas.

© kali9/Getty Images

y la igualdad; (2) promover participación comunitaria; (3) no hacer daño; (4) basarse en los recursos y las capacidades disponibles; (5) integrar actividades y programación en sistemas más amplios (como programas de salud, programas de educación, etc.); y (6) desarrollar una respuesta de múltiples niveles.<sup>600</sup>

**Directrices para la acción:**

► **Accesibilidad**

1. Brindar información, educación y asesoramiento accesibles a las mujeres y las adolescentes con discapacidad sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, incluso sobre el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos

no deseados y la disponibilidad de servicios de aborto seguro, donde sea legal.<sup>601</sup> Garantizar servicios de asesoramiento accesible sobre los diversos métodos anticonceptivos y el acceso al método anticonceptivo de preferencia para mujeres con discapacidad que solicitan un aborto, en los lugares donde sea legal, o atención posaborto.<sup>602</sup>

► **EJEMPLO:**

*En Nigeria, la Deaf Women's Association of Nigeria (DWAN) e Ipas Nigeria implementaron un programa paralelo de salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad con el objetivo de fortalecer la capacidad de los intérpretes de lenguaje de señas.<sup>603</sup> En talleres de sensibilización enfocados en las barreras de información, de comunicación y financieras, y en reuniones de promoción, el proyecto identificó tres enseñanzas adquiridas clave para eliminar las barreras que enfrentan las mujeres sordas para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva: «[1] Es imperativo poder acceder a intérpretes de lenguaje de señas en centros de servicios de salud sexual y reproductiva a fin de promover el acceso a servicios de calidad para mujeres sordas y, en última instancia, reducir la morbilidad y mortalidad maternas en esta población. [2] La disponibilidad de los servicios de interpretación de lenguaje de señas sin costo para ayudar a las mujeres sordas a acceder a la atención de salud debe ir a la par de la actuación conjunta con los directores de los establecimientos de salud para asegurar el compromiso y facilitar las políticas (incluida la exención de ciertos costos) que optimicen el uso del servicio por parte de personas con discapacidad. [3] Es esencial involucrar a los líderes de los distintos grupos e instituciones comunitarios para asegurar la adopción del proyecto».<sup>604</sup>*

2. Adaptar servicios, como exámenes, procedimientos y equipos, en función de las necesidades relacionadas con la discapacidad

de las mujeres y las adolescentes. Cuando sea posible, diseñar servicios utilizando los principios del diseño universal, tanto para el lugar donde se prestará el servicio como para las camillas ginecológicas. Al hacerlo, se amplía el margen de uso, en lugar de destinarse exclusivamente a personas con discapacidad.

► **EJEMPLO:**

*Keela Cup es una copa menstrual accesible para mujeres con discapacidad, que fue diseñada por una mujer con discapacidad.<sup>605</sup>*

► **EJEMPLO:**

*El manual 'Table Manners and Beyond: The Gynecological Exam for Women with Developmental Disabilities and Other Functional Limitations' ofrece orientación práctica para proveedores de servicios y personal de apoyo sobre cómo mejorar la experiencia de un examen ginecológico para mujeres con discapacidad. El manual brinda orientación para evaluar los ajustes requeridos, la realización de exámenes (incluidas las posiciones alternativas y los ajustes para las diversas discapacidades) y los pasos de seguimiento posteriores al examen.<sup>606</sup>*

3. Crear maneras alternativas y creativas para ayudar a las mujeres con discapacidad a comprender mejor su cuerpo y los procedimientos a través de la creación de modelos o guías ilustradas.

► **EJEMPLO:**

*El kit 'Kahani Her Mahine Ki' se creó en India e incluye un librito y un modelo táctil que ayudan a las niñas con discapacidad visual a aprender sobre su cuerpo y la menstruación.<sup>607</sup>*

► **EJEMPLO:**

*Centre for Developmental Disability Health de Australia elaboró una guía simplificada sobre las pruebas de citología vaginal que los*



Basma y Dina, miembros de la orquesta de mujeres ciegas Al Nour wal Amal (Luz y Esperanza), en el hotel luego de un ensayo antes de su concierto en Segre durante la gira europea de la orquesta.

© Fernando Molerres/Panos Pictures

*proveedores de servicios pueden usar para ayudar a pacientes con discapacidad llamada 'Pap Tests: The Plain Facts'. La guía explica con lenguaje sencillo a las mujeres con discapacidad qué pueden esperar en una prueba de citología vaginal y utiliza ilustraciones para explicar el procedimiento.*<sup>608</sup>

4. Capacitar a proveedores de servicios de nivel medio para que puedan brindar servicios de aborto temprano y seguro, donde sea legal, y así garantizar la asequibilidad de los servicios y facilitar el acceso en áreas rurales o aisladas.<sup>609</sup>
5. Garantizar que haya servicios de aborto de calidad accesibles, donde sea legal, en la comunidad, en establecimientos de atención primaria y por medio de hospitales de derivación.<sup>610</sup>
6. Asegurar que los inodoros y las letrinas estén accesibles, tengan perspectiva de género y sean seguros, especialmente en situaciones de emergencia humanitaria. Esto es fundamental para

la dignidad, la privacidad y la seguridad de las mujeres y las adolescentes con discapacidad, para su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, y para sus necesidades de salud en general.

► **EJEMPLO:**

*'Un manual de salud para mujeres con discapacidad' de Hesperian ofrece las siguientes sugerencias para adaptar inodoros y letrinas para las mujeres con discapacidad, especialmente en entornos de bajos recursos:*

- «Si una persona tiene dificultad para sentarse en cuclillas, agregue un soporte de apoyo o eleve la altura del asiento. O bien, si se trata de una letrina, haga un agujero en la base de un banquillo o silla, y colóquelos sobre la letrina.
- Si una persona tiene dificultad para controlar su cuerpo, agregue soportes para la espalda, los costados y las piernas, y una barra o correa de seguridad.

- Use una soga o valla para guiar a personas no videntes de la casa al baño.
- Si una persona tiene dificultad para ajustarse o quitarse la ropa, adapte la vestimenta para que sea suelta o elástica. Destine un lugar limpio y seco para sentarse o recostarse, y vestirse.
- Si una persona tiene dificultad para sentarse, prepare pasamanos y escalones móviles». <sup>611</sup>

7. Asegurar que las mujeres y las adolescentes con discapacidad no se harán cargo de ningún **costo adicional** relacionado con la adaptación de los servicios esenciales de atención de salud por medio de tarifas formales o informales para el usuario.

### Directrices para la acción:

#### ► **Aceptabilidad**

1. Desarrollar programas de capacitación vivenciales y de asesoría para ayudar a los proveedores de servicios y al personal de apoyo a fomentar la confianza y superar cualquier inquietud relacionada con la prestación de servicios a las mujeres y las adolescentes con discapacidad.
2. Crear programas modelo para ayudar a los proveedores a prestar un mejor servicio a las mujeres y las adolescentes con discapacidad, y a comprender cómo son los programas inclusivos.
3. Desarrollar procedimientos de orientación que puedan abordar el temor o la falta de comprensión de una mujer o una adolescente sobre sus próximos exámenes. Algunos ejemplos podrían incluir los siguientes: <sup>612</sup>
  - Comunicar la importancia del examen y los pasos del proceso.
  - Elaborar guías ilustradas para los procedimientos de cada examen, especialmente los exámenes ginecológicos, con imágenes, modelos o videos.
4. Desarrollar campañas masivas de información comunitaria para conocer mejor las necesidades de salud de las mujeres y los derechos de las mujeres y las adolescentes con discapacidad. Las campañas deben involucrar a las personas con discapacidad y deben destinarse a profesionales de atención de salud, curanderos tradicionales, líderes religiosos y comunitarios, mujeres y adolescentes con discapacidad, y familias y cuidadores que podrían desempeñarse como controladores de acceso a los servicios esenciales de salud.
5. Desarrollar programas para combatir estereotipos perjudiciales y prejuicios de proveedores, incluido el temor a las complicaciones, para las mujeres y las adolescentes con discapacidad.
6. Garantizar que la información se proporcione en un formato que permita a la paciente comprender de qué se trata el aborto quirúrgico y el aborto médico, donde la práctica sea legal, y los riesgos y beneficios de cada procedimiento dadas las circunstancias del embarazo, y garantizar que se respete el método de preferencia de la paciente. <sup>613</sup>
7. Proporcionar asesoramiento previo al aborto, donde la práctica sea legal, accesible

y confidencial para ayudar a la mujer con discapacidad a tomar su propia decisión voluntaria.<sup>614</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Calidad**

1. Desarrollar materiales didácticos básicos y programas escolares médicos integrados para capacitar a todos los proveedores de servicios de salud sobre las necesidades y adaptaciones disponibles para prestar servicios a las mujeres y las adolescentes con discapacidad. No deben ser programas especializados, sino que deben integrarse al plan de estudios para destacar que la prestación de servicios a personas con discapacidad es responsabilidad de todos los proveedores de servicios.
2. Aumentar las capacidades de los proveedores de servicios de atención de salud para realizar exámenes de detección del cáncer y otras enfermedades a las mujeres y las adolescentes con discapacidad, con todos los ajustes necesarios.
3. Capacitar a los proveedores de servicios e introducir salvaguardias sólidas para garantizar que a las mujeres y las adolescentes con discapacidad no se las obligará a realizarse abortos y que siempre se obtendrá el consentimiento informado.<sup>615</sup> Los proveedores deben asegurarse de que todos los proveedores de servicios y el personal de apoyo estén capacitados en consecuencia para garantizar que las mujeres y las adolescentes con discapacidad tomen decisiones libres e informadas. Las mujeres y las adolescentes con discapacidad pueden recibir presiones para someterse a un procedimiento, o bien el procedimiento puede realizarse sin el consentimiento libre e informado de la persona. Esto puede darse por diversos motivos, incluidas la idea errónea de que una mujer con discapacidad no puede criar niños, la preocupación de que una mujer con discapacidad puede dar a luz a un niño con discapacidad, circunstancias en las que la decisión queda a cargo del padre o tutor de la mujer, o para encubrir un abuso sexual. Por otra parte, a las mujeres y las adolescentes con discapacidad puede negárseles el acceso a un aborto deseado, siempre que no sea ilegal, debido al prejuicio de que una mujer con discapacidad no puede tomar una decisión por sí sola, a circunstancias en las que la decisión queda a cargo del padre o tutor de la mujer, o a la imposición de creencias morales o religiosas de otra persona.
4. Garantizar la prestación de los siguientes servicios necesarios mínimos, tal como lo identificó la OMS, cuando las mujeres y las adolescentes con discapacidad solicitan servicios de aborto, siempre que no sea ilegal:
  - «Información médica veraz sobre el aborto, donde la práctica sea legal, de forma tal que la mujer pueda comprender y recordar, y asesoramiento imparcial si así lo solicita la mujer para facilitar la toma de decisiones informadas;
  - prestación oportuna de servicios de aborto [donde no sea ilegal];
  - tratamiento oportuno de complicaciones del aborto, incluidas aquellas por causa de un aborto inseguro;
  - información sobre métodos anticonceptivos, servicios y derivaciones para ayudar a prevenir otros embarazos no deseados y reducir la necesidad de realizar otro aborto».<sup>616</sup>
5. Proporcionar tratamiento inmediato e incondicional de atención médica de emergencia, incluida la atención posaborto, si resulta necesario, independientemente de la condición jurídica del aborto y de la capacidad de la paciente para pagar dichos servicios.<sup>617</sup>

## *Puesta en práctica:*

### **Mejorar la identificación del cáncer de mama**

DisAbled Women's Network (DAWN) de Canadá y Canadian Breast Cancer Network realizaron una revisión de la investigación y orientación sobre el cáncer de mama y las mujeres con discapacidad, y concluyeron en las siguientes recomendaciones:

1. Adaptar el entorno físico (edificios y equipos).
2. Adaptar o proponer nuevos procedimientos y prácticas. Por ejemplo, defensores de pacientes, grupos de apoyo y listas de verificación de proveedores de atención de salud.
3. Desarrollar capacitaciones de sensibilización de la discapacidad centradas en las mujeres para proveedores de atención de salud.
4. Realizar campañas de difusión, sensibilización y promoción de la salud y el cáncer de mama para mujeres con discapacidad.
5. Establecer reformas y recomendaciones de políticas. Por ejemplo, lograr que la accesibilidad se convierta en un requisito de acreditación para los establecimientos de atención médica o adoptar directrices nacionales para exámenes de detección del cáncer que aborden el acceso de personas con discapacidad.

La revisión también identificó materiales de capacitación y recursos útiles para impulsar reformas relacionadas con los exámenes de detección del cáncer de mama en mujeres con discapacidad.<sup>618</sup>

#### **4.7.3 Indicadores**

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la prestación de servicios de salud basados en los derechos para las mujeres y las adolescentes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben tener los indicadores para los servicios de salud destinados a las mujeres. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores para que se ajusten a los entornos y niveles de los programas, lo que incluye especificar en qué nivel deben recolectarse los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres y las adolescentes con discapacidad están incluidos en el plan de estudios de la capacitación previa al servicio y durante el servicio de los proveedores de servicios sociales y de atención de salud.
- Los protocolos de identificación del cáncer de mama, de útero, pélvico y cervicouterino incluyen explícitamente a las mujeres y las adolescentes con discapacidad.
- Los establecimientos de atención médica disponen de mamógrafos y ecógrafos, o tienen acceso a estos equipos.

*Para ser plenamente conscientes de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes con discapacidad en igualdad de condiciones con los jóvenes sin discapacidad, los servicios deben adaptarse a sus necesidades de salud y de desarrollo.*

- Los establecimientos de atención médica cuentan con un protocolo de identificación de necesidades de accesibilidad para determinar las necesidades de accesibilidad de la paciente e informar al proveedor sobre tales necesidades antes de que la paciente llegue a su cita.
- Las mujeres y las adolescentes con discapacidad conocen correctamente la condición jurídica del aborto.<sup>619</sup>

## 4.8 Acceso de adolescentes y jóvenes con discapacidad a información y servicios de salud

### 4.8.1 Perspectiva general del problema

El período entre los 10 y 24 años es un tiempo de desarrollo esencial para cualquier persona, y no es menos importante para las personas con discapacidad. Durante ese período, los adolescentes experimentan la pubertad y atraviesan importantes cambios físicos, mentales y emocionales. Para ser plenamente conscientes de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes con discapacidad en igualdad de condiciones con los jóvenes sin discapacidad, los servicios deben adaptarse a sus necesidades de salud y de desarrollo. Para esto, los adolescentes y los jóvenes con y sin discapacidad deben tener acceso a educación e información adecuadas a la edad y al desarrollo, y con conciencia de discapacidad y género, además de servicios de fácil acceso para jóvenes. La información y los servicios esenciales incluyen educación integral de la sexualidad; información, orientación, productos y servicios de anticoncepción; información, orientación, pruebas y tratamiento de ITS; servicios de salud materna y neonatal; acceso a

servicios de aborto seguro (cuando sea legal); y atención posterior al aborto.

Los adolescentes y los jóvenes con discapacidad pueden llegar a tener la misma actividad sexual que sus pares sin discapacidad, pero en su caso, enfrentan barreras significativas para acceder a estos servicios esenciales. Esto no solo les deniega a los adolescentes y los jóvenes con discapacidad el acceso a información necesaria para mantenerse saludables y fomentar el desarrollo de relaciones seguras y saludables; también les hace saber a las personas con discapacidad, a una edad temprana, que su comunidad no tiene como prioridad invertir en ellos.

### 4.8.2 Directrices para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva basados en derechos y orientados a jóvenes y adolescentes con discapacidad

Las consideraciones clave enumeradas aquí identifican barreras comunes que enfrentan los jóvenes con discapacidad para acceder a servicios esenciales de salud sexual y reproductiva. Las directrices para la acción ofrecen orientación para asegurar que los servicios basados en derechos y adaptados a las necesidades y consideraciones específicas de los jóvenes con discapacidad estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Estas directrices para la acción están basadas en las directrices fundacionales para la acción identificadas en el **Capítulo 2** y no son exhaustivas, sino que proporcionan un punto de inicio para desarrollar servicios y programas que tengan en cuenta la discapacidad.

## Comprender la adolescencia y la juventud

Las distintas etapas del desarrollo de la adolescencia y la juventud presentan vulnerabilidades específicas para los adolescentes, con o sin discapacidad. Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben ser conscientes de estas vulnerabilidades específicas de la edad y el desarrollo, y garantizar que los jóvenes con discapacidad estén incluidos en los programas que abordan estas cuestiones. La siguiente lista de vulnerabilidades se extrajo de la publicación del UNFPA *'Adolescent Boys and Young Men'*.<sup>620</sup>

### **Adolescencia temprana: de los 10 a los 14 años**

- Violencia basada en género e intimidación (niñas y niños)
- Embarazo no deseado ni programado (niñas)
- Aborto inseguro (niñas)
- Prácticas perjudiciales (niñas)
- Presión de grupo para iniciarse en el sexo o no utilizar preservativos (niños)
- Tabúes para solicitar servicios de salud (niños)
- Incorporación a grupos de varones violentos (niños)
- Falta de acceso a información y servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos (niñas y niños)

### **Adolescencia media: de los 15 a los 19 años**

- Presión para representar roles de género estereotípicos (de sumisión para las mujeres y de dominio para los varones) (niñas y niños)
- Violencia basada en género (niñas y niños)
- Embarazo no deseado ni programado (niñas y niños)
- Aborto inseguro (niñas)
- Prácticas perjudiciales (niñas)
- Comportamiento de riesgo (niñas y niños)
- Comercio sexual y prostitución (niñas)
- Abuso de tabaco, alcohol y drogas (niñas y niños, pero generalmente más alto en los niños)
- Depresión y suicidio (niñas y niños)

- Ansiedad por la imagen corporal (niñas y niños)
- Tabúes para solicitar servicios de salud (niños)
- Exposición a la violencia en las relaciones (niñas y niños, pero las niñas se ven afectadas de manera desproporcionada)
- Falta de acceso o acceso limitado a información y servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos (niñas y niños)
- Infecciones de transmisión sexual (niñas y niños, pero generalmente más alto en las niñas)

### **Adulthood temprana: de los 20 a los 24 años**

- Violencia basada en género (niñas y niños)
- Comercio sexual y prostitución (niñas)
- Prácticas perjudiciales (niñas)
- Embarazo no deseado ni programado (niñas)
- Aborto inseguro (niñas)
- Tabúes para solicitar servicios de salud (niños)
- Participación en pandillas (niños)
- Salud mental deficiente (niñas y niños)
- Desempleo (niños)
- Acceso limitado a información y servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos (niñas y niños)
- Infecciones de transmisión sexual (niñas y niños, pero generalmente más alto en las niñas en ciertos entornos)
- Abuso de tabaco, alcohol y drogas (niñas y niños, pero generalmente más alto en los niños)

### Consideraciones clave

- La falta de participación de los jóvenes con discapacidad en el desarrollo de planes, políticas y programas nacionales sobre servicios de salud sexual y reproductiva (y la falta de consideración de las necesidades de dichos jóvenes) genera que los planes, las políticas y los programas excluyan en la práctica a los jóvenes con discapacidad de estos servicios esenciales.
- Las políticas o leyes que requieren la autorización o notificación de terceros, como las políticas que requieren el consentimiento o la notificación de los padres para que los jóvenes participen de programas de educación sexual integral u obtengan métodos anticonceptivos, en la práctica pueden denegar a los jóvenes el acceso a información y servicios esenciales de derechos en materia de salud sexual y reproductiva.<sup>621</sup> Estas barreras se agravan aún más para los jóvenes con discapacidad.
- Los jóvenes con discapacidad corren riesgos mayores de someterse a prácticas perjudiciales, lo cual tiene consecuencias graves para su salud y sus derechos sexuales y reproductivos.<sup>622</sup>
- Los proveedores de servicios no reciben la capacitación adecuada y no se sienten seguros para prestar servicios de salud sexual y reproductiva a jóvenes con discapacidad.
- La sexualidad juvenil y adolescente, en especial para las personas con discapacidad, suele considerarse un tabú, lo que conlleva a considerar la sexualidad como algo negativo que debe reprimirse.
- Los padres, tutores y demás cuidadores pueden ser sobreprotectores y tal vez no desean que los jóvenes con discapacidad que tienen a su cuidado aprendan sobre salud sexual y reproductiva por temor a que eso aumente su actividad sexual. Este tipo de control puede impedir que los adolescentes y jóvenes con discapacidad accedan a los servicios de salud sexual y reproductiva que necesitan, y también podría llevarlos a ocultar afecciones de salud.<sup>623</sup> Más aún, los adolescentes y jóvenes con discapacidad normalmente no cuentan con fondos para acceder o recibir servicios de atención de salud por su cuenta, sin la intervención de familiares o cuidadores.
- Los adolescentes y jóvenes con discapacidad temen acceder a los servicios porque creen que los proveedores de servicios o el personal de apoyo los regañarán, los someterán a procedimientos dolorosos o violarán su confidencialidad.<sup>624</sup>
- La falta de discreción o privacidad al acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, como la imposibilidad de solicitar servicios sin ser vistos públicamente, puede impedir que adolescentes y jóvenes con discapacidad soliciten tales servicios.<sup>625</sup>
- Los adolescentes y jóvenes con y sin discapacidad por lo general no tienen un modo para comunicarse de manera confidencial con los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, y para hacer preguntas. La falta de confianza y comunicación puede conducir a propagar información incorrecta sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, lo cual repercute en la salud.
- Las experiencias negativas de los jóvenes con los proveedores de servicios médicos pueden llevar a que las personas con discapacidad eviten la atención médica importante más adelante en su vida.<sup>626</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► Disponibilidad

1. Evaluar las necesidades de los jóvenes con discapacidad en la comunidad y desarrollar programas adaptados para mejorar y abordar sus necesidades de salud. El documento '*Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation*'<sup>627</sup> de la OMS para encargados de la adopción de políticas y desarrolladores de programas ofrece orientación importante para comprender las necesidades de los adolescentes en un país, analizar el alcance actual de lo que se está realizando, llevar a cabo un proceso de consulta para establecer prioridades, y planificar, implementar, supervisar y evaluar programas de salud nacionales. El documento expone el siguiente

enfoque sistemático que puede ofrecer a los proveedores de servicios orientación importante y modesta sobre cómo comenzar a desarrollar programas efectivos para prestar servicios a jóvenes con discapacidad, o cómo evaluar los programas actuales por el modo en que prestan o no servicios a los jóvenes con discapacidad:

- «Sección 1: Comprender las particularidades de los jóvenes y por qué invertir en ellos representará beneficios sociales a largo plazo.
  - Sección 2: Comprender los perfiles de salud globales y regionales de los jóvenes.
  - Sección 3: Comprender qué funciona: ¡dar en la tecla! Conjunto de intervenciones basadas en pruebas.
  - Sección 4: Comprender los perfiles de salud de los jóvenes en el país. Realizar análisis del entorno. Llevar a cabo un proceso de consulta para establecer las prioridades con base en criterios explícitos.
  - Sección 5: Planificar e implementar programas nacionales.
  - Sección 6: Consolidar la responsabilidad por la salud de los jóvenes: supervisar y evaluar las prioridades y los programas de salud de los jóvenes para las investigaciones de salud de los jóvenes».
  - Cada una de estas secciones está respaldada por «Liderazgo y participación de adolescentes y jóvenes» y «Abordar las necesidades de salud de los adolescentes en entornos frágiles y humanitarios». <sup>628</sup>
2. Garantizar la disponibilidad de servicios de fácil acceso para jóvenes y basados en pruebas. Capacitar a los educadores sobre cómo implementar la orientación sobre derechos en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes con discapacidad. La OMS divulgó la siguiente

orientación para los servicios pensados para adolescentes en *'Global Standards for Quality Health-Care Services for Adolescents: A Guide to Implement a Standards-Driven Approach to Improve the Quality of Healthcare Services for Adolescents'*.<sup>629</sup> Los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben utilizar este documento para comprender mejor los estándares para el desarrollo y la prestación de servicios pensados para jóvenes. Si bien no están explícitamente adaptados para jóvenes con discapacidad, estos estándares se aplican de la misma manera, y los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben garantizar el cumplimiento de los siguientes estándares para asegurar la disponibilidad de los servicios de salud. El documento expone ocho criterios que determinan el nivel de calidad requerido en la prestación de los servicios:

- «Conocimientos sobre salud de los adolescentes.
- Apoyo de la comunidad.
- Paquete de servicios adecuados.
- Competencias de los proveedores.
- Características del establecimiento.
- Igualdad y no discriminación.
- Mejora de datos y calidad.
- Participación de los adolescentes». <sup>630</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Accesibilidad**

1. Desarrollar, apoyar o involucrar a organizaciones y grupos de apoyo entre pares liderados por jóvenes con discapacidad. Este tipo de programas son esenciales para difundir información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, y para conectar a los jóvenes con discapacidad con los servicios. Estas organizaciones deben estar integradas para fomentar el desarrollo de redes de pares y el entendimiento entre los jóvenes con o sin discapacidad.

