



Investigación sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad en Lima y Tumbes

¡Tanto tiempo y no nos ven!

Lima, julio de 2023



**GÉNERO
DISCAPACIDAD**

DERECHO DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD
A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN
EN LA RECUPERACIÓN DE LA CRISIS SANITARIA EN PERÚ



Fraternidad Cristiana
de Personas Enfermas
y con Discapacidad



CODIP
CONSEJO DE GÉNERO
DIVERSIDADES DEL PERÚ



FENAMUDIP
FEDERACIÓN NACIONAL
DE MUJERES CON DISCAPACIDAD



COCEMFE



Fraternidad Cristiana de Personas Enfermas y con Discapacidad del Perú – FCPED
Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica – COCEMFE

PROYECTO

“Derecho de las mujeres con discapacidad a una vida libre de violencia y discriminación en la recuperación de la crisis sanitaria en Perú”.

Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento para su uso formativo, con la condición de citar adecuadamente la fuente, previa comunicación a Fraternidad Cristiana de Personas Enfermas y con Discapacidad del Perú – FCPED y a la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica – COCEMFE.

DERECHOS RESERVADOS

© FCPED

Calle Pedro Ruiz Gallo N.º 1740, Ate Vitarte, Lima
frater_peru@hotmail.com

© COCEMFE

Calle Eugenio Salazar N.º 2 de Madrid (España).
cooperacion@cocemfe.es

FRATERNIDAD CRISTIANA DE PERSONAS ENFERMAS Y CON DISCAPACIDAD DEL PERÚ – FCPED

Consejo directivo de la FCPED Lima

- Maritza Isabel López Adriano : Presidenta Nacional de la Fraternidad Cristiana
- Padre Percy Quispe Misayco : Asesor Nacional
- Beatriz Luzmila Laya Bernal : Coordinadora Adjunta Nacional
- Inés Jiménez Mamani : Secretaria
- Olga Saavedra Vilca : Tesorera

EQUIPO CONSULTOR DE LA INVESTIGACIÓN

- Teresa Muñoz Cabrera
- Pluvia Astete Muñoz

EQUIPO TÉCNICO DE REVISIÓN

- Sara Diestro Cabanillas
- Juan Alejandro Solórzano Arévalo
- Ivana De Stefani

SOPORTE DIGITAL:

Guisela Egoavil Durand

RUC: 10454807371

Jr. Camaná N.º 1161, Of. 2214 – Lima
200 unidades

Hecho el depósito legal en la
Biblioteca Nacional del Perú N.º 2023-09464

Este documento ha sido realizado con el apoyo financiero de la Cooperación Española, la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE) y Fundación Once, con cargo al proyecto “Derecho de las mujeres con discapacidad a una vida libre de violencia y discriminación en la recuperación de la crisis sanitaria en Perú”. El contenido de este documento es responsabilidad exclusiva de la Fraternidad Cristiana de Personas Enfermas y con Discapacidad del Perú (FCPED), y no refleja necesariamente la opinión de la Cooperación Española.

No está permitida la reproducción de este documento sin autorización de la Fraternidad Cristiana de Personas Enfermas y con Discapacidad del Perú (FCPED).



Índice

Presentación	6
Enfoque metodológico y participantes en la investigación	8

Capítulo I: Marco normativo y políticas públicas para salvaguardar los derechos de la población con discapacidad en el Estado peruano **12**

• Marco normativo internacional	12
• Introducción al concepto de derechos sexuales y reproductivos	14
• Normatividad y desarrollo institucional promovido por el Estado peruano para la defensa de los derechos de las personas con discapacidad	17
• El problema público principal y los desafíos pendientes respecto al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población con discapacidad	22
• Institucionalización y transversalización del enfoque de discapacidad en la gestión pública peruana	23
• El mandato de consulta previa de la Ley 29973 y el rol de la sociedad civil	25
• Seguimiento al cumplimiento de las normas y las políticas públicas relacionadas a los derechos de la población con discapacidad	28
• Incorporación del enfoque de género y el enfoque de interseccionalidad en las políticas públicas dirigidas a las mujeres con discapacidad	30

Capítulo II: Servicios de salud sexual y reproductiva **32**

• Registro y certificación de las personas con discapacidad	33
• Accesibilidad e infraestructura inclusiva en los servicios de salud	35
• Estrategias comunicativas para transmitir información sobre salud sexual y reproductiva según tipo de discapacidad	38
• Prácticas de esterilización sin consentimiento (mujeres con discapacidad intelectual)	40
• Articulación de las entidades del Estado para superar las brechas de atención a la población con discapacidad	43
• Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad durante la emergencia sanitaria de la COVID 19	44

- Prácticas discriminatorias identificadas en la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva 48
- Opinión de las mujeres con discapacidad sobre el nivel de preparación del personal de salud para atenderlas 50

Capítulo III: Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad 54

- Derecho a una sexualidad plena e informada 54
- El derecho a vivir sin violencia de ningún tipo 59
- Múltiples discriminaciones y mayor vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad 65
- Autoconfianza y autoestima de las mujeres con discapacidad 68
- La exigencia de autonomía e independencia personal de las mujeres con discapacidad 69

Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones 75

Bibliografía 87

Siglas y abreviaturas

CEDAW:	Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CIADDIS:	Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad
ENEDIS:	Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad
EE. SS.:	Establecimientos de Salud
FCPED:	Fraternidad Cristiana de Personas Enfermas y con Discapacidad de Perú
COCEMFE:	Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica
CDPD:	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CNDDHH:	Coordinadora Nacional de Derechos humanos
DIRESA Tumbes:	Dirección Regional de Salud de Tumbes
DDSSRR:	Derechos sexuales y reproductivos
MINSA:	Ministerio de Salud
MIMP:	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
PNIG:	Política Nacional de Igualdad de Género
PEMIG:	Plan Estratégico Multisectorial de Igualdad de Género
PNMDD:	Política Nacional Multisectorial de Discapacidad y Desarrollo
PNMS:	Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030
Sinapedis:	Sistema Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad
Conadis:	Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad
Oredis:	Oficinas Regionales de Atención a las Personas con Discapacidad
Omaped:	Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad
ODISEX PERÚ:	Observatorio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad

Presentación

A continuación, se presentan los resultados de la “Investigación sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad en Lima y Tumbes”, realizada en el marco del proyecto “Derecho de las mujeres con discapacidad a una vida libre de violencia y discriminación en la recuperación de la crisis sanitaria en Perú”, y auspiciada por la Fraternidad Cristiana de Personas Enfermas y con Discapacidad de Perú (FCPED) y la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE).

El propósito fue identificar las causas de las vulneraciones en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad de las regiones de Lima y Tumbes, a fin de proponer medidas orientadas a superar dichas barreras. A través del presente estudio se pudo escuchar y dar a conocer las experiencias, percepciones y opiniones de las mujeres con discapacidad sobre cómo viven y ejercen su salud sexual y reproductiva, y cuáles son sus principales dificultades y demandas en relación a ello. Es importante recalcar que dar voz a las mujeres con discapacidad es parte de las responsabilidades de las entidades del Estado, tal como lo señala la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹.

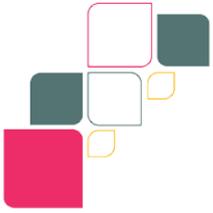
El informe está conformado por cuatro capítulos. El primero presenta los avances en la formulación del marco normativo y conceptual, y las políticas públicas más importantes concernientes a los derechos de la población con discapacidad impulsadas por el Estado peruano. A través de las entrevistas realizadas a funcionarios y funcionarias tomadores de decisión, proveedores de salud de los organismos públicos y sector salud, así como a activistas y mujeres con discapacidad, se ha podido reunir valiosas reflexiones a considerar en el análisis de los avances y acciones pendientes en torno al cumplimiento de la normatividad y las políticas para el efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad.

En el segundo capítulo se analiza la situación en torno al acceso de las mujeres con discapacidad a los servicios de salud sexual y reproductiva. En base a los relatos de mujeres con discapacidad de Lima y Tumbes, así como de los funcionarios y funcionarias y personal de salud, se comprobaron las barreras aún existentes. Se pudo observar que la legislación y políticas aprobadas no llegan a plasmarse en resultados reconocidos por la población. El seguimiento a su cumplimiento parece ser una de las grandes dificultades que presentan las entidades rectoras, limitante que, de acuerdo a la opinión de las mujeres, dependerá de la voluntad política, pero además del nivel de concientización y organización de las personas y mujeres con discapacidad para exigir sus derechos contemplados claramente en la normatividad peruana.

¹ Artículo 4, párrafos 3, 6 y 7.

El tercer capítulo indaga en el conocimiento y opiniones de las mujeres con discapacidad sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, así como en las vivencias en torno a la violencia de género y las situaciones de discriminación que soportan en el hogar, así como en el ámbito educativo y laboral, lo que les impide acceder al ejercicio de su sexualidad, a vivir sin violencia y a adquirir la autonomía necesaria para vivir una vida en condiciones de igualdad y bienestar.

Finalmente, el cuarto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones generales producto del análisis del conjunto de información recopilada, las percepciones y experiencias de las mujeres con discapacidad y del funcionariado de las entidades consultadas. Se espera que el presente informe brinde aportes significativos para las mujeres con discapacidad y para el funcionariado del Estado peruano en su labor de impulsar políticas públicas a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad del país.



Enfoque metodológico y participantes en la investigación

El estudio es de naturaleza descriptiva y participativa, basado en metodologías cualitativas con el propósito de facilitar el proceso de reflexión y aprendizaje de las personas involucradas, poniendo énfasis en las percepciones y demandas de las mujeres con discapacidad. El análisis de la información aquí presentada consideró el enfoque de género desde una perspectiva interseccional ante la diversidad de identidades y tipos de discriminación que enfrentan las mujeres con discapacidad.

Participaron en el estudio treinta y cuatro (34) personas, entre ellas, veintidós (22) mujeres con discapacidad (Anexo 1), quienes relataron sus experiencias a través de testimonios de vida. De igual manera, se dialogó con activistas de la sociedad civil, así como con funcionarios y funcionarias del Ministerio de Salud (MINSA), del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (Conadis) y de las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad (Omaped) de las ciudades de Lima y Tumbes, en Perú.

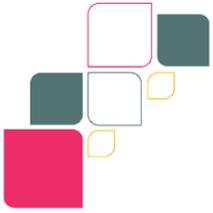
Tabla N° 1

Total de funcionarios/as, servidores y lideresas de la sociedad civil que participaron en el estudio

Informante	N° de personas consultadas
N.° de mujeres con discapacidad de Lima entrevistadas	5
N.° de mujeres con discapacidad de Tumbes entrevistadas	4
N.° de mujeres con discapacidad de Lima que participaron en grupo focal	6
N.° de mujeres con discapacidad de Tumbes que participaron en grupo focal	7
N.° de funcionarios/as y tomadores de decisión de Lima (Conadis, Omaped, MINSA)	3
N.° de funcionarios/as y tomadores de decisión de Tumbes (Conadis, Omaped, MIMSA)	5
N.° de servidores en la atención primaria de salud de Tumbes	1
N.° de activistas de la sociedad civil	3
TOTAL PARTICIPANTES	34

Las edades de las mujeres participantes oscilan entre los 30 y 78 años. La mayoría ha realizado estudios técnicos y superiores. Ninguna de ellas ha recibido información sobre educación sexual y sólo una mujer ha recibido capacitación sobre enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, ninguna pertenece a alguna organización que promueva los derechos de las mujeres con discapacidad.





Categorías de análisis y técnicas de consulta, según informante clave del estudio

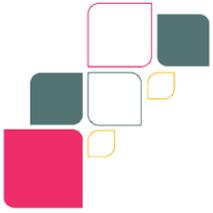
De acuerdo al diagnóstico preliminar realizado sobre el tema, las áreas específicas que necesitaban ser consultadas, según las funciones y responsabilidad de las personas informantes, se presentan en la tabla a continuación:

Tabla N° 2

Objetivos y categorías de análisis según informante del estudio

Informante clave	Objetivos específicos	Categoría / variables de análisis
1. Funcionarios y funcionarias tomadores de decisión (Conadis, Omaped y MINSA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recoger las opiniones del funcionariado respecto al grado de desarrollo de las políticas públicas dirigidas a las personas con discapacidad. 2. Identificar las prácticas en los servicios de salud que brindan atención respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad (eficacia, pertinencia cultural). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas y políticas en salud sexual y reproductiva. ▪ Cumplimiento y protocolos. ▪ COVID-19
2. Profesionales de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer las opiniones, actitudes o creencias existentes entre las y los servidores de salud respecto a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad. 2. Identificar las dificultades presentadas al atender a las mujeres con discapacidad, así como los aspectos a mejorar y las buenas prácticas en los servicios de salud sexual y reproductiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento de las políticas y normatividad. ▪ Atención de las personas con discapacidad ▪ COVID-19
3. Lideresas de la sociedad civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer sus opiniones, demandas y propuestas frente a las políticas y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) de las mujeres con discapacidad en el Estado peruano. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimiento de las normas y políticas ▪ Propuestas de la sociedad civil ▪ Organización
4. Mujeres con discapacidad de Lima y Tumbes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer las opiniones y percepciones de las mujeres respecto a sus derechos sexuales y reproductivos. 2. Identificar las actitudes, prejuicios y estereotipos presentes en la familia y que representan barreras y limitaciones en el acceso a sus derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estereotipos en la familia y la sociedad. ▪ Conocimiento de los DDSSRR, políticas y normatividad. ▪ Uso de servicios de salud sexual y reproductiva





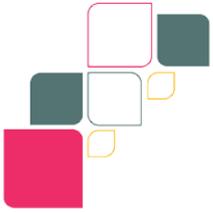
Informante clave	Objetivos específicos	Categoría / variables de análisis
	3. Identificar las actitudes y estereotipos que las mujeres perciben al ser atendidas por el personal de los servicios de salud sexual y reproductiva y que representan barreras en el acceso a sus derechos. 4. Conocer las necesidades y demandas que tienen las mujeres para acceder a sus derechos sexuales y reproductivos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COVID-19 y DDSSRR ▪ Organización

Para la consulta se emplearon las técnicas de los grupos focales como metodología cualitativa adecuada al saber de las mujeres con discapacidad, así como entrevistas semiestructuradas para los funcionarios y funcionarias, las cuales fueron diseñadas según sus roles en la implementación de las políticas públicas. Estas entrevistas semiestructuradas también fueron dirigidas a las personas activistas de la sociedad civil:

- Dos (02) grupos focales de mujeres con discapacidad. Uno ejecutado en la región Lima y otro en Tumbes.
- Nueve (09) entrevistas individuales a mujeres con discapacidad.
- Ocho (08) entrevistas a funcionarios y funcionarias tomadores de decisión y a proveedores de los servicios de atención de salud de las entidades competentes (MINSA, Omaped, Conadis) de las regiones Lima y Tumbes.
- Tres (03) entrevistas a activistas por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad y representantes de la sociedad civil.







Capítulo I:

Marco normativo y políticas públicas para salvaguardar los derechos de la población con discapacidad en el Estado peruano

*“El Estado tiene que consultarnos más a las personas con discapacidad, sabemos opinar y aportar, nada sobre nosotras sin nosotras”.
(Activista de la sociedad civil)*

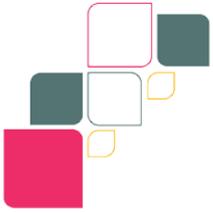
Marco normativo internacional

En esta sección se hace una reseña de los principales postulados internacionales que abordan, salvaguardan y protegen los derechos sexuales y reproductivos de la población con discapacidad.

La **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006)** es el instrumento internacional que protege los derechos humanos de las personas con discapacidad y su igualdad ante la ley. Fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y entró en vigor en Perú el 3 de mayo de 2008. La Convención marca un hito en el paradigma que reducía a las personas con discapacidad a sujetos de asistencia social y las convierte en titulares de derechos humanos. Su propósito es *“promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente”* (Artículo N.º 1).

Para su cumplimiento insta a los Estados partes a *“asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad”,* y a *“tomar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención”.* Afirma, además, el carácter transversal de las disposiciones de este instrumento, llamando a los Estados a *“tener en cuenta en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad”* (Artículo N.º 4).





Definición de discapacidad: de la noción de minusvalía a las nociones de funcionamiento y componentes de salud

El nuevo concepto de discapacidad que, desde el año 2006, consagra la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, ubica la situación de las personas con discapacidad como producto de la interacción de diversas barreras (físicas, culturales, económicas, tecnológicas, entre otras) que pueden impedir su plena y efectiva participación en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas. Esta definición supera la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la OMS, la cual se enfocaba en la consecuencia de la enfermedad, y que fue modificada a partir del año 2001, Año Internacional de las Personas con Discapacidad, denominándose en adelante Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). La CIF, al medir el funcionamiento, pone énfasis en las actividades que realizan las personas y los distintos factores que influyen para su realización, como son el estado de la salud, las funciones y estructuras corporales, la participación y los factores contextuales, sean ambientales o personales². Por tanto, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)** define a las personas con discapacidad, como *“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”* (Artículo N.º 1).

En el **Informe Mundial Sobre la Discapacidad** de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) describe a la discapacidad como una cuestión de derechos humanos y de carácter político, afirmando que no es una peculiaridad de la persona. *“La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social”* (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF).

La **Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CIADDIS)** fue adoptada el 7 de junio de 1999 por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) y puesta en vigor en el año 2001. Este instrumento tiene como objetivos la prevención y la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, y la promoción de su plena integración en todos los ámbitos de la sociedad (Artículo N.º 2). Asimismo, insta a los Estados partes a comprometerse a *“adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad...”* (Artículo N.º 3).

La CIADDIS establece las definiciones de dos términos o expresiones importantes: *discapacidad* y *discriminación contra las personas con discapacidad*. En el caso de *discapacidad*, es definida como *“una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”*. Y en relación a la expresión *discriminación contra las personas con discapacidad*, se refiere a *“toda distinción, exclusión o*

² Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI, 2014, pág. 22.





restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales”.

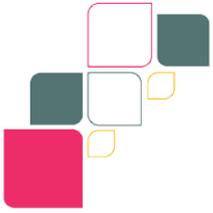
Introducción al concepto de derechos sexuales y reproductivos

El concepto de “derechos sexuales y reproductivos”, que predomina hoy en el ámbito internacional de derechos humanos, se sustenta en el marco jurídico y conceptual construido en medio de un amplio y profundo debate hasta llegar a la definición actual de salud reproductiva, que incluye la salud sexual y aborda de manera integral la sexualidad. En este proceso fue determinante la actuación y la incidencia protagonizada por los movimientos feministas, situando estos derechos como parte de los derechos humanos, la ciudadanía, la inclusión y la igualdad de género.

Entre los tratados internacionales de mayor relevancia en esta materia se encuentra el **Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994)**. En el informe de dicha Conferencia se concluye que “*la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia*”. También señala que esta condición conlleva “*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*”. De igual forma, se define la atención de la salud reproductiva en los establecimientos de salud como “*el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es 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*” (Capítulo VII, Derechos reproductivos y salud reproductiva, 7.2, pág. 38).

La Conferencia de El Cairo (1994) insta a los Estados partes a “*promover el ejercicio de los derechos de todas las personas con discapacidad y su participación en todos los aspectos de la vida social, económica y cultural*” y a tomar medidas específicas como las siguientes: “*los gobiernos deberían examinar en todos los niveles las necesidades de las personas con discapacidad en sus aspectos éticos y de derechos humanos. Deben reconocer las necesidades relativas, entre otras cosas, a la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia y la salud sexual, el VIH/SIDA, la información, la educación y las comunicaciones*”, “*Asimismo debe eliminar las formas concretas de discriminación de las que puedan ser objeto las personas con discapacidad en relación con los derechos reproductivos, la formación de hogares y familias y la migración internacional...*” (Capítulo VI, E: Las personas con discapacidad; 6.3, pág. 36).





Desde esta perspectiva integral e inclusiva, se afirma el derecho que tiene cada persona a decidir libre, responsable y de manera informada sobre su sexualidad y reproducción, para así poder disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos en base a información completa y oportuna y servicios de calidad. Esto es importante para planificar la reproducción o interrumpir un embarazo no deseado; todo ello libre de discriminación, culpas, creencias infundadas, violencia sexual y otras prácticas que buscan dominar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres.

La **Estrategia de Salud Reproductiva (2004)**, adoptada por la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, identificó cinco aspectos fundamentales de la salud sexual y reproductiva: i) Mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; ii) Ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; iii) Eliminar los abortos peligrosos; iv) Combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y v) Promover la salud sexual³³.