► **EJEMPLO:**

En Israel, Israel Family Planning Association (IFPA) desarrolló un programa de educación entre pares para jóvenes con discapacidades físicas y sensoriales.<sup>631</sup> Después de un curso de capacitación y educación sexual integral, los jóvenes se unieron a educadores sin discapacidad para ofrecer más de cincuenta talleres y charlas, conjuntamente con asesoramiento y entrevistas en los medios a otros jóvenes, padres y profesionales.<sup>632</sup> Encontrará más información sobre este programa y sobre otras prácticas recomendadas para la inclusión de adultos y jóvenes con discapacidad en los programas de salud y derechos sexuales y reproductivos en la publicación de Dutch Coalition on Disability and Development (DCDD) y Share-Net International **'Everybody Matters'**.<sup>633</sup>

2. Ofrecer líneas directas accesibles, adaptadas para que los jóvenes puedan recibir información sobre derechos en materia de salud sexual y reproductiva y derivaciones eficaces.
3. Ofrecer servicios en el hogar o en otro espacio seguro o accesible dentro de la comunidad, en lugar de depender de que los familiares o cuidadores lleven al joven con discapacidad a un establecimiento o clínica para recibir los servicios.
4. Crear programas y materiales que ayuden a mujeres jóvenes con discapacidades intelectuales o del aprendizaje a comprender la menstruación y a ocuparse del sangrado menstrual. Los programas deben utilizar un lenguaje sencillo y/o documentos de fácil lectura, y darles a las mujeres jóvenes el tiempo para comprender la higiene menstrual. Las guías ilustradas pueden resultar particularmente útiles, en caso de estar disponibles.

► **EJEMPLO:**

Down's Syndrome Scotland publicó un manual gratuito denominado **'Let's Talk about Periods'** para ayudar a las niñas con discapacidad a aprender sobre su período menstrual. El manual está escrito en un lenguaje sencillo y utiliza recursos visuales.<sup>634</sup>

► **EJEMPLO:**

**'Un manual de salud para mujeres con discapacidad'** de Hesperian sugiere que un familiar o amigo de confianza realice los siguientes pasos para ayudar a una joven que tenga problemas de comprensión o aprendizaje a comprender mejor su ciclo menstrual:

- Usar los mismos tipos de pañitos o toallitas femeninas que se usan comúnmente.
- Mostrarle a la joven dónde se guardan los paquetes de toallitas.
- Mostrarle a la joven dónde se tiran o se lavan los pañitos o toallitas.
- Mostrarle a la joven cómo se coloca el pañito o la toallita en la ropa interior para que ella pueda practicar usarlos.
- Sugerirle que quizás le convenga usar ropa oscura, si tiene, para evitar que se vea cualquier mancha. Pero explicarle que es normal que la ropa se manche con sangre durante el período.<sup>635</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Aceptabilidad**

1. Invierta en el desarrollo de programas focalizados y ofrezca servicios de extensión para adolescentes con discapacidad durante el período de adolescencia temprana (de 10 a 14 años). Este es el período durante el que los adolescentes están más excluidos de recibir información y servicios en materia de derechos de salud sexual y reproductiva.

2. Desarrolle programas para que los jóvenes con discapacidad aprendan sobre la menstruación con información presentada de manera clara y directa, y con oportunidades de practicar nuevas habilidades.<sup>636</sup> Simultáneamente, incluya a las mujeres jóvenes con discapacidad en los programas generales de administración de higiene menstrual y al distribuir recursos.

► **EJEMPLO:**

*En Tanzania, Femme International (FI) y Youth with Disabilities Community Program desarrollaron un proyecto en Tanga, una región de Tanzania, para acercar el «Programa de Empoderamiento de Salud Femenina» de FI a las niñas con discapacidad en la comunidad. Las niñas con discapacidad de Tanga, particularmente aquellas con discapacidad intelectual, enfrentan dificultades para comprender el proceso de la menstruación, en especial dada la tradición en Tanga de aprender sobre la menstruación a través de una mujer mayor. El objetivo del programa es enseñar a niñas y niños con y sin discapacidad acerca de cómo funcionan sus cuerpos, el ciclo menstrual y cómo tomar decisiones seguras y saludables en materia de derechos de salud sexual y reproductiva.<sup>637</sup>*

3. Desarrolle programas destinados a involucrar a los jóvenes con discapacidad para promover la expresión y la participación en el desarrollo de programas.

► **EJEMPLO:**

*UNICEF ha desarrollado el «Adolescent Kit for Expression and Innovation» (Kit para la expresión y la innovación de los adolescentes), junto con la orientación asociada, para ayudar a los proveedores de servicios y al personal de apoyo a involucrar a los jóvenes en situaciones de emergencia. El kit incluye orientación,*

*herramientas y suministros «para ayudar a los programas del país a alcanzar y hacer participar a adolescentes de 10 a 18 años afectados por conflictos y otras crisis, a través de iniciativas de educación, protección infantil, desarrollo juvenil y/o consolidación de la paz».<sup>638</sup> Para obtener más información y pedir el kit, visite <http://adolescentkit.org/>.*

4. Trabaje con adolescentes y jóvenes con discapacidad para crear herramientas creativas para compartir información sobre derechos en materia de salud sexual y reproductiva y para encontrar maneras de integrar estas herramientas en la vida de las personas. UNICEF ha identificado las siguientes normas para asegurar la participación de alta calidad de los jóvenes con discapacidad en el desarrollo de servicios de salud de fácil acceso para los jóvenes:

- «La participación de los jóvenes con discapacidad está integrada en la cultura y las prácticas de la organización.
- Existe una amplia gama de oportunidades para que los jóvenes con discapacidad participen dentro de la organización.
- Las oportunidades de participación son inclusivas.
- Las actividades de participación son accesibles.
- Los jóvenes con discapacidad establecen la agenda.
- La participación es una experiencia positiva y significativa para los jóvenes con discapacidad.
- El personal tiene actitudes, habilidades y conocimientos apropiados.
- La participación es controlada y evaluada.
- La participación de jóvenes con discapacidad provoca cambios.
- La organización muestra que valora la participación de los jóvenes con discapacidad».<sup>639</sup>

5. Trate a los jóvenes con discapacidad que soliciten servicios con respeto y proteja su confidencialidad. Este es un tema clave que los adolescentes y jóvenes en todo el mundo han identificado como esencial para hacer que los servicios sean de fácil acceso para los jóvenes.<sup>640</sup> Promueva las leyes, políticas y pautas éticas que sean necesarias para proteger la confidencialidad de los pacientes adolescentes y jóvenes que reciben servicios en materia de derechos de salud sexual y reproductiva.
6. Guíe y potencie a los jóvenes con discapacidad para que se conviertan en educadores inter pares y compartan información sobre los derechos en materia de salud sexual y reproductiva con otros jóvenes con discapacidad.
7. Cree campañas y programas que mejoren la comprensión y la visibilidad de la sexualidad entre los jóvenes, incluidos aquellos con discapacidad. Estos deben abordar la discriminación y las ideas erróneas sobre la sexualidad y la discapacidad, como el mito de que las personas con discapacidad no pueden tener relaciones enriquecedoras o una vida sexual activa. Sensibilice a los adolescentes y jóvenes con discapacidad, junto con sus familias, cuidadores y personal de salud, sobre los derechos de los jóvenes con discapacidad y la importancia del acceso a los servicios en materia de derechos de salud sexual y reproductiva.<sup>641</sup>
8. Use la tecnología para compartir información con jóvenes con y sin discapacidad. Incorpore a los jóvenes con discapacidad en las campañas de redes sociales. Use mensajes de texto y otros servicios de mensajería para fomentar el intercambio de información

y experiencias entre grupos de pares; esto ha demostrado ser particularmente efectivo entre los jóvenes sordos. Incluya mecanismos para acceder a más información a través de enlaces y códigos para fomentar un aprendizaje más profundo.<sup>642</sup>

### Directrices para la acción:

#### ► **Calidad**

1. Adapte las «**Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria**»<sup>643</sup> de la OMS, junto con los jóvenes con discapacidad, para capacitar a los proveedores de servicios de atención de salud sobre la provisión de servicios para adolescentes con discapacidad.
2. Reúna y desglose los datos por edad, sexo y discapacidad con el fin de evaluar los servicios de salud para jóvenes con discapacidad. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental publicó un informe sobre los derechos de los adolescentes que detalla las necesidades de salud mental y de salud y derechos en materia de salud sexual y reproductiva de los adolescentes. El Relator Especial identifica la falta de datos desglosados por edad, sexo y discapacidad como uno de los mayores desafíos para promover los derechos de los adolescentes.<sup>644</sup> El informe también enfatiza la necesidad de servicios apropiados para la discapacidad y la edad.<sup>645</sup> Los estándares establecidos en el informe proporcionan orientación adicional sobre cómo hacer cumplir el derecho a la salud de los jóvenes con discapacidad.<sup>646</sup>

### El acceso de los jóvenes a la información y los servicios de salud

Asegure que se sigan las normas mínimas para todos los servicios ofrecidos y provistos a los jóvenes con discapacidad durante las emergencias humanitarias. El UNFPA y Save the Children USA han desarrollado normas mínimas integrales para los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos para adolescentes durante emergencias, como complemento del *«Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios»*.<sup>647</sup> Estas directrices no están diseñadas para personas con discapacidad, por lo que los proveedores de servicios deben trabajar con los jóvenes con discapacidad para comprender cómo implementar estas normas con las adaptaciones y los ajustes necesarios para los jóvenes con discapacidad.

*«Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios: En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios»*<sup>648</sup>:

Paquete de Servicios Iniciales Mínimos:

- «Servicios clínicos de fácil acceso para adolescentes.
- Gestión clínica de los sobrevivientes a la violencia sexual.
- Tratamiento y derivación de pacientes con emergencias obstétricas.
- Precauciones estándar.
- Distribución de preservativos».<sup>649</sup>

Utilice las siguientes técnicas para mejorar la prestación de servicios a los jóvenes con discapacidad durante las emergencias humanitarias:

- Establecer o identificar espacios seguros para adolescentes.<sup>650</sup>
- Disponibilidad de servicios clínicos las veinticuatro horas del día, todos los días.
- Áreas privadas de triaje.
- Proveedores de servicios y personal de apoyo del mismo sexo.
- Exámenes vaginales con espéculo limitados para niñas prepúberes.
- Proveedores de servicios y personal de apoyo sin prejuicios y capacitados para garantizar la privacidad y respetar la dignidad de la víctima/sobreviviente joven.
- Servicios confidenciales que no requieren el consentimiento de los padres.
- Proveedores de servicios y personal de apoyo capacitados para identificar agresiones sexuales en hombres.<sup>651</sup>

### 4.8.3 Indicadores

Los siguientes son indicadores ilustrativos que pueden utilizarse para supervisar y evaluar el progreso en la provisión de servicios basados en derechos en materia de salud sexual y reproductiva para jóvenes con discapacidad. Esta no es una lista exhaustiva, sino algunos ejemplos que demuestran el nivel de especificidad, los temas y la forma que deben tener los indicadores sobre los servicios en materia de derechos de salud sexual y reproductiva de fácil acceso para los jóvenes. Los proveedores de servicios deben adaptar los indicadores a sus entornos y niveles de programas, incluso al especificar en qué nivel se deben recopilar los datos del indicador y quién debe hacerlo.

- Porcentaje de jóvenes con discapacidad de entre 15 y 19 años que poseen un amplio conocimiento del VIH/SIDA.<sup>652</sup>
- «Cantidad y distribución de instalaciones de salud con capacidad de servicios básicos de fácil acceso para adolescentes por cada 10 000 adolescentes».<sup>653</sup>
- Porcentaje de las adolescentes con discapacidad de entre 9 y 13 años que recibieron la vacuna contra el VPH.<sup>654</sup>
- Porcentaje de anticonceptivos y preservativos distribuidos por edad.
- Satisfacción y percepción de los servicios por parte de jóvenes con discapacidad.
- Porcentaje de proveedores de servicios capacitados para brindar servicios de salud de fácil acceso para adolescentes con discapacidad.



## Glosario y recursos

### 5.1 Glosario

**Adolescentes** son niños y niñas de entre 10 y 19 años. El período se define por los cambios físicos, cognitivos, conductuales y psicosociales que tienen lugar durante el período y se ilustra con un mayor sentido de la identidad, la confianza y la independencia.<sup>655</sup>

**Capacidad** generalmente se refiere a «la capacidad de un paciente para comprender los beneficios, los riesgos y las alternativas significativas a la atención médica propuesta, y para tomar y comunicar una decisión sobre la atención médica. Es específica para cada pregunta y decisión, y debe documentarse en relación con cada decisión. La capacidad de consentimiento debe evaluarse y documentarse para cada tratamiento o plan de tratamiento. Se presume que una persona tiene capacidad para tomar una decisión de

atención médica, para dar o revocar una directiva anticipada, y para designar o descalificar a un sustituto».<sup>656</sup> Sin embargo, los proveedores de servicios y el personal de apoyo deben consultar los sistemas legales nacionales y locales, y las normas profesionales para conocer la definición aplicable a su área.

**Educación sexual integral (ESI)** se refiere a la educación sexual basada en derechos que ayuda a las personas a obtener información precisa y apropiada para su edad sobre todos los aspectos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos; la exploración saludable de la sexualidad; el empoderamiento; y el pensamiento positivo sobre la sexualidad y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La ESI también apoya el desarrollo de habilidades para la vida y relaciones positivas.<sup>657</sup>

**Matrimonio infantil**, también conocido como matrimonio precoz o forzado, es el matrimonio ocurrido cuando uno o ambos cónyuges son menores de 18 años y, como tales, aún no están preparados desde el punto de vista físico, fisiológico o psicológico para contraer matrimonio. El niño tampoco puede consentir a estar formalmente vinculado.<sup>658</sup>

**Violencia económica** implica negar a una persona el acceso a los recursos financieros básicos y el control sobre estos.<sup>659</sup> Dado que a muchas personas con discapacidad no se les otorga la responsabilidad sobre sus finanzas, estas personas pueden estar en riesgo de sufrir esta forma de violencia.

**Mutilación genital femenina**, o ablación genital femenina, «comprende todos los procedimientos que implican la extirpación parcial o total de los genitales femeninos externos u otra lesión de los órganos genitales femeninos por razones no médicas».<sup>660</sup> La mutilación genital femenina está ampliamente reconocida como una violación de los derechos humanos.<sup>661</sup>

**Sistema de justicia** se refiere a los sistemas de justicia tanto formales como informales. Los sistemas de justicia formales involucran al Estado y sus agentes que administran justicia a través de la aplicación y el cumplimiento de las leyes. Los mecanismos incluyen la aplicación de la ley, los sistemas de justicia penal, y los tribunales y jueces.<sup>662</sup> Los sistemas de justicia informales se refieren a los diversos mecanismos que varían en formalidad involucrados en el acceso a la justicia y al estado de derecho, pero que existen fuera de la estructura tradicional de justicia del Estado. Los sistemas de justicia informales pueden o no estar conectados con el Estado o ser reconocidos por este. Los mecanismos incluyen los sistemas involucrados en la «resolución de disputas y la regulación de la conducta por adjudicación o la asistencia de un tercero neutral que [] no es parte de la judicatura según lo establece la ley y/o cuya base sustantiva,

procesal o estructural no se basa principalmente en la ley estatutaria».<sup>663</sup>

**Matrimonio forzado** es el que ocurre cuando uno o ambos cónyuges no han consentido en estar formalmente vinculados en matrimonio. El matrimonio infantil o precoz es una forma de matrimonio forzado, pero los jóvenes y las mujeres con discapacidad mayores de 18 años también pueden ser sometidos a un matrimonio forzado.

**Violencia basada en género** son actos de violencia «perpetrados contra la voluntad de una persona y que se basan en las diferencias socialmente atribuidas (es decir, el género) entre hombres y mujeres. El término “violencia basada en género” se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias de poder estructurales y basadas en el género entre hombres y mujeres en todo el mundo ponen a las mujeres en riesgo de múltiples formas de violencia. Como se acordó en la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (1993), esto incluye actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, amenazas de tales actos, coerción y otras privaciones de libertad, ya sea que ocurran en público o en la vida privada. El término también es utilizado por algunos para describir algunas formas de violencia sexual contra hombres o violencia orientada contra poblaciones LGBTI».<sup>664</sup>

**Prácticas perjudiciales** se refiere a prácticas, comportamientos y actitudes, a menudo basados en la cultura, la religión o la superstición, que afectan negativamente los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres y los jóvenes con discapacidad.<sup>665</sup> Algunos ejemplos de prácticas perjudiciales incluyen el matrimonio infantil o forzado, la mutilación genital femenina y los asesinatos por honor.

**Proveedores de servicios de atención de salud** son quienes ofrecen servicios de atención de salud de manera sistémica. Algunos ejemplos incluyen médicos, parteras, enfermeras, trabajadores de salud

comunitarios y otras personas capacitadas para proporcionar servicios de atención de salud.<sup>666</sup>

**Sistema de salud** es definido por la OMS como «todas las actividades cuyo objetivo principal es promover, restaurar y/o mantener la salud» y «las personas, las instituciones y los recursos, organizados de acuerdo con políticas establecidas, para mejorar la salud de la población a la que prestan servicios».<sup>667</sup>

**Emergencias humanitarias** son situaciones de conflicto armado, desastres naturales y otras situaciones de riesgo que derivan en la necesidad de servicios humanitarios y que a menudo involucran desplazamientos internos o poblaciones de refugiados.<sup>668</sup> Los estados deben cumplir con sus obligaciones legales internacionales durante las emergencias, lo que incluye tomar todas las medidas necesarias para garantizar la protección y la seguridad de las personas con discapacidad.<sup>669</sup>

**Consentimiento informado** es el proceso de comunicación entre un proveedor de servicios y un beneficiario de servicios que resulta en que el beneficiario del servicio brinda su consentimiento voluntariamente y sin amenazas, intimidación o incentivos para un servicio, derivación o divulgación de la información privada de la persona. El beneficiario del servicio debe recibir orientación sobre los servicios disponibles y las alternativas posibles en un idioma y en una forma que sean comprensibles para el beneficiario del servicio.

**Capacidad jurídica** se refiere al derecho de las personas con discapacidad a ser reconocidas en todas partes como personas ante la ley. Conforme al derecho internacional de los derechos humanos, las personas con discapacidad tienen derecho a la capacidad jurídica, que es distinta e independiente de la capacidad mental, en igualdad de condiciones con las personas sin discapacidad. Pueden ser necesarios mecanismos de toma de decisiones con apoyo para empoderar a las personas con

discapacidad para ejercer su derecho de capacidad jurídica.<sup>670</sup>

**Evidencia médico-legal** es evidencia médica para uso en procedimientos legales, particularmente en relación con la violencia sexual. La OMS la define como «lesiones anogenitales y adicionales [], y estado emocional documentados [], así como aquellas "muestras y especímenes que se toman [del cuerpo o la ropa de la víctima] únicamente con fines legales". Dicha evidencia incluye saliva, líquido seminal, [] cabello, vello púbico, [] sangre, orina, [] fibras, desechos y tierra []».<sup>671</sup>

**Persona con discapacidad** es el lenguaje enfocado en la persona utilizado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que «incluye a quienes tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás».<sup>672</sup>

**Violencia psicológica** se refiere a un comportamiento que es controlador, aislante, humillante o vergonzoso y que causa angustia psicológica en la persona que la sufre.<sup>673</sup>

**Discapacidad psicosocial** es el término utilizado para referirse a personas que sufren lo que se conoce también como «discapacidad mental». El término discapacidad psicosocial está definido por la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría como «la interacción entre los componentes psicológico y social/cultural de nuestra discapacidad. El componente psicológico se refiere a las formas de pensar y de procesar nuestras experiencias y nuestra percepción del mundo que nos rodea. El componente social/cultural se refiere a los límites sociales y culturales de comportamiento para interactuar con esas diferencias psicológicas/locura, así como el estigma que la sociedad nos atribuye etiquetándonos como discapacitados».<sup>674</sup> Si bien el término «discapacidad mental» se

utiliza en la CDPD para referirse a personas con discapacidades psiquiátricas, el término preferido entre las personas con discapacidades psiquiátricas es discapacidad psicosocial.<sup>675</sup> El término no tiene ninguna asociación con el movimiento de rehabilitación psicosocial.

**Ajuste razonable** es definido por la CDPD como «modificaciones y ajustes necesarios y apropiados que no imponen una carga desproporcionada o excesiva, cuando sea necesario en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el disfrute o ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás».<sup>676</sup>

**Salud reproductiva** se refiere al completo bienestar físico, mental y social de una persona, no solo a la ausencia de enfermedad, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual gratificante y segura, y la libertad y capacidad jurídica para decidir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Para las mujeres y los jóvenes con discapacidad, esto significa el derecho a estar libre de esterilización, anticonceptivos y aborto forzados; el acceso a información accesible sobre salud reproductiva y métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación familiar; y el derecho a acceder a servicios de salud materna y neonatal accesibles y de calidad.

**Derechos reproductivos** son derechos humanos reconocidos en leyes nacionales, leyes internacionales y documentos internacionales de derechos humanos que defienden los derechos de todas las personas de decidir de manera libre y responsable sobre la cantidad, el intervalo y el momento de tener hijos, y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho a alcanzar el más alto nivel de salud sexual y reproductiva. Las mujeres y los jóvenes con discapacidad, al igual que todos los titulares de derechos, deben ser libres de tomar

estas decisiones sin discriminación, coerción ni violencia.<sup>677</sup>

**Salud sexual** se define como «un estado de bienestar físico, emocional, mental y social con relación a la sexualidad; no se trata puramente de la ausencia de una enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso frente a la sexualidad y las relaciones sexuales, como así también frente a la posibilidad de vivir experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para propiciar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de todas las personas».<sup>678</sup>

**Violencia sexual** hace referencia a un contacto sexual abusivo, en el que una persona se ve forzada a tener relaciones sexuales no consentidas, y a la tentativa o concreción de actos sexuales con una persona que no puede dar su consentimiento para el contacto sexual. Puede adoptar diversas formas, incluido cualquier acoso sexual, acto violento o acto sexual no deseado ni consentido. Una persona puede verse imposibilitada de dar su consentimiento debido a una discapacidad (no obstante, tener una discapacidad no implica que la persona automáticamente queda imposibilitada de consentir una conducta sexual voluntaria). Otros motivos por los que una persona puede verse imposibilitada de dar su consentimiento incluyen que la persona se encuentre dormida, inconsciente, enferma, bajo presión o bajo la influencia de drogas o alcohol.<sup>679</sup>

**Apoyo para la adopción de decisiones** hace referencia a regímenes que reemplazan otros modelos de toma de decisiones, como la tutela. La toma de decisiones con apoyo «comprende diversas opciones de apoyo que priorizan la voluntad y las preferencias de una persona, y que respetan las normas sobre los derechos humanos. Debe brindar protección para todos los derechos, incluidos aquellos relacionados con la autonomía (derecho a la capacidad jurídica, derecho a la igualdad de

reconocimiento ante la ley, derecho a elegir dónde vivir, etc.) y los derechos relacionados con vivir sin abusos ni maltratos (derecho a la vida, derecho a la integridad física, etc.).»<sup>680</sup> Los modelos de toma de decisiones sustituida perpetúan los desequilibrios de poder, los cuales pueden colocar a las mujeres y los jóvenes con discapacidad en un lugar especialmente vulnerable a la violencia basada en género y a otras formas de abuso y maltrato.<sup>681</sup>

Los servicios **centrados en el sobreviviente** son aquellos que «priorizan los derechos, las necesidades, la dignidad y las elecciones del sobreviviente, incluida la decisión de acceder o no a servicios legales o judiciales».<sup>682</sup>

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad definió el enfoque doble de la siguiente manera: la «incorporación sistemática de los intereses y derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad en todos los planes de acción, estrategias y políticas nacionales relacionados con las mujeres, la infancia y la discapacidad, como así también en planes sectoriales sobre igualdad de género, salud, violencia, educación, participación política, empleo, acceso a la justicia y protección social, entre otros» y «la acción focalizada y supervisada, destinada específicamente a las mujeres con discapacidad».<sup>683</sup>

**Víctima o sobreviviente** es una persona que ha experimentado o que actualmente sufre violencia basada en género. Se ha debatido acerca del uso de los términos «víctima» y «sobreviviente». En el '*Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*' del Secretario General de las Naciones Unidas se explica que, para algunos, «el término 'víctima' debe evitarse porque implica pasividad, debilidad y vulnerabilidad intrínseca y no reconoce la realidad de la capacidad de recuperación y el poder de acción de las mujeres. Para otros, el término 'sobreviviente' es problemático, porque niega el sentimiento de victimización experimentado por las mujeres que han sido blanco de un delito violento».<sup>684</sup>

**Violación con desfloración**, conocido también como limpieza a través de una virgen, es la «creencia de que las personas que contrajeron una infección de transmisión sexual pueden curarse al transmitir el organismo infeccioso teniendo relaciones sexuales con una virgen».<sup>685</sup> Se ha documentado que esta práctica sigue repitiéndose con personas con discapacidad, que son el blanco de quienes creen estar infectados con VIH.<sup>686</sup> Se cree que las personas con discapacidad se han convertido en el blanco perfecto por la idea errada de que probablemente sean vírgenes y presas fáciles.

**Violencia contra las mujeres** se define como «cualquier acto de violencia basada en género que ocasione (o probablemente ocasione) daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada».<sup>687</sup> Esta definición incluye las diversas formas que puede adoptar la violencia contra las mujeres, incluidas la violencia infligida por la pareja o un cuidador, la violencia médica (por ejemplo: las esterilizaciones forzadas y otros procedimientos, y la medicación o sobremedicación forzada), la violencia sexual, la violencia psicológica, la violencia económica, la violencia institucional y la violencia durante casos de emergencia.

**Violencia fuera del seno de la pareja** es la violencia infligida por un cuidador (que no es la pareja), familiar, amigo, conocido, vecino, compañero de trabajo o extraño. A menudo, la violencia fuera del seno de la pareja es infligida por una persona conocida de la víctima o sobreviviente. En el caso de las personas con discapacidad, el agresor puede ejercer el rol de cuidador en el hogar de la persona discapacitada o en alguna institución.

**Violencia dentro del seno de la pareja** hace referencia a los actos sexuales, psicológicos y físicos que una pareja actual o anterior puede ejercer contra mujeres y jóvenes con discapacidad, sin el

consentimiento de la persona. En el caso de las personas con discapacidad, este tipo de violencia normalmente es ejercida por la pareja, que además es el cuidador de la persona discapacitada, lo cual a menudo impide que pueda identificarse dicha violencia.

**Jóvenes** hace referencia a niñas, niños, mujeres jóvenes y hombres jóvenes de 10 a 24 años de edad, que comprenden las definiciones mundialmente aceptadas de adolescentes (de 10 a 19 años) y jóvenes (de 15 a 24 años).<sup>688</sup>

**Juventud** hace referencia a mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años.<sup>689</sup>

## 5.2 Recursos

Ann M. Starrs et. al., *Accelerate Progress - Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission*, *The Lancet* 7-57 (9 de mayo de 2018), [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext?code=lancet-site)

The Adolescent Kit For Expression and Innovation  
<http://adolescentkit.org/>

Canadian Disability Policy Alliance: Primary Care Accessibility Checklist (2008)  
<http://69.89.31.83/~disabio5/wp-content/uploads/2012/09/FHT-access-chk1st-24-Jun-111.pdf>

Carolyn Frohmader y Stephanie Ortoleva, Documento temático: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities (1 de julio de 2013), [http://womenenabled.org/pdfs/issues\\_paper\\_srr\\_women\\_and\\_girls\\_with\\_disabilities\\_final.pdf](http://womenenabled.org/pdfs/issues_paper_srr_women_and_girls_with_disabilities_final.pdf).

Cathy Hoog: Model Protocol on Screening Practices for Domestic Violence Victims with Disabilities, Washington State Coalition Against Domestic Violence (enero de 2010) [https://wscadv.org/wpcontent/uploads/2015/06/protocol\\_disability\\_identification.pdf](https://wscadv.org/wpcontent/uploads/2015/06/protocol_disability_identification.pdf)

Caroline van Slobbe, Dutch Coalition on Disability and Development, Share-Net International, *Everybody Matters: Good Practices for Inclusion of People with Disabilities in Sexual and Reproductive Health and Rights Programmes* (Claire Stout, Bianca Tolboom y Lieke Scheewe eds. 2017), <http://share-netinternational.org/everybody-matters/>

Centre for Community Organizations, Accessibility Checklist for Organizers and Facilitators (2015), <http://coco-net.org/wp-content/uploads/2016/01/Access-Checklist-EN.pdf>

Circle Curriculum, James Stanfield: K-12 Specialists in Special Education (2017), <https://www.stanfield.com/product/circles-curriculum-bundle-w1037-3/>

Channtey Heng, et. al., Challenging Discrimination Against Women with Disabilities: A Community Toolkit (noviembre de 2012), <http://banteaysrei.info/wp-content/uploads/2013/03/A-Community-Training-Toolkit-EN.pdf>

DiAnn L. Baxley y Anna L. Zendell, Sexuality Across the Lifespan: Sexuality Education for Children and Adolescents with Developmental Disabilities. An Instructional Manual for Educators of Individuals with Developmental Disabilities (2011), <http://www.fddc.org/sites/default/files/file/publications/Sexuality%20Guide-Educators-English.pdf>

DisAbled Women's Network Canada / Réseau d'Action des Femmes Handicapées (DAWN/RAFH Canada), Our Health Matters! Improving Access to Cancer Identification & General Healthcare for People with Disabilities & Deaf People Toolkit (2012), <http://www.dawncanada.net/main/wp-content/uploads/2014/10/Our-Health-Matters.pdf>

Doris Rajan, DAWN/RAFH Canada, Women with Disabilities y Breast Cancer Screening: An Environmental Scan. Identified Problems, Strategies and Recommended Next Steps (2012)

Guttamacher Institute, Hoja descriptiva: Aborto inducido a nivel mundial (marzo de 2018), <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>

Humanity & Inclusion, Gender and Disability Intersectionality in Practice: Women and Girls with Disabilities Addressing Discrimination and Violence in Africa (2018), [https://admin.makingitwork-crpd.org/sites/default/files/2018-06/MIW\\_GenderAndDisability\\_Report-June2018.pdf](https://admin.makingitwork-crpd.org/sites/default/files/2018-06/MIW_GenderAndDisability_Report-June2018.pdf)

Human Rights Watch, What to do if someone hurts you or does bad things to you: Information about Gender-Based Violence for People with Disabilities (marzo de 2015), [https://www.hrw.org/sites/default/files/accessible\\_document/gender\\_based\\_violence\\_etr\\_final.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/accessible_document/gender_based_violence_etr_final.pdf)

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO): Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health (octubre de 2012) <http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Sociedad Internacional de Cirujanos de la Fístula Obstétrica (ISOFS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), EngenderHealth y Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG): Global Competency-Based Fistula Surgery Training Manual (junio de 2011) [https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/fistula/FIGO\\_Global\\_Competency-Based\\_Fistula\\_Surgery\\_Training\\_Manual\\_0.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/fistula/FIGO_Global_Competency-Based_Fistula_Surgery_Training_Manual_0.pdf)

Comité Permanente entre Organismos (IASC): Manual de género para acción humanitaria (2.ª ed. 2017) <http://www.refworld.org/es/pdfid/5afc99504.pdf>

IASC: Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia basada en género en la acción humanitaria (agosto de 2015) [https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG\\_version-espanol.pdf](https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG_version-espanol.pdf)

IASC: Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes (2007) <http://www.acnur.org/5b-50c7b82cd.pdf>

Grupo de Referencia sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes del IASC, Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias: ¿Qué deben saber los actores humanitarios de salud? (2010), [http://www.who.int/mental\\_health/emergencias/what\\_humanitarian\\_health\\_actors\\_should\\_know\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencias/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf)

*Paquete de Servicios Iniciales Mínimos*: Grupo de Trabajo Interorganismos sobre Salud reproductiva en situaciones de crisis (2011) <https://iawg.net/wp-content/uploads/2015/09/MISPspanish2011.pdf>

Guías ilustradas de la Illinois Coalition Against Sexual Assault (ICASA) y el Illinois Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) <http://www.icasa.org/index.aspx?PageID=1045>

Illinois Imagines Project, Our Rights, Right Now: Women with Disabilities and Sexual Violence Education Guide (mayo de 2010), <http://www.icasa.org/docs/illinois%20imagines/mini%20module%204%20education%20guide.pdf>

IPAS, Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care - GUIDE (2018), [file:///Users/alr/Downloads/AEDIG-E18\\_lr.pdf](file:///Users/alr/Downloads/AEDIG-E18_lr.pdf)

Jane Maxwell, Julia Watts Belser y Darlena David, Hesperian Health Guides: Un manual de salud para mujeres con discapacidad (2007) [http://es.hesperian.org/hhg/Un\\_manual\\_de\\_salud\\_para\\_mujeres\\_con\\_discapacidad](http://es.hesperian.org/hhg/Un_manual_de_salud_para_mujeres_con_discapacidad)

Nancy Smith, et. al., Vera Institute of Justice, Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities: Domestic Violence/ Rape Crisis Dual Agencies (septiembre de 2015), <https://www.vera.org/publications/measuring-capacity-to-serve-survivors-with-disabilities>

Pacific Disability Forum y Fiji Disabled Peoples' Federation: Toolkit on Eliminating Violence Against Women and Girls with Disabilities in Fiji (2014) [http://www.pacificdisability.org/getattachment/Resources/PDF-Resources/Toolkit-on-Eliminating-Violence-Against-Women-And-Girls-With-Disabilities-In-Fiji-\(1\).pdf.aspx](http://www.pacificdisability.org/getattachment/Resources/PDF-Resources/Toolkit-on-Eliminating-Violence-Against-Women-And-Girls-With-Disabilities-In-Fiji-(1).pdf.aspx)

Plan International, International Centre for Evidence and Disability, SAME y London School of Hygiene and Tropical Medicine: Protect Us! Inclusion of children with disabilities in child protection (2016), <https://plan-international.org/publications/protect-us>

Programa de Educación Sexual (ANEP- CODICEN); Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (iiDi); UNFPA, UNICEF, Es Parte De La Vida: Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia (2012), [http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/972\\_pdf.pdf](http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/972_pdf.pdf)

Safe Austin, In My Jurisdiction: Responding to Crimes Against People with Disabilities, Deaf Individuals, and Older Adults (2007), <http://safeaustin.org/wp-content/uploads/2013/12/Law-Enforcement-Curriculum-packaged.pdf>

Shelah S. Bloom y USAID, Violence Against Women and Girls- A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators: Measure Evaluation (2008), <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/gender/violence-against-women-and-girls-compedium-of-indicators>

Stephanie Ortoleva, *Inaccessible Justice: Human Rights, Persons with Disabilities and the Legal System*, 17 ILSA Journal of Int'l and Comparative Law 281 (2011).

Varios autores: Sexuality and Disability <http://blog.sexualityanddisability.org/>

Table Manners and Beyond: The Gynecological Exam for Women with Developmental Disabilities and Other Functional Limitations (Katherine M. Simpson ed. mayo de 2001)

ONUSIDA: Agenda for Zero-Discrimination in Health Care (2016) [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare_en.pdf)

Departamento sobre Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA), División de Política y Desarrollo Social (DSPD): Toolkit on Disability for Africa: Module 8 - Access to Justice for Persons with Disabilities, <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Access-to-justice.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Edición revisada de las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: An Evidence-Informed Approach 16 (2018), [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/ITGSE\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Promundo y MenEngage Alliance: Strengthening Civil Society Organizations and Government Partnerships to Scale Up Approaches Engaging Men and Boys for Gender Equality and Sexual and Reproductive Health and Rights: A Tool for Action (diciembre de 2016), <http://www.unfpa.org/publications/strengthening-civil-society-organizations-and-government-partnerships-scale-approaches>

UNFPA y Promundo, Adolescent Boys and Young Men: Engaging Them as Supporters of Gender Equality and Health and Understanding their Vulnerabilities (marzo de 2016), <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men>

UNFPA, ONU-Mujeres, Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC): Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (2015) <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence#view>

UNFPA: Minimum Standards for Prevention and Response to Gender-Based Violence in Emergencies (2015) [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/GBVIE.MinimumStandards.Publication.FINAL\\_ENG\\_.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/GBVIE.MinimumStandards.Publication.FINAL_ENG_.pdf)

UNFPA, Danish Institute for Human Rights y ACNUDH, Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions, Documento ONU HR/PUB/14/16(2014), de venta <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/NHRIHandbook.pdf>

UNFPA, Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género (2014), [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/UNFPA\\_OperationalGuidance\\_WEB3.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/UNFPA_OperationalGuidance_WEB3.pdf)

UNFPA: Addressing Violence against Women and Girls in Sexual and Reproductive Health Services (2010) <http://www.unfpa.org/publications/addressing-violence-against-women-and-girls-sexual-and-reproductive-health-services>

UNFPA y Save the Children USA, Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios: En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios (septiembre de 2009), <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings>

UNFPA y OMS: Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities (2009) <http://www.unfpa.org/publications/promoting-sexual-and-reproductive-health-persons-disabilities> UNFPA, Make It Matter: 10 Key Advocacy Messages to Prevent HIV in Girls and Young Women (2007) <http://www.unfpa.org/publications/make-it-matter>

UNFPA, Minimum Initial Service Package (MISP) (abril de 2015), [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP\\_Objectives.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP_Objectives.pdf)

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR): El Trabajo con Personas con Discapacidad durante el Desplazamiento Forzado (2011) <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7646.pdf>

ACNUR: Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta: Guía para la prevención y respuesta (mayo de 2003), <http://www.unhcr.org/en-us/protection/women/3f696bcc4/sexual-gender-based-violence-against-refugees-returnees-internally-displaced.html>

UNICEF, Eliminar la Violencia Contra los Niños y Niñas: Seis Estrategias Para la Acción (septiembre de 2014), [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF\\_Ending\\_Violence\\_Spanish\\_WEB\\_240215.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Ending_Violence_Spanish_WEB_240215.pdf)

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Take Us Seriously! Engaging children with disabilities in decisions affecting their lives (2012), [https://www.unicef.org/disabilities/files/Take\\_Us\\_Seriously.pdf](https://www.unicef.org/disabilities/files/Take_Us_Seriously.pdf).

USAID y Handicap International, Disability Inclusive Sexual and Reproductive Health Component: Training of Trainers Manual on Disability – Inclusive HIV and Sexual Reproductive Health for Health Workers (septiembre de 2011)

Vanderbilt Kennedy Center for Excellence in Developmental Disabilities, Health Care for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Toolkit for Primary Care Providers (2017), <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/etoolkit/>

*Manual de cuerpos sanos*, Vanderbilt Kennedy Center (junio de 2013), <https://vkc.mc.vanderbilt.edu/healthybodies/Sp-index.html>

Wisconsin's Violence Against Women with Disabilities and Deaf Women Project, A Practical Guide for Creating Trauma-Informed Disability, Domestic Violence and Sexual Assault Organizations (diciembre de 2011), *disponible en* <https://www.endabusepwd.org/publications/guide-for-creating-trauma-informed-organizations/>  
White Ribbon Alliance, Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women (octubre de 2011), <https://www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare>

OMS, Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (2018), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

OMS, Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH: Resumen ejecutivo (2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255691/WHO-RHR-17.03-spa.pdf?sequence=1>

OMS, WHO Recommendations on Maternal Health (2017), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/)  
OMS, WHO Recommendations on Newborn Health (2017), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/)

OMS, Quality of Care in Contraceptive Information and Services, Based on Human Rights Standards: A Checklist for Health Care Providers (2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254826/9789241512091-eng.pdf?sequence=1>

OMS, Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Manual for Health Managers (2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf?sequence=1>

OMS, WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience (2016), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>

OMS y UNFPA, Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide (marzo de 2015), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/hr-contraceptive-service-delivery/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/hr-contraceptive-service-delivery/en/)

OMS, UNFPA, UNICEF, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice (3ª ed. 2015), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/)

OMS, Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems - Legal and Policy Considerations (2015), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/sa\\_legal\\_policy\\_considerations/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/sa_legal_policy_considerations/en/)

OMS, Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015 (2015), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/health-promotion-interventions/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/es/)

OMS, Manual de práctica clínica para un aborto seguro (2014), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/)

OMS, Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales (2.ª ed., diciembre de 2014), <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>

OMS, Counselling for Maternal and Newborn Health Care: A Handbook for Building Skills (2013), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241547628/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/en/)

OMS, Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health (Jonathan Abrahams, Natalie Jessup, Alana Officer, Peta Sandison y Valérie Scherrer eds. 2013), [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf)

OMS, Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas (2013), [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13\\_10\\_esp.pdf?ua=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1)

OMS, Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services (2012), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/adolescent\\_friendly\\_services/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/)

OMS, Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud (2.ª ed., 2012), [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432\\_spa.pdf;-jsessionid=C1E6B5AA5C90380DD2A327B58E-921B73?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;-jsessionid=C1E6B5AA5C90380DD2A327B58E-921B73?sequence=1)

OMS y el Grupo del Banco Mundial (GBM), Informe mundial sobre la discapacidad (2011), [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/accessible\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1)

OMS, Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal (2010), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_fch\\_rhr\\_0311/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/es/)

OMS, Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development (Gwyneth Lewis, Luc de Bernis eds. 2006), [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43343/9241593679\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43343/9241593679_eng.pdf?sequence=1)

*Women with Disabilities*, The American College of Obstetricians and Gynecologists, <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Women-with-Disabilities>

Women with Disabilities Australia (WWDA), More than Just a Ramp: A Guide for Women's Refuges to Develop Disabilities Discrimination Act Action Plans (2007), [http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/More\\_Than\\_Just\\_A\\_Ramp.pdf](http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/More_Than_Just_A_Ramp.pdf)

Women's Refugee Commission (WRC), Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action: A Facilitator's Guide (febrero de 2017), <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1443-humanitarian-facilitators-guide>

WRC y Comité Internacional de Rescate (IRC), Gender-based Violence against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors (febrero de 2016), <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit>

WRC e IRC, Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings: Toolkit for GBV Practitioners (2015), <https://www.womensrefugeecommission.org/component/zdocs/document/download/1173>

WRC e IRC, "I See That It Is Possible:" Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings (mayo de 2015), <https://www.womensrefugeecommission.org/component/zdocs/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings>

WRC, Disability Inclusion: Translating Policy into Practice in Humanitarian Action (marzo de 2014), <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/disability-inclusion>

## Notas finales

- 1 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 1, Resolución de la Asamblea General 61/106, Documento ONU A/RES/61/106 (13 de diciembre de 2006) [en adelante CDPD]
- 2 UNICEF, Take Us Seriously! Engaging children with disabilities in decisions affecting their lives 5 (2012), [https://www.unicef.org/disabilities/files/Take\\_Us\\_Seriously.pdf](https://www.unicef.org/disabilities/files/Take_Us_Seriously.pdf)
- 3 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Discapacidad y salud: Hoja descriptiva* (noviembre de 2016), <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- 4 OMS y el Grupo del Banco Mundial (GBM), Informe mundial sobre la discapacidad 28 (2011), [file:///C:/Users/usuario/Desktop/TBO/2018/Octubre/O-18-00424-EP-008/9789240688230\\_spa.pdf](file:///C:/Users/usuario/Desktop/TBO/2018/Octubre/O-18-00424-EP-008/9789240688230_spa.pdf) [en adelante Informe mundial sobre la discapacidad].
- 5 Departamento de las Naciones Unidas sobre Asuntos Económicos y Sociales (UNDESA), Hoja descriptiva: Youth with Disabilities 1-2, <https://social.un.org/youthyear/docs/Fact%20sheet%20youth%20with%20disabilities.pdf>
- 6 Se estima que 9.84 millones de personas, calculado a partir de los datos recolectados por la OMS y el Informe mundial sobre la discapacidad del Banco Mundial (el 15 % de la población mundial tiene una discapacidad) y el informe del ACNUR sobre Tendencias globales de desplazamiento forzado en 2016 (65.6 personas son desplazadas de manera forzada en todo el mundo). Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Tendencias Globales: Desplazamiento Forzado en 2016 5 (2017), <http://www.acnur.org/stats/globaltrends/5ab1316b4/tendencias-globales-desplazamiento-forzado-en-2016.html?query=Tendencias%20globales>; Informe mundial sobre la discapacidad, *supra* nota 4, en 7.
- 7 HelpAge International y Handicap International, Hidden victims of the Syrian crisis: disabled, injured and older refugees 6 (abril de 2014), *disponible en* <http://www.refworld.org/docid/538855b24.html>.
- 8 CDPD, *supra* nota 1, en art. 2
- 9 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ONU-Mujeres, Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC): Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (módulo 1) 19 (2015), <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence> [en adelante Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia].
- 10 Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (módulo 1), *supra* nota 9, en 19.
- 11 Véase Rashida Manjoo (Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer), *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: Mujeres con discapacidad*, párr. 31, Documento ONU A/67/227 (3 de agosto de 2012), [http://digitallibrary.un.org/record/734871/files/A\\_67\\_227-ES.pdf](http://digitallibrary.un.org/record/734871/files/A_67_227-ES.pdf) [en adelante *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*]; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, párr. 37, Documento ONU A/HRC/20/5 (30 de marzo de 2012). <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9693.pdf>
- 12 Carolyn Frohmader y Stephanie Ortoleva, Documento temático: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities 7 (1 de julio de 2013), [http://womenenabled.org/pdfs/issues\\_paper\\_srr\\_women\\_and\\_girls\\_with\\_disabilities\\_final.pdf](http://womenenabled.org/pdfs/issues_paper_srr_women_and_girls_with_disabilities_final.pdf)
- 13 *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*, *supra* nota 11, párrs. 34, 43.
- 14 *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*, *supra* nota 11, párrs. 34, 41-45; Karen Hughes, Mark A Bellis, Lisa Jones, Sara Wood, Geoff Bates, Lindsay Eckley, Ellie McCoy, Christopher Mikton, Tom Shakespeare y Alana Officer, *Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies*, 379 The Lancet 1621, 1626-28 (28 de febrero de 2012).
- 15 Human Rights Watch, «As if we weren't human»: Discrimination and Violence Against Women with Disabilities in Northern Uganda (2010), <https://www.hrw.org/report/2010/08/26/if-were-werent-human/discrimination-and-violence-against-women-disabilities-northern>; Women's Refugee Commission, Gender-based Violence Among Displaced Women and Girls: Findings from Field Visits 2011-2012 (25 de febrero de 2013), [https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/GBV\\_and\\_disability\\_field\\_visit\\_findings\\_022513.pdf](https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/GBV_and_disability_field_visit_findings_022513.pdf)
- 16 International Women's Health Coalition, Sexual & Reproductive Health & Rights: What Does an Essential Package of Policies and Programs Look Like? (abril de 2012), <https://iwhc.org/wp-content/uploads/2013/11/essential-package-sexual-reproductive-health-rights.pdf>
- 17 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrs. 7.6, 8.25, 13.14(b), Documento ONU A/ CONF.171/13/Rev.1 (del 5 al 13 de septiembre de 1994) [en adelante Programa de acción de la CIPD].
- 18 Véase Guttamacher Institute, Hoja descriptiva: Aborto inducido a nivel mundial (marzo de 2018), <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>