De esta manera, a través de un largo proceso de interpretación y definición, se ha ido adquiriendo una comprensión integral de la salud sexual y reproductiva, entendiendo que la sexualidad es una dimensión inherente al ser humano y que se manifiesta a lo largo de toda la vida, que abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual y la reproducción. La sexualidad se expresa a través de creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y roles, y se ve influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006)⁴.

En base a este marco conceptual, que reconoce a las personas como titulares de derechos y agentes de cambio, se establecieron y definieron los derechos sexuales y reproductivos, cuyo propósito es que todas las personas puedan ejercer su sexualidad y reproducción de manera libre, informada, libre de violencia y prejuicios, y de manera saludable y satisfactoria. A continuación, la lista de estos derechos formulados en la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos, elaborada por la Federación Española de Planificación Familiar y citada en COCEMFE (2019)⁵.

Derechos sexuales y reproductivos establecidos por Naciones Unidas

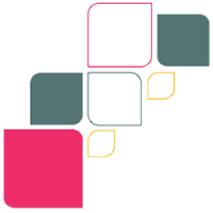
- **Derecho a la igualdad:** Todas las personas son iguales en dignidad y derechos. Todas tienen derecho al reconocimiento social y a la protección legal de sus vidas sexuales y reproductivas.
- **Derecho a la autonomía sexual:** Todas las personas tienen derecho a expresar y manifestar sus deseos, placer, prácticas, orientación e identidad sexual; a decidir libremente sobre su vida sexual en un marco ético no discriminatorio y respetuoso con los derechos de otras personas y con la capacidad evolutiva de las y los niños.

³³ Jornadas Derechos de las Mujeres con discapacidad y Agenda 2030. Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres con Discapacidad. Autora Iris Murillo. COCEMFE/ONCE/Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. Gobierno de España, pág. 6, s/año).

⁴ Organización Mundial de la Salud (2006). La definición de salud sexual - definición 4ª 2002.

⁵ COCEMFE (2019). Manual Básico de género y discapacidad, pág. 60.



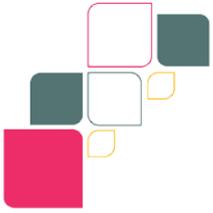


- **Derecho a la libertad y a la integridad corporal:** Todas las personas tienen derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; a vivir libres de riesgo y de cualquier violencia, intimidación o coerción que atente contra su libertad y bienestar sexual y corporal.
- **Derecho a decidir sobre las distintas opciones reproductivas:** Todas las personas tienen derecho a adoptar decisiones relativas a su vida reproductiva, a determinar libremente si quieren o no tener hijos e hijas y, en su caso, su momento y frecuencia.
- **Derecho a la información:** Todas las personas tienen derecho a disponer y acceder a una información completa, clara y veraz, para tomar decisiones autónomas sobre su vida sexual y reproductiva y ejercer plenamente sus derechos.
- **Derecho a la educación sexual:** Todas las personas tienen derecho a recibir una educación sexual de calidad, libre de estereotipos y prejuicios morales, ideológicos o religiosos, que favorezca una vivencia positiva y saludable de la sexualidad.
- **Derecho a la atención y protección de la salud sexual y reproductiva:** Todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud sexual y de salud reproductiva como componentes centrales de su bienestar, y por tanto a acceder a servicios de salud que ofrezcan una atención integral y de calidad.
- **Derecho a la privacidad y la confidencialidad:** Todas las personas tienen derecho al respeto a su privacidad e intimidad, así como confidencialidad cuando proporcionan información sobre su vida sexual y reproductiva.
- **Derecho a optar por los diversos modos de convivencia:** Todas las personas tienen derecho a elegir la forma de convivencia que consideren más adecuada con la relación afectiva, igualitaria que hayan establecido, y a disfrutar de los mismos derechos sociales y legales.
- **Derecho a la participación y libertad de opinión:** Todas las personas tienen derecho a ejercer la libertad de pensamiento, opinión y expresión de sus ideas, así como de asociarse para participar en el desarrollo de las políticas que determinan su bienestar sexual y reproductivo.

Sin embargo, los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad constituyen uno de los ámbitos de análisis más invisibilizados en las políticas públicas, a pesar de que se ha demostrado que las mujeres y niñas con discapacidad están más expuestas a sufrir una vulneración de este tipo de derechos (COCEMFE, 2019). En ese sentido, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)** establece en su artículo 25 que *“las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad”*.

En torno al hogar y la familia, la CDPD en su artículo 23, (inciso b) exige a los Estados partes a *“que se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos”*. En este mismo artículo, se demanda tomar *“medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás...”*.





Para el efectivo y pleno ejercicio de estos derechos, es esencial distinguir las diferentes formas que adquiere la discapacidad, a fin de que las políticas y prácticas a promover sean pertinentes, incluyentes y efectivas, tal como se describe en COCEMFE (2019, pág.10 y 11)⁶.

La **IV Conferencia Mundial sobre la Mujer**, celebrada en Beijing (1995), y su Plataforma de Acción reconocieron la situación de mayor vulnerabilidad que afrontan las mujeres con discapacidad por la falta de acceso (o acceso desigual) a los sistemas de salud y la violencia contra la mujer⁷. No obstante, las mujeres con discapacidad poseen los mismos derechos sexuales y reproductivos que el resto de la población, pese a los estigmas y prejuicios que existen en torno a su sexualidad como consecuencia de la discriminación que enfrentan por discapacidad, por género y por otras características coexistentes, las cuales constituyen barreras que les impiden ejercer plenamente estos derechos.

Normatividad y desarrollo institucional promovido por el Estado peruano para la defensa de los derechos de las personas con discapacidad

En Perú los derechos sexuales y reproductivos son protegidos como parte de los derechos humanos y reconocidos por la Constitución peruana. También están presentes en la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (Ley N.º 28983), en la Ley General de Salud (Ley N.º 26842) y la Resolución Ministerial N.º 668-2004-MINSA, la cual aprueba la Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, entre otras normas legales. Nuestro país cuenta también con un importante cuerpo de leyes, normas, instituciones y mecanismos públicos que buscan proteger los derechos, la dignidad y el bienestar de las personas con discapacidad desde un enfoque de igualdad e inclusión. A continuación, se reseñan algunos aspectos relevantes de estas normas y disposiciones, las que se han tenido en cuenta para el análisis de la información recogida a través del estudio.

⁶ Discapacidad física: hace referencia a la disminución o ausencia de funciones motoras o físicas que, a su vez, repercute en el desenvolvimiento o forma de llevar a cabo determinadas actividades en una sociedad que presenta severas limitaciones y barreras. Pueden tener dificultades para realizar movimientos o en la manipulación de objetos y les puede afectar a otras áreas como el lenguaje.

Discapacidad orgánica: es aquella producida por la pérdida de funcionalidad de algunos sistemas corporales, que suelen relacionarse con los órganos internos o procesos fisiológicos, ya sea de forma congénita o adquirida.

Discapacidad visual: se refiere a condiciones caracterizadas por una limitación total o muy seria de la función visual.

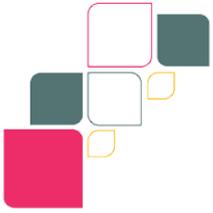
Discapacidad auditiva: es consecuencia inmediata de la pérdida o anomalía de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo. Lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral.

Discapacidad intelectual: implica una serie de limitaciones en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder ante distintas situaciones y lugares; a las personas con discapacidad intelectual les cuestan más las habilidades sociales e intelectuales para actuar en diferentes situaciones.

Discapacidad por problemas de salud mental: se define a partir del trastorno mental entendido como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo”.

⁷ COCEMFE, Jornadas Derechos de las Mujeres con Discapacidad y Agenda 2030, s/año, pág. 6.





La **Constitución Política del Perú (1993)**, en su artículo N.º 1, consagra los derechos de todas las personas sin distinción, la defensa de la persona humana y establece que el respeto de su dignidad es el fin supremo de la sociedad y del Estado. De igual forma, en su artículo N.º 7 establece que: *“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”*.

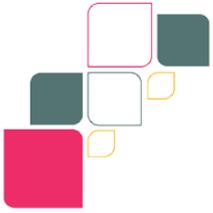
La **Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030 (PNMDD)** es el marco orientador del Estado peruano para la defensa de los derechos de la población con discapacidad. Se sustenta en las disposiciones que establece la Constitución Política del Perú, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley N.º 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y demás normas vinculadas al ejercicio de los derechos de este grupo poblacional. La implementación de la PNMDD es multisectorial, compromete a los tres niveles de gobierno y aborda de forma integral la discriminación estructural que enfrentan las personas con discapacidad.

Como situación futura deseada, la PNMDD plantea 7 objetivos prioritarios (OP) que permitirán orientar la intervención durante los próximos 10 años. En ese sentido, propone que: *“Al año 2030, en el Perú, la discriminación estructural hacia las personas con discapacidad se habrá reducido, permitiendo, así, que alcancen su desarrollo integral y ejerzan plenamente sus derechos en una sociedad inclusiva”*. Este cambio deberá verse reflejado en la evolución de indicadores específicos, entre ellos: a) el porcentaje de mujeres y hombres con discapacidad que no se atendieron en un centro de salud debido a un motivo que refleja exclusión o falta de oportunidades y b) el porcentaje de personas con discapacidad que sufrieron algún tipo de discriminación. En particular, destacamos el OP3: *“Asegurar el acceso y cobertura de servicios integrales de salud para las personas con discapacidad”*.

En congruencia con los tratados internacionales de las Naciones Unidas⁸, en Perú, la **Ley N.º 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad (2012)**, establece el marco legal para la promoción y garantía de los derechos de las personas con discapacidad a la luz de los principios establecidos en la Convención; por tanto, acorde a los instrumentos internacionales, esta norma define a la discapacidad en su artículo N.º 2 como: *“La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás”*. Esta definición responde al modelo social de la discapacidad que propone un cambio decisivo en la concepción de la discapacidad como un concepto que

⁸ La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006), instrumento internacional destinado a proteger los derechos humanos de las personas con discapacidad y su igualdad ante la ley, representa un hito en oposición al paradigma que reducía a las personas con discapacidad a sujetos de asistencia social para convertirlas en sujetos de derechos humanos. Desde este nuevo enfoque, insta a los Estados partes a *“asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad”*, y a *“tomar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención”*. La Convención define a las personas con discapacidad como *“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”* (Artículo N.º 1).





evoluciona a través del tiempo. De manera que, al referirnos a las personas con discapacidad, el foco principal deberá situarse en los factores y barreras que les impiden desarrollarse, es decir, “en las actividades que realizan las personas y los distintos factores que influyen para su realización, como el estado de la salud, las funciones y estructuras corporales, la participación y los factores contextuales, sean ambientales o personales”. (INEI 2014, p. 22).

Como mandato de la Ley General de la Persona con Discapacidad, se crea el **Sistema Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (Sinapedis)**, organismo encargado de asegurar el cumplimiento de las políticas públicas del Estado en materia de discapacidad. El Sinapedis está conformado por el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (Conadis), ente rector del Sinapedis, las Oficinas Regionales de Atención a las Personas con Discapacidad (Oredis), encargadas de formular, planificar, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas públicas regionales en materia de discapacidad y, a nivel municipal, las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad (Omaped)⁹.

El Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (Conadis) es el organismo público ejecutor, adscrito al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP¹⁰), responsable de supervisar y evaluar las políticas nacionales y sectoriales en materia de discapacidad, interponer demandas de cumplimiento, fiscalizar, imponer y administrar multas, así como exigir coactivamente el pago de multas. También cuenta con la atribución de dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales en materia de discapacidad y de los procesos y actividades del Sinapedis. Para el cumplimiento de sus fines cuenta con 24 Centros de Coordinación Regional (CCR) a nivel nacional.

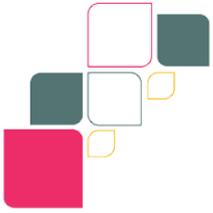
Además de contar con la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030 (PNMDD) como instrumento orientador, el Conadis cuenta con el **Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020-2024**, un documento de planificación que propone cuatro (04) Objetivos Estratégicos Institucionales y doce (12) Acciones Estratégicas Institucionales. Y aunque este plan no incluye acciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) de la población con discapacidad, destacamos el OE1 que propone: *Transversalizar la perspectiva de discapacidad en el diseño e implementación de las políticas públicas en los tres niveles de gobierno*; y el OE2 que busca: *Promover el cambio en los patrones socioculturales sin discriminación para las personas con discapacidad, con la participación de la ciudadanía y entidades cooperantes*¹¹. El logro de ambos objetivos es determinante para la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad.

⁹ Sistema nacional fue creado por Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad del año 1998.

¹⁰ El MIMP es el ente rector de las políticas nacionales y sectoriales para la promoción y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, de las mujeres, de las personas adultas mayores, de las personas con discapacidad, desplazados y migrantes internos que sufren discriminación o situaciones de desprotección, es responsable de la prevención, protección y atención de la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar, así como de la atención y recuperación de las víctimas de trata de personas, trabajo infantil y trabajo forzoso.

¹¹ Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020-2024, Tabla N° 5: Acciones Estratégicas Institucionales 2020 – 2024, pág.16.





El **mandato de consulta previa de la Ley 29973, Ley de Personas con Discapacidad** establece el derecho a la consulta a la población con discapacidad y señala que las autoridades de los distintos sectores y niveles de gobierno *“tienen la obligación de realizar consultas con las organizaciones que representan a las personas con discapacidad, previamente a la adopción de normas legislativas y administrativas, políticas y programas sobre cuestiones relativas a la discapacidad”* (artículo n.º 14 de la Ley 29973). En este sentido, la norma en mención es coherente con el mandato de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en esta materia.

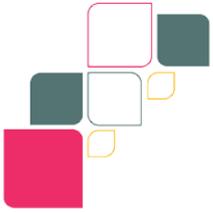
El **Plan Nacional de Accesibilidad 2018-2023, aprobado en 2018** es el instrumento técnico-normativo que orienta la planificación transversal y concertada, desarrollado sobre la base de la política nacional en materia de personas con discapacidad y de implementación de políticas y acciones para que la infraestructura y equipamiento en el medio urbano y rural de las ciudades, reúna las condiciones adecuadas de acceso de estas personas al entorno físico, al transporte, a la información y a las comunicaciones, en igualdad de condiciones con las demás. El Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, es la entidad encargada de coordinar la elaboración del Plan Nacional de Accesibilidad mediante acciones concertadas y multisectoriales en los tres niveles de gobierno.

La **Ley Nº 29535 que reconoce la lengua de señas peruana**, aprobada en 2010 que otorga reconocimiento oficial de la lengua de señas peruana como lengua de las personas con discapacidad auditiva en todo el territorio nacional. La lengua de señas comprende las lenguas o sistemas lingüísticos de carácter visual, espacial, gestual y manual y es ejecutada por intérpretes para personas sordas que realiza una interpretación simultánea del español hablado a la lengua de señas o viceversa.

La **Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) “Perú, país saludable”** del Ministerio de Salud, define el problema público como *“Años de vida saludables perdidos en la población por causas evitables”*, y señala como una de sus causas directas a la *“limitada cobertura y acceso de la población a servicios integrales de salud”* y, de manera más específica, a la falta de una atención personalizada y especializada debido a brechas en recursos humanos en salud. De esta manera, una de las estrategias que esta política propone es *“el fortalecimiento de las competencias profesionales y humanas de los recursos humanos en salud para responder a las necesidades y expectativas de la población”* (PNMS, p. 141).

Esta política nacional de salud se sustenta en un conjunto de enfoques transversales, como los enfoques de Cuidado Integral por Curso de Vida, de Derechos Humanos, de Género y de Discapacidad, entre otros enfoques relevantes para el desarrollo integral de las personas. Respecto al enfoque de Discapacidad, reafirma el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, y la obligación del Estado de garantizar el acceso a prestaciones de salud de calidad (PNMS, p. 131). Asimismo, la PNMS se corresponde con la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030, en especial con el ODS 3, “Salud y Bienestar”, el cual reconoce que “la buena salud es esencial para el desarrollo sostenible”. También existe correspondencia con el ODS 5, “Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas”, que busca se





aprueben y fortalezcan *“políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles”*. (PNMS, p. 3).

La Política Nacional de Igualdad de Género (PNIG), aprobada el año 2019, es la norma rectora para el logro de la igualdad de género en el país. El problema público para la igualdad de género que se pretende resolver es la *discriminación estructural contra las mujeres*, la cual tiene en su base un conjunto de patrones socioculturales discriminatorios —que privilegian lo masculino sobre lo femenino— reforzando la asignación desigual de roles (productivos a los hombres y reproductivos a las mujeres), que infravalora lo femenino en comparación con lo masculino. A su vez, dichos patrones se reproducen y perpetúan por la acción de las normas y cultura institucional que refuerzan la situación de inferioridad o subordinación de las mujeres en la sociedad (p. 12).

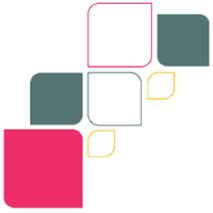
Los objetivos prioritarios de la PNIG responden a los efectos de la discriminación estructural contra las mujeres, identificado como el problema público, entre ellos la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. La PNIG describe la vulneración de estos derechos señalando que *en el Perú persisten normas, políticas y prácticas discriminatorias sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción que afectan de manera decisiva la vida de las mujeres, exponiéndolas a graves riesgos, daños y desventajas* (p. 17). En concordancia con este diagnóstico, plantea seis objetivos prioritarios, entre ellos el OP2: *Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres* (PNIG, p. 39). Señala, además, que las discriminaciones contra las mujeres involucran otros factores de exclusión, como la discapacidad (p. 13).

Para el cumplimiento de los propósitos establecidos en la PNIG se cuenta con el **Plan Estratégico Multisectorial de Igualdad de Género (PEMIG)** que establece el derecho a la salud sexual y reproductiva a través del Objetivo Prioritario 2: *Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. Esto será posible mediante el cumplimiento de tres lineamientos: 2.1. *Mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres*, 2.2. *Fortalecer la implementación de la educación sexual integral en el sistema educativo* y 2.3. *Ampliar el acceso a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes* (PNIG, 2019, p. 32). Estas acciones resultan decisivas en el caso de las mujeres con discapacidad ante las mayores vulnerabilidades que enfrentan.

Las **Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del MINSA 2004**. Estas guías tienen como propósito el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, optimizando el nivel de competencia técnica por parte de los trabajadores y trabajadoras de la salud, a manera de pautas en la conducta diaria de atención de los usuarios y usuarias que concurren a los establecimientos en demanda de un servicio en cualquiera de las áreas de salud de la mujer y del recién nacido. Los contenidos están orientados a mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud de la mujer y del recién nacido, y a contribuir a la reducción de la mortalidad materno perinatal y otros aspectos relevantes de la salud reproductiva.

El **Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza extrema – CONTIGO**, del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), es un mandato de la Ley 29973 que se ha efectivizado mediante las pensiones no contributivas para personas con discapacidad severa y pobreza extrema. Fue creado en el 2015 por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), y posteriormente transferido,





en el 2017, al MIDIS. Consiste en otorgar un bono de 300 soles cada dos meses, a personas con discapacidad que reúnan los siguientes tres requisitos: contar con su DNI, ser calificado como en extrema pobreza por el SISFOH y tener discapacidad severa o completa. Una discapacidad severa o completa es aquella en la que la persona depende la mayor parte del día de otra persona o de un instrumento.

La **Norma Técnica N.º 180 MINSA/DGIESP-2021, Norma técnica de salud para la prevención y eliminación de la violencia de género en los establecimientos de salud que brinden servicios de salud sexual y reproductiva**, establece importantes disposiciones para prevenir y eliminar cualquier tipo de violencia de género por parte del personal de la salud hacia las personas que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva de los establecimientos de salud (EE. SS.). De esta manera, en la disposición 5.2.3. *Atención centrada en la persona usuaria y sus derechos*, respecto a las personas con discapacidad, señala: El personal de la salud encargado de la atención de la salud sexual y reproductiva debe centrarse en la persona usuaria y en el respeto a su dignidad y derechos, así como en la atención con empatía, calidez y atención humanizada, por tanto, debe abstenerse de: tener conductas o actitudes discriminatorias por sexo, género, origen étnico, condición socioeconómica, discapacidad (psicosocial, física, sensorial, intelectual), edad, creencias o cualquier otro motivo.

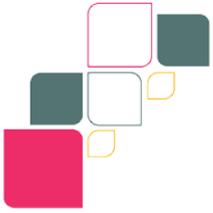
Decreto Legislativo N.º 1384 (2018), que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones.