- 19 Frohmader y Ortoleva, Documento temático: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities, *supra* nota 12, en 3-4.
- 20 Stephanie Ortoleva y Hope Lewis, *Forgotten Sisters: A Report on Violence Against Women with Disabilities: An Overview of its Nature, Scope, Causes and Consequences* (2012), <http://womenenabled.org/pdfs/Ortoleva%20Stephanie%20%20Lewis%20Hope%20et%20al%20Forgotten%20Sisters%20%20A%20Report%20on%20ViolenceAgainst%20Women%20%20Girls%20with%20Disabilities%20August%20202012.pdf?attredirects=0> [en adelante *Forgotten Sisters*].
- 21 Frohmader y Ortoleva, Documento temático: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities, *supra* nota 12, en 5-6.
- 22 Women's Refugee Commission, *Disabilities Among Refugee and Conflict-affected populations* (2010), <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations>
- 23 Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 1), *supra* nota 9, en 13.
- 24 Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 1), *supra* nota 9, en 13.
- 25 UNFPA y OMS: *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities* (2009) <http://www.unfpa.org/publications/promoting-sexual-and-reproductive-health-persons-disabilities> [en adelante *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*].
- 26 *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*, *supra* nota 25, en 11.
- 27 Monika Mitra, et. al, *Prevalence and Characteristics of Sexual Violence against Men with Disabilities*, 50(3) *Am. J. Prev. Med.* 311, 314-16 (marzo de 2016) [en adelante *Violence against Men with Disabilities*]
- 28 Véase Allison Hastings y Sandra Harrellet, Vera Institute of Justice, *Sexual Victimization of Men with Disabilities and Deaf Men: A National Snapshot* (octubre de 2017), <https://www.vera.org/publications/measuring-capacity-to-serve-survivors-with-disabilities>
- 29 *Violence against Men with Disabilities*, *supra* nota 27, en 314-16; Vera Institute, *Sexual Victimization of Men with Disabilities and Deaf Men* *supra* nota 28, en 3-4.
- 30 Vera Institute, *Sexual Victimization of Men with Disabilities and Deaf Men* *supra* nota 28, en 4 (cita de Sven Schild y Constance J. Dalenberg, *Trauma Exposure and Traumatic Symptoms in Deaf Adults*, 4 *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy* 117, 117-127 (2012)).
- 31 Véase Women's Refugee Commission, *Disability Inclusion: Translating Policy into Practice in Humanitarian Action* 12-13 (marzo de 2014), <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/disability-inclusion>; Women's Refugee Commission (WRC) and International Rescue Committee (IRC), "I See That It Is Possible:" Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings 12-13 (mayo de 2015), <https://www.womensrefugeecommission.org/component/zdocs/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings> [en adelante WRC y IRC, "I See That It Is Possible"].
- 32 *Violence against Men with Disabilities*, *supra* nota 27, en 317; *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*, *supra* nota 25, en 11.
- 33 *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*, *supra* nota 25, en 11.
- 34 *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*, *supra* nota 25, en 11.
- 35 *Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas: Indicadores*, ONU MUJERES (2012), <http://www.endvawnow.org/es/articles/336-indicators.html>
- 36 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité ESCR), *Observación general núm. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (Art. 12), párr. 29, Documento ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000) [en adelante Comité ESCR, *Observación general núm. 14*]; Comité ESCR, *Observación general núm. 22* (2016), *relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, párrs. 12-21, Documento ONU E/C.12/GC/22 (mayo de 2016) [en adelante Comité ESCR, *Observación general núm. 22*]. Véase también Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrs. 8,3, Documento ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (del 5 al 13 de septiembre de 1994) [en adelante Programa de acción de la CIPD].
- 37 The advocates for human rights y onu mujeres, working with the justice sector to end violence against women and girls 62-64 (diciembre de 2011), <http://www.Endvawnow.Org/uploads/modules/pdf/1325624043.Pdf> [en adelante *advocates y onu mujeres, working with the justice sector*]
- 38 Es importante reconocer que estas obligaciones imponen limitaciones sobre las medidas que el Estado y sus representantes pueden tomar, además de requerir que los actores gubernamentales tomen medidas específicas para dar efecto a los derechos protegidos. Además, los Estados no deben deshacer el progreso que ya hayan logrado hacia el cumplimiento de sus obligaciones de derechos humanos, un principio conocido como «no retrocesión».
- 39 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CDPD), *Observación general núm. 3* (2016) *Artículo 6: Mujeres y niñas con discapacidad*, párr. 25, Documento ONU CRPD/C/GC/3 (25 de noviembre de 2016) [en adelante Comité CDPD, *Observación general núm. 3*].
- 40 Comité ESCR, *Observación general núm. 22* *supra* nota 36, en párr. 41.
- 41 Comité CDPD, *Observación general núm. 3* *supra* nota 39, en párr. 26.
- 42 Véase Comité ESCR, *Observación general núm. 22* *supra* nota 36, en párr. 42.

- 43 Comité ESCR, *Observación general núm. 22 supra* nota 36, en párr. 48. Véase también Comité CDPD, *Observación general núm. 3 supra* nota 39, en párr. 27.
- 44 Comité ESCR, *Observación general núm. 22 supra* nota 36, en párr. 45.
- 45 Véase Comité CDPD, *Observación general núm. 3 supra* nota 39, en párr. 27.
- 46 Comité CDPD, *Observación general núm. 3 supra* nota 39, en párr. 27.
- 47 Comité CDPD, *Observación general núm. 3 supra* nota 39, en párr. 27. Véase también Informe mundial sobre la discapacidad, *supra* nota 4, en 286; ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 52.
- 48 Comité CDPD, *Observación general núm. 3 supra* nota 39, en párr. 27.
- 49 CBM, Inclusion Made Easy: A Quick Program Guide to Disability in Development (Parte A) 24 (2012), [http://www.cbm.org/article/downloads/78851/CBM\\_Inclusion\\_Made\\_Easy\\_-\\_complete\\_guide.pdf](http://www.cbm.org/article/downloads/78851/CBM_Inclusion_Made_Easy_-_complete_guide.pdf)
- 50 CBM, Inclusion Made Easy (Parte A), *supra* nota 49, en 23.
- 51 CBM, Inclusion Made Easy (Parte A), *supra* nota 49, en 23.
- 52 Cbm, inclusion made easy (parte a), *supra* nota 49, en 23-24; cbm, inclusion made easy: a quick program guide to disability in development (parte b) 7(2012), [http://www.Cbm.Org/article/downloads/78851/cbm\\_inclusion\\_made\\_easy\\_-\\_complete\\_guide.Pdf](http://www.Cbm.Org/article/downloads/78851/cbm_inclusion_made_easy_-_complete_guide.Pdf) [en adelante cbm, inclusion made easy (parte b)].
- 53 ACNUR, El Trabajo con Personas con Discapacidad durante el Desplazamiento Forzado (2011), <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7646.pdf>
- 54 CBM, Inclusion Made Easy (Parte A), *supra* nota 49, en 25.
- 55 Véase CBM, Inclusion Made Easy (Parte A), *supra* nota 49, en 43.
- 56 Véase Declaración Universal de Derechos Humanos, arts. 6-7, Resolución de la Asamblea General 217A, preámbulo, Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 3.º período de sesiones, 1.a reunión plenaria, en 71, Documento ONU A/810 (10 de diciembre de 1948); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, *adoptado* el 16 de diciembre de 1966, arts. 14, 16, 26, Resolución de la Asamblea General 2200A (XXI), Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 21.º período de sesiones, suplemento núm. 16, Documento ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entrada en vigencia* 23 de marzo de 1976) [en adelante PIDCP]; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, *adoptada* el 18 de diciembre de 1979, art. 15, Resolución de la Asamblea General 34/180, Documento de las Naciones Unidas, 34.º período de sesiones, suplemento núm. 46, en 193, Documento ONU A/34/46, U.N.T.S. 13 (*entrada en vigencia* 13 de septiembre de 1981) [en adelante CEDCM].
- 57 Comité CDPD, *Observación general núm. 1 (2014) Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley*, párr. 29, Documento ONU CRPD/C/GC/1 (19 de mayo de 2014) [en adelante Comité CDPD, *Observación general núm. 1*]
- 58 CDPD, *supra* nota 1, art. 12(1).
- 59 CDPD, *supra* nota 1, art. 12(2) (énfasis añadido)
- 60 CDPD, *supra* nota 1, art. 12(3).
- 61 CDPD, *supra* nota 1, art. 12(4) (énfasis añadido)
- 62 CDPD, *supra* nota 1, art. 12(5).
- 63 Comité CDPD, *Observación general núm. 1 supra* nota 57, en párr. 12.
- 64 Véase Comité CDPD, *Observación general núm. 1 supra* nota 57, en párr. 29.
- 65 Véase Comité CDPD, *Observación general núm. 1 supra* nota 57, en párr. 15.
- 66 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO): Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health 15 (octubre de 2012) <http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf> [en adelante FIGO, Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology]
- 67 Comité CDN, *Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, párr. 39, Documento ONU CRC/C/GC/20 (20 de abril de 2017). Adolescentes son niños y niñas entre las edades de 10 y 19 años. UNFPA y Save the Children USA, Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios: En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios 5-6 (septiembre de 2009), [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_ASRHtoolkit\\_espanol.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf) [en adelante Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes].
- 68 FIGO, Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology, *supra* nota 66, en 14.
- 69 FIGO, Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology, *supra* nota 66, en 14-15.
- 70 Women's Refugee Commission (WRC) y Comité Internacional de Rescate (IRC), Building capacity for disability inclusion in gender-based violence programming in humanitarian settings: Toolkit for GBV practitioners 59-63 (2015) [en adelante WRC e IRC, Toolkit for GBV Practitioners].
- 71 WRC e IRC, Toolkit for GBV Practitioners, *supra* nota 70, en 75.

- 72 Vanderbilt Kennedy Center for Excellence in Developmental Disabilities, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*, Health Care for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Toolkit for Primary Care Providers (2017), <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/etoolkit/general-issues/informed-consent/> [en adelante Vanderbilt, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*]
- 73 Vanderbilt, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*, *supra* nota 72.
- 74 Vanderbilt, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*, *supra* nota 72.
- 75 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), et al., *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: An interagency statement – OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO* 9 (2014).
- 76 Vanderbilt, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*, *supra* nota 72.
- 77 FIGO, Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology, *supra* nota 66, en 115; Comité CDN, *Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, párr. 39, Documento ONU CRC/C/GC/20 (20 de abril de 2017).
- 78 Comité CDPD, *Observación general núm. 1 supra* nota 57, en párr. 29.
- 79 Elizabeth Pell, Virginia Mulkern, Human Services Research Institute, Supported Decision Making Pilot: Pilot Program Evaluation Year 2 Report 4 (2016), [http://supporteddecisions.org/wp-content/uploads/2016/11/Evaluation-Year-2-Report\\_HSRI-2016\\_FINAL-2-1.pdf](http://supporteddecisions.org/wp-content/uploads/2016/11/Evaluation-Year-2-Report_HSRI-2016_FINAL-2-1.pdf)
- 80 Ctr. for Public Representation y Nonotuck Resource Assocs. Inc., Pilot Project: The Supported Decision-Making Pilot Project, Supported Decision Making Pilot Project (2017), <http://supporteddecisions.org/pilot-project/>
- 81 Pell y Mulkern, *supra* nota 79, en 14.
- 82 Pell y Mulkern, *supra* nota 79, en 4.
- 83 Comité CDPD, *Observación general núm. 1 supra* nota 57, en párr. 29(a)-(i).
- 84 Véase *Representation Agreements*, Nidus Personal Planning Resources Ctr. and Registry (última actualización en 2017), [http://www.nidus.ca/?page\\_id=46](http://www.nidus.ca/?page_id=46)
- 85 Véase ACNUDH, Protección Jurídica Internacional de los Derechos Humanos durante los Conflictos Armados, en 5-6, ONU HR/PUB/11/01, núm. de venta ONU E. 11.XIV.3 (2011), [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR\\_in\\_armed\\_conflict.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR_in_armed_conflict.pdf)
- 86 CDPD, *supra* nota 1, en art. 11
- 87 ACNUDH, *Estudio temático sobre los derechos de las personas con discapacidad en virtud del artículo 11 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, relativo a las situaciones de riesgo y emergencias humanitarias*, párrs. 56-62, Documento ONU A/HRC/31/30 (30 de noviembre de 2015), <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10350.pdf>
- 88 Charter on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action (2017), <http://humanitariandisabilitycharter.org/>
- 89 CDPD, *supra* nota 1, en art. 4(3).
- 90 Sofía Minieri, REDI, El Derecho De Las Personas Con Discapacidad a la Salud Sexual y Reproductiva: 20 Preguntas Fundamentales Sobre Las Políticas Públicas Del Estado Argentino (noviembre de 2017), [http://www.redi.org.ar/Documentos/Publicaciones/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres-Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres\\_20-preguntas.pdf](http://www.redi.org.ar/Documentos/Publicaciones/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres-Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres_20-preguntas.pdf)
- 91 Illinois Domestic Violence Act of 1986, 750 Ill. Comp. Stat. Ann. § 60/103(6) (2013).
- 92 The Responsible Parenthood and Reproductive Health Act, of 2012, Rep. Act No. 10354 (21 de diciembre de 2012).
- 93 Jane Maxwell, Julia Watts Belser, y Darlena David, Hesperian Health Guides, Un manual de salud para mujeres con discapacidad 25 (2007), [http://es.hesperian.org/hhg/Un\\_manual\\_de\\_salud\\_para\\_mujeres\\_con\\_discapacidad](http://es.hesperian.org/hhg/Un_manual_de_salud_para_mujeres_con_discapacidad) [en adelante Maxwell et al., Un manual de salud]
- 94 Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990, 42 U.S.C. § 12181 et seq. (2008).
- 95 Red Por Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad (REDI), <http://www.redi.org.ar/index.php>
- 96 United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN-DESA), Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), and Inter-Parliamentary Union (IPU), Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, U.N. HR/PUB/07/6, núm. de venta 14-2007 (2007), <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/handbook-for-parliamentarians-on-the-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- 97 Véase Stephanie Ortoleva, *Who's Missing? Women with Disabilities in U.N. Security Council Resolution 1325 National Action Plans*, 18:2 ILSA Journal of International and Comparative Law 395, 397-399 (2012).
- 98 Resolución del Consejo de Seguridad 2250 (9 de diciembre de 2015).
- 99 National Plan to Reduce Violence Against Women and their Children, Hoja descriptiva: How the Third Action Plan supports Women with Disability, Australian Government - Department of Social Services (octubre de 2016), <https://www.dss.gov.au/women/programs-services/reducing-violence/factsheet-how-the-third-action-plan-supports-women-with-disability>
- 100 OMS, WHO Essential Medicines and Health Products: Annual Report 2016 (agosto de 2017), <http://www.who.int/medicines/publications/annual-reports/emp-annual-report2016/en/>

- 101 Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNPRPD), UNPRPD Fund: 2016 Annual Report 17 (2016), disponible en <http://mptf.undp.org/document/download/18125>
- 102 Véase Comité CDPD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Ucrania*, párr. 23, Documento ONU CRPD/C/UKR/CO/1 (2 de octubre de 2015).
- 103 Resolución del Consejo de Seguridad 1325 (31 de octubre de 2000).
- 104 Esta declaración también debe considerarse como inclusiva de las personas que enfrentan violencia o discriminación por su sexualidad real o percibida, identidad de género o características sexuales.
- 105 Véase WRC e IRC, «I See That It Is Possible», *supra* nota 31.
- 106 Véase Women's Refugee Commission y ChildFund International, *Gender-based Violence against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors* (febrero de 2016), <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit>
- 107 Véase, por ejemplo, *Women with Disabilities*, The American College of Obstetricians and Gynecologists, <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Women-with-Disabilities> (Recursos para obstetras y ginecólogos para aumentar el conocimiento sobre las necesidades de mujeres con discapacidad, incluido un sitio interactivo para médicos y una capacitación en video sobre atención de salud para mujeres con discapacidad del desarrollo).
- 108 Comité Permanente entre Organismos (IASC): Manual de género para acción humanitaria (2.ª ed. 2017) [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc\\_manual\\_de\\_genero\\_para\\_accion\\_humanitaria.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_manual_de_genero_para_accion_humanitaria.pdf)
- 109 Véase Comité CDPD, *Concluding Observations on the Initial Report of Azerbaijan*, párr. 25, Documento ONU CRPD/C/AZE/CO/1 (12 de mayo de 2014); Comité CDPD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de México*, párr. 22(c), Documento ONU CRPD/C/MEX/CO/1 (27 de octubre de 2014).
- 110 Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: República Democrática del Congo*, párr. 13, Documento ONU CCPR/C/COD/CO/3 (26 de abril de 2006).
- 111 WRC e IRC, «I See That It Is Possible», *supra* nota 31, en 4-6.
- 112 Women's Refugee Commission (WRC), *Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action: A Facilitator's Guide* (febrero de 2017), <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1443-humanitarian-facilitators-guide>
- 113 WRC e IRC, «I See That It Is Possible», *supra* nota 31.
- 114 Véase Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, párr. 53(h), Documento ONU A/HRC/20/5 (30 de marzo de 2012). <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9693.pdf>; CDPD, *supra* nota 1, en arts. 9, 25(c).
- 115 Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) e ICF Macro, *Expanding Contraceptive Choice to the Underserved through Mobile Outreach Services: A Handbook for Program Planners 1* (2010), disponible en <https://www.k4health.org/toolkits/communitybasedfp/expanding-contraceptive-choice-underserved-through-delivery-mobile>
- 116 Véase OMS y UNFPA, *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide 22* (marzo de 2015), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/hr-contraceptive-service-delivery/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/hr-contraceptive-service-delivery/en/)
- 117 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 35.
- 118 Véase Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ONU Mujeres, Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia* (Módulo 4) 17 (2015), <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence> [en adelante *Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia* (Módulo 4)].
- 119 Community Based Rehabilitation Network Ethiopia, *Light for the World, Berhan Lehetanat y Addis Development Vision, Her Body, Her Rights: Making Sex Education Work for Young Women with Intellectual Disabilities* (diciembre de 2016), [https://www.light-for-the-world.org/sites/ldfw\\_org/files/download\\_files/her\\_body\\_her\\_rights\\_web.pdf](https://www.light-for-the-world.org/sites/ldfw_org/files/download_files/her_body_her_rights_web.pdf) [en adelante *Her Body, Her Rights*]
- 120 *Her Body, Her Rights*, *supra* nota 119, en 7-15.
- 121 Véase OMS, *Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Manual for Health Managers* (2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf?sequence=1>; OMS, *ONU Mujeres, UNFPA, Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Clinical Handbook*, WHO/RHR/14.26 (noviembre de 2014), [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO\\_RHR\\_14.26\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1)
- 122 Véase Vera Institute of Justice, *Provide Staff with Protocols, Resources, and Other Tools*, *End Abuse of People with Disabilities* (última actualización en 2018), [http://accessingsafe.wpengine.com/?page\\_id=370](http://accessingsafe.wpengine.com/?page_id=370)
- 123 Véase, por ejemplo, *Abuse Assessment Screen*, The American College of Obstetricians and Gynecologists, <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Women-with-Disabilities/Abuse-Assessment-Screen>

- 124 Véase Cathy Hoog, Model Protocol on Safety Planning for Domestic Violence Victims with Disabilities, Washington State Coalition Against Domestic Violence (enero de 2010), [https://wscadv.org/wp-content/uploads/2015/06/Protocol\\_disability\\_safety\\_planning\\_rev-2010.pdf](https://wscadv.org/wp-content/uploads/2015/06/Protocol_disability_safety_planning_rev-2010.pdf)
- 125 CDPD, *supra* nota 1, en art. 2.
- 126 *Discapacidades y rehabilitación: Dispositivos y tecnologías de apoyo a las personas con discapacidad*, OMS, <http://www.who.int/disabilities/technology/es/>
- 127 OMS, Lista de productos de apoyo prioritarios (2016), <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22396es/s22396es.pdf>
- 128 Canadian Disability Policy Alliance, Primary Care Accessibility Checklist (2008), <http://69.89.31.83/-disabio5/wp-content/uploads/2012/09/FHT-access-chk1st-24-Jun-111.pdf> [en adelante Canadian Disability Policy Alliance, Accessibility Checklist]
- 129 Canadian Disability Policy Alliance, Accessibility Checklist, *supra* nota 127.
- 130 Canadian Disability Policy Alliance, Accessibility Checklist, *supra* nota 127.
- 131 Secretario General de la ONU, *Marco de Medidas para el Seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014*, párr. 58, Documento ONU A/69/62 (12 de febrero de 2014), [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/framework\\_of\\_actions\\_for\\_the\\_follow-up\\_to\\_the\\_programme\\_of\\_action\\_of\\_the\\_icpd\\_beyond\\_2014\\_-\\_spanish.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/framework_of_actions_for_the_follow-up_to_the_programme_of_action_of_the_icpd_beyond_2014_-_spanish.pdf)
- 132 Cathy Vaughan, Alexandra Devine, Raquel Ignacio, Wanet Lacsamana, Ma. Jesusa Marco, Jerome Zayas y Carolyn Sobritchea, *Building Capacity for a Disability-Inclusive Response to Violence against Women and Girls: Experiences from the W-DARE Project in the Philippines*, 24 Gender & Development 2, 245-260, 256 (15 de junio de 2016), <http://dx.doi.org/10.1080/13552074.2016.1194031>
- 133 ACNUDH y OMS, Folleto Informativo n.º 31 El derecho a la salud 4 (junio de 2008), *disponible en* <http://acnuhd.org/el-derecho-a-la-salud-folleto-informativo-no-31/> [en adelante ACNUDH y OMS, Folleto Informativo n.º 31]
- 134 ACNUDH y OMS, Folleto Informativo n.º 31, *supra* nota 133, en 4.
- 135 ACNUDH y OMS, Folleto Informativo n.º 31, *supra* nota 133, en 4.
- 136 ACNUDH y OMS, Folleto Informativo n.º 31, *supra* nota 133, en 4.
- 137 ACNUDH y OMS, Folleto Informativo n.º 31, *supra* nota 133, en 4.
- 138 ACNUDH y OMS, Folleto Informativo n.º 31, *supra* nota 133, en 4.
- 139 CDPD, *supra* nota 1, en art. 25 (d).
- 140 ACNUDH y OMS, Folleto Informativo n.º 31, *supra* nota 133, en 4; véase también Comité CEDCM, Observaciones finales: India, párr. 41, Documento ONU CEDAW/C/IND/CO/3 (2007).
- 141 Vanderbilt Kennedy Center, Health Care for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities (2017), <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/etoolkit/>
- 142 Women's Refugee Commission (WRC) y Comité Internacional de Rescate (IRC), Building capacity for disability inclusion in gender-based violence programming in humanitarian settings: toolkit for gbv practitioners 75-78 (2015), [en adelante WRC e IRC, Toolkit for GBV Practitioners].
- 143 Comité Permanente entre Organismos (IASC), Manual de Género para Acción Humanitaria 66 (2.ª ed. 2017), [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc\\_manual\\_de\\_genero\\_para\\_accion\\_humanitaria.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_manual_de_genero_para_accion_humanitaria.pdf)
- 144 Cecil Begley, et. al, *Women with Disabilities: Barriers and Facilitators to Accessing Services during Pregnancy, Childbirth and Early Motherhood*, School of Nursing and Midwifery 69-73 (8 de septiembre de 2009), <https://nursing-midwifery.tcd.ie/assets/publications/pdf/nda-literature-review.pdf> [en adelante Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Service*].
- 145 Véase Comité CDPD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Kenya*, párr. 22(c), Documento ONU CRPD/C/KEN/CO/1 (30 de septiembre de 2015).
- 146 CDPD, *supra* nota 1, en preámbulo (v), art. 9.
- 147 Paul Hunt y Judith Bueno de Mesquita, University of Essex Human Rights Centre, The Rights to Sexual and Reproductive Health 9 (2007), <http://repository.essex.ac.uk/9718/1/right-sexual-reproductive-health.pdf>
- 148 Departamento de las Naciones Unidas sobre Asuntos Económicos y Sociales (UNDESA), División de Política y Desarrollo Social (DSPD): Toolkit on Disability for Africa: Module 8 - Access to Justice for Persons with Disabilities 16, <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Access-to-justice.pdf>
- 149 Iniciativa Safety First, Accessibility and Responsiveness Review Tool (2011), *disponible en* <https://www.endabusepwd.org/publications/safety-first-initiative-accessibility-and-responsiveness-review-tool/>; Iniciativa Safety First, Accessibility and Responsiveness Review Scoring Tool, *disponible en* <https://www.endabusepwd.org/publications/safety-first-initiative-accessibility-and-responsiveness-review-scoring-tool/>
- 150 Organización Internacional de Normalización, ISO 21542:2011 Building construction - Accessibility and Usability of the Built Environment (diciembre de 2011), *disponible en* <https://www.iso.org/standard/50498.html>
- 151 CDPD, *supra* nota 1, en art. 9(1).
- 152 CDPD, *supra* nota 1, en art. 2
- 153 Canadian Disability Policy Alliance, Accessibility Checklist, *supra* nota 127.
- 154 *Vision, Mission and Practices*, Adaptive Design Association, <http://www.adaptivedesign.org/copy-of-vision-mission-practices>
- 155 Adaptive Design NYC, YouTube, <https://www.youtube.com/user/adaptivedesignnyc/feed>
- 156 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 69-73.

- 157 Canadian Disability Policy Alliance, Accessibility Checklist, *supra* nota 127.
- 158 ACNUR: Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta: Guía para la prevención y respuesta: Guía para la prevención y respuesta 42 (mayo de 2003), <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3667.pdf> [En adelante ACNUR: Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas].
- 159 Véase Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales sobre el segundo informe del Chad*, párr. 21, Documento ONU CCPR/C/TCD/CO/2 (15 de abril de 2014).
- 160 Véase, por ejemplo, Organización Internacional para las Migraciones (OIM), IOM Mobile Clinics, Transitional and Temporary Health Facilities (agosto de 2014), [https://www.iom.int/sites/default/files/our\\_work/DMM/Migration-Health/MP\\_infosheets/August%202014%20IOM%20Mobile%20Temporary%20TransitionaHealth%20Facilities.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/MP_infosheets/August%202014%20IOM%20Mobile%20Temporary%20TransitionaHealth%20Facilities.pdf)
- 161 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, All Under One Roof Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies (2015), [http://www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/Shelter/All-under-one-roof\\_EN.pdf](http://www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/Shelter/All-under-one-roof_EN.pdf)
- 162 Centre for Community Organizations, Accessibility Checklist for Organizers and Facilitators 2 (2015), <http://coco-net.org/wp-content/uploads/2016/01/Access-Checklist-EN.pdf> [en adelante CCOA, Accessibility Checklist]
- 163 CCOA, Accessibility Checklist, *supra* nota 162, en 2.
- 164 CCOA, Accessibility Checklist, *supra* nota 162, en 2.
- 165 CCOA, Accessibility Checklist, *supra* nota 162, en 2.
- 166 CCOA, Accessibility Checklist, *supra* nota 162, en 2.
- 167 CCOA, Accessibility Checklist, *supra* nota 162, en 2.
- 168 USAID y Handicap International, Disability Inclusive Sexual and Reproductive Health Component: Training of Trainers Manual on Disability – Inclusive HIV and Sexual Reproductive Health for Health Workers (Partes 4-5) 38 (septiembre de 2011) [en adelante USAID y HI, Reproductive Health Training Manual (Partes 4-5)].
- 169 Women's Refugee Commission (WRC) y Comité Internacional de Rescate (IRC), Building capacity for disability inclusion in gender-based violence programming in humanitarian settings: Toolkit for GBV practitioners (2015), [en adelante WRC e IRC, Toolkit for GBV practitioners].
- 170 Véase CCOA, Accessibility Checklist, *supra* nota 162, en 8.
- 171 Véase Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (módulo 4), *supra* nota 118, en 17.
- 172 Véase CCOA, Accessibility Checklist, *supra* nota 162, en 8.
- 173 Véase CCOA, Accessibility Checklist, *supra* nota 162, en 2.
- 174 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43
- 175 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 176 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 177 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 178 Table Manners and Beyond: The Gynecological Exam for Women with Developmental Disabilities and Other Functional Limitations 25 (Katherine M. Simpson ed. Mayo de 2001) [en adelante Table Manners and Beyond].
- 179 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 180 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 181 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 182 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 183 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 184 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 85-87.
- 185 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 85-87.
- 186 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 85-87.
- 187 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 188 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 189 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 190 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 191 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 192 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 85-87.
- 193 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 85-87.
- 194 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 195 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 196 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 197 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 198 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 199 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 200 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 201 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 202 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 93, en 43.
- 203 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 109-112.
- 204 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 109-112.
- 205 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 109.
- 206 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 109-112.
- 207 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en 109-112.

- 208 Comité Permanente entre Organismos (IASC): Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género en la Acción Humanitaria 322 (agosto de 2015), [https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG\\_version-espanol.pdf](https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG_version-espanol.pdf)
- 209 Los hombres jóvenes y los niños con discapacidad también tienen derecho a no sufrir violencia, incluidas la violencia sexual y doméstica. Este derecho se basa en el derecho a la integridad física y mental. Declaración Universal de Derechos Humanos, arts. 1,5, Resolución del Consejo de Seguridad 217A, preámbulo, Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 3.º período de sesiones, 1.ª reunión plenaria, en 71, Documento ONU A/810 (10 de diciembre de 1948); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, *adoptado el* 16 de diciembre de 1966, arts., 7,9, Resolución del Consejo de Seguridad 2200A (XXI), Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 21.º período de sesiones, suplemento núm. 16, Documento ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entrada en vigencia* 23 de marzo de 1976); Convención sobre los Derechos del Niño *adoptada el* 20 de noviembre de 1989, arts. 19, 37, 39, Resolución del Consejo de Seguridad 44/25, anexo, Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 44.º período de sesiones, suplemento núm. 49, Documento ONU A/44/49 (1989) (*entrada en vigencia* 2 de septiembre de 1990); Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, art. 1, Resolución del Consejo de Seguridad 39/46 (10 de diciembre de 1984); Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 16, Resolución del Consejo de Seguridad 61/106, Documento ONU A/RES/61/106 (13 de diciembre de 2006).
- 210 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, párr. 22, Documento ONU A/HRC/20/5 (30 de marzo de 2012). <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9693.pdf>
- 211 Karen Hughes, Mark A Bellis, Lisa Jones, Sara Wood, Geoff Bates, Lindsay Eckley, Ellie McCoy, Christopher Mikton, Tom Shakespeare y Alana Officer, *Prevalence and Risk of Violence against Adults with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, 379 *The Lancet* 1621, 1627 (28 de febrero de 2012).
- 212 Management Sciences for Health y UNFPA, *Decidimos Jóvenes con discapacidad: Por la igualdad de derechos y una vida sin violencia* (mayo de 2016), [https://www.msh.org/sites/msh.org/files/we\\_decide\\_infographic\\_es.pdf](https://www.msh.org/sites/msh.org/files/we_decide_infographic_es.pdf)
- 213 MSH y UNFPA, *Decidimos*, *supra* nota 212.
- 214 Dick Sobsey, *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities: The End of Silent Acceptance* (enero de 1994)
- 215 MSH y UNFPA, *Decidimos*, *supra* nota 212.
- 216 MSH y UNFPA, *Decidimos*, *supra* nota 212.
- 217 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 23.
- 218 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado Mundial de la Infancia 2013: Niños y niñas con discapacidad* 45 (mayo de 2013), [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SPANISH\\_SOWC2013\\_Lo\\_res.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf)
- 219 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2013*, *supra* nota 218, en 44.
- 220 Véase Karen Hughes, Mark A Bellis, Lisa Jones, Sara Wood, Geoff Bates, Lindsay Eckley, Ellie McCoy, Christopher Mikton, Tom Shakespeare y Alana Officer *Prevalence and Risk of Violence against Adults with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*, 379 *The Lancet* 1621, 1626-28 (28 de febrero de 2012).
- 221 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 17.
- 222 Comité Permanente entre Organismos (IASC), Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género en la Acción Humanitaria 1-8 (agosto de 2015), [https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG\\_version-espanol.pdf](https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG_version-espanol.pdf)
- 223 WRC e IRC, «I See That It Is Possible», *supra* nota 31, en 1.
- 224 WRC e IRC, «I See That It Is Possible», *supra* nota 31, en 14-17.
- 225 OMS, *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines* vii (2013), [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf) [en adelante OMS, *Responding to Intimate Partner Violence*]
- 226 Secretario General de las Naciones Unidas, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer: Informe del Secretario General*, párr. 111-112, Documento ONU A/61/122/Add.1 (6 de julio de 2006), [http://www.ungei.org/NO641977\\_sp.pdf](http://www.ungei.org/NO641977_sp.pdf)
- 227 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general núm. 19: La violencia contra la mujer (11.º período de sesiones, 1992)*, párrs. 1, 7, Documento ONU A/47/38 (1992) [en adelante Comité CEDCM, *Recomendación general núm. 19*]

- 228 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 6, 16, Resolución del Consejo de Seguridad 61/106, Documento ONU A/RES/61/106 (13 de diciembre de 2006) [en adelante CDPD]. Véase también Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CDPD), *Observación general núm. 3 (2016) Artículo 6: Sobre las mujeres y las niñas con discapacidad*, Documento ONU CRPD/C/GC/3 (25 de noviembre de 2016) [en adelante Comité CDPD, *Observación general núm. 3*].
- 229 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer, *adoptada el 18 de diciembre de 1979*, arts. 5, 6, Resolución del Consejo de Seguridad 34/180, Documento de las Naciones Unidas, 34.º período de sesiones, suplemento núm. 46, en 193, Documento ONU A/34/46, U.N.T.S. 13 (*entrada en vigencia 13 de septiembre de 1981*) [en adelante CEDCM]. Véase también, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general núm. 19: La violencia contra la mujer (11.º período de sesiones, 1992)*, Documento ONU A/47/38 (1992) [en adelante Comité CEDCM, *Recomendación general núm. 19*]; A.T. contra Hungría, com. 2/2003, Documento ONU A/60/38 (2005), <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/decisions-views/CEDAW%20Decision%20on%20AT%20vs%20Hungary%20Spanish.pdf>
- 230 Convención sobre los Derechos del Niño, *adoptada el 20 de noviembre de 1989*, arts. 19,34, Resolución del Consejo de Seguridad 44/25, anexo, Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 44.º período de sesiones, suplemento núm. 49, Documento ONU A/44/49 (1989) (*entrada en vigencia 2 de septiembre de 1990*) [en adelante CDN]. Véase también Comité de los Derechos del Niño (Comité CDN), *Observación general núm. 13 (2011) Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia*, Documento ONU CRC/C/GC/13 (lunes, 18 de abril de 2011).
- 231 CDPD, *supra* nota 228, en art. 16(4).
- 232 CDN, *supra* nota 230, en art. 39.
- 233 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, *adoptado el 16 de diciembre de 1966*, art. 2(1), Resolución del Consejo de Seguridad 2200A (XXI), Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 21.º período de sesiones, suplemento núm. 16, Documento ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entrada en vigencia 23 de marzo de 1976*) [en adelante PIDCP]
- 234 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2(2), Resolución del Consejo de Seguridad 2200A (XXI), Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, suplemento núm. 16, Documento ONU A/6316 (1966) [en adelante PIDESC]
- 235 CDPD, *supra* nota 228, en arts. 5, 6(1), 7.
- 236 CEDCM, *supra* nota 229, en arts. 1, 3
- 237 PIDCP, *supra* nota 233, en art. 6(1).
- 238 CDPD, *supra* nota 228, en art. 10.
- 239 CDN, *supra* nota 230, en arts. 6(1), 24(1).
- 240 PIDCP, *supra* nota 233, en art. 7.
- 241 Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, arts. 2(1), 16(1), Resolución del Consejo de Seguridad 39/46 (10 de diciembre de 1984) [en adelante CAT].
- 242 CDPD, *supra* nota 228, en art. 15.
- 243 CDN, *supra* nota 230, en art. 37(a)
- 244 PIDCP, *supra* nota 233, en art. 9(1).
- 245 CDPD, *supra* nota 228, en art. 14.
- 246 PIDCP, *supra* nota 233, en art. 23.
- 247 PIDESC, *supra* nota 234, en art. 10(1).
- 248 CEDCM, *supra* nota 229, en art. 16.
- 249 CDPD, *supra* nota 228, en art. 23(1).
- 250 CDPD, *supra* nota 228, en arts. 6, 8(1)(b). Véase también Comité CDPD, *Observación general núm. 3, supra* nota 228.
- 251 CEDCM, *supra* nota 229, en arts. 2, 5.
- 252 CDN, *supra* nota 230, en art. 24.
- 253 PIDCP, *supra* nota 233, en art. 26.
- 254 CDPD, *supra* nota 228, en arts. 12, 13.
- 255 PIDESC, *supra* nota 234, en art. 11
- 256 CDPD, *supra* nota 228, en art. 28.
- 257 CDPD, *supra* nota 228, en art. 11.
- 258 Véase, por ejemplo, CDPD, *supra* nota 228, en art. 9; Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *La norma de la debida diligencia como instrumento para la eliminación de la violencia contra la mujer*, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Documento ONU E/CN.4/2006/61 (20 de enero de 2006) (por Yakin Ertürk); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, art. 7, 33 I.L.M. 1534; Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África, 2.º período ordinario de sesiones, Asamblea de la Unión, *adoptado el 11 de julio de 2003*, arts. 4, 23; Consejo de Europa, Convención para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, art. 5 (*entrada en vigencia 1 de agosto de 2014*).
- 259 Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Bélgica*, párr. 9, Documento ONU CCPR/C/BEL/CO/5 (2010); *Brasil*, párr. 5, Documento ONU CCPR/C/BRA/CO/2 (2005); *Burundi*, párr. 12, Documento ONU CCPR/C/BDI/CO/2 (2014); *Camerún*, párr. 11, Documento ONU CCPR/C/CMR/CO/4 (2010); *China (Macao)*, párr. 10, Documento ONU CCPR/C/CHN-MAC/CO/1 (2013); *República Checa*, párr. 14, Documento ONU CCPR/C/72/CZE (2001); *República Democrática del Congo*, párr. 12, Documento ONU CCPR/C/COD/CO/3 (2006); *Finlandia*, párr. 7, Documento ONU CCPR/C/FIN/CO/6 (2013); *Georgia*, párr. 14, Documento ONU CCPR/C/CO/74/GEO (2002); *Haiti*, párr. 13; Documento ONU CCPR/C/HTI/CO/1 (2014); *Irlanda*, párr. 9, Documento ONU CCPR/C/IRL/CO/3 (2008); *Jordania*, párr. 8, Documento ONU CCPR/C/JOR/CO/4 (2010); *Kenya*, párr. 11, Documento ONU CCPR/C/CO/83/KEN (2005); *Letonia*, párr. 13, Documento ONU CCPR/C/CO/79/LVA (2003); *Libia*, párr. 10, Documento ONU CCPR/C/LBY/CO/4 (2007); *Lituania*, párr. 9, Documento ONU CCPR/C/CO/80/LTU (2004); *Malawi*, párr. 14,

- Documento ONU CCPR/C/MWI/CO/1/Add.1 (2014); *Malí*, párr. 12; Documento ONU CCPR/CO/77/MLI (2003); *Mónaco*, párr. 9, Documento ONU CCPR/C/MCO/CO/2 (2008); *Paraguay*, párr. 12, Documento ONU CCPR/C/PRY/CO/3 (2013); *Rusia*, párr. 10, Documento ONU CCPR/C/RUS/CO/6 (2009); *Eslovaquia*, párr. 9, Documento ONU CCPR/CO/78/SVK (2003); *Eslovenia*, párr. 7, Documento ONU CCPR/CO/84/SVN (2005); *Suriname*, párr. 12, Documento ONU CCPR/CO/80/SUR (2004); *Tailandia*, párr. 12, Documento ONU CCPR/CO/84/THA (2005); *Togo*, párr. 11, Documento ONU CCPR/C/TGO/CO/4 (2011); *Ucrania*, párr. 14, Documento ONU CCPR/C/UKR/CO/7 (2013); *Uzbekistán*, párr. 13, Documento ONU CCPR/C/UZB/CO/3 (2010); *Yemen*, párr. 12, Documento ONU CCPR/CO/84/YEM (2005).
- 260 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general núm. 19: La violencia contra la mujer (11.º período de sesiones, 1992)*, párrs. 24(a), Documento ONU A/47/38 (1992)
- 261 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19*, párr. 31(c), Documento ONU CEDAW/C/GC/35 (14 de julio de 2017) [Comité CEDCM, *Recomendación general núm. 35*]
- 262 Comité CEDCM, *Recomendación general núm. 35*, *supra* nota 261, párrs. 34, 35.
- 263 Comité CEDCM, *Recomendación general núm. 19*, *supra* nota 227, en párr. 24(b).
- 264 Comité CEDCM, *Recomendación general núm. 19*, *supra* nota 227, en párr. 24(f).
- 265 Comité CDPD, *Observación general núm. 3* *supra* nota 228, en párr. 29.
- 266 Comité CDN, *Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, párr. 49, Documento ONU CRC/C/GC/20 (20 de abril de 2017).
- 267 Comité CDN, *Observación general núm. 20* *supra* nota 266, párr. 49.
- 268 Comité Permanente entre Organismos (IASC): Manual de género para acción humanitaria (2.ª ed. 2017) [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc\\_manual\\_de\\_genero\\_para\\_accion\\_humanitaria.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_manual_de_genero_para_accion_humanitaria.pdf)
- 269 UNFPA, Estándares Mínimos para la Prevención y Respuesta a la Violencia de Género en Situaciones de Emergencia (2015), [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBVIE.MS\\_FINAL\\_ESP\\_12-22\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBVIE.MS_FINAL_ESP_12-22_0.pdf) [en adelante UNFPA, Estándares Mín. para la Prevención de Violencia de Género]; Comité Permanente entre Organismos (IASC), Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género en la Acción Humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación 241-262 (agosto de 2015), [https://gbvguidelines.org/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG\\_version-espanol.pdf](https://gbvguidelines.org/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG_version-espanol.pdf) [en adelante IASC, Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género]
- 270 UNFPA, Estándares Mín. para la Prevención de Violencia de Género, *supra* nota 269, en xii-xiii.
- 271 UNFPA, Estándares Mín. para la Prevención de Violencia de Género, *supra* nota 269, en xii-xiii.
- 272 IASC, Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género, *supra* nota 269, en 241-262.
- 273 IASC, Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género, *supra* nota 269, en 249.
- 274 UNFPA, Addressing Violence against Women and Girls in Sexual and Reproductive Health Services 33-34 (2010), <http://www.unfpa.org/publications/addressing-violence-against-women-and-girls-sexual-and-reproductive-health-services> [en adelante UNFPA, Addressing Violence].
- 275 WHO, World Report on Violence and Health 154-155 (Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, y Rafael Lozano eds. 2002), [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf)
- 276 Mary Ann Curry et al., *Facilitators and barriers to disclosing abuse among women with disabilities*, 26(4) *Violence and Victims* 430, 442 (2011).
- 277 Human Rights Watch, What to do if someone hurts you or does bad things to you: Information about Gender-Based Violence for People with Disabilities (marzo de 2015), [https://www.hrw.org/sites/default/files/accessible\\_document/gender\\_based\\_violence\\_etr\\_final.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/accessible_document/gender_based_violence_etr_final.pdf)
- 278 Comité ESCR, *Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, párr. 7, Documento ONU E/C.12/GC/22 (mayo de 2016) [en adelante Comité ESCR, *Observación general núm. 22*]
- 279 Disabled Women's Network (DAWN) y Canadian Association of Community Living (CACL), «Our Right to be Safe! Building Safe Communities for People with Disabilities and Deaf People» (2015) (en registro de autor).
- 280 Save the Children y Handicap International, Out of the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities 22 (2011), [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/out\\_of\\_the\\_shadows\\_5.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/out_of_the_shadows_5.pdf)
- 281 Channtey Heng, et. al., Challenging Discrimination Against Women with Disabilities: A Community Toolkit (noviembre de 2012), <http://banteaysrei.info/wp-content/uploads/2013/03/A-Community-Training-Toolkit-EN.pdf>
- 282 Comité CDPD, *Observaciones finales: Mauricio*, párr. 28, Documento ONU CRPD/C/MUS/CO/1 (2015); Comité CDPD, *Observaciones finales: Suecia*, párr. 42, Documento ONU CRPD/C/CWE/CO/1 (2014).

- 283 Comité CDPD, *Observaciones finales: Islas Cook*, párr. 30, Documento ONU CRPD/C/COK/CO/1 (2015); Comité CDPD, *Observaciones finales: El Salvador*, párr. 30, Documento ONU CRPD/C/SLV/CO/1 (2014); Comité CDPD, *Observaciones finales: Suecia*, párr. 42, Documento ONU CRPD/C/CWE/CO/1 (2014).
- 284 Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Albania*, párr. 20, Documento ONU CCPR/CO/82/ALB (2004).
- 285 Comité CDPD, *Observaciones finales: Túnez*, párr. 27, Documento ONU CRPD/C/TUN/CO/1 (2011); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Suecia*, párr. 8, Documento ONU CCPR/C/SWE/CO/6 (2009).
- 286 Comité CDPD, *Observaciones finales: Brasil*, párr. 35, Documento ONU CRPD/C/BRA/CO/1 (2015); Comité CDPD, *Observaciones finales: Costa Rica*, párr. 36, Documento ONU CRPD/C/CRI/CO/1 (2014); Comité CDPD, *Observaciones finales: Qatar*, párr. 14, Documento ONU CRPD/C/QAT/CO/1 (2015); Comité CDPD, *Observaciones finales: Corea del Sur*, párr. 34, Documento ONU CRPD/C/KOR/CO/1 (2014); Comité CDPD, *Observaciones finales: Túnez*, párr. 15, Documento ONU CRPD/C/TUN/CO/1 (2011).
- 287 Comité CDPD, *Observaciones finales: Túnez*, párr. 27, Documento ONU CRPD/C/TUN/CO/1 (2011).
- 288 Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: México*, párr. 8; Documento ONU CCPR/C/MEX/CO/5 (2010).
- 289 Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Albania*, párr. 10, Documento ONU CCPR/CO/82/ALB (2004); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Brasil*, ¶ 5, Documento ONU CCPR/C/BRA/CO/2 (2005); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Letonia*, ¶ 13, Documento ONU CCPR/CO/79/LVA (2003); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Serbia*, ¶ 9, Documento ONU CCPR/C/SRB/CO/2 (2011); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Eslovaquia*, ¶ 9, Documento ONU CCPR/CO/78/SVK (2003); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Eslovenia*, ¶ 7, Documento ONU CCPR/CO/84/SVN (2005).
- 290 Véase, por ejemplo, CDPD, *supra* nota 228, en art. 28(2)(c).
- 291 Véase UNFPA, *Addressing Violence*, *supra* nota 274, en 36.
- 292 Pacific Disability Forum y Fiji Disabled Peoples' Federation: Toolkit on Eliminating Violence Against Women and Girls with Disabilities in Fiji (2014) [http://www.pacificdisability.org/getattachment/Resources/PDF-Resources/Toolkit-on-Eliminating-Violence-Against-Women-And-Girls-With-Disabilities-In-Fiji-\(1\).pdf.aspx](http://www.pacificdisability.org/getattachment/Resources/PDF-Resources/Toolkit-on-Eliminating-Violence-Against-Women-And-Girls-With-Disabilities-In-Fiji-(1).pdf.aspx)
- 293 UNFPA, *Addressing Violence*, *supra* nota 274, en 35.
- 294 UNFPA, *Addressing Violence*, *supra* nota 274, en 33-34.
- 295 Carolyn Frohmader y Stephanie Ortoleva, Documento temático: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities 7 (1 de julio de 2013), [http://womenenabled.org/pdfs/issues\\_paper\\_srr\\_women\\_and\\_girls\\_with\\_disabilities\\_final.pdf](http://womenenabled.org/pdfs/issues_paper_srr_women_and_girls_with_disabilities_final.pdf)
- 296 Doris Rajan, DisAbled Women's Network (DAWN Canada), Women with Disabilities y Breast Cancer Screening: An Environmental Scan. Identified Problems, Strategies and Recommended Next Steps 6 (2012) [en adelante Rajan, Women with Disabilities y Breast Cancer Screening].
- 297 Véase Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ONU Mujeres, Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 2) 7 (2015), <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence> [en adelante Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 2)].
- 298 Guías ilustradas de la Illinois Coalition Against Sexual Assault (ICASA) y el Illinois Sexual Assault Nurse Examiner (SANE), <http://www.icasa.org/index.aspx?PageID=1045>
- 299 Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 2), *supra* nota 297, en 14; UNFPA, *Addressing Violence*, *supra* nota 284, en 39. Véase también OMS, Plan de acción mundial: los sistemas de salud enfrentan la violencia contra las mujeres y las niñas 21(2016), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259516/WHO-RHR-16.13-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 300 UNFPA, *Addressing Violence*, *supra* nota 274, en 74.
- 301 Promundo, UNFPA, MenEngage, Gender-Based Violence: A Global Toolkit for Action 85 (2010), <http://www.unfpa.org/publications/gender-based-violence>
- 302 Cathy Hoog: Model Protocol on Screening Practices for Domestic Violence Victims with Disabilities, Washington State Coalition Against Domestic Violence 6 (enero de 2010) [https://wscadv.org/wp-content/uploads/2015/06/protocol\\_disability\\_screening.pdf](https://wscadv.org/wp-content/uploads/2015/06/protocol_disability_screening.pdf)
- 303 Véase UNFPA, *Addressing Violence*, *supra* nota 274, en 9
- 304 Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 2), *supra* nota 297, en 18, .
- 305 Nancy Smith, et. al., Vera Institute of Justice, Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities: Domestic Violence/ Rape Crisis Dual Agencies 53 (septiembre de 2015), <https://www.vera.org/publications/measuring-capacity-to-serve-survivors-with-disabilities> [en adelante Vera Institute, Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities]
- 306 Stephanie Ortoleva, *Inaccessible Justice: Human Rights, Persons with Disabilities and the Legal System*, 17 ILSA Journal of Int'l and Comparative Law 281, 284 (2011). Si bien no se menciona en estas directrices, el rol de las personas con discapacidad en el sistema de justicia, y la negación a estas personas de su participación como testigos, jurados, jueces, abogados y administrativos, es una faceta importante de la discriminación que las personas con discapacidad enfrentan para acceder a la justicia, y debe abordarse para garantizar justicia sustantiva para las personas con discapacidad. *Id.* en 284-85.