El problema público principal y los desafíos pendientes respecto al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población con discapacidad

Perú ha realizado importantes avances a nivel de la legislación, normatividad e institucionalidad para proteger los derechos de las personas con discapacidad; sin embargo, el país tiene aún grandes retos pendientes, los cuales forman parte del diagnóstico oficial formulado y la definición del problema principal que orienta el accionar del Estado peruano. Este estudio tiene presente que el problema público principal definido en la PNMD al 2030 de Perú es: **“Discriminación estructural hacia las personas con discapacidad”** (pág. 49).

La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CIADDIS, 1999), adoptada por la Asamblea General de la OEA, define el término "discriminación contra las personas con discapacidad" como *“toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales”*. Resulta crucial, entonces, comprender que la discriminación hacia la población con discapacidad constituye un problema estructural que responde y se origina en un orden social que es histórico, pero que al mismo tiempo es parte de un proceso de acumulación de desventajas para





poder erradicar las discriminaciones hacia la población con discapacidad en la sociedad peruana y en todos sus niveles de interacción e intervención.

Desde esta perspectiva, la superación de los factores que explican los niveles de exclusión de la población con discapacidad, identificados claramente en la Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012 –ENEDIS (INEI 2014, p. 23), y listados a continuación, deberán ser abordados con primacía por las políticas públicas del país. Estos factores son: a) las políticas públicas poco eficaces, que fueron inicialmente destinadas a mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad; b) el bajo nivel de empoderamiento y asociatividad de las personas con discapacidad para proteger y promover sus derechos; c) el no cumplimiento de las normas en materia de discapacidad; d) deficiencias en el trabajo de seguimiento y evaluación desde la institución rectora en materia de discapacidad y d) los patrones socioculturales adversos a prácticas inclusivas, poco señaladas en escuelas y en el propio hogar.

Además, se ha reconocido la insuficiente información estadística confiable para la formulación de políticas de Estado a favor de la población con discapacidad (INEI, 2014, p. 17); elemento decisivo para el diseño de políticas en salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad. A esta preocupación respondió precisamente esta primera encuesta nacional sobre discapacidad realizada el año 2012.

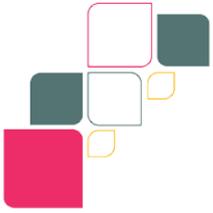
Institucionalización y transversalización del enfoque de discapacidad en la gestión pública peruana

Las estrategias de transversalización e institucionalización forman parte de los procesos que buscan incorporar de manera explícita y sostenida los enfoques de derechos humanos en las políticas públicas. Ambos procesos requieren cambios y transformaciones en las concepciones y abordajes de los problemas públicos, así como una articulación efectiva de las políticas públicas. En el caso de la transversalización del enfoque de discapacidad, implica incorporar sus postulados en cada uno de los niveles gubernamentales (nacional, regional y local) con el fin de integrar dicho enfoque de manera explícita en todas las políticas, programas, proyectos, bienes y servicios brindados por el Estado. Asimismo, supone la descentralización del enfoque desde parámetros nacionales, pero con especificidades regionales a partir de diagnósticos regionales.

Al mismo tiempo, para alcanzar la institucionalización de este enfoque, se requiere definir reglas claras de intervención, acción y comportamientos expresados en leyes, normas, políticas, programas, directivas, procedimientos y protocolos, de manera tal que lleguen a convertirse en mandatos estables y permanentes. En nuestro caso, el objetivo consiste en convertir el enfoque de discapacidad en una práctica permanente, regular y obligatoria, no vinculada a prácticas personales, en la que las necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad pasen a formar parte de las normas de las entidades estatales¹²¹².

¹² García Castro, 2018, pág.552.





Desde esta perspectiva, el marco normativo del enfoque de discapacidad adoptado por el Estado peruano alcanza un importante grado de desarrollo de la normatividad. Sin embargo, para que este enfoque efectivamente se institucionalice, se requiere alcanzar un alto grado de sostenibilidad del cumplimiento de las normas mencionadas. De manera que, alcanzar los objetivos prioritarios de la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo¹³ al 2030 (PNMDD), en particular el OP3: “Asegurar el acceso y cobertura de servicios integrales de salud para las personas con discapacidad”, supone, entre otras estrategias, institucionalizar y transversalizar el enfoque de discapacidad como respuesta a la discriminación estructural hacia las personas con discapacidad; discriminación manifestada a través de múltiples “barreras físicas, comunicacionales, institucionales y actitudinales que les impone la sociedad” (PNMD-2030).

Como se ha señalado, el modelo social de la discapacidad afirma que las restricciones de las personas con discapacidad tienen un origen en las barreras socioculturales, económicas y medioambientales presentes en la organización social. Es decir, lo que determina que una persona no tenga las mismas posibilidades que una persona sin discapacidad son las limitaciones que le impone la sociedad. Esto quiere decir que es la sociedad la que tiene la responsabilidad de realizar todas las modificaciones necesarias para asegurar su participación plena en todas las esferas de la vida social¹⁴. Las connotaciones negativas subyacentes, asociadas a la dependencia y la subestimación de las capacidades de las personas con discapacidad, incrementan las barreras que soportan en todas las áreas de su vida.

Erradicar la noción de discapacidad a partir de las ideas sobre lo que es considerado “normal y anormal” es un requisito primordial para pasar a comprenderla desde la diferencia y para el desarrollo de políticas efectivamente inclusivas y no asistencialistas. De acuerdo con los testimonios recogidos en la presente investigación, esta concepción no se ha instalado aún en la narrativa del accionar de las entidades del Estado peruano. En general, se observa la falta de conocimiento y comprensión de las implicancias del enfoque de discapacidad por parte del personal de salud y otros sectores; esto ocurre como consecuencia de la débil incorporación de este enfoque en las políticas públicas, tal como lo señaló la funcionaria de Conadis de la sede central de este organismo:

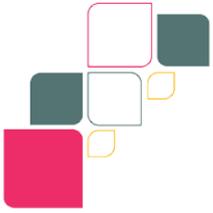
«Todavía falta un trabajo de concientización, tanto en la familia, la sociedad y el personal de salud (...) y también falta incluir a los funcionarios públicos respecto a cómo aplicar la perspectiva de discapacidad, la perspectiva de género y la perspectiva interseccional, porque cuando hablamos de mujeres con discapacidad es más compleja la situación (...) aún no se ha logrado una transversalización de facto del enfoque de discapacidad de tal

¹³ Objetivos Prioritarios de la Política Nacional Multisectorial en discapacidad para el desarrollo 2030:

1. Fortalecer la participación política y social de personas con discapacidad.
2. Garantizar la participación de las personas con discapacidad, en edad de trabajar, en actividades económicas dependientes o independientes.
3. Asegurar el acceso y cobertura de servicios integrales de salud para las personas con discapacidad.
4. Garantizar que las personas con discapacidad desarrollen sus competencias en igualdad de oportunidades, a través del acceso, participación, aprendizaje y culminación oportuna, a lo largo de su trayectoria educativa, en los diferentes niveles y modalidades.
5. Promover actitudes sociales favorables hacia las personas con discapacidad.
6. Asegurar condiciones de accesibilidad en el entorno para las personas con discapacidad.
7. Fortalecer la gestión pública en materia de discapacidad.

¹⁴ Mendoza, M. (compiladora) (2014). Configuración de la noción de discapacidad en un contexto de vulnerabilidad en Bogotá. Análisis interdisciplinar. Editorial Universidad del Rosario, pp. 41-64.





forma que se integre realmente en el diseño, implementación y seguimiento de las políticas, programas y servicios que ofrecen las diferentes instituciones del gobierno a la ciudadanía. Se trata de lograr que los recursos humanos, especialmente aquellos que tienen un contacto directo con la ciudadanía, internalicen el enfoque de discapacidad y se encuentren preparados para abordar de forma respetuosa, adecuada y libre de prejuicios, la temática de derechos sexuales y reproductivos cuando atienden a mujeres con discapacidad».

(Especialista en discapacidad y líder de la sociedad civil).

Según informó la funcionaria de Conadis, actualmente se está preparando una directiva para la Transversalización de la Perspectiva en Discapacidad en las Entidades de la Administración Pública, cuyo objetivo es orientar la adopción de la perspectiva de discapacidad en las diferentes intervenciones públicas que ofrece el Estado a sus ciudadanos.

De otro lado, la funcionaria de la DIRESA Tumbes manifestó que, para corregir la falta de conocimiento y comprensión de las implicancias del enfoque de discapacidad, se espera fortalecer las competencias en los profesionales de salud para que brinden atención tal cual lo establece la norma, sin discriminación y sin sesgos de ningún tipo

«Todos nuestros usuarios tienen los mismos derechos de acceder a una atención de salud. Venimos fortaleciendo las capacidades y la capacidad resolutoria de nuestros servicios dentro de lo que presupuestalmente es posible».

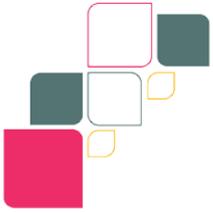
El mandato de consulta previa de la Ley 29973 y el rol de la sociedad civil

La Directiva N.º D000002-2021-CONADIS-PRE establece las pautas para el desarrollo de procesos de consulta a las personas con discapacidad, previo a la aprobación de normas legislativas, administrativas, políticas y programas sobre cuestiones relativas a la discapacidad. Entre las funciones del Conadis¹⁵ se encuentra la responsabilidad de promover y organizar los procesos de consulta a las organizaciones de personas con discapacidad, en coordinación con los sectores y niveles de gobierno correspondientes. En consonancia con esta norma, Conadis informó que se han realizado capacitaciones a 14 ministerios, gobiernos subnacionales y direcciones regionales de salud, así como también se han supervisado cinco procesos de consulta.

Esta directiva, además de asegurar la perspectiva de discapacidad en los procesos de consulta, establece también que dichos procesos deben fundamentarse en los enfoques de derechos humanos, reconociendo a las personas con discapacidad como titulares de derechos y con

¹⁵ El Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (Conadis) es el organismo público ejecutor, adscrito al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Entre sus objetivos estratégicos institucionales contempla el OEI 1: Transversalizar la perspectiva de discapacidad en el diseño e implementación de las políticas públicas en los tres niveles de gobierno, y el OEI 2: Promover el cambio en los patrones socioculturales sin discriminación para las personas con discapacidad, con la participación de la ciudadanía y entidades cooperantes (Conadis, PEI 2020-2024, p. 16).





capacidad de ejercerlos en igualdad de condiciones que las demás. De igual manera, a través del enfoque de género, garantiza la participación equitativa de mujeres y hombres; y mediante el enfoque intercultural, reconoce las diferencias culturales realizando las adaptaciones necesarias para garantizar la participación de los diferentes grupos étnico-culturales del país. A pesar de esta importante disposición que sin duda acercaría las entidades del Estado a la población con discapacidad, a sus demandas y propuestas, las mujeres entrevistadas no se sienten convocadas, ni partícipes del diseño de políticas públicas que les conciernen:

«Creo que la sociedad civil es un actor importantísimo, es el actor que define muchas veces el cambio, como sociedad civil uno puede tomar decisiones válidas, porque al final el objetivo de las entidades es que se respeten los derechos de las personas con discapacidad; y si tú generas políticas sin previamente haber consultado, estas ideas no están respaldadas por sociedad civil, por ahí yo encuentro un vacío».
(Especialista en discapacidad y líder de la sociedad civil).

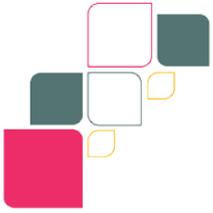
«La sociedad civil no está empoderada porque el gobierno no le ha dado los instrumentos necesarios para formalizarlos a través de una asociación jurídicamente establecida; es un colectivo débil para que pueda hacer cumplir estas políticas. Lamentablemente, esta población sigue esperando, y más aún ahora en la pospandemia, cuando se ha visto que la salud está prácticamente resquebrajada para toda la población, y con discapacidad es peor».
(Funcionario de la DIRESA Tumbes).

«En general, creo que hay avances en normas, en leyes. La existencia de la norma internacional ya es un avance; que el Perú la haya asumido e incorporado a la Ley de Personas con Discapacidad es muy importante, pero esta ley fue una lucha hecha por nosotras mismas que tuvimos que recoger firmas, ir al Congreso, etcétera».
(Activista de la sociedad civil).

Además, la Ley General de la Persona con Discapacidad faculta al Conadis a conformar un **Consejo Consultivo Interno**, integrado por representantes de las organizaciones de personas con discapacidad de la población, con deficiencia física, deficiencia auditiva, deficiencia visual, sordo ceguera, deficiencia mental, deficiencia intelectual, personas con discapacidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, así como de las federaciones deportivas de personas con discapacidad. Sin embargo, de acuerdo al testimonio, dicho Consejo aún no se ha conformado.

De acuerdo a los testimonios en Tumbes, no existen organizaciones locales de la sociedad civil que aborden específicamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. La creación de nuevos espacios locales y regionales asociativos posibilitará oportunidades para incluir en las agendas ciudadanas locales la demanda por los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, algunas mujeres expresaron su preocupación ante la posibilidad de que agrupaciones con enfoques tradicionales puedan reforzar los estigmas y estereotipos de género entre sus integrantes, tal como se advierte en el siguiente testimonio:





«Existen organizaciones que son muy tradicionales todavía con respecto a la discapacidad; organizaciones mixtas donde se ve la gran presencia de hombres con discapacidad y no afloran las mujeres con discapacidad. Hay bastantes organizaciones con diferentes temáticas que valdría la pena que se sensibilicen un poco más».
(Activista de la sociedad civil).

A nivel de la sociedad civil organizada, destaca la Mesa de Discapacidad y Derechos de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (CNDDHH), grupo de trabajo conformado por 20 organizaciones de personas con discapacidad e instituciones de la sociedad civil de alcance nacional, adscritas a la CNDDHH¹⁶. Su objetivo es desarrollar acciones de incidencia pública a fin de vigilar la implementación de las políticas para el acceso de las personas con discapacidad, particularmente en cinco áreas mediante comisiones de gobernabilidad, comunicación, educación, salud y trabajo, género y discapacidad y coordinación regional.

Entre las campañas de sensibilización realizadas por la Mesa de Derechos y Discapacidad de la CNDDHH destacan: “Por un municipio con nosotros”, iniciativa realizada en el período electoral municipal a fin de que los candidatos contemplen servicios y programas orientados a las personas con discapacidad; la suscripción del Acuerdo de Gobernabilidad con candidatos a la Alcaldía de Lima Metropolitana, petitorio a alcaldes electos por la inclusión de las personas con discapacidad en la gestión municipal; y la estrategia “Sin presupuesto no hay derechos” ante el Ejecutivo y Congreso, cuyos integrantes intentaron anular el presupuesto del Año Fiscal 2023 destinado a la población con discapacidad en gobiernos locales y regionales¹⁷.

«Yo, como Estado, puedo tener una visión, puedo ser una funcionaria que ha estado años aquí y ve la temática, soy experta en la materia; pero si yo no valido mis ideas con la sociedad civil, con mujeres que están viviendo esta problemática día a día, entonces probablemente los servicios que brinde, las políticas que brinde, no van a tocar a esta mujer que viven el día a día estas problemáticas».
(Activista con discapacidad).

Por su parte, el Observatorio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad (ODISEX PERÚ) busca visibilizar la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, generar y difundir información y exigir transparencia sobre la situación de estos derechos, así como hacer incidencia frente al incumplimiento de leyes.

La participación activa de las personas con discapacidad desde la sociedad civil dependerá del nivel de organización social alcanzado para presentar sus necesidades y propuestas. Según lo manifestado por las personas entrevistadas, el nivel de organización de la población con discapacidad es débil, y por tanto, la posibilidad de exigir sus derechos es sumamente limitada;

¹⁶ Andares, Asociación ADECEP, Asociación Capaz Perú, Asociación de Abogados con Discapacidad Visual, Autismo Perú, Aynimundo, Asoc. Help Them Hope, Centro de Empoderamiento de Personas con discapacidad – CEMPDIS, Clínica Jurídica de Discapacidad y Derechos Humanos de la PUCP, Comisión de Damas Invidentes del Perú, Colectivo 21 Perú, Federación Nacional de Mujeres con Discapacidad del Perú (FENAMUDIP), MAW LSP (organización de personas sordas), MUSAS Inspiradoras de Cambios, Paz y Esperanza, Perú Equidad, Sociedad y Discapacidad (SODIS), Sociedad Peruana Síndrome Down (SPSD), Equipo 21, Coalición de Salud Mental y DD.HH. En: Memoria Anual de la Mesa de Discapacidad y Derechos de la CNDDHH. Período 2022. Lima, marzo de 2023, p. 6.

¹⁷ Memoria Anual de la Mesa de Discapacidad y Derechos de la CNDDHH. Período 2022. Lima, marzo de 2023.





de allí la necesidad de fortalecer la asociación y organización de la población con discapacidad. Precisamente, este es el objetivo prioritario N.º 1 del PNMDD al 2030, el cual está dirigido a fortalecer la participación política y social de las personas con discapacidad, desarrollando intervenciones que mejoren su nivel de participación política y social, previendo, incluso, un sistema de apoyo para el desarrollo de la autonomía y la vida independiente de este grupo poblacional.

Seguimiento al cumplimiento de las normas y las políticas públicas relacionadas a los derechos de la población con discapacidad

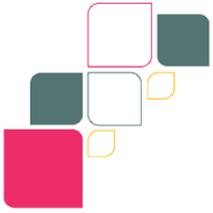
De acuerdo a los testimonios y los informes oficiales, existe una significativa brecha entre la dación de las normas y políticas públicas y los resultados en las condiciones de vida de la población con discapacidad. Esta situación tiene como una de sus razones principales el incumplimiento de la aplicación de las normas y políticas aprobadas por el Estado. El no cumplimiento de los ajustes razonables a los que están obligadas las entidades del Estado, de acuerdo al mandato de la Ley 29973, fue mencionado repetidas veces por las personas entrevistadas. Por ejemplo, el funcionario del Componente de Discapacidad de la DIRESA Tumbes señaló que, a pesar de que la Ley 29973 expresa claramente que toda construcción pública debe tener acceso para las personas con discapacidad, no se fiscaliza ni se sanciona su incumplimiento. Al no existir fiscalización de las políticas, se permite en la práctica la impunidad y la discriminación:

«No hay la autoridad suficiente para hacer cumplir las normas, y eso está permitiendo permanente discriminación (...) el Estado está en la obligación de dar atención preferente y exclusiva a las personas con discapacidad, sin embargo son insuficientes los servicios para personas con discapacidad; mucho más aún, si vemos que la discapacidad se sitúa mayormente en la extrema pobreza; existe un círculo vicioso; si enfrentamos la discapacidad estamos combatiendo la pobreza».
(Funcionario de DIRESA Tumbes).

También son importantes las “Observaciones finales sobre el noveno informe periódico del Perú”¹⁸, documento del Comité CEDAW, cuyas recomendaciones se encuentran enfocadas en un conjunto de observaciones motivo de alta preocupación, y que también reconoce los esfuerzos realizados por el Estado peruano para incorporar la igualdad de género y los derechos de la mujer en sus marcos legislativos y normativos. En particular, el Comité CEDAW muestra su preocupación por las evidentes dificultades que se observan para el cumplimiento y aplicación efectiva de la normatividad y las políticas, así como por la lentitud con la que se introducen los cambios institucionales necesarios para lograr que se cumplan.

¹⁸ Extraído de <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx>





En relación a la discriminación hacia las mujeres y las niñas, el Comité recomienda *que el Estado Parte aborde la discriminación interseccional contra las mujeres y las niñas con discapacidad y garantice su inclusión y su ejercicio de todos los derechos previstos en la Convención, en particular eliminando las restricciones para tomar sus propias decisiones; asegurando su acceso a la justicia, a la protección contra la violencia de género contra las mujeres, a la educación inclusiva, al empleo y a los servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva; y exigiendo que no se realicen intervenciones médicas, tratamientos e internaciones sin su consentimiento libre, previo e informado, de conformidad con la recomendación general número 18 (1991) sobre las mujeres con discapacidad (E. Principales motivos de preocupación y recomendaciones/Mujeres con discapacidad).*

En este mismo sentido, la Convención sobre los derechos de la población con discapacidad determina que *“Los Estados partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad”*. También se comprometen a *“tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad”* (Artículo 4, numeral 1, inciso e, CDPD). Asimismo, exhorta a que *“Los Estados partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”* (Artículo 6, numeral 1, CDPD).