- 307 Las consecuencias de un acceso efectivo a la justicia se extienden más allá del sistema de justicia, como se establece en el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas: «Existen lazos fuertes entre establecer gobernanza democrática, reducir la pobreza y garantizar el acceso a la justicia. La gobernanza democrática es socavada cuando el acceso a la justicia para todos los ciudadanos (independientemente de [discapacidad], género, raza, religión, edad, clase o credo) está ausente. El acceso a la justicia también está vinculado estrechamente con la reducción de la pobreza, dado que ser pobre y marginalizado implica estar privado de elecciones, oportunidades, acceso a recursos básicos y participación en la toma de decisiones. La falta de acceso a la justicia limita la efectividad de la reducción de la pobreza y de los programas de gobernanza democrática al limitar la participación, la transparencia y la rendición de cuentas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Access to Justice: Practice Note 3* (3 de septiembre de 2004), [http://www.undp.org/governance/docs/Justice\\_PN\\_English.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/Justice_PN_English.pdf)
- 308 Hilary Brown, *Sexual Assault: Facing Facts*, 87 *Nursing Times* 65 (1991); Jeanine Benedet e Isabel Grant, *Hearing the Sexual Assault Complaints of Women with Mental Disabilities: Evidentiary and Procedural Issues*, 52 *McGill L.J.* 515, 523 (2007); Rashida Manjoo (Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer), *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: Mujeres con discapacidad*, párr. 60, Documento ONU A/67/227 (3 de agosto de 2012), [http://digitallibrary.un.org/record/734871/files/A\\_67\\_227-ES.pdf](http://digitallibrary.un.org/record/734871/files/A_67_227-ES.pdf) [en adelante *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres con discapacidad*]
- 309 *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres con discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 42.
- 310 *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres con discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 42.
- 311 Doris Rajan e Institute for Research and Development on Inclusion and Society (IRIS), *People with Mental Health and Cognitive Disabilities & Access to the Justice System: Report on a Review of the Literature* (26 de marzo de 2015) [en adelante Rajan e IRIS, *Access to the Justice Literature Review*].
- 312 Rajan e IRIS, *Access to the Justice Literature Review*, *supra* nota 311.
- 313 Safe Austin, In *My Jurisdiction: Responding to Crimes Against People with Disabilities, Deaf Individuals, and Older Adults* (2007), <http://safeaustin.org/wp-content/uploads/2013/12/Law-Enforcement-Curriculum-packaged.pdf>.
- 314 Cathy Vaughan, Alexandra Devine, Raquel Ignacio, Wanet Lacsamana, Ma. Jesusa Marco, Jerome Zayas y Carolyn Sobritchea, *Building capacity for a disability-inclusive response to violence against women and girls: experiences from the W-DARE project in the Philippines*, 24 *Gender & Development* 2, 257-258 (15 de junio de 2016), <http://dx.doi.org/10.1080/13552074.2016.1194031>
- 315 Shanah Shamim, *Paralegals Supporting Girls and Women with Disabilities*, National Union of Women with Disabilities of Uganda, 19 de mayo de 2017, <https://nuwoduganda.org/2017/05/19/paralegals-supporting-girls-and-women-with-disabilities/>
- 316 *Sexual Abuse Victim Empowerment [SAVE]*, Cape Mental Health (2017), <http://www.capementalhealth.co.za/save.html>.
- 317 Departamento sobre Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA), División de Política y Desarrollo Social (DSPD): *Toolkit on Disability for Africa: Module 8: Access to Justice for Persons with Disabilities 15-16*, <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Access-to-justice.pdf> [en adelante UNDESA DSPD, *Toolkit on Disability for Africa*].
- 318 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad (marzo de 2008), <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2009/7037.pdf>
- 319 Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Chad*, párr. 21, Documento ONU CCPR/C/TCD/CO/2 (2014).
- 320 Advocates y ONU Mujeres, *Working with the Justice Sector*, *supra* nota 37, en 25.
- 321 Leonard Cheshire Disability Zimbabwe, *Proyecto de acceso a la justicia para niñas y mujeres con discapacidad* (2016) (en archivo con el autor). Para obtener más información sobre el proyecto, véase *Access to Justice for Disabled Women, The Zimbabwean*, 25 de mayo de 2015, *disponible en* <http://reliefweb.int/report/zimbabwe/access-justice-disabled-women>
- 322 UNDESA DSPD, *Toolkit on Disability for Africa*, *supra* nota 327, EN 15.
- 323 Comité contra la Tortura, *Observaciones finales: Estados Unidos de América*, Documento ONU CAT/C/USA/CO/2 párr. 32 (25 de julio de 2006); Comité contra la Tortura, *Observación general núm. 2: Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes*, Documento ONU CAT/C/GC/2 párr. 18 (24 de enero de 2008).
- 324 Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Colombia*, párr. 18, Documento ONU CCPR/C/COL/CO/6 (2010); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Kenya*, párr. 12, Documento ONU CCPR/C/KEN/CO/3 (2012).
- 325 Shelah S. Bloom y USAID, *Violence Against Women and Girls- A Compendium of Monitoring and Evaluation Indicators: Measure Evaluation 128-129* (2008), <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/gender/violence-against-women-and-girls-compendium-of-indicators>
- 326 Vera Institute, *Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities*, *supra* nota 305, en 54-55 («...incluidos: Recursos para los defensores que expliquen cómo tratar con los fiscales la discapacidad del sobreviviente como un posible factor agravante en el crimen; una guía ilustrada para usar al trabajar con un sobreviviente con discapacidad intelectual para familiarizarlo con la corte y los procesos de la corte; un documento informativo para proporcionar a los fiscales que describa las necesidades o consideraciones únicas al trabajar con sobrevivientes con discapacidad; un documento informativo para los sobrevivientes sobre habilidades para enfrentar el impacto emocional de su participación en el sistema legal»).

- 327 Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, art. 4(g), Resolución del Consejo de Seguridad 48/104, Documento ONU A/RES/48/104 (20 de diciembre de 1993) [en adelante Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer].
- 328 Véase, por ejemplo, Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, *supra* nota 309, en art. 4(c); Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *La norma de la debida diligencia como instrumento para la eliminación de la violencia contra la mujer, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*, Documento ONU E/CN.4/2006/61, párr. 38-55 (20 de enero de 2006) (por Yakin Ertürk); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, art. 7, 33 I.L.M. 1534; Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África, 2.º período ordinario de sesiones, Asamblea de la Unión, *adoptado el 11 de julio de 2003*, arts. 4, 23; Consejo de Europa, Convención para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, art. 5 (*entrada en vigencia* 1 de agosto de 2014).
- 329 UNFPA, Addressing Violence, *supra* nota 274, en 33-34.
- 330 UNFPA, Addressing Violence, *supra* nota 274, en 33-34.
- 331 *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres con discapacidad*, *supra* nota 11, párrs. 59, 62.
- 332 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 16.
- 333 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 16.
- 334 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 14.
- 335 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 17.
- 336 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 14.
- 337 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 17.
- 338 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 314, párrs. 16, 37.
- 339 Véase, por ejemplo, Oficina subregional del Pacífico del UNFPA, An Assessment of the State of Violence against Women in Fiji 33 (2008), [http://www.un.org/womenwatch/ianwge/taskforces/vaw/Fiji\\_VAW\\_Assessment\\_2008.pdf](http://www.un.org/womenwatch/ianwge/taskforces/vaw/Fiji_VAW_Assessment_2008.pdf)
- 340 Women with Disabilities Australia (WWDA), More than Just a Ramp: A Guide for Women's Refugees to Develop Disability Discrimination Act Action Plans 48-73 (2007), [http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/More\\_Than\\_Just\\_A\\_Ramp.pdf](http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/More_Than_Just_A_Ramp.pdf)
- 341 Proyecto CARE, Advocate Guide: Safety Planning for People with Disabilities (2007), *disponible en* <https://www.endabusepwd.org/publications/project-care-advocate-guide-safety-planning-disabilities/>
- 342 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 36.
- 343 Vera Institute, Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities, *supra* nota 305, en 34.
- 344 Vera Institute, Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities, *supra* nota 305, en 37-38.
- 345 Vera Institute, Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities, *supra* nota 305, en 34.
- 346 CDPD, *supra* nota 117, art. 26; Comité CEDCM, *Observaciones finales: Jordania*; párr. 28, 40, Documento ONU CEDAW/C/JOR/CO/5 (2012); Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, art. 4(g), Resolución del Consejo de Seguridad 48/104, Documento ONU A/RES/48/104 (20 de diciembre de 1993).
- 347 Véase Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 4), *supra* nota 118, en 10.
- 348 Grupo de Referencia sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes del IASC, Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias: ¿Qué deben saber los actores humanitarios de salud? 1 (2010), [http://www.who.int/mental\\_health/emergencias/what\\_humanitarian\\_health\\_actors\\_should\\_know\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencias/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf)
- 349 Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Angola*, párr. 10, Documento ONU CCPR/C/AGO/CO/1 (2013); *Irlanda*, párr. 9, Documento ONU CCPR/C/IRL/CO/3 (2008); *Japón*, párr. 15, Documento ONU CCPR/C/JPN/CO/5 (2008); *República Kirguisa*, párr. 14, Documento ONU CCPR/C/CO/69/KGZ (2000); *Maldivas*, párr. 11, Documento ONU CCPR/C/MDV/CO/1 (2012); *México*, párr. 8; Documento ONU CCPR/C/MEX/CO/5 (2010); *Ucrania*, párr. 10, Documento ONU CCPR/C/UKR/CO/6 (2006); *Estados Unidos*, párr. 16, Documento ONU CCPR/C/USA/CO/4 (2014).
- 350 Véase UNFPA, Implementation of the International and Regional Human Rights Framework for the Elimination of Female Genital Mutilation 33 (noviembre de 2014), <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FGMC-humanrights.pdf> [en adelante UNFPA, Human Rights Framework for the Elimination of Female Genital Mutilation]
- 351 Véase Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (módulo 4), *supra* nota 118, en 15.
- 352 Véase Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (módulo 4), *supra* nota 118, en 15.
- 353 Illinois Imagines Project, Our Rights, Right Now: Women with Disabilities and Sexual Violence Education Guide (mayo de 2010), <http://www.icasa.org/docs/illinois%20imagines/mini%20module%204%20education%20guide.pdf>
- 354 Véase Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 4), *supra* nota 118, en 17.
- 355 UNFPA, Addressing Violence, *supra* nota 274, en 44-45.
- 356 Véase UNFPA, Addressing Violence, *supra* nota 274, en 9.

- 357 Wisconsin's Violence Against Women with Disabilities and Deaf Women Project, A Practical Guide for Creating Trauma-Informed Disability, Domestic Violence and Sexual Assault Organizations (diciembre de 2011), *disponible en* <https://www.endabusepwd.org/publications/guide-for-creating-trauma-informed-organizations/>
- 358 Women's Refugee Commission (WRC) y Comité Internacional de Rescate (IRC), Building capacity for disability inclusion in gender-based violence programming in humanitarian settings: Toolkit for GBV practitioners (2015), [En adelante WRC e IRC, Toolkit for GBV Practitioners]
- 359 Véase Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (módulo 4), *supra* nota 118, en 15.
- 360 Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 4), *supra* nota 118, en 17.
- 361 Grupo de Referencia sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes del IASC, Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias: ¿Qué deben saber los actores humanitarios de salud? 3 (2010), [http://www.who.int/mental\\_health/emergencias/what\\_humanitarian\\_health\\_actors\\_should\\_know\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencias/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf)
- 362 IASC, Salud Mental y Apoyo Psicosocial, *supra* nota 361, en 3.
- 363 Vera Institute, Measuring Capacity to Serve Survivors with Disabilities, *supra* nota 305, en 31.
- 364 *Disabilities and Rehabilitation: Violence Against Adults and Children with Disabilities*, OMS (2017), <http://www.who.int/disabilities/violence/en/> (en adelante OMS, *Violence Against Adults and Children with Disabilities*) («La acogida de personas con discapacidad en instituciones también aumenta su vulnerabilidad a la violencia. En estos entornos y otros, las personas con deficiencias de comunicación tienen dificultades para divulgar experiencias de abuso»); ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 15.
- 365 Report on the situation of minority women in the European Union ((2003/2109(INI)), Eur. Parl. Doc. (A5-0102/2004) 13 (Feb. 24, 2004), <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A5-2004-0102+0+DOC+PDF+V0//EN>
- 366 Informe sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea, *supra* nota 365, en 13.
- 367 CDPD, *supra* nota 228, en art. 16(3).
- 368 Véase SoS Village Children, From a Whisper to a Shout: A Call to End Violence against Children in Alternative Care 11, <https://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/345ec018-7dd1-4ad1-a387-48fdabfb7297/From-a-whisper-to-a-shout-A4-EN-WEB-final.pdf> [en adelante SOS Village, From a Whisper to a Shout].
- 369 Juan E. Méndez (Reporte especial sobre Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradante), *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment Juan E. Méndez*, Documento ONU. A/HRC/28/68 (5 de marzo de 2015), [http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session28/Documents/A\\_HRC\\_28\\_68\\_E.doc](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session28/Documents/A_HRC_28_68_E.doc) [en adelante *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment Juan E. Méndez 2015*]. Para obtener más información sobre la aplicación del informe a niños con discapacidades, Eric Rosenthal, *A Mandate to End Placement of Children in Institutions and Orphanages: The Duty of Governments and Donors to Prevent Segregation and Torture*, 1 Georgetown Law Human Rights Institute Perspectives on Human Rights 3 (enero de 2017), <https://www.law.georgetown.edu/academics/centers-institutes/human-rights-institute/our-work/research/upload/Perspectives-on-Human-Rights-Rosenthal.pdf>
- 370 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 38.
- 371 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 38.
- 372 DisAbleD Women's Network (DAWN-RAFH) Canada, Hoja descriptiva: Women with Disabilities and Violence (enero de 2014), <http://www.dawncanada.net/main/wp-content/uploads/2014/03/English-Violence-January-2014.pdf>
- 373 ACNUDH, *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, *supra* nota 11, párr. 15.
- 374 *Disabilities and Rehabilitation: Violence Against Adults and Children with Disabilities*, OMS (última actualización en 2017), <http://www.who.int/disabilities/violence/en/>
- 375 Sense, A Right to Friendship: Challenging the Barriers to Friendship for People with Disabilities 4 (2015), <https://www.sense.org.uk/sites/default/files/11636-FriendshipReport-Sngl-MR.pdf>
- 376 Sense, A Right to Friendship, *supra* nota 375, en 4.
- 377 Lao Disabled Women's Developmental Centre, <http://laodisabledwomen.com/about-us-2/>
- 378 Véase India: *Women with Disabilities Locked Away and Abused: End Forced Institutionalization, Sexual and Physical Violence, Involuntary Treatment*, Human Rights Watch, 3 de diciembre de 2014 12:45 a.m. EST, <https://www.hrw.org/news/2014/12/03/india-women-disabilities-locked-away-and-abused>
- 379 DisAbleD Women's Network (DAWN-RAFH) Canada, Hoja descriptiva: Women with Disabilities and Violence (enero de 2014), <http://www.dawncanada.net/main/wp-content/uploads/2014/03/English-Violence-January-2014.pdf>

- 380 Véase Priscila Rodriguez, et als., Disability Rights International, No Justice: Torture, Trafficking and Segregation in Mexico 16 (22 de julio de 2015), [https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Sin-Justicia-MexRep\\_21\\_Abr\\_english-1.pdf](https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Sin-Justicia-MexRep_21_Abr_english-1.pdf) [en adelante DRI, No Justice]
- 381 Véase SOS Village, From a Whisper to a Shout, *supra* nota 368, en 12-13.
- 382 Véase SOS Village, From a Whisper to a Shout, *supra* nota 368, en 11.
- 383 Véase SOS Village, From a Whisper to a Shout, *supra* nota 368, en 11.
- 384 Véase SOS Village, From a Whisper to a Shout, *supra* nota 368, en 11.
- 385 Guidelines for the Alternative Care of Children, G.A. del Consejo de Seguridad 64/142, Documento ONU A/RES/64/142 (24 de febrero de 2010), *disponible en* [http://www.unicef.org/protection/alternative\\_care\\_Guidelines-English.pdf](http://www.unicef.org/protection/alternative_care_Guidelines-English.pdf).
- 386 UN Partnership on the Rights of Persons with Disabilities (UNPRPD), Connections: Building Partnerships for Disability Rights. An Overview of Results from the first UNPRPD Funding Round 41-47 (mayo de 2016), <http://mptf.undp.org/document/download/16578>
- 387 Véase *Disabilities and Rehabilitation: Violence Against Adults and Children with Disabilities*, OMS (última actualización en 2017), <http://www.who.int/disabilities/violence/en/>; OHCHR, *Thematic Study on the Issue of Violence Against Women and Girls and Disability*, *supra* nota 11, párr. 15.; DRI, No Justice, *supra* nota 380.
- 388 UNFPA, Make It Matter: 10 Key Advocacy Messages to Prevent HIV in Girls and Young Women (2007), <http://www.unfpa.org/publications/make-it-matter> [en adelante UNFPA, Make It Matter]
- 389 UNFPA y Save the Children USA, Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios: En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios 7-8 (septiembre de 2009), [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_ASRHtoolkit\\_espanol.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf) [en adelante UNFPA, Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes].
- 390 Véase UNICEF, Eliminar la Violencia contra los Niños y Niñas: Seis Estrategias para la Acción 12 (septiembre de 2014), [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF\\_Ending\\_Violence\\_Spanish\\_WEB\\_240215.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Ending_Violence_Spanish_WEB_240215.pdf) [en adelante UNICEF, Eliminar la Violencia contra los Niños y Niñas].
- 391 Véase UNICEF, Eliminar la Violencia contra los Niños y Niñas, *supra* nota 390, en 12.
- 392 División para el Adelanto de la Mujer del Departamento sobre Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, ahora parte de ONU Mujeres, Supplement to the Handbook for Legislation on Violence against Women: «Harmful practices» Against Women 29 (marzo de 2011), <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Supplement-to-Handbook-English.pdf>
- 393 UNFPA, Addressing Violence, *supra* nota 274, en 85.
- 394 Véase UNICEF, Summary Report Violence against Disabled Children: UN Secretary General's Report on Violence against Children Thematic Group on Violence against Disabled Children - Findings and Recommendations 22-29 (28 de julio de 2005), [https://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/UNICEF\\_Violence\\_Against\\_Disabled\\_Children\\_Report\\_Distributed\\_Version.pdf](https://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/UNICEF_Violence_Against_Disabled_Children_Report_Distributed_Version.pdf) [en adelante UNICEF, Summary Report Violence against Disabled Children]; Plan International, International Centre for Evidence and Disability, SAME, y London School of Hygiene and Tropical Medicine, Protect Us! Inclusion of children with disabilities in child protection (2016), <https://plan-international.org/publications/>
- protect-us [en adelante Plan International et als. Protect Us!]; Save the Children y Handicap International, Out of the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities 21 (2011), [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/out\\_of\\_the\\_shadows\\_5.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/out_of_the_shadows_5.pdf)
- 395 Véase Comité CDPD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Ucrania*, párr. 14, Documento ONU CRPD/C/UKR/CO/1(2 de octubre de 2015).
- 396 Kamikazi Jackline, *U-Report changing how people express and view themselves!*, U-Report Uganda Voice Matters (8 de marzo de 2016), <http://www.ureport.ug/story/230/>
- 397 Véase UNICEF, Summary Report Violence against Disabled Children, *supra* nota 394, en 22-29; Plan International et als. Protect Us!, *supra* nota 394; Save the Children y Handicap International, Out of the Shadows, *supra* nota 394, en 22.
- 398 Women's Refugee Commission y ChildFund, Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities Toolkit: A Toolkit for Child Protection Actions (17 de febrero de 2016), <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/1289-youth-disabilities-toolkit>
- 399 Véase *Llamamiento a la acción #ENDviolence against Children and Adolescents with Disabilities*, Global Partnership on Children with Disabilities, <http://www.gpcwd.org/endviolence.html>
- 400 Véase UNICEF, Summary Report Violence against Disabled Children, *supra* nota 394, en 25, Plan International et als. Protect Us!, *supra* nota 394; Save the Children y Handicap International, Out of the Shadows, *supra* nota 394, en 21.
- 401 OMS, Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services 5 (2012), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/adolescent\\_friendly\\_services/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/)

- 402 Véase UNICEF, Eliminar la Violencia contra los Niños y Niñas: Seis Estrategias para la Acción 33-37 (septiembre de 2014), [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF\\_Ending\\_Violence\\_Spanish\\_WEB\\_240215.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Ending_Violence_Spanish_WEB_240215.pdf) [en adelante UNICEF, Eliminar la Violencia contra los Niños y Niñas]
- 403 Véase UNICEF, Eliminar la Violencia contra los Niños y Niñas, *supra* nota 402, en 38-41.
- 404 Véase UNICEF, Summary Report Violence against Disabled Children, *supra* nota 394, en 25, Plan International et als. Protect Us!, *supra* nota 394; Save the Children y Handicap International, Out of the Shadows, *supra* nota 394, en 21.
- 405 Véase División para el Adelanto de la Mujer del Departamento sobre Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, ahora parte de ONU Mujeres, Supplement to the Handbook for Legislation on Violence against Women: "Harmful practices" Against Women 31-32 (marzo de 2011), <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Supplement-to-Handbook-English.pdf> [en adelante UN Women, "Harmful practices" Against Women]; UNICEF, Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration (diciembre de 2013), [https://www.unicef.org/publications/index\\_71514.html](https://www.unicef.org/publications/index_71514.html)
- 406 UN Women, "Harmful practices" Against Women, *supra* nota 405, en 14-15.
- 407 Véase UNICEF, Summary Report Violence against Disabled Children, *supra* nota 394, en 29, Plan International et als. Protect Us!, *supra* nota 394, en 55-56; Save the Children & Handicap International, Out of the Shadows, *supra* nota 394, en 21-22.
- 408 The Aspen Institute, Preliminary List of Recommended Indicators for the Girls Not Brides Partnership 4 (2014), *disponible en* <http://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2014/09/APEP-Preliminary-List-of-Recommended-Indicators-8-29-14.pdf>.
- 409 Véase The Aspen Institute, Preliminary List of Recommended Indicators for the Girls Not Brides (GNB) Partnership, *supra* nota 408, en 19.
- 410 Véase The Aspen Institute, Preliminary List of Recommended Indicators for the Girls Not Brides (GNB) Partnership, *supra* nota 408, en 19.
- 411 UNFPA, Danish Institute for Human Rights y ACNUDH, Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions, en 18, Documento ONU HR/PUB/14/16 (2014), <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/NHRIHandbook.pdf> [en adelante UNFPA et als. NHRI Handbook]
- 412 UNFPA et als. NHRI Handbook, *supra* nota 411, en 19.
- 413 Ann M. Starrs, Alex C. Ezeh, Gary Barker, Alaka Basu, Jane T. Bertrand, Robert Blum, Awa M. Coll-Seck, Anand Grover, Laura Laski, Monica Roa, Zeba A. Sathar, Lale Say, Gamal I. Serour, Susheela Singh, Karin Stenberg, Marleen Temmerman, Ann Biddlecom, Anna Popinchalk, Cynthia Summers y Lori S. Ashford, *Accelerate Progress - Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission*, *The Lancet* 7-57 (9 de mayo de 2018), [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext?code=lancet-site) [en adelante *Report of the Guttmacher-Lancet Commission*]
- 414 *Report of the Guttmacher-Lancet Commission*, *supra* nota 413, en 11, 17, 30, 36, 47, 48.
- 415 *Report of the Guttmacher-Lancet Commission*, *supra* nota 413, en 36.
- 416 Jane Maxwell, Julia Watts Belser, y Darlena David, *Hesperian Health Guides, Un manual de salud para mujeres con discapacidad 2* (2007), [http://es.hesperian.org/hhg/Un\\_manual\\_de\\_salud\\_para\\_mujeres\\_con\\_discapacidad](http://es.hesperian.org/hhg/Un_manual_de_salud_para_mujeres_con_discapacidad) [en adelante Maxwell et al., *Un manual de salud*]
- 417 Payal Shah, et. al, *Gynecological Care for Adolescents with Disability: Physician Comfort, Perceived Barriers, and Potential Solutions*, en 18 J. of Pediatric and Adolescent Gynecology 101, 102 (2005).
- 418 Shah, et. al., *supra* nota 417, en 102.
- 419 Comité CDPD, *General Comment on Article 19: Living Independently and being included in the Community*, párr. 1, Documento ONU CRPD/C/18/1 (29 de agosto de 2017).
- 420 Véase Carolyn Frohmader y Stephanie Ortoleva, Documento temático: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities 4-5 (1 de julio de 2013), [http://womenenabled.org/pdfs/issues\\_paper\\_srr\\_women\\_and\\_girls\\_with\\_disabilities\\_final.pdf](http://womenenabled.org/pdfs/issues_paper_srr_women_and_girls_with_disabilities_final.pdf).
- 421 Véase Frohmader y Ortoleva, Documento temático: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities, *supra* nota 420, en 3-4.
- 422 Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general núm. 19: La violencia contra la mujer (11.º período de sesiones, 1992)*, párr. 42, Documento ONU A/47/38 (1992) [en adelante Comité CEDCM, *Recomendación General núm. 19*].
- 423 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado Mundial de la Infancia 2013: Niños y niñas con discapacidad 41* (mayo de 2013), [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SPANISH\\_SOWC2013\\_Lo\\_res.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf)
- 424 Julia A. Rivera Drew, *Hysterectomy and Disability Among U.S. Women*, 45 *Persp. on Sexual and Reprod. Health* 157, 161 (2013); Elizabeth Pendo, *Disability, Equipment Barriers, and Women's Health: Using the ADA to Provide Meaningful Access*, 2 *SLU Journal of Health Law & Policy* 16, 44-45 (2008).

- 425 *Paquete de Servicios Iniciales Mínimos*, Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (2011), <http://iawg.net/minimum-initial-service-package/psim-misp-en-espanol/> (Módulo de enseñanza a distancia del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos). Véase también *MISP Calculators*, Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (2018), <http://iawg.net/resource/misp-rh-kit-calculators/> («Esta hoja de cálculo calcula las estadísticas de salud reproductiva necesarias para la implementación del PSIM [Paquete de Servicios Iniciales Mínimos]]. Ingresar datos específicos de los centros en los cuadros grises; el resto de la hoja de cálculo está protegido para garantizar cálculos precisos»).
- 426 UNFPA, *Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM)* (abril de 2015) [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP\\_Objectives.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP_Objectives.pdf)
- 427 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, *adoptado el 16 de diciembre de 1966*, art. 6(1), Resolución del Consejo de Seguridad 2200A (XXI), Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 21.º período de sesiones, suplemento núm. 16, Documento ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entrada en vigencia* 23 de marzo de 1976) [en adelante PIDCP].
- 428 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12, Resolución del Consejo de Seguridad 2200A (XXI), Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, suplemento núm. 16, Documento ONU A/6316 (1966) [en adelante PIDESC].
- 429 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 10,25, Resolución del Consejo de Seguridad 61/106, Documento ONU A/RES/61/106 (13 de diciembre de 2006) [en adelante CDPD].
- 430 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer, *adoptada* 18 de diciembre de 1979, art. 12, Resolución del Consejo de Seguridad 34/180, Documento de las Naciones Unidas, 34.º período de sesiones, suplemento núm. 46, en 193, Documento ONU A/34/46, U.N.T.S. 13 (*entrada en vigencia* 13 de septiembre de 1981) [en adelante CEDCM].
- 431 Convención sobre los Derechos del Niño, *adoptada* el 20 de noviembre de 1989, arts. 6(1), 24(1), Resolución del Consejo de Seguridad 44/25, anexo, Documentos Oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 44.º período de sesiones, suplemento núm. 49, Documento ONU A/44/49 (1989) (*entrada en vigencia* 2 de septiembre de 1990) [en adelante CDN].
- 432 PIDCP, *supra* nota 427, en art. 9(1), 17(1).
- 433 CDPD, *supra* nota 429, en arts. 14, 22(1), 23(1)(c).
- 434 CEDCM, *supra* nota 430, en art. 16(1)(e).
- 435 CDN, *supra* nota 431, en art. 16(1).
- 436 PIDESC, *supra* nota 428, en art. 13. Véase también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité ESCR), *Observación general núm. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (Art. 12), párr. 29, Documento ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000) [en adelante Comité ESCR, *Observación general núm. 14*]; Comité ESCR, *Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, párrs. 12-21, Documento ONU E/C.12/GC/22 (mayo de 2016) [en adelante Comité ESCR, *Observación general núm. 22*].
- 437 CDPD, *supra* nota 429, en art. 23(1)(b).
- 438 CEDCM, *supra* nota 430, en art. 10(h). Véase también, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general núm. 24: Artículo 12: La mujer y la salud*, Documento ONU A/47/38 (1999) [en adelante Comité CEDCM, *Recomendación General núm. 24*].
- 439 CDN, *supra* nota 431, en arts 13, 17.
- 440 PIDCP, *supra* nota 427, en art. 2(1).
- 441 PIDESC, *supra* nota 428, en art. 2(2).
- 442 CDPD, *supra* nota 429, en arts. 5, 6(1), 7.
- 443 CEDCM, *supra* nota 430, en arts. 1, 3.
- 444 CDN, *supra* nota 431, en arts 2, 5.
- 445 PIDESC, *supra* nota 428, en art. 15(1).
- 446 PIDCP, *supra* nota 427, en art. 7.
- 447 Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, arts. 2(1), 16(1), Resolución del Consejo de Seguridad 39/46 (10 de diciembre de 1984) [en adelante CAT].
- 448 CDPD, *supra* nota 429, en art. 15.
- 449 CDN, *supra* nota 431, en art. 37(a).
- 450 PIDCP, *supra* nota 427, en art. 23.
- 451 PIDESC, *supra* nota 428, en art. 10(1).
- 452 CEDCM, *supra* nota 430, en art. 16.
- 453 CDPD, *supra* nota 429, en art. 23(1).
- 454 CDPD, *supra* nota 429, en art. 9.
- 455 CDPD, *supra* nota 429, en art. 11.
- 456 CDPD, *supra* nota 429, en art. 5(3). Véase también CDPD, *supra* nota 429, en arts. 14(2); 24(2)(c); 27(1)(i).
- 457 Comité ESCR, *Observación general núm. 14 supra* nota 436, en párr. 29. Véase también Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párr. 8.3, Documento ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (del 5 al 13 de septiembre de 1994) [en adelante Programa de acción de la CIPD].
- 458 Comité ESCR, *Observación general núm. 14 supra* nota 436, en párr. 12.
- 459 Comité ESCR, *Observación general núm. 14 supra* nota 436, en párr. 12. Véase también Programa de acción de la CIPD, *supra* nota 457, párr. 8.3.
- 460 Véase OMS, WHO Essential Medicines and Health Products: Annual Report 2016 (agosto de 2017), <http://www.who.int/medicines/publications/annual-reports/emp-annual-report2016/en/>

- 461 Comité ESCR, *Observación general* núm. 22 *supra* nota 436, en párr. 49.
- 462 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CDPD), *Observación general* núm. 3 (2016) *Artículo 6: Mujeres y niñas con discapacidad*, párr. 44, Documento ONU CRPD/C/GC/3 (25 de noviembre de 2016) [en adelante Comité CDPD, *Observación general* núm. 3].
- 463 Comité CDPD, *Observación general* núm. 3 *supra* nota 462, en párr. 45.
- 464 Comité CDN, *Observación general* núm. 20 (2016) *sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, párr. 59, Documento ONU CRC/C/GC/20 (20 de abril de 2017) [en adelante Comité CDN, *Observación general* núm. 20].
- 465 Comité CDN, *Observación general* núm. 20 *supra* nota 464, en párr. 59.
- 466 Comité CDN, *Observación general* núm. 20 *supra* nota 464, en párr. 60.
- 467 Comité CDN, *Observación general* núm. 20 *supra* nota 464, en párr. 60.
- 468 Comité CDN, *Observación general* núm. 20 *supra* nota 464, en párr. 61.
- 469 OMS, Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health 16-17 (Jonathan Abrahams, Natalie Jessup, Alana Officer, Peta Sandison y Valérie Scherrer eds. 2013), [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf)
- 470 OMS, Guidance note on disability, *supra* nota 469, en 17.
- 471 OMS, Guidance note on disability, *supra* nota 469, en 49.
- 472 OMS, Guidance note on disability, *supra* nota 469, en 51.
- 473 Véase, por ejemplo, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (RHR/OMS), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project, Family Planning: A Global Handbook for Providers Actualización 2018(2018), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; OMS, WHO Essential Medicines and Health Products, *supra* nota 460; OMS, Quality of Care in Contraceptive Information and Services, Based on Human Rights Standards: A Checklist for Health Care Providers 14 (2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254826/9789241512091-eng.pdf?sequence=1> [en adelante OMS, Contraceptive Checklist for Health Care Providers]
- 474 Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (RHR/OMS), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project, Family Planning: A Global Handbook for Providers Actualización 2018 291- 306 (2018), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 475 UNFPA y Engender Health, Engaging Men in Sexual and Reproductive Health and Rights, Including Family Planning (2017), <http://www.unfpa.org/resources/engaging-men-sexual-and-reproductive-health-and-rights-including-family-planning>
- 476 OMS y UNFPA, Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide (marzo de 2015), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/hr-contraceptive-service-delivery/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/hr-contraceptive-service-delivery/en/)
- 477 OMS, Contraceptive Checklist for Health Care Providers, *supra* nota 473.
- 478 *V.C. v. Slovakia*, n.º 18968/07, Eur. Ct. H.R. (8 de febrero de 2012); *I.G. and Others v. Slovakia*, n.º 15966/04, Eur. Ct. H.R. (13 de noviembre de 2012); CRC Committee, *General Comment No. 20*, párr. 31, Documento ONU CRC/C/GC/20 (2016); Juan E. Méndez, Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment, *Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment, Report to the Human Rights Council*, ¶ 50, U.N. ONU A/HRC/22/53 (1 de febrero de 2013); Juan Mendez, Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment: gender perspectives on torture and other cruel, inhuman and degrading treatment or punishment*, párr. 45, Documento ONU A/HRC/31/57 (5 de enero de 2016).
- 479 OMS y UNFPA, Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery, *supra* nota 476, en 47.
- 480 Véase Carolyn Frohmader, The Sterilisation of Women and Girls with Disabilities in Australia: Violating the Human Right to Health (8 de mayo de 2013), [http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/Sterilisation\\_AWHNConf\\_May2013.pdf](http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/Sterilisation_AWHNConf_May2013.pdf); Disability Rights International and Coletivo Chuhan, Twice Violated: Abuse and Denial of Sexual and Reproductive Rights of Women and Psychosocial Disabilities in Mexico 17-18 (2015), <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Mexico-report-English-web.pdf> [en adelante DRI, Twice Violated]; Human Rights Watch, Sterilization of Women and Girls with Disabilities: A Briefing Paper (10 de noviembre de 2011, 5:47 p. m. EST), <https://www.hrw.org/news/2011/11/10/sterilization-women-and-girls-disabilities> [en adelante HRW, Sterilization Briefing Paper]; OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO, Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization (mayo de 2014), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender\\_rights/eliminating-forced-sterilization/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/).
- 481 *Sterilization*, Mosby's Medical Dictionary (8.ª ed., 2009).
- 482 Véase *V.C. v. Slovakia*, n.º 18968/07, Eur. Ct. H.R. (8 de febrero de 2012); *I.G. and Others v. Slovakia*, n.º 15966/04, Eur. Ct. H.R. (13 de noviembre de 2012); CRC Committee, *General Comment No. 20*, párr. 31, Documento ONU CRC/C/GC/20 (2016); Juan E. Méndez, Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment, *Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment, Report to the Human Rights Council*, párr. 50, Documento ONU A/HRC/22/53 (1 de febrero de 2013); Juan Mendez, Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment

- or punishment, *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment: gender perspectives on torture and other cruel, inhuman and degrading treatment or punishment*, párr. 45, Documento ONU A/HRC/31/57 (5 de enero de 2016).
- 483 Véase OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO, *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization 5-7* (mayo de 2014), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender\\_rights/eliminating-forced-sterilization/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/) [en adelante OHCHR et al., *Eliminating Forced Sterilization*].
- 484 Véase OHCHR et. al., *Eliminating Forced Sterilization*, *supra* nota 483, en 5-7; Frohmader, *The Sterilisation of Women and Girls with Disabilities in Australia*, *supra* nota 480, en 8-13.
- 485 Véase Frohmader, *The Sterilisation of Women and Girls with Disabilities in Australia*, *supra* nota 480, en 11; DRI, *Twice Violated*, *supra* nota 480, en 17-20; HRW, *Sterilization Briefing Paper*, *supra* nota 480. Véase, *por ejemplo*, OHCHR et. al., *Eliminating Forced Sterilization*, *supra* nota 483, en 6; Priscila Rodriguez, et als., *Disability Rights International, No Justice: Torture, Trafficking and Segregation in Mexico 16* (22 de julio de 2015), [https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Sin-Justicia-MexRep\\_21\\_Abr\\_english-1.pdf](https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Sin-Justicia-MexRep_21_Abr_english-1.pdf) [en adelante DRI, *No Justice*].
- 486 USAID y Handicap International, *Disability Inclusive Sexual and Reproductive Health Component: Training of Trainers Manual on Disability - Inclusive HIV and Sexual Reproductive Health for Health Workers (Partes 4-5) 38* (septiembre de 2011) [en adelante USAID y HI, *Reproductive Health Training Manual (Partes 4-5)*].
- 487 USAID y HI, *Reproductive Health Training Manual (Partes 4-5)*, *supra* nota 486, en 30.
- 488 IPAS, *Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care - GUIDE* (2018), [file:///Users/alr/Downloads/AEDIG-E18\\_lr.pdf](file:///Users/alr/Downloads/AEDIG-E18_lr.pdf). Véase también IPAS, *Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care - RESUMEN* (2018), [file:///Users/alr/Downloads/AEDIO-E18\\_lr.pdf](file:///Users/alr/Downloads/AEDIO-E18_lr.pdf)
- 489 Véase OMS y UNFPA, *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery*, *supra* nota 476, en 16.
- 490 Véase OMS y UNFPA, *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery*, *supra* nota 476, en 22.
- 491 Véase OMS, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (5.ª ed., agosto de 2015), [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/)
- 492 OMS, *Contraceptive Checklist for Health Care Providers*, *supra* nota 473.
- 493 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la FIGO 13-14* (octubre de 2012), <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/Spanish%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf> [en adelante FIGO, *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología*]
- 494 OMS, *Contraceptive Checklist for Health Care Providers*, *supra* nota 473, en 11.
- 495 OMS, *Contraceptive Checklist for Health Care Providers*, *supra* nota 473, en 14.
- 496 OMS, *Contraceptive Checklist for Health Care Providers*, *supra* nota 473, en 11.
- 497 OMS, *Contraceptive Checklist for Health Care Providers*, *supra* nota 473, en 21.
- 498 Véase OMS y UNFPA, *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery*, *supra* nota 476, en 16.
- 499 Ö Tunçalp, et al., *Quality of Care for Pregnant Women and Newborns—The WHO Vision*, 122 *BJOG* 1045, 1046 (mayo de 2015).
- 500 Rajat Khosla, et al., *International Human Rights and the Mistreatment of Women during Childbirth*, *Health and Human Rights Journal* (14 de noviembre de 2016), <https://www.hhrjournal.org/2016/11/international-human-rights-and-the-mistreatment-of-women-during-childbirth/>; White Ribbon Alliance, *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women* (octubre de 2011), <https://www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare>
- 501 Maxwell et al., *Health Handbook*, *supra* nota 416, en 244.
- 502 USAID y HI, *Reproductive Health Training Manual (Partes 4-5)*, *supra* nota 486, en 15.
- 503 *Fístula obstétrica: Panorama*, UNFPA, <https://www.unfpa.org/es/f%C3%ADstula-obst%C3%A9trica>
- 504 Secretario General de las Naciones Unidas, *Intensificación de los esfuerzos para erradicar la fístula obstétrica: Informe del Secretario General*, Documento ONU A/71/306\* (5 de agosto de 2016), *disponible en* [https://digitallibrary.un.org/record/839438/files/A\\_71\\_306-ES.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/839438/files/A_71_306-ES.pdf)
- 505 OMS, *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development* (Gwyneth Lewis, Luc de Bernis eds. 2006), [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43343/9241593679\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43343/9241593679_eng.pdf?sequence=1)
- 506 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Sociedad Internacional de Cirujanos de Fístula Obstétrica (ISOFS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), EngenderHealth y Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG): *Global Competency-Based Fistula Surgery Training Manual* (junio de 2011), [https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/fistula/FIGO\\_Global\\_Competency-Based\\_Fistula\\_Surgery\\_Training\\_Manual\\_0.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/fistula/FIGO_Global_Competency-Based_Fistula_Surgery_Training_Manual_0.pdf)

- 507 Ö Tunçalp, et al., *Quality of Care for Pregnant Women and Newborns*, *supra* nota 499, en 1045.
- 508 OMS, WHO Recommendations on Maternal Health (2017), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/maternal-health-recommendations/en/)
- 509 OMS, WHO Recommendations on Newborn Health (2017), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/)
- 510 Véase Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities, *supra* nota 24, en 24.
- 511 Véase OMS, Counselling for Maternal and Newborn Health Care: A Handbook for Building Skills (2013), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241547628/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/en/)
- 512 Cecil Begley, et. al, *Women with Disabilities: Barriers and Facilitators to Accessing Services during Pregnancy, Childbirth and Early Motherhood*, School of Nursing and Midwifery xiv (8 de septiembre de 2009), <https://nursing-midwifery.tcd.ie/assets/publications/pdf/nda-literature-review.pdf> [en adelante Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*].
- 513 Judith Rogers, *The Disabled Woman's Guide to Pregnancy and Birth* (2005).
- 514 OMS, Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015 30-32 (2015), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/health-promotion-interventions/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/es/) [en adelante OMS, Recomendaciones para la salud materna y neonatal 2015]
- 515 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 240-241.
- 516 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 251.
- 517 Véase UNICEF, Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration (diciembre de 2013), [https://www.unicef.org/publications/index\\_71514.html](https://www.unicef.org/publications/index_71514.html)
- 518 OMS, Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal 6-10, 15-17 (2010), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_fch\\_rhr\\_0311/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/es/)
- 519 OMS, Trabajando con individuos, familias y comunidades, *supra* nota 518, en 15-18.
- 520 Véase Tamara Windau-Melmer, USAID, White Ribbon Alliance, A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care (2013), [http://www.healthpolicyproject.com/pubs/189\\_RMCGuideFINAL.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/pubs/189_RMCGuideFINAL.pdf); White Ribbon Alliance, Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women (octubre de 2011), <https://www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare>
- 521 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 234.
- 522 Véase OMS, UNFPA, UNICEF, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice H2 (3.ª ed. 2015), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/)
- 523 UNFPA, Promoting Equality, Recognizing Diversity: Case Stories in Intercultural Sexual and Reproductive Health among Indigenous Peoples in Latin America (2010), <http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Intercultural%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20-%20Case%20Stories.pdf>
- 524 UNFPA, Promoting Equality, Recognizing Diversity, *supra* nota 523.
- 525 OMS, Recomendaciones para la salud materna y neonatal 2015, *supra* nota 514.
- 526 Ö Tunçalp, et al., *Quality of Care for Pregnant Women and Newborns*, *supra* nota 499, en 1046.
- 527 Ö Tunçalp, et al., *Quality of Care for Pregnant Women and Newborns*, *supra* nota 499, en 1046.
- 528 OMS, WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience (2016), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>
- 529 OMS, WHO Recommendations Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience (2018), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241540215-eng.pdf?sequence=1>
- 530 OMS, Trabajando con individuos, familias y comunidades, *supra* nota 518, en 15-18.
- 531 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 244.
- 532 Begley, et. al, *Barriers and Facilitators to Accessing Services*, *supra* nota 144, en xiv.
- 533 Véase *Accountability for Women's and Children's Health, Recommendation 2: Health Indicators*, OMS (2017), [http://www.who.int/woman\\_child\\_accountability/progress\\_information/recommendation2/en/](http://www.who.int/woman_child_accountability/progress_information/recommendation2/en/)
- 534 OMS, WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience (2016), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>
- 535 Véase National Institute for Health and Care Excellence (NICE), The NICE Menu of General Practice and Clinical Commissioning Group Indicators 49 (agosto de 2016), <https://www.nice.org.uk/Media/Default/Standards-and-indicators/indicator-menu-update-aug-16.pdf>
- 536 UNFPA, Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género 6-8 (2014), [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_OperationalGuidanceREV\\_ES\\_web.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidanceREV_ES_web.pdf) [en adelante UNFPA, Directrices operacionales para la educación integral de la sexualidad]
- 537 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Edición revisada de las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Un enfoque basado en evidencia 16 (2018), <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002653/265335s.pdf> [en adelante UNESCO, Orientaciones Técnicas Revisadas sobre Educación en Sexualidad]
- 538 UNESCO, Orientaciones Técnicas Revisadas sobre Educación en Sexualidad *supra* nota 537, en 16-17.