Recientemente, el Comité de la Convención sobre los derechos de la población con discapacidad elevó al estado peruano a través del documento *“Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Perú”*¹⁹ un conjunto de observaciones y recomendaciones dirigidas a advertir las numerosas situaciones de incumplimiento de las normas que protegen los derechos de la población con discapacidad que aún se encuentran pendientes. Entre algunas de ellas, al Comité le preocupa que no se hagan efectivas las sanciones ante el incumplimiento de la Ley General de Personas con Discapacidad y demás legislación específica sobre discapacidad; la escasa asignación presupuestaria, lo que explica la actual inoperancia de las leyes y políticas públicas en materia de discapacidad; el escaso avance en la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Discapacidad para el Desarrollo al 2030, la falta de datos sobre las personas con discapacidad que murieron como consecuencia de la pandemia del COVID-19, dado que el Estado parte tuvo una de las tasas de mortalidad más altas del mundo, y la persistencia de la discriminación, prejuicios y estereotipos en todos los ámbitos de la vida de las personas con discapacidad.

En varias oportunidades las mujeres se refirieron al rol que cumplen las instituciones del Estado a cargo de las políticas dirigidas a la población con discapacidad, como Conadis, Oredis y Omaped. Ellas opinaron que la fiscalización del cumplimiento de las políticas aprobadas por el Estado para garantizar los derechos de la población con discapacidad no se cumple plenamente:

¹⁹ Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Perú. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 24 de marzo de 2023 Versión avanzada no editada.





«¿Por qué Conadis, como ente rector y con la competencia que tiene, no ha logrado un cambio? El problema es que, si no existe una sanción que se le dé a este funcionario público que tiene que generar algunos cambios, ahí está la falencia».
(Especialista en discapacidad y líder de la sociedad civil).

El Conadis, como ente rector responsable de supervisar y evaluar las políticas nacionales y sectoriales en materia de discapacidad, tiene la potestad de requerir información sobre cuestiones relacionadas a la discapacidad a las entidades u organismos de todos los sectores y niveles de gobierno, así como de interponer demandas de cumplimiento, fiscalizar, imponer, administrar multas y exigir coactivamente el pago de estas multas. En ese sentido, la percepción de las lideresas entrevistadas frente a esta responsabilidad es que, a la falta de efectividad del Estado, se suma la falta de organización de la población afectada y el bajo nivel de empoderamiento para exigir sus legítimos derechos. Como alternativa ante la falta de cumplimiento de las políticas, las mujeres propusieron fortalecer los niveles de organización actual de la población con discapacidad. Así lo manifestaron en los siguientes testimonios:

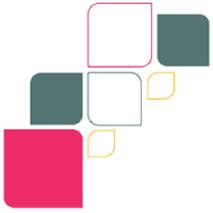
«El otro lado de la historia es que nosotras mismas, las personas con discapacidad, tenemos que conocer toda la normatividad que nos defiende para hacerla cumplir; por eso decía que la autoestima es fundamental, porque cuando yo me empodero definiendo mis derechos donde quiera que vaya».
(Activista de la sociedad civil).

«Nosotros, como personas discapacitadas, tenemos que hacer respetar esa ley, hay que reclamar nuestros derechos; eso depende de nosotros, porque si nosotros no reclamamos, entonces ellos no nos van a apoyar (...) Tumbes no es accesible, esa es la verdad, hay mucha dificultad; por ejemplo, donde vivo no hay rampas. Y eso es lo que yo estoy tratando con varios discapacitados de formar un grupo, para ponernos de acuerdo para reclamar nuestros derechos».
(Entrevistada 7, mujer con discapacidad, Tumbes).

Incorporación del enfoque de género y el enfoque de interseccionalidad en las políticas públicas dirigidas a las mujeres con discapacidad

Las políticas públicas impulsadas por el Estado incorporan enfoques transversales como salvaguardas de los derechos humanos de las personas en su diversidad, en oposición a discriminaciones por su condición de género, sexo, etnia, idioma, educación, cultura u orientación sexual, entre otras. El enfoque interseccional nos hace ver esta compleja amalgama entre las distintas discriminaciones, las que deben ser enfrentadas de manera simultánea. Los enfoques transversales que postula el Estado peruano, incluyen el enfoque de género, de interculturalidad, de derechos humanos, de ciclo de vida, de discapacidad y territorial, entre





otros. Enfoques que se complementan entre sí y que es necesario incorporar en todos los niveles del Estado, de manera transversal y como mandato para la protección de los derechos individuales y colectivos de las personas.

Al actuar desde estas diversas perspectivas, las políticas se fortalecen y permiten actuar con mayor eficacia e impacto. Sin embargo, no siempre las políticas públicas integran de manera adecuada y pertinente dichos enfoques debido a la falta de institucionalización y transversalización de sus procedimientos y herramientas. En el caso de las mujeres con discapacidad, la simultaneidad de todas estas categorías que conforman las identidades de las personas y, debido a los estereotipos enraizados en la sociedad, generan profundas desigualdades, a las que se suma la discriminación por discapacidad, por lo que, si no se toman medidas expresas para erradicarlas, seguirán reproduciéndose.

Se ha podido constatar que los instrumentos de política pública dirigida a la población con discapacidad no incorporan de manera sistemática los principios y herramientas del enfoque de género, ni en sus objetivos estratégicos, lineamientos, indicadores y metas; siendo necesario incorporar de manera expresa los propósitos de igualdad entre los géneros, en vista de las desigualdades y discriminaciones observadas hacia las mujeres con discapacidad.

En cuanto al enfoque interseccional, una preocupación que manifiestan con frecuencia las mujeres es la situación en la que se encuentran las mujeres con discapacidad de las zonas rurales, debido a la ausencia del Estado y sobre las cuales no se tiene información; por ello es probable que se encuentren más desprotegidas. La diversidad étnica y cultural de las mujeres con discapacidad no ha sido incorporada explícitamente en las políticas, ahondando aún más las barreras y las múltiples discriminaciones que enfrentan:

«De hecho, cuando hablamos de esta interseccionalidad de mujeres con discapacidad, afrodescendientes, indígenas, albinas, es más compleja la situación; y en este informe²⁰ sobre la situación de las mujeres con discapacidad hemos tocado el tema de las mujeres rurales, no hemos tocado, por ejemplo, mujeres con discapacidad afrodescendientes».
(Especialista en discapacidad y líder de la sociedad civil).

Según lo informado por Conadis, no se dispone de información acerca de la situación de las mujeres con discapacidad indígenas, afrodescendientes y LGTBIQA+. El Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (RNPCD) y la data estadística recopilada a partir de la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS-2012) no incluyen dichas variables. En la actualidad, se está preparando una segunda encuesta especializada, dirigida a obtener información sobre la situación de las personas con discapacidad que incluirá importantes variables:

²⁰ Se refiere al Informe Alternativo de la Mesa de Discapacidad y Derechos y Aliados de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos de Perú enviado al Comité de la Convención sobre los Derechos de la Población con Discapacidad, 2023.





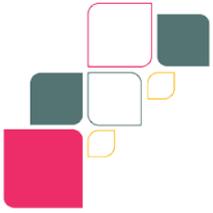
«... incluirá preguntas relacionadas a aspectos tales como: identidad de género, orientación sexual, relaciones sentimentales, acceso a información sobre salud sexual, reproductiva y educación sexual integral».
(Entrevista a funcionaria de Conadis).

En este punto es conveniente recordar que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 25 (inciso a), exige a los Estados partes proporcionar a la población con discapacidad *“programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles, de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y programas de salud pública dirigidos a la población”*. Asimismo, en el inciso C del mismo artículo, demanda a los Estados partes *“a proporcionar esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales”*.

Desde el MINSA existen importantes iniciativas orientadas a transversalizar el enfoque intercultural. Una de ellas es la estrategia “Diálogo intercultural en salud” (Resolución Ministerial N.º 611-2014/MINSA), una herramienta para promover la participación social de los pueblos indígenas y la población afroperuana en la identificación y solución de problemas de salud individuales, familiares y comunitarios. En el diálogo intercultural realizado, la población de las regiones priorizó la atención de la salud materna (CEDAW, 2020, artículo: Salud: ítem 89). Otra importante iniciativa a resaltar es el registro de las etnias en la información de salud, a través de la Directiva para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud²¹, cuyo propósito es mejorar e incrementar el registro de la etnicidad en el sistema de información de los servicios de salud públicos y privados en todo el territorio nacional; especialmente aquellos servicios que atienden a pueblos indígenas u originarios y poblaciones afroperuanas, bajo el marco de respeto a los derechos. Su finalidad es contribuir con la construcción de información estadística diferenciada que favorezca la elaboración de políticas públicas globales y sectoriales a favor de las poblaciones étnicamente diversas, lo que permitirá conocer los servicios prestados y preventivos, de manera desagregada y por etnia. Sin embargo, ninguna de ellas, incorpora el enfoque de discapacidad.

²¹ Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2019.





Capítulo II:

Servicios de salud sexual y reproductiva

«A los médicos les hace falta bastante concientización, no solamente a los médicos, sino a todo el público en general. Me parece que el tema de discapacidad se tiene que concientizar, las personas con discapacidad tienen cosas para ofrecer».
(Entrevistada 3)

Registro y certificación de las personas con discapacidad

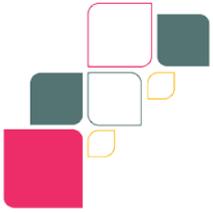
En el Perú existen dos tipos de identificación de la población con discapacidad: el registro otorgado por Conadis y la certificación de la condición de discapacidad que otorga el Ministerio de Salud.

El Conadis tiene bajo su cargo el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (RNPCD), que compila, procesa y organiza la información relativa a las personas con discapacidad y sus organizaciones. De acuerdo al Conadis, la data estadística generada a partir del RNPCD desde el inicio de su funcionamiento, en el año 2000, hasta el 30 de abril del 2023, registra a nivel nacional un total de 406 027 inscripciones de personas con discapacidad. De este total, 175 777 (41.6 %) corresponden a inscripciones de sexo femenino y 246 540 (58.4 %) a registros de sexo masculino. Es decir, se observa una menor inscripción de mujeres. No obstante, de acuerdo a las cifras oficiales, en el país existe un mayor número de mujeres con discapacidad que varones. En relación a las dos regiones de interés del presente estudio, del total de las personas con discapacidad registradas a nivel nacional en el 2019 (279,064 personas), 93,993 pertenecían a Lima Metropolitana, es decir el 30.9 %; y 6,764 pertenecían a la región Tumbes, equivalente al 2.2 %²².

En tanto, el Certificado de Discapacidad otorgado por el Ministerio de Salud (MINSa) es el documento oficial que acredita la condición de discapacidad de la persona según la Norma Técnica de Salud, NTS 127-2016-MINSa. Desde el 2015 a julio de 2019, el MINSa ha emitido 190 341 certificados de discapacidad a nivel nacional. De este total, 18 291 personas corresponden a Lima Metropolitana y 4191 a Tumbes. Este certificado es otorgado a través del aplicativo “His Discap Web”, cuya finalidad es reducir el tiempo en la obtención de citas para diagnóstico y procedimientos de rehabilitación, así como garantizar la continuidad de la atención brindada en los establecimientos de salud.

²² Compendio Estadístico Multisectorial 2019 - Conadis, 2020, pág. 17.





Teniendo en cuenta que en el Perú existen aproximadamente 3 209 261 personas con alguna discapacidad (10.3 % de la población total, según el INEI, 2017)²³, se puede afirmar que cerca de 2 millones de personas con discapacidad no estarían aún registradas ni certificadas.

Es preciso destacar que se ha producido un incremento de las certificaciones en discapacidad como resultado de la mejora de la norma²⁴, evidenciándose los esfuerzos del Estado para mejorar y acelerar los procesos de certificación. No obstante, el bajo grado de certificación de la población con discapacidad tiene importantes consecuencias para la efectividad de las políticas dirigidas a este grupo de la población, como se aprecia en los siguientes testimonios:

«La pandemia nos enseñó que estadísticamente estábamos totalmente desarticulados y desactualizados; la información que tenía el MINSA, con la información que tenía el Conadis, y más aún con la información que tenían los gobiernos regionales y locales, eran totalmente diferentes... En Tumbes, la información que tenían las municipalidades era la que dejó Tumbes accesible en el año 2013, esto no permitió una capacidad de respuesta efectiva y el cumplimiento de las normas que otorgan prioridad a las personas con discapacidad».

(Funcionario Conadis Tumbes).

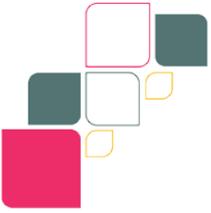
Sin duda, las brechas de certificación repercuten en la baja cobertura de atención en salud de la población con discapacidad. Las y los funcionarios, así como el personal de salud que brinda atención directa a las mujeres con discapacidad en Tumbes, refieren que la cobertura alcanzada en el servicio de salud sexual y reproductiva es muy limitada. Las mujeres acudirían a los servicios de salud general, pero no a los de salud sexual y reproductiva. Según lo informado, la baja cobertura tiene como causa principal la falta de médicos especialistas en certificar la discapacidad en dicha, lo que impide su identificación y atención. Es por ello que el incremento sostenido de la certificación de la población con discapacidad es indudablemente un primer paso para atender de manera masiva a las mujeres con discapacidad, para así diseñar y gestionar políticas públicas apropiadas a sus necesidades particulares. En ese sentido, la funcionaria de la DIRESA Tumbes manifestó que se necesita un mayor número de médicas y médicos certificadores para acelerar esta labor.

Una sugerencia brindada por las funcionarias y funcionarios del sector salud, que busca resolver esta brecha de certificación y así alcanzar mayor cobertura en la atención en salud, es la implementación de acciones como la Estrategia de Rehabilitación en la Comunidad (RBC), metodología aplicada de manera frecuente por el MINSA en otras áreas de la salud y que ha obtenido buenos resultados. Una estrategia de este tipo tiene correspondencia con el artículo 29 de la Ley 29973, que establece que *la persona con discapacidad tiene derecho a que la atención de su salud y rehabilitación se preste dentro de la comunidad en la que vive, bajo un enfoque intercultural, a través de los servicios y programas de salud generales; sin perjuicio de la obligación del Estado de contar con servicios especializados y acciones de prevención de*

²³ De acuerdo a los Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas (INEI).

²⁴ La Norma Técnica de Salud N°127-MINSA/2016/DGIESP dejó sin efecto la NTS N°112- MINSA/DGSP a efecto de adecuarla a la normatividad vigente y a la realidad del país.





acuerdo a los tipos de discapacidad existentes. Al respecto, el representante de la DIRESA Tumbes señala:

«El Ministerio de Salud tiene que impulsar la estrategia de la RBC, la rehabilitación basada en la comunidad; de salir a buscar, porque los que tienen discapacidad muy severa y están en extrema pobreza, como cuando salíamos a buscar TBC o tuberculosis, VIH, o madres gestantes para hacerle sus controles, o personas que les falta las vacunas. Estas visitas siempre han sido una estrategia del Ministerio de Salud y han dado buenos resultados».
(Funcionario DIRESA Tumbes).

«En el centro de Salud Pampa Grande han llegado pacientes sordomudas, mujeres que han llegado con displasia de cadera y algunas con retardo mental. Más o menos al año serán unos dos casos, máximo tres. De acuerdo a lo que nos dicen las estadísticas, hay pacientes que no están acudiendo al establecimiento».
(Prestadora de salud, Tumbes).

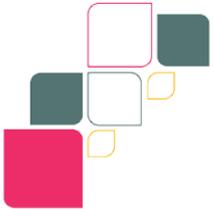
Accesibilidad e infraestructura inclusiva en los servicios de salud

Para las personas con discapacidad es básico que los servicios de salud sean accesibles físicamente, contando para ello con rampas, ascensores adecuados, espacios de información y otros. Al respecto, la Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (INEI, 2014, p. 14) señaló que el principal lugar donde tienen dificultades de ingreso o desplazamiento corresponde a los establecimientos de salud (29.3 %). En concreto, el 63.5 % de la población con discapacidad consultada no encontró ascensores adecuados en los establecimientos de salud a los que acudieron, mientras que el 59.3 % tuvo dificultades al no encontrar servicios higiénicos adaptados para sus necesidades. Asimismo, el 43.9 % de las personas con discapacidad mencionó que otra barrera fue la inexistencia de barandas de seguridad; de otro lado, el 37.9 % indicó que no encontró lugares que brinden información, el 35.7 % señaló que los servicios de salud no contaron con rampas de acceso y el 28.7 % que no poseían carteles de información (INEI, 2014, p.123).

Esta problemática también destacó en el grupo focal de Lima, donde las participantes resaltaron la falta de accesibilidad y la infraestructura escasamente inclusiva de los centros de salud. Fueron contundentes al señalar que los servicios de salud no están preparados para brindar una atención de calidad a las personas con discapacidad. Una de las razones de la baja cobertura en los servicios de salud sexual y reproductiva es la falta de certeza de que encontrarán facilidades para acceder a los servicios, pues conocen los impedimentos existentes, ya sea para acceder a los centros de salud, a los consultorios y/o a los equipos médicos:

«La infraestructura no es adecuada, por ejemplo, la silla no es adecuada para que entre por la puerta, es muy estrecha; todavía hay mucho que mejorar en atención y en infraestructura en los centros de salud».
(Participante del grupo focal de Lima).





«En realidad no muchas mujeres se realizan los chequeos porque he escuchado comentarios, dicen que tienen mucha dificultad para subirse a las camillas, no hay nadie que les pueda ayudar».

(Entrevistada 2, mujer con discapacidad, Lima).

El artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define el concepto de “ajustes razonables” como “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce y ejercicio, en igualdad de condiciones con los demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”. A través de los testimonios presentados aquí, se constata que no se cumple de manera rigurosa la Ley 29973, la cual establece la accesibilidad en servicios públicos y los ajustes razonables establecidos. Una infraestructura inclusiva deberá tomar en cuenta la diversidad de discapacidades, lo que conlleva no solo a un inmobiliario particular, sino a una atención diferenciada:

«... la infraestructura del centro de salud no es adecuada, ya es una barrera, ya impide que acceda a la atención en salud, para los métodos anticonceptivos, o a una información adecuada. Ahora, las mujeres con discapacidad visual es otra cosa, las mujeres que se comunican a través del lenguaje de señas es otro tema; y eso es aún una barrera más».

(Participante del grupo focal de Lima).

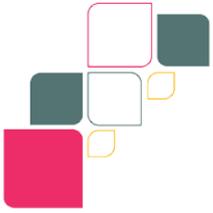
Debido a la falta de infraestructura adecuada, en los establecimientos de salud se solicita que las personas con discapacidad acudan a los centros de salud con un acompañante para que ayude a la persona y así suplir la inexistencia de mobiliario adecuado. El problema se presenta cuando las pacientes no cuentan con una persona que las pueda acompañar, pues, como se menciona en el siguiente testimonio, el personal de salud se muestra disgustado e incómodo, vulnerando de esta manera el derecho que tienen las mujeres con discapacidad a recibir una atención de calidad.

«Cuando fui a hacer mi chequeo, mi mamografía, me dice: “¿va a entrar sola?”, “¿se puede poner de pie?”; y yo le dije que sí. Entonces entré con la señorita y me dice: “levante el brazo”, y entonces le digo: señorita, ¿me puede ayudar?, yo no puedo levantarlo sola”. Y como que me trató mal: “¡levante, levante!”, y me hacía levantar. Yo le dije: “pero espere un ratito”, “señora, yo no tengo todo el tiempo, por favor, apúrese”. “Pero señorita, no puedo más”. “¡Tiene que hacerlo!, y si no sale bien es culpa suya, no mía”, me dijo».

(Entrevistada 1, mujer con discapacidad, Lima).

Como parte de las dificultades de acceso y traslado a los servicios de salud, se debe mencionar también el acceso a tratamientos de mayor especialización que requiere la población con discapacidad al no contar con hospitales dotados de los equipos calificados. En el caso de los hospitales regionales, con frecuencia no se encuentran adaptados para atender tratamientos de esta naturaleza, lo que lleva a la población que habita en poblados alejados a trasladarse con muchas dificultades hacia ciudades como Piura, Trujillo o Lima. Al respecto, el personal de salud





menciona la amplia gama de instrumentos, equipos y recursos especializados que necesitan para atender adecuadamente a la población con discapacidad, pero estos no han sido objeto de políticas públicas. Como consecuencia, la salud de la población con discapacidad se encuentra a la deriva en relación a la salud de la población en general, atravesando por un sinnúmero de carencias debido a la falta del cumplimiento de las disposiciones y normas relativas a esta materia:

«En primer lugar, hay que diferenciar la atención obstetra de la atención ginecológica. Según los exámenes que implican cada una de estas áreas y tipo de discapacidad, se requiere determinadas logísticas o equipos para su atención. No tenemos camillas adecuadas para estas condiciones de la paciente. Sé que existe una camilla llamada talonera que facilita la posición de la paciente; en los hospitales de Perú no tenemos este tipo de equipos médicos».