- 539 UNESCO, Orientaciones Técnicas Revisadas sobre Educación en Sexualidad *supra* nota 537, en 16.
- 540 UNESCO, Orientaciones Técnicas Revisadas sobre Educación en Sexualidad *supra* nota 537.
- 541 Programa de Educación Sexual (ANEP- CODICEN); Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (iiDi); UNFPA, UNICEF, Es Parte De La Vida: Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia (2012), [http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/972\\_pdf.pdf](http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/972_pdf.pdf)
- 542 UNESCO, Orientaciones Técnicas Revisadas sobre Educación en Sexualidad *supra* nota 537, en 96.
- 543 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 148.
- 544 *Circle Curriculum*, James Stanfield: K-12 Specialists in Special Education (2017), <https://www.stanfield.com/product/circles-curriculum-bundle-w1037-3/>
- 545 Varios autores, Sexuality and Disability, <http://blog.sexualityanddisability.org/>
- 546 Japleen Pasricha, *Tactile Body Models, and Condom Training*, Sexuality and Disability (20 de julio de 2015), <http://workshop.sexualityanddisability.org/2015/07/handloom-tactile-body-models-and-condom-training/>
- 547 "Decímelo a mí!" <http://decimeloami.com/web/>
- 548 Véase UNFPA y Promundo, Adolescent Boys and Young Men: Engaging Them as Supporters of Gender Equality and Health and Understanding their Vulnerabilities (marzo de 2016), <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men>; UNFPA, Promundo y MenEngage Alliance, Strengthening Civil Society Organizations and Government Partnerships to Scale Up Approaches Engaging Men and Boys for Gender Equality and Sexual and Reproductive Health and Rights: A Tool for Action (diciembre de 2016), <http://www.unfpa.org/publications/strengthening-civil-society-organizations-and-government-partnerships-scale-approaches>
- 549 Rashid Mehmood Khan, *Addressing SRHR Concerns Faced by Persons with Disabilities in Pakistan*, 23 ARROW for Change 26, 27 (Sivanathi Thanenthiran, Arpita Das, Mangala Namasivayam, Rupsa Mallik, Sai Jyothir Mai Racherla eds. 2017).
- 550 The Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women y CREA, *Women with Disabilities: Disabled, Sexual, Reproductive*, 23 ARROW for Change 3 (Sivanathi Thanenthiran, Arpita Das, Mangala Namasivayam, Rupsa Mallik, Sai Jyothir Mai Racherla eds. 2017), <http://arrow.org.my/publication/afc-disability-srhr/>. Véase también Ketki Ranade, Anjali—Mental Health Rights Organization y The Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, *Sexual Rights of Women with Psychosocial Disabilities: Insights from India* (2017), <http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2017/12/TP-PsyDis-Web-Version.pdf>
- 551 *Manual de cuerpos sanos*, Vanderbilt Kennedy Center (junio de 2013), <https://vk.mc.vanderbilt.edu/healthybodies/Sp-index.html>
- 552 DiAnn L. Baxley y Anna L. Zendell, *Sexuality Across the Lifespan: Sexuality Education for Children and Adolescents with Developmental Disabilities*. An Instructional Manual for Educators of Individuals with Developmental Disabilities (2011), <http://www.fddc.org/sites/default/files/file/publications/Sexuality%20Guide-Educators-English.pdf>
- 553 Kirsty Liddiard, (S)exploring Disability: Intimacies, Sexualities, and Disabilities - A Research Summary 7-11, *disponible en* [http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/sociology/staff/syppgbj/accessible\\_research\\_summary\\_second\\_draft\\_repaired.pdf](http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/sociology/staff/syppgbj/accessible_research_summary_second_draft_repaired.pdf)
- 554 Liddiard, *supra* nota 553, en 7-11.
- 555 UNESCO, Orientaciones Técnicas Revisadas sobre Educación en Sexualidad *supra* nota 537, en 22-24.
- 556 UNESCO, Orientaciones Técnicas Revisadas sobre Educación en Sexualidad *supra* nota 537, en 24.
- 557 UNESCO, Orientaciones Técnicas Revisadas sobre Educación en Sexualidad *supra* nota 537, en 19-20.
- 558 UNFPA, Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género 7 (2014), [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_OperationalGuidanceREV\\_ES\\_web.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidanceREV_ES_web.pdf) [en adelante UNFPA, Directrices operacionales para la educación integral de la sexualidad]
- 559 UNFPA, Directrices operacionales para la educación integral de la sexualidad *supra* nota 558, en 11.
- 560 UNFPA, Directrices operacionales para la educación integral de la sexualidad *supra* nota 558, en 11.
- 561 UNFPA, Directrices operacionales para la educación integral de la sexualidad *supra* nota 558, en 12.
- 562 UNESCO, Orientaciones Técnicas Revisadas sobre Educación en Sexualidad *supra* nota 537.
- 563 UNESCO, Orientaciones Técnicas Revisadas sobre Educación en Sexualidad *supra* nota 537, en 12.
- 564 UNFPA, Directrices operacionales para la educación integral de la sexualidad *supra* nota 558, en 13.
- 565 OMS, Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH: Resumen ejecutivo (2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255691/WHO-RHR-17.03-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [en adelante OMS, Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH]
- 566 Kaylee Rampage, *Sexual Health Education for Adolescents with Intellectual Disabilities: A Literature Review 21-24* (septiembre de 2015) (informe no publicado) (en registro de autor).
- 567 Véase Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrs. 7.6, 13.14(b), Documento ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (del 5 al 13 de septiembre de 1994) [en adelante Programa de acción de la CIPD]; UNFPA, *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights* (2010), [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/uahr\\_report\\_2010.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/uahr_report_2010.pdf)

- 568 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 157-168.
- 569 UNFPA, Make It Matter: 10 Key Advocacy Messages to Prevent HIV in Girls and Young Women 34 (2007), <http://www.unfpa.org/publications/make-it-matter> [en adelante UNFPA, Make It Matter]
- 570 ONUSIDA: Agenda para la Cero Discriminación en la Atención Sanitaria (2016) [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2017ZeroDiscriminationHealth-Care\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017ZeroDiscriminationHealth-Care_es.pdf)
- 571 OMS; Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021: Hacia el Fin de las ITS 21 (junio de 2016), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?sequence=1>
- 572 OMS; Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, *supra* nota 571, en 21.
- 573 Véase Baxley y Zendell, *supra* nota 552, en 72-75.
- 574 Véase Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 157-184.
- 575 UNFPA, Make It Matter - 10 Key Advocacy Messages to Prevent HIV in Girls and Young Women, *supra* nota 569, en 14-15.
- 576 OMS, Control integral del cáncer cervicouterino: A Guide to Essential Practice 78 (2.ª ed., diciembre de 2014), <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>
- 577 OMS, Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH xvii (2017), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender\\_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/en/)
- 578 Véase Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 183.
- 579 Véase Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 184.
- 580 Véase Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 183.
- 581 OMS, Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH, *supra* nota 565, en 24-30.
- 582 Interagency Task Team (IATT), WHO, UNFPA, UNICEF, Compendium of Case Studies: HIV and Sexual and Reproductive Health Programming: Innovative Approaches to Integrated Service Delivery 12 (2016), [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/HIV\\_SRH\\_Programming\\_Integrated\\_Service\\_Delivery\\_Case\\_Studies\\_1.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/HIV_SRH_Programming_Integrated_Service_Delivery_Case_Studies_1.pdf)
- 583 OMS, Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Manual for Health Managers (2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/9789241513005-eng.pdf?sequence=1>
- 584 Véase Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 299-304; Nora E. Groce y Reshama Trasi, *Rape of Individuals with Disability: AIDS and the Folk Belief of Virgin Cleansing*, 363 *The Lancet* 1663, 1663 (22 de mayo de 2004).
- 585 CDPD, *supra* nota 429, en art. 25.
- 586 Véase Doris Rajan, Disabled Women's Network (DAWN Canada), Women with Disabilities and Breast Cancer Screening: An Environmental Scan. Identified Problems, Strategies and Recommended Next Steps 5 (2012) [en adelante Rajan, Women with Disabilities and Breast Cancer Screening].
- 587 OMS, Aborto inseguro, *supra* nota 588, en 6.
- 588 OMS, Aborto inseguro, *supra* nota 588, en 1.
- 589 OMS, Aborto sin riesgos: Technical & Policy Guidance for Health Systems - Legal and Policy Considerations 1 (2015), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/sa\\_legal\\_policy\\_considerations/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/sa_legal_policy_considerations/en/)
- 590 OMS, Aborto inseguro, *supra* nota 588, en 40.
- 591 Véase, *por ejemplo*, L.C. v. Peru, CEDAW Committee, Comm. n.º 22/2009, párr. 9,2(a), 9,2(c), Documento ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011); CEDAW Committee, *Observaciones finales: Sri Lanka*, párr. 283, Documento ONU A/57/38, Part I (2002); Comité CDN, *Observaciones finales: Chad*, párr. 30, Documento ONU CRC/C/15/Add.107 (1999); *Chile*, párr. 56, Documento ONU CRC/C/CHL/CO/3 (2007); *Guatemala*, párr. 40, Documento ONU CRC/C/15/Add.154 (2001); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Guatemala*, párr. 20, Documento ONU CCPR/C/JPN/CO/3 (2012); *República Dominicana*, párr. 15, Documento ONU CCPR/C/DOM/CO/5 (2012); *Panamá*, párr. 9, Documento ONU CCPR/C/PAN/CO/3 (2008); Comité ESCR, *Observaciones finales: Chile*, párr. 53, Documento ONU E/C.12/1/Add.105 (2004); *Costa Rica*, párrs. 25, 46, Documento ONU E/C.12/CRI/CO/4 (2008); *Nepal*, párr. 55, Documento ONU E/C.12/1/Add.66 (2001); Comité contra la Tortura, *Observaciones finales: Perú*, párr. 23, Documento ONU CAT/C/PER/4 (2006).
- 592 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 42.
- 593 Véase Rajan, Women with Disabilities & Breast Cancer Screening, *supra* nota 586, en 5.
- 594 IPAS, Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care - RESUMEN 4 (2018), file:///Users/alr/Downloads/AEDIO-E18\_Ir.pdf
- 595 Véase Rajan, Women with Disabilities & Breast Cancer Screening, *supra* nota 586, en 6.
- 596 Véase Rajan, Women with Disabilities & Breast Cancer Screening, *supra* nota 586, en 6.
- 597 Disabled Women's Network Canada / Réseau d'Action des Femmes Handicapées (DAWN / RAFH Canada), Our Health Matters! Improving Access to Cancer Identification & General Healthcare for People with Disabilities & Deaf People Toolkit (2012), <http://www.dawncanada.net/main/wp-content/uploads/2014/10/Our-Health-Matters.pdf>
- 598 Jane Tracy, Mary Burbidge, Jenny Butler y Mandy Donley, Supporting Women: Information and Resources for General Practitioners Supporting Women to Manage their Menstruation (2010), <http://www.cddh.monashhealth.org/wp-content/uploads/2016/11/supporting-women-gp.pdf>

- 599 OMS, Manual de práctica clínica para un aborto seguro 5(2014), [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1) [en adelante OMS, Manual de aborto seguro]; OMS, Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud 68 (2.ª ed., 2012), [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [en adelante OMS, Guía de aborto sin riesgos].
- 600 Comité Permanente entre Organismos, Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes 9-11 (2007), <http://www.acnur.org/5b50c7b82cd.pdf>
- 601 OMS, Manual de aborto seguro, *supra* nota 601, en 10.
- 602 *Contraception - Quality Standard*, National Institute for Health and Care Excellence 21-25 (NICE) (septiembre de 2016), <https://www.nice.org.uk/guidance/qs129>.
- 603 IPAS, Access for Everybody: Disability Inclusion in Abortion and Contraceptive Care - RESUMEN 11-12 (2018), file:///Users/alr/Downloads/AEDIO-E18\_lr.pdf
- 604 IPAS, Access for Everybody - Resumen, *supra* nota 605, en 11-12.
- 605 Jane Hartman Adamé, *I Designed a Menstrual Cup That's Easier for Disabled People to Use*, Teen Vogue (30 de diciembre de 2017 8:00 a. m. EST), <https://www.teenvogue.com/story/menstrual-cups-for-disabled-people>
- 606 Table Manners and Beyond: The Gynecological Exam for Women with Developmental Disabilities and Other Functional Limitations 25 (Katherine M. Simpson ed. mayo de 2001) [en adelante Table Manners and Beyond]
- 607 Society of Menstrual Cycle Research, «*Kahani Her Mahine Ki*»- A Menstruation Kit for the visually impaired women Sadhvi Thukral, *National Institute of Design*, Menstruation Matters (5 de junio de 2016), <http://www.menstruationresearch.org/2015/05/28/menstrual-management-for-women-with-disabilities-menstrual-hygiene-taboos-and-menstrual-cycle-awareness/>
- 608 Monash Health y The Centre for Developmental Disability Health, *Pap Tests: The Plain Facts* (2016), <http://www.cddh.monashhealth.org/wp-content/uploads/2016/11/pap-tests-the-plain-facts.pdf>
- 609 Véase Marge Berer, *Realización de abortos por personal de nivel medio: políticas, prácticas y perspectivas internacionales* Boletín de la Organización Mundial de la Salud 87 1-80 (enero de 2007), <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/07-050138-ab/es/>
- 610 OMS, Manual de aborto seguro, *supra* nota 601, en 5; OMS; Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud 64 (2.ª ed., 2012), [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [en adelante OMS, Guía de aborto sin riesgos].
- 611 Maxwell et al., *Health Handbook*, *supra* nota 416, en 123.
- 612 *Table Manners and Beyond*, *supra* nota 608, en 8.
- 613 OMS, Manual de aborto seguro, *supra* nota 601, en 10-13.
- 614 OMS, Manual de aborto seguro, *supra* nota 601, en 10; OMS, Guía de aborto sin riesgos, *supra* nota 612, en 36-37. Véase también OMS, Guía de aborto sin riesgos, *supra* nota 612, en 68.
- 615 OMS, Manual de aborto seguro, *supra* nota 601, en 5.
- 616 OMS, Guía de aborto sin riesgos, *supra* nota 612, en 64.
- 617 OMS, Manual de aborto seguro, *supra* nota 601, en 61-64; OMS; Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems - Legal and Policy Considerations 5 (2015), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/sa\\_legal\\_policy\\_considerations/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/sa_legal_policy_considerations/en/)
- 618 Véase Rajan, *Women with Disabilities & Breast Cancer Screening*, *supra* nota 586.
- 619 OMS, Manual de aborto seguro, *supra* nota 601, en 10.
- 620 UNFPA y Promundo, *Adolescent Boys and Young Men: Engaging Them as Supporters of Gender Equality and Health and Understanding their Vulnerabilities* 22-24 (marzo de 2016), <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men>
- 621 OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services* 5 (2012), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/adolescent\\_friendly\\_services/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/)
- 622 UNFPA, *Make It Matter*, *supra* nota 388.
- 623 Rajan, *Women with Disabilities & Breast Cancer Screening*, *supra* nota 586, en 6.
- 624 OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly*, *supra* nota 621, en 5.
- 625 OMS, *Making Health Services Adolescent Friendly*, *supra* nota 621, en 5.
- 626 Rajan, *Women with Disabilities & Breast Cancer Screening*, *supra* nota 586, en 5-6.
- 627 OMS, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation - Summary*(2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255418/1/WHO-FWC-MCA-17.05-eng.pdf?ua=>
- 628 OMS, *AA-HA!: Guidance*, *supra* nota 627, en 3.

- 629 OMS y UNAIDS, Global Standards for Quality Health-Care Services for Adolescents: A Guide to Implement a Standards-Driven Approach to Improve the Quality of Health Care Services for Adolescents. Volumen 1: Standards and criteria (2015), [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332\\_vol1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf?ua=1)
- 630 OMS y UNAIDS, Global Standards for Quality Health-Care Services for Adolescents, *supra* nota 631, en 4.
- 631 Caroline van Slobbe, Dutch Coalition on Disability and Development, Share-Net International, Everybody Matters: Good Practices for Inclusion of People with Disabilities in Sexual and Reproductive Health and Rights Programmes 31-32 (Claire Stout, Bianca Tolboom y Lieke Scheewe eds. 2017), <http://share-netinternational.org/everybody-matters/> [en adelante DCDD y Share-Net, Everybody Matters]
- 632 DCDD y Share-Net, Everybody Matters, *supra* nota 631, en 31.
- 633 DCDD y Share-Net, Everybody Matters, *supra* nota 631.
- 634 Down's Syndrome Scotland, Let's Talk About Periods (2016), <https://www.dsscotland.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2016/02/Lets-talk-Periods.pdf>
- 635 Maxwell et al., Health Handbook, *supra* nota 416, en 110.
- 636 Jane Tracy, Sonia Grover y Sandra Macgibbon, *Menstrual Issues for Women with Intellectual Disability*, 29 Austl. Prescriber 2 (1 de abril de 2016), <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/menstrual-issues-for-women-with-intellectual-disability>
- 637 Sabrina Rubi y Jennifer Rubi, *The Unheard Voices Of Tanzanian Girls With Disabilities Breaking The Menstrual Taboo*, The Huffington Post, 23 de marzo de 2017, [http://www.huffingtonpost.ca/sabrina-rubi/tanzanian-girls-with-disabilities\\_b\\_15537396.html](http://www.huffingtonpost.ca/sabrina-rubi/tanzanian-girls-with-disabilities_b_15537396.html). Véase también *Our Programs*, Femme International, <https://www.femmeinternational.org/our-work/>
- 638 The Adolescent Kit For Expression and Innovation, <http://adolescentkit.org/>
- 639 UNICEF, Take Us Seriously! Engaging children with disabilities in decisions affecting their lives 24-25 (2012), [https://www.unicef.org/disabilities/files/Take\\_Us\\_Seriously.pdf](https://www.unicef.org/disabilities/files/Take_Us_Seriously.pdf).
- 640 OMS, Making Health Services Adolescent Friendly, *supra* nota 623, en 5.
- 641 Véase Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad, párr. 53(h), Documento ONU A/HRC/20/5 (30 de marzo de 2012). <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9693.pdf>
- 642 Véase, por ejemplo, "Decímelo a mí!" <http://decimeloami.com/web/>
- 643 OMS, Core Competencies in Adolescent Health and Development for Primary Care Providers including a Tool to Assess the Adolescent Health and Development Component in Pre-Service Education of Health-Care Providers (2015), [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/core\\_competencies/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/core_competencies/en/)
- 644 *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standards of Physical and Mental Health: Note by the Secretariat*, párr. 18, Documento ONU A/HRC/32/32 (4 de abril de 2016).
- 645 *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standards of Physical and Mental Health*, *supra* nota 646, en párr. 56.
- 646 Véase *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standards of Physical and Mental Health*, *supra* nota 646.
- 647 Véase Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises, Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings (2010), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field\\_manual/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual/en/) (Note, an updated version of this manual is expected to be published in 2018 after the completion of this document); UNFPA, Minimum Initial Service Package (MISP) (Apr. 2015), [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP\\_Objectives.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP_Objectives.pdf); *Minimum Initial Service Package*, Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2011), <http://iawg.net/minimum-initial-service-package>
- 648 Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, *supra* note 389.
- 649 Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, *supra* note 389, 18, 28.
- 650 Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, *supra* note 389, 18, 28.
- 651 Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, *supra* note 389, en 30.
- 652 Ragnar Anderson, Christine Panchoad, Lisa Remez y Susheela Singh, *Measuring Adolescent Women's Sexual and Reproductive Health Within A Rights-Based Framework: Developing and Applying an Index*, Guttmacher Institute 9 (diciembre de 2014), <https://www.guttmacher.org/report/measuring-adolescent-womens-sexual-and-reproductive-health-within-rights-based-framework>
- 653 James E. Rosen y Ruth Levine, *Mainstreaming Adolescent Girls into Indicators of Health Systems Strengthening*, *Center for Global Development* 9 (26 de febrero de 2010) [www.cgdev.org/doc/ghprn/Start\\_with\\_a\\_Girl-Indicators%20Paper.pdf](http://www.cgdev.org/doc/ghprn/Start_with_a_Girl-Indicators%20Paper.pdf)
- 654 OMS, Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales 78 (2.ª ed. 2014), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer\\_guide/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer_guide/en/)

- 655 Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, *supra* nota 389, en 5 -6.
- 656 Vanderbilt Kennedy Center for Excellence in Developmental Disabilities, *Informed Consent in Adults with Intellectual or Developmental Disabilities*, Health Care for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Toolkit for Primary Care Providers (2017), <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/etoolkit/general-issues/informed-consent/>
- 657 UNFPA, Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género 6-7 (2014), [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_OperationalGuidance\\_WEB3.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_WEB3.pdf)
- 658 UNFPA, *Marrying Too Young: End Child Marriage 10* (2012), <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf>
- 659 Secretario General de las Naciones Unidas, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer: Informe del Secretario General*, párr. 111-113, Documento ONU.A/61/122/Add.1 (6 de julio de 2006), [http://www.ungei.org/N0641977\\_sp.pdf](http://www.ungei.org/N0641977_sp.pdf)
- 660 *Female Genital Mutilation: Hoja descriptiva*, OMS (febrero de 2017), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>
- 661 UNFPA, *Implementation of the International and Regional Human Rights Framework for the Elimination of Female Genital Mutilation 28-33* (2014), <http://www.unfpa.org/publications/implementation-international-and-regional-human-rights-framework-elimination-female>
- 662 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ONU-Mujeres, Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC): *Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (módulo 1) 9* (2015), <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence> [en adelante *Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 1)*].
- 663 UNDP, UNICEF, UNWOMEN, *Informal Justice Systems: Charting a Course for Human Rights-Based Engagement 8* (2012), <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2013/1/informal-justice-systems-charting-a-course-for-human-rights-based-engagement.pdf?la=en&vs=5500>
- 664 Comité Permanente entre Organismos (IASC), *Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género en la Acción Humanitaria: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery 322* (agosto de 2015), [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2015-iasc-gender-based-violence-guidelines\\_lo-res.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2015-iasc-gender-based-violence-guidelines_lo-res.pdf)
- 665 Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África de African Commission on Human and Peoples' Rights, Art. 1(g), AHG/Res. 240 (XXXI) (junio de 1995); African Commission on Human and Peoples' Rights, *Draft Protocol to the African Charter on Human and Peoples Rights on the Rights of Persons' with Disabilities in Africa*, Art. 1, (Draft II, 16-25 de febrero de 2016), disponible en <http://www.achpr.org/news/2016/04/d216>
- 666 OMS, *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas vii* (2013), [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13\\_10\\_esp.pdf?ua=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1)
- 667 OMS, *Health System Strengthening: Glossary* (enero de 2011), [www.who.int/healthsystems/Glossary\\_January2011.pdf](http://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf)
- 668 *Humanitarian Emergencies*, UNFPA, <http://www.unfpa.org/emergencies>
- 669 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 11, Resolución del Consejo de Seguridad 61/106, Documento ONU A/RES/61/106 (13 de diciembre de 2006).
- 670 Véase Comité CDPD, *Observación general núm. 1 (2014) Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley*, párr. 39, Documento ONU CRC/C/GC/1 (19 de mayo de 2014).
- 671 Janice Du Mont y Deborah White, *The Uses and Impacts of Medico-Legal Evidence in Sexual Assault Cases: A Global Review*, OMS, 10 (2007), [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43795/1/9789241596046\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43795/1/9789241596046_eng.pdf) Véase también OMS, *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence* (2003), <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>
- 672 CDPD, *supra* nota 669, en art. 1
- 673 Secretario General de las Naciones Unidas, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer: Informe del Secretario General*, párr. 113, Documento ONU.A/61/122/Add.1 (6 de julio de 2006), [http://www.ungei.org/N0641977\\_sp.pdf](http://www.ungei.org/N0641977_sp.pdf)
- 674 World Network of Users and Survivors of Psychiatry, *Implementation Manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities 9* (febrero de 2008), [http://www.wnusp.net/documents/WNUSP\\_CRPD\\_Manual.pdf](http://www.wnusp.net/documents/WNUSP_CRPD_Manual.pdf)

- 675 World Network of Users and Survivors of Psychiatry, Implementation Manual, *supra* nota 676, en 9.
- 676 CDPD, *supra* nota 669, art. 2.
- 677 CDPD, *supra* nota 669, art. 23(1).
- 678 *Sexual and Reproductive Health: Defining Sexual Health*, OMS (2017), [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)
- 679 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ONU-Mujeres, Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC): Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia (Módulo 1) 10(2015) <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence#view>
- 680 Comité CDPD, *Observación general núm. 1 (2014) Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley*, párr. 29, Documento ONU CRPD/C/GC/1 (19 de mayo de 2014)
- 681 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, párr. 16, Documento ONU A/HRC/20/5 (30 de marzo de 2012). <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9693.pdf>
- 682 Comité Permanente entre Organismos (IASC), Directrices para la Integración de las Intervenciones contra la Violencia de Género en la Acción Humanitaria: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery 252 (agosto de 2015), [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2015-iasc-gender-based-violence-guidelines\\_lo-res.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2015-iasc-gender-based-violence-guidelines_lo-res.pdf)
- 683 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CDPD), *Observación general núm. 3 (2016) Artículo 6: Mujeres y niñas con discapacidad*, párr. 27, Documento ONU CRPD/C/GC/3 (25 de noviembre de 2016).
- 684 Secretario General de las Naciones Unidas, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer: Informe del Secretario General*, párr. 21, Documento ONU.A/61/122/Add.1 (6 de julio de 2006), [http://www.ungei.org/N0641977\\_sp.pdf](http://www.ungei.org/N0641977_sp.pdf)
- 685 Nora E. Groce y Reshama Trasi, *Rape of Individuals with Disability: AIDS and the Folk Belief of Virgin Cleansing*, 363 *The Lancet* 1663, 1663 (22 de mayo de 2004).
- 686 Groce et al., *Rape of Individuals with Disability*, *supra* nota 687 en 1663-64.
- 687 Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, art. 1, Resolución del Consejo de Seguridad 48/104, Documento ONU A/RES/48/104 (20 de diciembre de 1993).
- 688 UNFPA, *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy* 6 (2015), [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood\\_not\\_motherhood\\_final\\_web.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf)
- 689 UNFPA, *Girlhood, Not Motherhood*, *supra* nota 688, en 6.







# Asegurando derechos y opciones para todos