(Activista de la sociedad civil).

Si bien la mayoría de las personas entrevistadas reconocieron los importantes avances legislativos, normativos e institucionales alcanzados por el Estado peruano para la protección de los derechos de la población con discapacidad, también advirtieron un conjunto de limitaciones y barreras, entre ellas, las barreras actitudinales y la falta de accesibilidad a los servicios de salud:

«El Estado sí emprende situaciones que están a favor de las personas con discapacidad, pero a veces es la falta de conciencia de la misma sociedad, de la familia, de las mismas autoridades que ejercen los cargos en las oficinas tutelares dentro de los tres niveles de gobierno. No se ha hecho a la fecha un trabajo efectivo que permita empoderar y darle ese posicionamiento a la política pública de discapacidad».

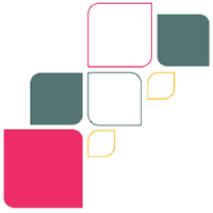
(Funcionario de DIRESA Tumbes).

«Reconociendo que existen avances legales, desde el Estado provienen muchas dificultades. Por ejemplo, todo el tema de accesibilidad para que una mujer se desplace a un centro médico a hacerse un estudio de prevención o de maternidad, o de algún otro problema que afronte; porque los centros médicos no son accesibles a las diversas dificultades que atraviesa una persona con discapacidad».

(Activista de la sociedad civil).

Una de las dificultades mencionadas por la mayoría de las mujeres entrevistadas se refirió a las limitaciones que enfrentan durante su atención en los servicios de salud (realización de chequeos, diagnósticos y exámenes) debido a que ¿los hospitales o centros de salud no cuentan con los equipos adecuados. Sin embargo, la Ley 29973, en su artículo 26, establece el derecho a la salud de la población con discapacidad, incluida la salud sexual y reproductiva, así como la garantía de que el Estado asegure el “acceso a prestaciones de salud integrales, de calidad e implementados con infraestructura, equipamiento y recursos humanos capacitados, incluidas la rehabilitación y la salud sexual y reproductiva”. El siguiente testimonio expresa esta preocupación:





«En las pacientes que he podido tener experiencia, hay dificultad para atenderlas, por ejemplo, el caso de la paciente con displasia de cadera».
(Prestadora de salud, Tumbes).

Es ineludible alcanzar el cumplimiento efectivo de la legislación peruana respecto a los derechos de la población con discapacidad, ya que son normas que responden claramente al mandato de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que exhorta a los Estados partes a adoptar todas las medidas necesarias para asegurarles el acceso en igualdad de condiciones que las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones. Estas medidas incluyen “los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo”. En ese sentido, los Estados partes también adoptarán las medidas necesarias para promulgar y supervisar la aplicación de las normas sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público.

En cuanto a las deficiencias que se observan en la accesibilidad podemos mencionar también los procedimientos empleados en la atención a los pacientes. En Tumbes, las mujeres que participaron en el grupo focal manifestaron las dificultades que enfrentaron para obtener citas:

«Sí, en la posta es accesible. El único problema que hay es que hay que madrugar para sacar un turno; y hay que estar parada afuera de la posta hasta que abran para poder sacar alguna referencia; porque en el caso mío yo más utilizo la posta para una referencia».
(Participante del grupo focal de Tumbes).

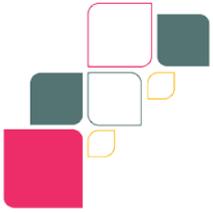
Se debe tener en cuenta que, de acuerdo a la categorización de los niveles de atención²⁵, el Hospital de Tumbes no tiene capacidad resolutoria. En ese sentido, una especialista del MINSA destacó el rol que deberían cumplir los Gobiernos Regionales asumiendo también responsabilidades en esta materia y asignando recursos y proyectos para la salud de la población.

Estrategias comunicativas para transmitir información sobre salud sexual y reproductiva según tipo de discapacidad

Asegurar la información según el tipo de discapacidad es igualmente relevante; la entrega de información y conocimientos según la discapacidad, para asegurar que llegue correctamente y de manera oportuna a toda la población, debe ser parte de los procedimientos y protocolos a diseñar. Una problemática mencionada por los activistas de la sociedad civil y las mujeres con discapacidad es la débil capacidad de comunicación y difusión de información de los servicios y políticas de salud, siendo fundamental determinar formas accesibles y apropiadas de

²⁵ Los niveles de atención de los establecimientos de salud se encuentran clasificados según capacidad resolutoria de los mismos.





comunicación para que los mensajes lleguen a las mujeres con discapacidad en toda su diversidad:

«Existe una gama de dificultades según nuestra propia discapacidad. La comunicación, por ejemplo, para una mujer ciega tendría que estar focalizada en un medio o una forma de que pueda acceder a este tipo de información, igual que las jóvenes sordomudas o también de acceso de las mujeres con discapacidad que nos desplazamos en silla de ruedas».

(Activista de la sociedad civil).

«Para una mujer sorda también existe falta de acceso a esta información, sobre todo porque no todas las mujeres sordas conocen el lenguaje escrito y necesitan un intérprete de lengua de señas. Y eso sí es algo que no vas a encontrar en un centro médico, en una clínica, en un hospital, por ello es que al final ellas lo conversan entre ellas».

(Especialista en discapacidad y líder de la sociedad civil).

Al respecto, la funcionaria de la sede central del Conadis informó sobre las coordinaciones que se están realizando para la concreción de uno de los servicios programados en la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030 y como parte del OP3; se trata del servicio *“Capacitación para la atención de las personas con discapacidad en los establecimientos de salud”*. Su finalidad es *“mejorar la conducta profesional del personal de los establecimientos públicos de salud mediante el desarrollo de competencias y conocimientos para la adecuada atención de las personas con discapacidad”*.

Los criterios a través de los cuales se desarrollará este servicio son: respeto a la dignidad, trato adecuado, reconocimiento de la capacidad jurídica, reconocimiento de la autonomía, reconocimiento de la independencia y los formatos y medios accesibles para la comunicación de la persona con discapacidad. Como meta para el año 2023 se espera culminar esta capacitación en 464 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) priorizadas por el sector Salud.

Una dimensión que suele pasar desapercibida es la limitada capacidad de difusión de las estrategias de las entidades públicas, en este caso del Ministerio de Salud. Así lo manifestó el médico gineco obstetra consultado para esta investigación, quién destacó que en la actualidad el MINSA está ofertando métodos de anticoncepción de larga duración gratuitos (implantes y dispositivos intrauterinos), lo que constituye una gran oportunidad para todas las mujeres. No obstante, el especialista expresó su preocupación sobre la efectiva difusión de esta estrategia y planteó la interrogante: *“¿en qué medida las mujeres con discapacidad llegan a enterarse de esta oferta gratuita de métodos anticonceptivos?”* Aquí la ausencia de una difusión efectiva constituirá una grave limitación que puede menoscabar los efectos y resultados de estrategias tan relevantes como la mencionada al no contar con una línea de difusión eficaz y oportuna dirigida a beneficiar a las mujeres que más los necesitan.





Prácticas de esterilización sin consentimiento (mujeres con discapacidad intelectual)

Para el bienestar de las mujeres con discapacidad es fundamental ejercer su derecho a decidir sobre sus cuerpos y sus derechos sexuales y reproductivos, y como parte de éstos, el derecho a formar una familia. Al respecto, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad prohíbe de manera absoluta las prácticas nocivas y discriminatorias contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas al matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, incluido el derecho a mantener su fertilidad y decidir el número de hijos que quieren tener en igualdad de condiciones que los demás (artículo 23). Por tanto, el Estado debe garantizar el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir de manera libre su maternidad y el momento para ello, así como la anticoncepción segura y sin coacciones y tener en cuenta su opinión en asuntos tan importantes como la salud, los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género; sin embargo, esta no es la realidad para muchas mujeres con discapacidad.

«Una mujer da a luz en su casa y la abuela pide que la esterilicen, y se cerciora tiempo después que cuando quiere tener otro bebé, le dicen “usted ha sido esterilizada”».
(Activista de la sociedad civil).

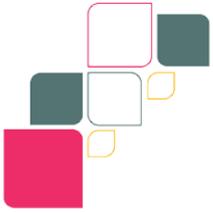
«A veces los médicos, por supuestamente protegerte, te dan una información limitada; por ejemplo, a mí me decían, me recomendaban que me ligara, cuando nació mi hija no quise».
(Entrevistada 3, mujer con discapacidad, Lima).

Las mujeres que participaron en las entrevistas individuales y las participantes del grupo focal de Lima señalaron a las mujeres con discapacidad intelectual como el colectivo más vulnerable y vulnerado entre ellas. Refirieron que dicho grupo es más propenso a sufrir violencia sexual por parte de personas allegadas, por lo que, ante aquella situación, la familia y el personal de salud optan por la esterilización forzada y sin consentimiento con el fin de evitar embarazos. Sin embargo, además de ser una clara violación a los derechos humanos y, en particular, al derecho de la autonomía para decidir sobre sus cuerpos, no se las protege del agresor ni se les brinda la atención sanitaria y psicológica que merecen, quedando expuestas a ser nuevamente víctimas de una agresión.

De la misma manera, las mujeres del grupo focal de Tumbes mencionaron la situación de sus pares con discapacidad auditiva, quienes muchas veces fueron objeto de violencia sexual debido a la promiscuidad en la que se encontraban.

Estos casos muestran la necesidad de crear condiciones para abordar la sexualidad desde los diferentes tipos de discapacidad o circunstancias, y así preparar a las familias para ello, con el fin de no violar sus legítimos derechos y hacerlo desde el respeto y la dignidad de las mujeres con discapacidad.





«Eso es como para tapar un problema; por ejemplo, las mujeres con discapacidad psicosocial, mayormente sufren violencia sexual en el hogar o en el entorno, y para que no quede embarazada, ¿qué es lo que hacen? Ligadura; y eso es algo que no se toca a fondo. También vi a una señora con discapacidad, tuvo un hijo, dos hijos, le quitaron el segundo, le ligaron, la violaban, la solución de las autoridades era la ligadura, no importa que la violen».

(Participante del grupo focal de Lima).

«Últimamente habíamos tenido con una psicóloga de Essalud una orientación aquí, con personas con discapacidad auditiva, que estaban en ese desorden, viviendo en la promiscuidad, que cogían a una señorita que les gustaba y la enamoraban y la llevaban al hotel y así; y nosotros dijimos: “no, eso está mal. El hecho que tú tengas discapacidad, no vas a hacer a las jovencitas eso” y a las jovencitas informarles también que no. “Si tú no quieres hacerlo, decirle no” (...) Pero una charla, como dijo la psicóloga, “es un día, es una clase” (...) El trabajo también viene a ser del padre. O sea, hay varios actores aquí, tanto la escuela, el padre, la sociedad».

(Participante del grupo focal de Tumbes).

En este aspecto es relevante la información brindada por la especialista de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, correspondiente a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) del MINSA, respecto a la violencia obstétrica observada. Precisamente, la Norma N.º 180-MINSA/DGIESP-2021 tiene como objetivo prevenir los casos de violencia proveniente del personal de salud hacia las personas con discapacidad y además prohíbe infringir el consentimiento de la mujer con discapacidad:

«En los casos especiales, como las pacientes con discapacidad mental, la ley no permite de ningún modo vulnerar el consentimiento del paciente. Si por ejemplo se solicita ligadura de trompas para una paciente con retardo mental, la ley no nos permite hacerlo sin el consentimiento de la paciente porque en este caso no tiene capacidad de decisión. La norma lo dice muy claro: se trata de su derecho al consentimiento, lo que señale la madre o el acompañante no es válido, tiene que decidirlo el juez; de lo contrario estaríamos vulnerando su derecho a decidir. Antes que poner un método definitivo, en estos casos primero es cómo cuidar a esa persona».

«Lo importante es comenzar. Seguro vamos a tener mucha resistencia, nos dirán “encima que no tengo infraestructura, logística y equipos, ahora me vas a sancionar”, pero vamos a empezar. Las mujeres no pueden permitir que las maltraten, no se trata de atender como un autómata, siempre hay quejas».

(Especialista de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA).

Los casos de violencia obstétrica mencionados por las mujeres pueden explicarse por la persistencia de prejuicios del personal de salud frente a la salud sexual y reproductiva y la falta de institucionalización del enfoque de discapacidad. En este sentido, es oportuno acelerar la debida implementación de la Norma técnica de salud N°180-2021-MINSA, reseñada en el capítulo I de este informe. Esta norma busca prevenir la violencia de todo tipo en los servicios





de salud sexual y reproductiva y en sus disposiciones generales define la violencia obstétrica como: *“todos los actos de violencia por parte del personal de la salud en los servicios de atención prenatal, parto y puerperio, con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres”*.

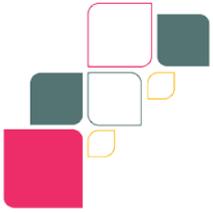
La NTS 180 define además el consentimiento informado en salud sexual y reproductiva como aquel *“acto en el que la persona expresa voluntariamente su aceptación para que se le realice la atención del parto, una cesárea, una histerectomía, la inserción de un método anticonceptivo reversible, o un método anticonceptivo definitivo, aborto terapéutico y otros procedimientos quirúrgicos ginecológicos u obstétricos, como resultado de un proceso de información y explicación detallada sobre todos los aspectos del procedimiento a realizar que permitan su toma de decisión, la cual puede suspenderse en cualquier momento a solicitud de la propia interesada”*. Desde esta conceptualización presta especial atención en que *“sea la persona con discapacidad quien exprese su consentimiento, y no su cuidador o acompañante, de conformidad con el Código Civil en el que se reconoce la capacidad de decisión y autonomía de mujeres y hombres con discapacidad”*.

En el 2017, Catalina Devandas, relatora especial de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, declaró que los Estados deben garantizar la erradicación de procedimientos que afecten la salud y los derechos sexuales y reproductivos de niñas y mujeres jóvenes con discapacidad, sin su consentimiento libre e informado antes de cualquier tratamiento médico, incluidas la esterilización forzada, el aborto forzado y la anticoncepción forzada (ONU, 2017). Al año siguiente, el Estado peruano publicó el Decreto legislativo 1384 que modifica el Código Civil y que reconoce el derecho a la autonomía sexual de las personas con discapacidad, estableciendo su capacidad jurídica en igualdad de condiciones, determinando que las personas con discapacidad son capaces de tomar decisiones sin que dependan de un tutor que decida por ellas. No obstante, este decreto no siempre se cumple.

En relación a esta área crucial, el Noveno Informe Periódico del Perú al Comité de la CEDAW, en su artículo sobre Violencia, Ítem 77, se describen los avances en las estrategias y políticas en torno a salud impulsados por el Estado peruano. Entre ellos se encuentra, por ejemplo, el Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016-2021, en el cual se *“reconoce la violencia obstétrica como una de las formas de violencia de género, y uno de los escenarios donde las mujeres se ven afectadas es en su atención pre, durante y posparto, lo que se puede expresar en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, lo que impacta negativamente en su calidad de vida”* (CEDAW/C/PER/9).

Igualmente, el artículo sobre Salud, ítem 77, refiere que a fin de fortalecer la capacidad de los trabajadores de la salud, *“el MINSA ha tomado medidas para sensibilizar a las autoridades sanitarias regionales y formar a los trabajadores de salud de las redes que trabajan en los niveles operativos, a través de la regiones del Perú, incorporando a sus funciones un enfoque de atención prenatal, asistencia durante el parto y atención calificada al recién nacido, el tema de la violencia, garantizar la atención humana en casos de abortos incompletos, atención diferenciada para adolescentes, y educación en planificación familiar y provisión de servicios para mujeres asistiendo a los centros de salud”*. (CEDAW/C/PER/9).





Los avances normativos no han erradicado la práctica de esterilización no consentida, forzada o coercitiva; aún es una realidad para algunas mujeres con discapacidad en nuestro país. Las mujeres con discapacidad son percibidas como seres que carecen de sexualidad debido a ideas discriminatorias que impiden que sean reconocidas como personas sexuadas, con iguales derechos sexuales y reproductivos que el resto de la población.

En otro escenario, se observan las dificultades que enfrenta una mujer con discapacidad visual para acceder a métodos anticonceptivos definitivos. Debido a su juventud, el tipo de discapacidad y el no haber tenido hijos, su solicitud de métodos definitivos es negada. Solo debido a una fuerte convicción y decisión llevó su caso a la Defensoría del Pueblo y finalmente se vio obligada a viajar al extranjero para obtener la ligadura de trompas:

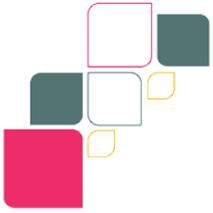
«Pero algo en lo que yo nunca estuve de acuerdo, y que me parece injusto, es que no te permiten optar por métodos definitivos. Cuando yo tenía veinte años, yo ya sabía que no quería tener hijos y para mí era definitivo, el único método era la ligadura de trompas (...) luché mucho, me fui a la Defensoría del Pueblo y me negaron porque era menor; tenía veinte años, porque dice que después me iba a arrepentir, que todas las mujeres quieren ser madres, que después nos llega la hora de la maternidad y después les voy a denunciar; y que solo si tengo dos hijos me pueden hacer ligadura de trompas, luché mucho, no pude conseguir hacer la ligadura de trompas y tuve que viajar a otro país».
(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

Una activista advirtió que *“ninguna institución del Estado se encuentra promoviendo activamente el respeto a los DDSSRR de las mujeres con discapacidad”*. La brecha entre la dación de las normas y su aplicación es significativa y confirma el incumplimiento de las normas. Por ello urge la implementación de la Norma técnica de salud N°180-2021-MINSA, que señala claramente las consideraciones especiales que el personal de salud debe aplicar en la atención a la población con discapacidad. Al respecto, se nos informó que recién este año se iniciará su aplicación.

Articulación de las entidades del Estado para superar las brechas de atención a la población con discapacidad

La débil articulación de las acciones emprendidas por las entidades del Estado fue mencionada con frecuencia por las personas entrevistadas, entendiendo que las múltiples vulnerabilidades que sufre la población con discapacidad requieren respuestas integrales y sólidamente articuladas para alcanzar los resultados deseados. Asimismo, las autoridades coincidieron en señalar que es urgente un trabajo integral y coordinado de las instituciones del Estado para las distintas áreas de la salud sexual y reproductiva:





«Este es un trabajo que se tiene que realizar conjuntamente, que no solamente depende del sector Salud, sino que tienen que estar involucrados todos los estamentos del gobierno, desde Educación, los Centros Emergencia Mujer y las municipalidades; no solamente los Omaped, sino las Demunas, sus mismos centros del adulto mayor... Todos tienen que estar involucrados; es la única manera de cambiar esta situación».
(Funcionario de Conadis Tumbes).

Existen importantes iniciativas gubernamentales de articulación estratégica, como por ejemplo la existente entre Conadis y Omaped de Tumbes. En relación a ello, el funcionario de Omaped Lima manifestó que *“se está gestionando una pensión por discapacidad severa desde la articulación del Programa Contigo del MIDIS y Omaped Lima. Sin embargo, aún subsisten temas no abordados de las personas con discapacidad, como el acceso a la educación superior, a un puesto laboral, a la salud...”*, refirió.

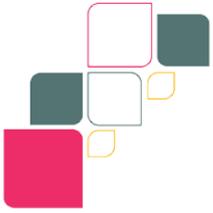
A pesar de los esfuerzos mencionados, los funcionarios/as y profesionales entrevistados/as resaltaron como una de las barreras a superar, la débil articulación existente aún entre las entidades responsables, entendiendo que la garantía y protección de los derechos de las personas con discapacidad constituye una labor multisectorial y por tanto, en el caso de los derechos sexuales y reproductivos la intervención de manera coordinada entre los organismos y sectores, Conadis, Omaped, Salud, Educación, es trascendental y determinante para el éxito de las políticas relativas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. En este sentido, manifestaron que, para llevar a cabo esta labor, se requiere principalmente voluntad política.

Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad durante la emergencia sanitaria de la COVID-19

Desde el 16 de marzo de 2020 se declaró el estado de emergencia en el Perú debido a la pandemia de la COVID-19 que ocasionó la emergencia sanitaria y el colapso de los servicios de salud en el país. Respecto a la población con discapacidad, el Estado peruano, en abril de 2020, declaró el Decreto Legislativo 1468²⁶, el cual estableció disposiciones de prevención y protección para las personas con discapacidad ante la emergencia sanitaria. Esta medida buscó promover la accesibilidad a los servicios de salud y prohibía cualquier tipo de discriminación por motivo de discapacidad, asegurando la continuidad de las atenciones médicas, incluida la salud mental,

²⁶ El Decreto Legislativo 1468 señala en el artículo 4 de “Medidas prioritarias para la prevención y protección de las personas con discapacidad”, el punto 4.1: *“La prestación de servicios de salud, promoviendo su accesibilidad y prohibiendo cualquier tipo de discriminación por motivos de discapacidad, a quienes se encuentren afectadas por la emergencia sanitaria; y de manera general, se debe asegurar la continuidad de los servicios, atenciones médicas, incluida la atención de la salud mental, rehabilitación y entrega oportuna de medicamentos vinculados con sus condiciones de salud preexistentes”*. Además, en la sección de “Disposiciones Complementarias Modificatorias”, se menciona la incorporación del artículo 62-A “Seguridad y protección en situaciones de emergencia” de la Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad. Dicho artículo indica *“la persona con discapacidad tiene derecho a que se garantice su seguridad, protección y el acceso a la prestación de servicios básicos que le permitan subsistir de manera digna y respetando el ejercicio de su capacidad jurídica, en situaciones de emergencia”*.





rehabilitación y entrega de medicamentos. En mayo del mismo año se publicó la Norma Técnica de Salud 160-MINSA/2020 para dar continuidad a los servicios de salud, con énfasis en el primer nivel de atención. Además, estableció la atención por teleconsulta y consulta ambulatoria, contando con una lista de intervenciones de salud prioritarias que incluyó el seguimiento de casos de personas con discapacidad severa.

Pese a estas importantes medidas, estas disposiciones no fueron suficientes para garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres con discapacidad. En la práctica se mantuvieron “(...) sólo las actividades esenciales, como la provisión de servicios de salud para la atención de emergencias asociadas al COVID-19, mientras que se cerraron todos los servicios del primer nivel de atención, incluyendo aquellos considerados por la OMS como servicios de salud esenciales, tales como los servicios de salud reproductiva” (Juárez, et al, 2020, p. 4).

El fuerte impacto de la pandemia afectó a todas las personas; sin embargo, las desventajas preexistentes y brechas en salud, ingresos y empleo se profundizaron para las mujeres con discapacidad. En opinión de las mujeres consultadas, se suspendieron los controles, tratamientos y medicamentos que regularmente recibían; y desde su percepción las personas con discapacidad no fueron población considerada prioritaria:

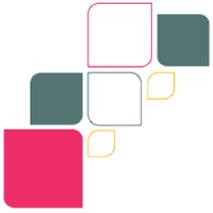
«Si para una persona que no tiene discapacidad fue difícil tratar sus enfermedades, para nosotras fue mucho peor; porque como nos veían como personas que estábamos en el rango de personas vulnerables, entonces no nos atendían. Yo tenía consultas para ver sobre mi enfermedad, sobre el tratamiento crónico, mi enfermedad crónica y todo lo aplazaron. No pude hacer un tratamiento, no pude llevar lo que yo llevaba normalmente cada tres meses, cada seis meses que iba al hospital».

(Entrevistada 1, Mujer con discapacidad, Lima).

En el Informe Alternativo al Noveno Informe Periódico del Perú ante el Comité CEDAW, de la Defensoría del Pueblo (2022), que está basado en las supervisiones realizadas entre los años 2018 y 2021 y la situación de las mujeres tras la pandemia del COVID 19, se afirma que si bien es cierto que el Estado peruano ha aprobado normas y políticas públicas dirigidas a las mujeres y a las personas con discapacidad, “no se han logrado desarrollar de manera interseccional los enfoques de género y discapacidad”. En dicho informe alternativo también se mantiene la “falta de adecuación al modelo social y de derechos de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad” (Defensoría del Pueblo 2022, p. 30).

Ante las restricciones y cierre de diversos servicios por decreto del MINSA a fin de priorizar la prevención, el control y atención de las personas contagiadas por el COVID-19 (que produjo un confinamiento estricto de la población en general), el confinamiento de la población con discapacidad se intensificó por considerarse población más vulnerable. Por esta razón, el sector Salud implementó estrategias de acercamiento a la población:





«El COVID trajo consigo, sobre todo a la población con discapacidad, el alejamiento de todo lo que es la atención presencial. Incluso la misma familia lo evitaba por la misma condición de vulnerabilidad».

(Funcionario de Conadis Tumbes).

Por su parte, el funcionario de Omaped de Lima Metropolitana refirió que la institución activó los servicios dirigidos al público en modalidad virtual, en atención a lo señalado en el Decreto de Urgencia N.º 026-2020, que establece medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del COVID 19 en el territorio nacional. Este decreto autoriza al MIDIS para que se encargue de la organización y desarrollo de una Red de Soporte para el Adulto Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa. Asimismo, se realizó un sistema de seguimiento y monitoreo a favor de las personas con discapacidad. De acuerdo a lo señalado por los funcionarios y funcionarias de Tumbes, durante la pandemia se tomaron las medidas de emergencia pertinentes, pero no dieron los resultados esperados, aparentemente por falta de voluntad política de las autoridades locales.

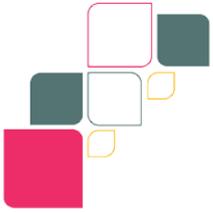
«A pesar de que se dieron una serie de medidas para buscar una respuesta inmediata, pero no dieron los resultados esperados. En el caso de Tumbes solamente tenemos reportado el caso de trece municipalidades, dos de ellas actuaron de manera inmediata y como debería ser, pero las otras once, no; pero si no hay esa voluntad política de nuestras autoridades de poner el tema de discapacidad como prioridad, no vamos a lograrlo».

(Funcionario de Conadis Tumbes).

Pese a los esfuerzos del MINSA para adecuar los servicios de salud sexual y reproductiva a la situación de pandemia, estas acciones no fueron suficientes debido a los problemas estructurales y de gestión preexistentes, así como por la falta de prevención estructural frente a epidemias o pandemias sanitarias; originándose así un conjunto de problemas que afectaron gravemente la atención de la salud sexual y reproductiva de la población.

El Informe de la Defensoría del Pueblo (2021) describe ampliamente estas deficiencias. Entre los problemas mencionados, que afectaron a los servicios especializados que comprenden la salud sexual y reproductiva, se encuentran: la reducción de la entrega de métodos de planificación familiar, la inicial suspensión de los servicios de consejería e información y el aumento de embarazos no deseados y contagio por infecciones de transmisión sexual. También se produjo un déficit de personal para la atención de las gestantes y para atender situaciones de emergencia e insuficiencia de insumos para la atención. Se registró un grave incremento de la mortalidad materna, proyectándose un aumento de la tasa en un estimado del 40 % para finales de 2020 a comparación con el 2019. Otro problema mencionado por Defensoría fue el incremento de embarazos adolescentes por violencia sexual, ausencia de educación sexual y de uso de métodos anticonceptivos, falta de acceso a los servicios de planificación familiar y a la anticoncepción oral de emergencia y por la falta de acceso del paquete de atención integral al adolescente (Informe de la Defensoría del Pueblo (2021, págs. 79-83).





Ante esta experiencia, funcionarios del Conadis Tumbes buscan prever medidas más eficaces para actuar ante futuras emergencias, brindando asistencias técnicas sobre el rol que les compete y documentando, tanto al gobierno regional como a las municipalidades, sobre la Ley de Presupuesto. Todo esto con la intención de que cumplan con lo establecido en las partidas presupuestales (septuagésima segunda disposición complementaria de la Ley de Presupuesto de este año). Una preocupación principal es la falta de presupuesto suficiente y de fiscalización del cumplimiento de las políticas dirigidas a beneficiar a la población con discapacidad. En la actualidad, los servicios se están restableciendo “aún de manera muy lenta”, pero existe la confianza de que con las nuevas autoridades regionales se pueda alcanzar el incremento del presupuesto regional.

«En el Gobierno Regional estamos en constante coordinación, parece que sí se va a lograr y se va a pasar el 0.5 %, estamos trabajando en esto, hay algunos proyectos encaminados que deben aprobarse pronto».

(Funcionario de Conadis Tumbes).

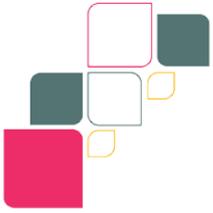
«Las políticas dirigidas a la población con discapacidad siempre estarán dependiendo del uso eficiente del presupuesto a favor de las personas con discapacidad, la gestión para su cumplimiento y la formulación e implementación de dichas políticas».

(Funcionario de Omaped Lima).

Por su parte, el Observatorio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad (ODISEX Perú) impulsó varias acciones destinadas a prevenir la situación de mayor aislamiento de las mujeres con discapacidad durante la pandemia mediante campañas como “No estás sola”, consistente en atención básica, de prevención y cuidados frente a la COVID-19; y la formación de la *Red voluntaria de apoyo y contención emocional*, mediante la cual se gestionó ayuda psicológica ante el temor y la angustia que surgía. La directora ejecutiva de ODISEX, en su artículo “*Los derechos de las mujeres con discapacidad y la COVID-19*” (Boletín 7, ODISEX, p. 4), manifestó lo poco que se hizo para brindar el apoyo necesario a fin de proteger a las personas con discapacidad durante la pandemia de la COVID-19. Esto es sumamente grave, considerando “*que las mujeres con discapacidad habitualmente son confinadas en casa, por sobreprotección, por vergüenza, lo cual las expone a maltratos o violación sexual al interior de sus propias casas*”. Esta situación se agravó de manera desmesurada durante la pandemia debido a la incomunicación, la falta de atención en salud, el desconocimiento sobre las medidas de prevención, la exposición a la violencia de género y violación sexual, soportando mayor “*soledad, aislamiento, abandono, baja autoestima e incluso hambre cuando son pobres o muy pobres*” (Boletín 7, ODISEX, p. 5).

En el mismo artículo (Boletín 7, ODISEX, p.6) se muestran las afectaciones que soportaron las mujeres con discapacidad durante la pandemia. A partir de una muestra, ODISEX Perú realizó una consulta a mujeres de Piura e Ica, en la que manifestaron la difícil situación que tuvieron que enfrentar durante este período. Las conclusiones de esta consulta a las mujeres con discapacidad fueron las siguientes:





- Estuvieron desinformadas acerca del coronavirus y los impactos en su salud.
- Desinformación sobre lo decretado acerca del Estado de Emergencia y la suspensión de derechos. No accesibilidad en lenguaje de señas y otros.
- Falta de cuidados, se les indicó no salir y mantenerse al interior de los hogares.
- No conocer los detalles de los bonos, tampoco fueron acreedoras a ningún bono ni a los programas ya existentes, tampoco canastas. Hubo información virtual y con procesos complicados, formularios, teléfonos de consulta que no funcionan.
- Situación de discriminación.
- Sensación de soledad y abandono.
- Dificultades de atención en salud en todas las especialidades. No pudieron salir para atenderse y no contaron con los elementos de protección exigidos.
- Los centros de salud primaria suspendieron su atención y como consecuencia hubo carencia de medicinas. En tanto, los hospitales más grandes estuvieron dedicados a atención exclusiva de la COVID-19.
- La atención en salud reproductiva no existió, tampoco el acceso a métodos anticonceptivos y a la atención de prevención en salud sexual y reproductiva. La información sobre acceso al aborto fue inexistente.
- Falta de las medicinas habituales y lugares de mantenimiento o sustitución de sus implementos de movilidad y otros.
- Carencia de recursos económicos para adquirir artículos de prevención, limpieza y desinfección personal.
- Falta de productos de salud íntima: toallas higiénicas, pañales, etc.
- Incomunicación: no contaban con medios económicos para tarjetas telefónicas e internet.
- Despidos y otros procedimientos de índole laboral injusta.
- Imposibilidad de preparar alimentos para su venta, problemas para la búsqueda de alimentos o pedir limosna.
- Durante el confinamiento aumentaron los riesgos de maltrato y violencia sexual.

Como puede observarse, los relatos de las mujeres muestran la situación y sentimientos de desatención en la que quedaron sumidas durante la pandemia, lo que generó el empeoramiento de su salud física, emocional y la autonomía física y económica que pudieron haber alcanzado.

Prácticas discriminatorias identificadas en la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva

Entre aquellas mujeres que acudieron a los servicios de salud sexual y reproductiva se indagó sobre sus experiencias y percepciones en la calidad de la atención recibida por parte de las y los proveedores de salud. En algunos casos se mencionaron experiencias positivas al recibir por parte del personal de salud una atención respetuosa, como se observa en los testimonios a continuación. En ellos se destaca la información recibida sobre el uso de métodos anticonceptivos y el suministro de estos, así como el apoyo en casos de violencia. De otro lado, las experiencias y vivencias relatadas por otro grupo de mujeres con discapacidad en cuanto a





la atención recibida en los servicios de salud es distinta y en algunos casos muy negativa. En las vivencias de este segundo grupo se evidencian manifiestos prejuicios por parte del personal de salud. Estas incongruencias en la atención muestran que, al no existir una política pública y protocolos normados e institucionalizados para la atención, priman las actitudes personales, dejando la calidad de la atención a la voluntad o iniciativa de cada profesional:

«En el centro de salud de Frontera, la chica [proveedora de salud] me dijo: “ahora te tienes que cuidar [usar un método anticonceptivo], pero ahora tu esposo qué va a decir”. Yo le dije que sí; y ella me contestó: “no hagas caso, si en caso te pega, grita o algo te pasara, vienes acá y nosotros de aquí vamos a informar”. Con ella abrí mis ojos y pensé: “¡ah, no! Tengo que cuidarme”».

(Participante del grupo focal de Lima).

«Yo fui a pedir información de métodos anticonceptivos, de las enfermedades venéreas y todo eso, me atendieron muy bien. Pero sí tengo una amiga que ella es ingeniera en Tumbes, ella fue a atenderse en Essalud y el médico le dijo que no se preocupara porque en su vida no iba a ver muchas personas. Imagínese, cómo un profesional y trabajador de salud cómo te va a responder así».

(Entrevistada 6, mujer con discapacidad, Tumbes).

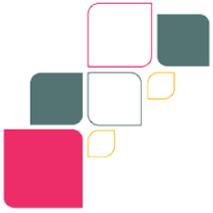
«Hay mucha indiferencia por parte de los médicos, más que todo en el Seguro Social y en el Ministerio de Salud porque te tratan con mucha dureza. Dicen: “¿por qué has tenido un hijo así?!”. Cuando nació mi primer hijo me dijeron: “no, no, tiene que quedarse alguien contigo, no te vamos a entregar al bebé”, entonces no me querían dar al bebé si no estaba mi mamá ahí».

(Entrevistada 3, Mujer con discapacidad, Lima).

Ante tales situaciones de discriminación, la Norma 180-2021-MINSA ya descrita, dispone en su ítem 6.1.9, b): Servicio de salud sexual y reproductiva para población de especial atención, que en casos de personas con discapacidad el personal debe seguir la siguiente pauta:

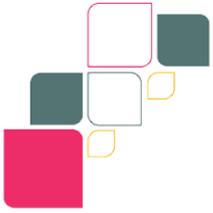
- a. **Tratar a la persona con discapacidad como sujeto de derecho**, reconociendo sus habilidades y capacidades, evitando conductas paternalistas, jerárquicas, discriminatorias y vejatorias, principalmente referidas a las mujeres, adolescentes y niñas con discapacidad.
- b. **Facilitar los espacios de atención en los EE. SS. para las personas con discapacidad**, de tal manera que permita el acceso y el ejercicio de todos sus derechos. El acceso está referido al complejo arquitectónico (rampas, puertas y baños adaptados, entre otros), acondicionamiento logístico (camillas, camas, entre otros), a la comunicación (señalización en Braille, intérprete de lenguaje de señas por establecimiento de salud, señalización con luces, entre otros), el mismo que debe estar financiado por las DIRESAS, GERESAS, REDES y Hospitales en los EE. SS. públicos.





- c. **Prestar especial atención en que sea la persona con discapacidad quien exprese su consentimiento, y no su cuidador o acompañante**, de conformidad con el Código Civil en el que se reconoce la capacidad de decisión y autonomía de mujeres y hombres con discapacidad.
- d. **Informar de manera clara y detallada favoreciendo la comprensión de lo que se comunica, teniéndose en cuenta la discapacidad que presenta la persona usuaria.**





Opinión de las mujeres con discapacidad sobre el nivel de preparación del personal de salud para atenderlas

Al preguntar a las entrevistadas si creen que el personal de salud se encuentra preparado para atender las distintas necesidades de las mujeres con discapacidad, reconocieron ciertos avances, pero respondieron que en general el personal no está preparado y muestra actitudes prejuiciosas frente a su sexualidad. Desde la percepción de las mujeres con discapacidad consultadas, se demanda una formación adecuada dirigida a los proveedores de salud sobre las necesidades particulares y la atención diferenciada que merecen ellas, además de un trato respetuoso, no discriminatorio e inclusivo que atienda a las distintas discapacidades. Otro aspecto altamente valorado por las participantes de la investigación es la importancia de contar con información completa, oportuna y según sus necesidades específicas, lo que reduciría los estigmas alrededor de este tema:

«No, no están preparados, se puede encontrar por ahí a alguna que otra persona que tenga empatía con uno, pero a muchos del sector médico les cuesta aceptar que nosotras podemos tener una vida sexual como cualquier otra mujer».
(Entrevistada 1, mujer con discapacidad, Lima).

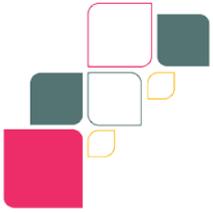
«... no hay capacitaciones para los doctores y las enfermeras para que ellas puedan tener también una atención con conocimiento. Hay mucha desinformación en este tema y de parte también de nosotras las mujeres, creo que no solicitamos tampoco esa información».
(Entrevistada 2, mujer con discapacidad de Lima).

El personal de salud coincide en señalar la necesidad de formación y conocimientos específicos para la atención de la población con discapacidad. A través de los testimonios se evidencia que una barrera que impide una mejor atención por parte de los proveedores de salud es el desconocimiento de las normas que protegen los derechos de la población con discapacidad; y principalmente la falta de formación para una atención diferenciada según el tipo de discapacidad.

«Las mujeres sordomudas vienen con algún familiar que les transmite [la información] porque lamentablemente nosotras no estamos capacitadas para podernos comunicar con señas con ellas. Mediante su familiar nos ayudan mucho a podernos comunicar con las pacientes».
(Prestadora de salud, Tumbes).

«En Tumbes, el acceso a los servicios de salud sí se viene dando, pero es importante reconocer que no hay un fortalecimiento en cuanto a las habilidades de comunicación. De pronto, con las personas que sí tienen algún tipo de discapacidad, por ejemplo, la discapacidad del lenguaje, o de audición; no estamos entrenados en ese tipo de comunicación con la paciente. En el resto de discapacidad física, no hay inconveniente».
(Funcionaria DIRESA Tumbes).





El desconocimiento del personal sanitario acerca de la realidad y las necesidades particulares de las mujeres con discapacidad puede provocar prácticas negligentes. Por ello, es necesario contar con personal de salud sensibilizado y con conocimientos sobre el enfoque de discapacidad y el enfoque de género, ya que al actuar bajo criterios determinados al atender casos y circunstancias específicas, pueden evitar discriminar a la mujer. Así lo explica el siguiente testimonio:

«Existen muchas limitaciones, no existe una política expresa dirigida a las mujeres con discapacidad, no existen protocolos para su atención, no es un tema que se encuentre en la agenda y prioridades de Salud. No se conocen las cifras de atención, ni sus problemas principales».

(Líder de la sociedad civil).

«En primer lugar, se necesita formación para las servidoras y los servidores de salud. Porque si ellos tienen ya capacitación, así una mujer con discapacidad vaya con su esposo a la consulta de Ginecología y él la acompañe adentro (como suele suceder a muchas parejas con discapacidad visual porque las mujeres no van solas y los hombres siempre quieren escuchar lo que van a decir ellas), el servidor de salud va a orientar mejor a esta mujer con discapacidad visual».

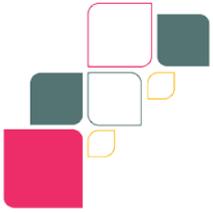
(Mujer con discapacidad, entrevistada 4).

Al revisar el Informe Periódico del Perú al Comité de la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer –CEDAW (2020), se observa escasa información y acciones a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Preocupa sobremanera el actual desconocimiento sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional por parte de las entidades rectoras involucradas. Esta realidad se manifiesta claramente en la carencia de una política expresa.

Al respecto, la especialista de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva manifestó que *“falta capacidad técnica para impulsar esta materia, definitivamente hay mucho trabajo por hacer”*. También sostuvo que no se cuenta con un registro sobre las personas que se atienden. *“Lo mínimo que se debería tener es una codificación para determinar el tipo de discapacidad y registrar casos específicos”*, dijo. Sobre la atención que se les brinda a las mujeres con discapacidad aclaró: *“si vienen y piden atención para métodos de anticoncepción, no se les niega la atención”*.

Ciertamente, la salud sexual y reproductiva no es parte de la agenda pública de las entidades involucradas en la defensa de los derechos de la población con discapacidad. Tanto el Ministerio de Salud, como el Conadis, no cuentan con una estrategia dirigida explícitamente a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Sin embargo, es importante resaltar la Norma N.º 180-2021, dada por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA y cuyo propósito es prevenir y erradicar la violencia del personal al atender a la población con discapacidad. Esta norma se pondrá en funcionamiento a partir del presente año en todos los EE. SS. Las personas entrevistadas también le dieron singular importancia a la





urgente necesidad de unir esfuerzos para el desarrollo de estrategias de coordinación y articulación entre los entes y direcciones del MINSA vinculadas a la salud sexual y reproductiva y la discapacidad.

Ya en el año 2004, la autora María del Pilar Cruz, en su artículo “Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad”, refiere la importancia de mejorar la atención de los servicios de salud y que estos incluyan a las mujeres en su diversidad, estableciendo criterios diferenciados para brindar una atención de calidad sobre la salud sexual y reproductiva de este colectivo, señalando que este aspecto es determinante y crucial para el ejercicio pleno de sus derechos (Cruz, 2004 p.153). El Estado debe crear las condiciones necesarias en las instituciones de la sociedad para que se puedan satisfacer las necesidades de desarrollo integral de las personas con discapacidad y el respeto de sus derechos sexuales y reproductivos, inalienables e inviolables.

Al respecto, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 25 (inciso d) demanda que los profesionales de la salud *brinden a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas “sobre la base de un consentimiento libre e informado”, y establece la necesidad de sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad al personal de la salud”.*

Asimismo, en su artículo 4 (inciso i), la Convención demanda la *“formación de profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos”.* En relación a esta área crucial, el Noveno Informe Periódico del Perú al Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), en su artículo Salud, ítem 81, refiere que el MINSA está fortaleciendo la capacidad del personal médico en relación con salud sexual y reproductiva a través de talleres teóricos y prácticos, facilitando la implementación de normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva en los diferentes niveles de atención (CEDAW/C/PER/9).

Si bien existen estos esfuerzos, es importante que continúen e incorporen las demandas particulares que las mujeres con discapacidad requieren en la atención recibida y las necesidades del personal de salud que brinda la atención. Además, también se mencionó la falta de protocolos específicos para atender a mujeres con discapacidad. Desafortunadamente, el personal de salud no cuenta con procedimientos o protocolos mediante los cuales se les brinde pautas y orientaciones ante las distintas circunstancias que pueden surgir durante la atención. Para su cumplimiento las normas en los servicios necesitan ser estandarizadas mediante procedimientos que aseguren su aplicación para un trato respetuoso y una adecuada atención de las mujeres con discapacidad:

«No tenemos protocolo como tal, solo nos basamos en la normatividad que existe para la atención de aquellas personas que lo necesitan, pero estandarizado ¡no!, porque no tenemos muchos casos en lo que respecta a nuestras mujeres en edad fértil, no tenemos muchos casos de discapacidad».

(Funcionaria DIRESA Tumbes).





La razón de ser de las discriminaciones identificadas en la atención recibida por las mujeres es, sin duda, discriminación por motivos de discapacidad. Este tipo de discriminación es definida en la PNMD "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" (PNMD, p. 21). Desde esta conceptualización, podemos interpretar las actitudes del personal de salud observadas en los siguientes testimonios, en las que prevalecen las nociones de minusvalía, dependencia y exclusión, así como la idea de que la discapacidad es un problema individual o familiar.

«Una joven en silla de ruedas y con pareja, que querían ser papás fueron al centro médico en Piura y le explican al médico que quieren información porque desean ser padres, ya tienen una relación formal, y el doctor les respondió que para qué se buscan problemas... ¡Eso es discriminación! (...) a mí misma me ha tocado ir en silla de ruedas a determinado lugar para buscar información y entonces la información se la quieren dar a mi hermano, que me lleva con la silla de ruedas. Yo tengo que imponerme diciéndole que es a mí a quién tiene que explicar».

(Activista de la sociedad civil).

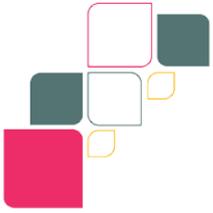
«Justamente estos prejuicios que tienen los médicos son una barrera en cuanto a las ideas y prejuicios que se plasman en los servicios que brindan porque tienen la idea de que las mujeres con discapacidad son asexuadas; al ser mujeres en situación de vulnerabilidad y el desconocimiento que tienen frente a sus derechos, todo suma y así se generan muchas vulnerabilidades y discriminaciones».

(Especialista en discapacidad y líder de la sociedad civil).

La persistencia del tradicional modelo médico que asume que la población con discapacidad no es capaz de conducir y tomar decisiones sobre su propia vida se evidencia en los testimonios recogidos. Los rezagos de esta concepción siguen instalados en gran medida en las percepciones e imaginarios colectivos, tanto de las instituciones, como en la sociedad peruana. Cuando las prácticas de discriminación persisten en el tiempo, se convierten en discriminaciones estructurales, entendiéndose como aquellas "dinámicas sociales reiteradas que llevan a la persistencia de estructuras de subordinación y resultados sistemáticamente desventajosos para ciertos grupos" (Añón, 2013, p. 148; citado en PNMD, p. 20).

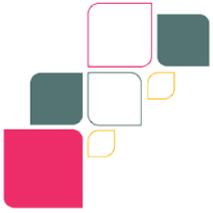
Como ya se ha señalado, la discriminación estructural hacia las personas con discapacidad es el problema público a resolver definido por la PNMD, el cual se manifiesta en tres áreas cruciales: a) el limitado acceso a servicios públicos que garanticen el ejercicio de derechos, b) los prejuicios y estereotipos en la sociedad hacia las personas con discapacidad y c) la precaria institucionalidad pública en materia de discapacidad. Esto ocasiona, a su vez, los siguientes efectos: a) la vulneración del derecho al ejercicio de la ciudadanía, b) la vulnerabilidad económica y c) la vulnerabilidad social de las personas con discapacidad (PNMD, p. 22). De manera tal que alcanzar los objetivos prioritarios de la PNMD al 2030 supone, en primer término, institucionalizar de manera transversal el enfoque de discapacidad como respuesta





contundente a la discriminación estructural hacia las personas con discapacidad; discriminación manifestada, como ya se ha señalado, a través de múltiples *“barreras físicas, comunicacionales, institucionales y actitudinales que les impone la sociedad”* (PNMD-2030).





Capítulo III:

Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad

«¡Tanto nos han disminuido, la familia, la iglesia, la sociedad, la escuela, los medios de comunicación! Hay mucho prejuicio, ¡mucho mito sobre nosotras!». (Activista de la sociedad civil)

Derecho a una sexualidad plena e informada

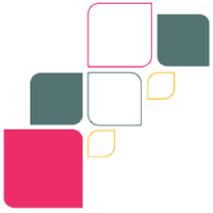
Vivir una sexualidad plena y saludable es uno de los derechos sexuales y reproductivos a los que todas las personas deben acceder sin distinción de ninguna clase. La sexualidad es parte intrínseca del ser humano y se manifiesta más allá de la reproducción, pues está determinada no solo por la dimensión orgánica, sino también por la dimensión psicológica, vinculadas ambas al desarrollo personal, la salud física y mental, a las interacciones interpersonales y el amor de pareja. A través de la sexualidad, se expresa nuestra forma de vivir, pensar e interactuar con las demás personas. Esta forma de comprender la sexualidad se aprende y adquiere mediante modelos y pautas de comportamientos provenientes de la familia, la escuela, los/as amigos/as, la sociedad y los medios de comunicación.

La educación sexual integral y el acceso a información científica completa y oportuna, según el ciclo de vida, es un derecho de las y los adolescentes, las y los jóvenes y adultos, hombres y mujeres. Sin embargo, las instituciones de salud no son un referente para las mujeres participantes en esta investigación, pues se observa una desinformación absoluta en la adolescencia. Una primera barrera que se observa es la falta de conocimiento y acceso a información de calidad sobre los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres con discapacidad participantes.

Los conocimientos que refieren tener las mujeres entrevistadas y las participantes de los grupos focales de Lima y Tumbes, en relación con sus derechos sexuales y reproductivos, son muy limitados. Durante su adolescencia y juventud, la mayoría de ellas no recibió educación sexual alguna, ni por parte de las instituciones educativas ni de salud y tampoco de sus progenitores.

«Me criaron como en una burbuja, con esa protección de mamá. Mi círculo de amistades, de amigas en aquella época era reducido y no tocábamos el tema de la sexualidad; y veo ahora lo importante que es tener información de este tipo; retrocediendo me siento como una persona que ha estado completamente ciega, sin ningún tipo de información, ni del colegio ni de la parroquia donde yo asistía, menos en mi familia. Tanta fue mi vergüenza





de salir embarazada, que yo fui de frente a dar a luz, de emergencia al hospital; no tuve ese control que todas las mujeres tienen».
(Entrevistada 2, mujer con discapacidad, Lima).

«Sobre los derechos sexuales y reproductivos no tenía información hasta los dieciséis, creo que alguna vez una psicóloga dijo que las mujeres que se enamoran de otras se llaman lesbianas y yo: “¡ah ya!, entonces yo soy lesbiana”».
(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

«Yo, por ejemplo, tengo una hija (también tiene discapacidad). Ella tiene veintitrés años, yo sé que ellas también se enamoran, ¿no? Y bueno, a ella no la dejo sola, la verdad; siempre estoy al pendiente, si sale, sale con mi otra hija o conmigo; pero sí es bueno saber, porque si pasara que la niña se enamore, porque también se enamoran, yo no sabría cómo hacer, ¿qué hacer?».
(Participante del grupo focal de Tumbes).

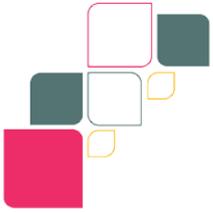
Solo algunas de las mujeres consultadas mencionaron que recibieron talleres sobre educación sexual organizados y gestionados por la FCPED cuando ya fueron adultas. De manera puntual, resalta el caso de una mujer con discapacidad visual que durante su niñez y adolescencia estudió en un internado. Ella contó que recibió formación en educación sexual ligada a la actividad reproductora, en relación a su salud sexual.

«Sí, eso sí es algo que en el internado nos ha enseñado mucho; nos decían que es importante, cada año, todos los años debemos ir al ginecólogo y hacernos nuestro papanicolau».
(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

La búsqueda de opciones alternativas a la actual desinformación en sexualidad de las mujeres con discapacidad puede encontrarse, por ejemplo, entre sus pares, otras mujeres con discapacidad, amigas y hermanas. Sin embargo, resulta preocupante que entre algunas mujeres consultadas se mencionara que no habían acudido a la fecha a un servicio de salud sexual y reproductiva, y tampoco habían solicitado este tipo de información en los centros de salud. El hecho de que las mujeres con discapacidad no tengan acceso a fuentes de información confiables y de calidad las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad a sufrir violencia sexual, tener embarazos no deseados o contraer infecciones de transmisión sexual.

«Entre amigas no es tan tabú, entre ellas conversan y, ¿dónde buscan información? Entre amigos y el internet porque en el colegio no se conversa sobre estos temas. Y de lo que he conversado con mujeres sordas, ellas me comentaban que son más que todo conversaciones informativas entre amigas sobre los derechos sexuales y reproductivos, o sobre lo que consiguen en internet; más que ir a una posta o a un centro médico a conseguir información».
(Especialista en discapacidad y líder de la sociedad civil).





«Sí. La mayoría busca en internet la información, porque como todos dicen, hoy día es la tecnología, todos buscan en el internet; no necesitan ya de ir hasta allá porque no dicen nada en la posta o en el hospital, no dan información».

(Participante del grupo focal de Tumbes).

Otra opción alternativa a la actual desinformación en sexualidad de las mujeres con discapacidad es la tecnología y medios virtuales seguros (apps, cursos virtuales, canales temáticos). Si bien internet ha puesto a disposición amplia información sobre sexualidad, que conlleva un riesgo de acceder a contenido que genere más confusión o que reproduzca prejuicios basado en el género al carecer de base científica y profesional, lo cierto es que la tecnología está cambiando el terreno de la sexualidad, y puede convertirse en una solución accesible y adaptada a la discapacidad. Como se observa en los siguientes testimonios, algunas mujeres están explorando y/o accediendo a estas tecnologías, pero aún con limitadas posibilidades.

«Yo ahora asisto a clases de educación sexual con un grupo de México que se llama “Amor sin fronteras” y allá hay mucho más manejo de términos; por ejemplo, aquí la gente no se podría imaginar que en una charla de educación sexual para mujeres con discapacidad, les muestren juguetes sexuales o también cuando hablaron del “sexting”²⁷, que el “sexting” es común en personas con discapacidad porque no tenemos muchos espacios para poder relacionarnos, porque todo es muy inaccesible. Las discotecas, y a veces incluso las apps de citas son bastante inaccesibles. Ahora también la tecnología ha generado espacios donde nos podemos relacionar; y eso no lo estamos aprovechando las mujeres con discapacidad aquí en el Perú, y eso no está a nuestro favor y no está bien».

(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

Las jóvenes con discapacidad necesitan saber cómo examinar los mensajes sexuales vía la tecnología digital de manera crítica y conocer los riesgos asociados.

El término “sexting” se ha venido “*utilizando ampliamente para referirse a la transmisión de mensajes de texto o imágenes sexualmente explícitos utilizando una variedad de tecnologías digitales, también se construye de manera más estricta como la transmisión de imágenes desnudas o imágenes o videos de semidesnudos utilizando teléfonos móviles*” definición extraída del trabajo de Draper, N. (2012) y citada en: “SEXTING, Motives and risk in online sexual self-presentation”²⁸ (traducción propia).

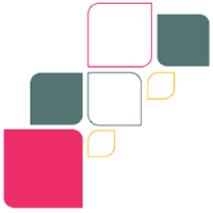
La sexualidad de las mujeres con discapacidad es un tema tabú

Por largo tiempo la sexualidad ha sido un tema proscrito, siendo una de las dimensiones inherentes al ser humano con mayores estigmas y negaciones. En el caso de las mujeres con discapacidad, estos estigmas se exacerban ante la percepción errónea de que son personas asexuadas o no son sujetas de este derecho por su condición. La autora María del Pilar Cruz, en su artículo “Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad”, refiere que aquellos estereotipos que las señalan como “asexuadas” contribuyen a que las mujeres con discapacidad sufran la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos (Cruz, 2004 p.153). Estos valores

²⁷

²⁸ “SEXTING Motives and risk in online sexual self-presentation” Edited by Michel Walrave, Joris Van Ouytsel, Koen Ponnet and Je R. Temple (pág. 115).





son reforzados por concepciones altamente conservadoras de ciertos grupos religiosos sobre la sexualidad y el rol de las mujeres en la sociedad. De esta forma, la sociedad ha controlado siempre la sexualidad femenina en base a un discurso construido en torno a valores diferenciados entre los sexos, otorgando a los varones en cambio mayor libertad y permisibilidad (UNAD, 2010, p. 34-37).

«Hay muchos esfuerzos por hacer desaparecer los rasgos de sexualidad en las mujeres con discapacidad y prohibirlos; vuelve más conservadoras a las mujeres con discapacidad. El movimiento de personas con discapacidad visual es el más conservador de todos y eso es porque la gran mayoría forma parte de grupos religiosos que realizan estas prácticas y mensajes».

(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

«La sociedad, desde una mirada paternalista y sobreprotectora, concibe a las mujeres con discapacidad como “asexuadas” o “infantiles” y que no pueden ejercer la maternidad debido a su condición de discapacidad y dependencia, y porque no se quiere “reproducir” la discapacidad».

(Entrevista Conadis, sede central).

«Todavía algunos no nos ven como una persona atractiva, o no nos ven como alguien que podemos despertar deseos en otra persona».

(Entrevistada 1, mujer con discapacidad, Lima).

Entre las integrantes del grupo focal de Tumbes se observó igualmente una gran desinformación respecto a los derechos sexuales y reproductivos, sobre los métodos de planificación familiar y omisión en la práctica sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad, entendiéndose que la labor de entregar información y educación en esta área corresponde, no solo al Ministerio de Salud, sino también al Ministerio de Educación y a la familia:

«Que no se le da la debida atención, tanto en la generación pasada, como en la generación de ahora, el tema de sexualidad no lo vienen tocando, ya sea por vergüenza, ya sea por desconocimiento».

(Participante del grupo focal de Tumbes).

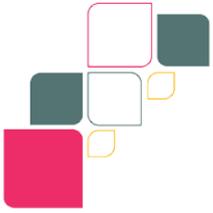
«En el hospital no se habla. Prácticamente a los que son con discapacidad los tienen olvidados (...) al Ministerio de Salud, el SIS y en Essalud les falta esa orientación; yo creo que debe empezar desde el colegio».

(Participante del grupo focal de Tumbes).

«Yo he tenido desde el colegio tutores y nos decían: “si hacen esto, las consecuencias son estas”, el embarazo precoz y las enfermedades ITS y todo eso; nos inculcaban esos temas para que en el momento de que se vea un problema así, no decirle al alumno o a la alumna que está mal, sino que asuman sus responsabilidades».

(Participante del grupo focal de Tumbes).





En particular, la familia es uno de los espacios más importantes de transmisión y aprendizaje de estos valores y actitudes en torno a la sexualidad, y puede llegar a ser un espacio de aislamiento y de negación de la sexualidad y la vida amorosa. La activista de la sociedad civil y mujer con discapacidad, señaló que existen estigmas y estereotipos mediante los cuales se abordan y entienden los aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad. Esto evidencia, además, una importante desinformación sobre el tema. Este es un escenario poco favorecedor para que las mujeres con discapacidad accedan a información confiable y se sientan empoderadas para abordar sus derechos sexuales y reproductivos.

«Se apropian de su vida, por el hecho de tener una discapacidad, las tienen como niñas, no les dan esa libertad, esa posibilidad de desarrollarse; muchas veces nosotros viendo esta situación hemos intentado hablar con la familia, las mamás. En muchos casos sí lo hemos logrado y en otros no».

(Se refiere a la Fraternidad Cristiana de Personas Enfermas y con Discapacidad).
(Entrevistada 2, mujer con discapacidad, Lima).

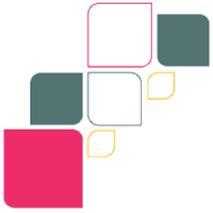
«Se van a los extremos, o eres una niña que tiene que estar permanentemente resguardada, atendida por tu familia, guardadita en tu casa porque no puedes estar a expensas del mundo que pueda abusar de ti; y casos extremos de jóvenes con discapacidad intelectual, porque no es lo que se nota visualmente cuando te enfrentas a una persona y se dice que tiene como que una hipersexualidad».

(Activista de la sociedad civil).

Las personas con discapacidad, como personas sexuadas, tienen los mismos derechos sexuales y reproductivos que el resto de la población; sin embargo, existen barreras, principalmente actitudinales que impiden que puedan ejercer sus derechos de forma equitativa. Entre otras limitantes, persisten prejuicios o ideas erróneas sobre la sexualidad de las personas con discapacidad que determinan cómo la sociedad percibe y actúa a la hora de garantizar (o vulnerar los derechos) sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente las mujeres que viven y son vistas desde diferentes estereotipos. Por ello, es necesario insistir de manera particular en el derecho a la educación sexual de las personas con déficit intelectual, ya que es el grupo de las personas con discapacidad que sufre en mayor medida los estigmas y concepciones erróneas sobre su sexualidad. Es conveniente remarcar que *“la presencia de un déficit intelectual, no implica un déficit sexual y menos una negación a una característica inherente del ser humano”*. Es decir, sea cual sea la discapacidad, las personas tienen el *“derecho a la información y educación sobre la sexualidad y a la expresión de su sexualidad”* (Mella, 2012, pp. 5 y 9).

La concepción exclusivamente heterosexual de la sexualidad humana y la discriminación generada por prejuicios hacia la población con orientación sexual e identidad de género no hegemónica, forman parte también de las actitudes de prohibición y silenciamiento de la sexualidad, violando el derecho a la autonomía sexual y a vivir la sexualidad sin violencia de ningún tipo de las mujeres con discapacidad. Esta vulneración se manifiesta en el testimonio de una mujer con discapacidad visual, a quien se intentó involucrar en un proceso de reconversión





de su orientación sexual y todo lo que esta desinformación y prejuicios le significó desde niña para su salud mental, dignidad y desarrollo personal:

«Desde niña tuve muchas dificultades porque yo tengo una orientación sexual distinta y eso era muy pesado para mí, no tenía ningún referente, no tenía información y aparte tampoco mi familia lo aprobaba. Llegaron las terapias de conversión y esas cosas; yo me sentía siempre muy cómoda con mi cuerpo. Tenía un primo que también era bisexual; bueno, en ese tiempo él también, igual que yo creía que era lesbiana; y también consideraba que era homosexual y la verdad nos enfrentaron a ambos y nos obligaron a desvestirnos y a observarnos. Me parecía una falta de respeto todo lo que hacían con mi cuerpo para obligarme a cambiar».

(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

El derecho a vivir sin violencia de ningún tipo

Las mujeres con discapacidad son un grupo altamente vulnerable a sufrir violencia de género, como se percibe en los testimonios recogidos en el presente estudio. Durante enero a diciembre del 2022, los Centro Emergencia Mujer (CEM) atendieron a 3493 personas con discapacidad a nivel nacional, siendo la mayoría casos de mujeres (72.4 %). Según el tipo de violencia, se observa que el 37.9 % corresponde a casos de violencia física, el 37.7 % a casos de violencia psicológica, el 23.1 % a casos de violencia sexual y el 1.3 % corresponde a casos de violencia económica y patrimonial (Portal Estadístico Aurora, MIMP). Estas cifras constituyen un inquietante aviso respecto a la grave situación de violencia que están afrontando muchas mujeres con discapacidad.

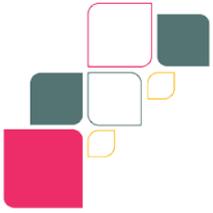
«De acuerdo a las estadísticas, las mujeres con discapacidad son más propensas a sufrir violencia doméstica, abuso emocional y abuso sexual que las mujeres sin discapacidades. Por ello, es importante implementar medidas de prevención, atención y protección frente a las mujeres con discapacidad, generar actitudes y comportamientos en la ciudadanía y actores sociales en favor de su inclusión social y el respeto a sus derechos».

(Funcionario de Omaped Lima).

El informe “Mujer, discapacidad y violencia de género” del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España refiere una clara asociación entre la violencia de género que viven las mujeres con discapacidad y la discriminación que sufren, lo que determina que sean víctimas de una doble situación de vulnerabilidad debido a su condición de mujer y discapacidad (Ministerio de Igualdad, 2020, p.78).

En este sentido, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2019) realiza una aproximación a las situaciones de violencia que sufren las mujeres en edad fértil, con y sin discapacidad, por parte de sus parejas. Los datos arrojan que el 41.7 % de las mujeres con





discapacidad y el 57.8 % de las mujeres sin discapacidad han sido víctimas alguna vez de violencia por parte de sus parejas. El análisis por área de residencia evidencia que esta tendencia es a la inversa para el área rural, es decir, existe mayor desventaja para las mujeres con discapacidad del área rural. Al respecto, el 73.1 % de las mujeres con discapacidad en el ámbito rural han sufrido violencia por parte la pareja, frente a un 55.2 % de las mujeres sin discapacidad. Para el área urbana se mantiene la tendencia general, en el caso de mujeres con discapacidad, el porcentaje de afectadas disminuye a 37.1 % y para las mujeres sin discapacidad es de 58.4 % (ENDES, 2019, INEI 2021, p. 91)²⁹. Es posible que exista un subregistro y los casos de violencia sean mayores, pero no se reporten denuncias por diversas razones, como las barreras de accesibilidad física y social que enfrentan las mujeres para realizar una denuncia formal, tal como lo remarcó el funcionario de Conadis Tumbes.

El entorno familiar es el primer espacio donde se reproducen los prejuicios, la discriminación y las vivencias de violencia. Las personas entrevistadas reconocieron que las mujeres con discapacidad sufren en mayor medida violencia de género, de aquí la urgencia de establecer medidas de prevención y protección. Además, los abusos y violencias se inician, en muchos casos, desde la niñez y adolescencia, etapas en las que sin duda se encuentran más desprotegidas, siendo en muchos casos los agresores *“integrantes de la familia, la mamá, el papá, el cuidador, el apoyo”*, tal como lo señaló una especialista en discapacidad y líder de la sociedad civil.

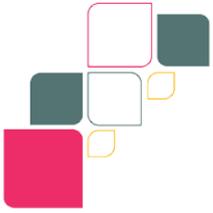
«Todavía no hemos podido realizar un trabajo con padres de adolescentes con discapacidad, pero también este desconocimiento ¿a qué lleva? A que los niños, niñas y las y los adolescentes con discapacidad piensen, por ejemplo, que la violencia o el abuso sexual hacia ellos están bien porque ellos todavía no manejan lo que está bien o lo que está mal con respecto a su cuerpo, “porque lo hace mi papá” o “porque me lo hace mi vecino que me quiere tanto”. El tema de violencia en niñas, niños y adolescentes con discapacidad pasa desapercibido».
(Activista de la sociedad civil).

Roles y violencia de género

Las situaciones de violencia que viven las mujeres con discapacidad, se entrecruzan con las creencias derivadas del sistema patriarcal, que en base a estereotipos masculinos y femeninos define cómo tiene que ser una mujer o un hombre. Las mujeres con discapacidad participantes del grupo focal de Lima mencionaron que es frecuente el cuestionamiento sistemático por parte de sus familiares, en base a su condición de mujer y su discapacidad, poniendo en duda que puedan asumir los roles socialmente esperados por ellas, en concreto, ser madre y esposa.

²⁹ La información citada proviene del documento “Perú: Caracterización de las condiciones de vida de la población con discapacidad, 2019”, elaborado por el INEI sobre la base de la información de tres de las encuestas permanentes que realiza: la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES).





Tradicionalmente se ha considerado que toda mujer se siente realizada con la maternidad, orientando desde esta concepción su sexualidad hacia la reproducción. Estos estereotipos de género limitan la capacidad de las mujeres para desarrollar sus capacidades y la toma de decisiones en sus vidas. Las normas culturales provenientes del sistema patriarcal que rigen nuestras sociedades, y que determinan lo que es adecuado para un hombre y para una mujer, limitan las capacidades de niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad respecto a elegir sobre su desarrollo y futuro. El patriarcado es un sistema de organización política, social y económica que se basa en la desigualdad entre hombres y mujeres; en este sistema las mujeres se encuentran en desigualdad de poder y en una situación de clara desventaja respecto a los hombres:

«Muchas veces en el tema de la mujer con discapacidad, los prejuicios empiezan en la familia, que si la mujer con discapacidad puede atender al hijo, si será capaz de criar al hijo o de atender a la pareja. En mi caso, por ejemplo, yo me acuerdo que mi mamá tenía mucho miedo cuando yo presenté a mi primer enamorado. “¿Le podrás atender, podrás atender a un marido?”, esa fue la pregunta. Se cree que la mujer está hecha para atenderlo, para criar; la familia sigue haciéndole creer que no puede realizarse como mujer, como madre, que no puede ejercer su sexualidad. Pienso que como persona, como mujer, tenemos derecho a vivir esa sexualidad a plenitud».

(Participante del grupo focal de Lima).

«Mi mamá siempre tenía esa idea de que el colegio no y la universidad tampoco porque mientras menos sepa una mujer, más fácil es encontrar al esposo; pero también que tenías que ser muy bonita y muy femenina, porque si no, no ibas a compensar las dificultades que había y no era tan sencillo buscarte pareja (...) quiso hacerme un tratamiento hormonal, creía que necesitaba más hormonas femeninas para que pueda mejorar mi aspecto; y yo de paso ya escuchaba metal y leía filosofía y ya era demasiado...».

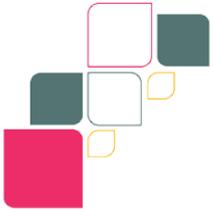
(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

En contextos familiares marcados por la violencia y discriminación es posible que las mujeres con discapacidad enfoquen sus expectativas de futuro y de independencia en encontrar una pareja, que en ocasiones puede convertirse también en un agresor creándose una relación desigual de poder entre la pareja y generando situaciones de violencia de género. Es recurrente que la situación de dependencia económica se traslade al esposo reduciendo las posibilidades de defenderse y de separarse de su pareja en caso se quiera, aumentando así los riesgos de sufrir algún tipo de violencia de género y la falta de control en sus vidas.

«Bueno, yo llegué a salir, pero cuando yo tuve a mis bebés, el que me sacó fue el papá de mis hijitas, que sigo hasta ahorita con él. Yo no me he enamorado del papá de mis hijos, simplemente yo quería que me saque. Y él me dice pues, como quince años es mayor mío: “piénsalo, yo te quiero llevar”. Me dice: “yo te quiero, no te voy a engañar...”».

(Participante del grupo focal de Lima).





Las mujeres entrevistadas individualmente mencionaron también diversas violencias debido al machismo de los hombres, quienes reproducen los comportamientos patriarcales aprendidos; conformando parejas en las que la mujer se encuentra subordinada doblemente, por ser mujer y por su discapacidad. En el caso de las mujeres con discapacidad visual estas brechas de género se agudizan, ya sea en el caso de que tengan pareja o no; y debido a la orientación sexual la brecha de género se agudiza aún más.

«Los pocos datos que muestra el Ministerio de la Mujer señalan que las personas con discapacidad más violentadas son las mujeres, pero hemos encontrado en Piura justamente casos de mujeres con discapacidad violentadas por hombres con discapacidad, que repiten el esquema de los hombres sin discapacidad».
(Activista de la sociedad civil).

«Creo que las mujeres con discapacidad visual, incluso solo observando a las mujeres con otras discapacidades, están más oprimidas porque los mismos hombres con discapacidad visual viven en un mundo muy conservador. Para los hombres con discapacidad visual, que una mujer sea más dueña de su cuerpo, es que va a salir a tener sexo con todo el mundo, que no va a pensar en nada y se va a olvidar de su hogar».
(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

«Las mujeres con discapacidad auditiva no pueden expresarse, los agresores siempre van a decir “no, ella no dijo nada”. Creo que la agresión, sobre todo en discapacidad sensorial, se minimiza mucho y eso es algo que el Estado debería proteger».
(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

Como se mencionó al inicio de esta sección, el 41.7 % de las mujeres con discapacidad a nivel nacional ha sido víctima alguna vez de violencia por parte de su esposo o compañero, dato que se incrementa en el área rural, el 73.1 % de las mujeres con discapacidad que viven en el ámbito rural han padecido violencia por parte de sus parejas y en la zona urbana es del 37.1 % (INEI, 2021, p. 91).

En algunos testimonios se evidencia que las mujeres sufrieron violencia infligida por sus parejas al limitar su libertad de decisión sobre sus cuerpos y su sexualidad, vulnerando su derecho al control reproductivo y estableciéndose una relación asimétrica dentro de la pareja. Claramente una mayor dependencia afectiva, emocional y económica respecto de la pareja, incrementa la vulneración de derechos y situaciones de abuso y violencia; por ello, desde la perspectiva de género, es importante que las mujeres con discapacidad se empoderen para aumentar su capacidad de autoconfianza y autoridad para decidir libremente en todos los aspectos que afecten su vida.

Las mujeres entrevistadas individualmente mencionaron también diversas dificultades que surgen dentro de las parejas si se trata de una pareja mixta (uno de ellos no tiene discapacidad) debido al machismo impregnado en la sociedad, que traslada la violencia hacia ellas y el estigma también a su pareja que no tiene discapacidad. En palabras de una entrevistada se ejemplifica esta situación:





«La vida en pareja con una persona con discapacidad es difícil porque eres el blanco de toda la sociedad; ahora tú eres el extraño que ha decidido entablar una relación de pareja con una persona con discapacidad, ¿y por qué será?, porque tienes muy baja autoestima, porque no pudiste conseguir una pareja en la vida, porque tienes poco dinero, porque quieres conseguir dinero a través de ella».

(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

De otro lado, destacamos el desarrollo de estrategias dirigidas a la erradicación de la violencia contra las mujeres desde el Estado peruano, ya que existen importantes experiencias como el caso del Programa Contra la Violencia Intrafamiliar “Aurora” del MIMP:

«Anteriormente teníamos bastantes problemas relacionados al machismo y la violencia hacia la mujer, casos de violación, pero últimamente esto ha disminuido porque al trabajar con el CEM, no solamente estamos trabajando con la persona con discapacidad, sino también con la familia, porque la mayor clase de agresiones, sobre todo a la mujer con discapacidad proviene del entorno familiar o de los vecinos».

(Funcionario Conadis Tumbes).

Es necesario considerar que la violencia hacia las personas con discapacidad no es un problema privado, ni responsabilidad exclusiva de las familias. El papel del Estado y la sociedad debe situarse en el primer lugar de las responsabilidades. La violencia de género hacia las mujeres con discapacidad continuará reproduciéndose si en primer término no se reconoce y visibiliza como problema público y no se institucionaliza en las políticas públicas su total erradicación, actualizando las estadísticas y adoptando procedimientos específicos para el levantamiento de información, las denuncias y atención adecuada hacia las mujeres con discapacidad. Una demanda señalada es la necesidad de contar con un protocolo específico para la denuncia de los casos de violencia de género hacia las mujeres con discapacidad, algo justificado plenamente como parte de las medidas de ajustes necesarios de los servicios, señaladas en la Ley 29973. Esta preocupación es visibilizada y está siendo gestionada desde Conadis, MIMP y sociedad civil:

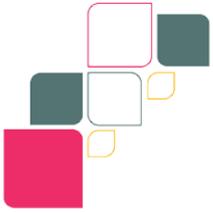
«La ruta que tenemos que hacer nosotras si queremos hacer una denuncia de violencia de género hacia mujeres con discapacidad, es bastante complicada aún. ¿Cómo pongo una denuncia a medianoche?, ¿con qué dinero me desplazo?, ¿y si tengo bastón y me resulta difícil tomar un taxi si estoy sola?, ¿cómo hace una persona ciega?».

(Activista de la sociedad civil).

«Una de las demandas de la sociedad civil es que la Ficha de Valoración de Riesgo, tanto de mujeres con o sin discapacidad que aplican las entidades involucradas (CEM, Policía, jueces, fiscales) solo habla de la población de mujeres y no visibiliza a aquellas con discapacidad; y solamente se cree que el principal agresor es la pareja o ex pareja. ¿Cómo haces una política cuando la data te está diciendo que los familiares son los principales agresores?».

(Especialista en discapacidad y exintegrante de la Mesa de Discapacidad de la CNDDHH).





Tal como se denuncia en el Informe Alternativo al Noveno Informe Periódico del Perú ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la Defensoría del Pueblo (2022), se advierten las consecuencias de procedimientos que no alcanzan a distinguir las necesidades propias de las mujeres con discapacidad; como es el caso de la “Ficha de valoración del riesgo”³⁰ que determina la situación de vulnerabilidad y las necesidades de protección de una víctima de violencia. Sin embargo, en esta ficha la anotación de la discapacidad solo identifica la condición de la persona, mas no mide el mayor riesgo al que están expuestas en atención a las barreras específicas que deben enfrentar las mujeres con discapacidad (Defensoría del Pueblo, 2022, p. 30).

Violencia institucional basada en el género

También se ha evidenciado una situación de violencia institucional basada en el género que sufren las mujeres con discapacidad en mayor proporción que sus pares hombres con discapacidad al momento de acudir a las instituciones del Estado. En Perú la norma permite abordar y rechazar esta tendencia totalmente arbitraria que vulnera doblemente el derecho de la mujer a la justicia y que por esta razón muchos de estos casos quedan en la impunidad:

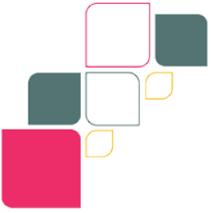
«En las personas con discapacidad existen todavía diferencias de género; se reproducen los modelos machistas; un hombre con discapacidad es más atendido que una mujer con discapacidad dondequiera que vaya, en un organismo del Estado».
(Activista de la sociedad civil).

Otra forma de violencia institucional es la que se menciona en el Informe Alternativo al Noveno Informe Periódico del Perú ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la Defensoría del Pueblo (2022). En dicho documento se relata el caso en el que al aplicarse el artículo 22.6 de la Ley N.º 30364, que indica que la medida de protección en caso de violencia de género podrá ser “cualquier otra requerida para la protección de la integridad personal y la vida de sus víctimas o familiares”, algunos magistrados valiéndose de este artículo han dispuesto el internamiento de mujeres con discapacidad psicosocial víctimas de violencia en establecimientos psiquiátricos (Defensoría del Pueblo, 2022, p. 30).

Este tipo de violencia va acompañada de prácticas de revictimización que hacen que la persona reviva la situación traumática y vuelva a asumir su papel de víctima, pero ahora debido a la incompreensión del sistema. Uno de los primeros elementos identificados son los juicios de valor emitidos por los prestadores de atención a las víctimas de violencia, hecho que da cuenta de una profunda falta de sensibilización en un sector del funcionariado respecto a las realidades de las mujeres con discapacidad víctimas de violencia. Esta falta de sensibilización es la que los lleva a actuar según estereotipos y prejuicios basados en género, ocasionando que se las culpabilice, colocándolas en una situación de mayor vulnerabilidad.

³⁰ La Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, Ley N.º 30364, y su reglamento, regulan la utilización de la “Ficha de valoración del riesgo”.

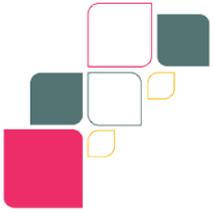




Las consecuencias de sufrir revictimización en las instituciones públicas, cuya función es proteger y garantizar los derechos de las personas con discapacidad son graves y pueden dejar secuelas psicológicas en la víctima. En los siguientes testimonios se constata la revictimización de la que son objeto muchas mujeres con discapacidad:

«Sí, en la familia sucede, [la mujer con discapacidad] no se va a quejar, nunca va a poder denunciar porque ¿quién le va a creer? Y ese es un gran perjuicio para la vida y la autoestima de las mujeres y que no podemos resolver porque no hay protocolos, porque no hay un nivel de acceso a la justicia. Y cuando tú vas a la comisaría... porque yo denuncié a mi pareja por violencia física, y me dijo la persona de la comisaría: “¿Y por qué no te vas?”. “Es que no conozco, no tengo un lugar donde ir”, respondí. “Sí, pero sabiendo que tienes discapacidad, ¿quién te manda juntarte?”, me dijo».
(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).





Múltiples discriminaciones y mayor vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad

Los relatos de las mujeres se encuentran colmados de percepciones de discriminación hacia ellas en los diversos espacios y dimensiones de sus vidas. Ellas son plenamente conscientes de las múltiples discriminaciones que se intersectan en sus cuerpos y experiencias, y que les impiden alcanzar un pleno desarrollo y bienestar. Las mujeres sufren múltiples discriminaciones por discapacidad, por sexo, por etnia, por orientación sexual, por condición social y económica, por ámbito de residencia; la suma de todas ellas las ubica en una situación de mayor vulnerabilidad que el resto de las mujeres.

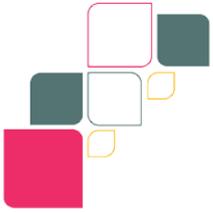
«Yo considero que toda la discriminación se junta en una sola persona como mujeres con discapacidad, y tenemos que batallar con todas esas discriminaciones; y si no tenemos las herramientas pues vamos a permanecer siempre así, avasalladas, discriminadas, sin tener cómo defendernos. Si tampoco no sé cuáles son mis derechos, ¿cómo voy a alzar la voz?»
(Entrevistada 2, mujer con discapacidad, Lima).

Al respecto, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 2 define **“discriminación por motivos de discapacidad”** a cualquier distinción, exclusión o restricción por motivo 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 políticos, económicos, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.

La Convención en su artículo 5 (inciso 2) llama a prohibir toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizar a todas las personas con discapacidad protección legal, igual y efectiva, contra la discriminación por cualquier motivo. Asimismo, en su artículo 6 (inciso 1) demanda que los Estados partes reconozcan que **las mujeres y las niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación**, y a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Las mujeres consultadas compartieron experiencias discriminatorias en el ámbito del hogar, tales como prácticas de aislamiento social y humillación constante que afectan su bienestar emocional. El aislar a las personas con discapacidad tiene un gran impacto en su vida y reduce considerablemente sus posibilidades de desarrollar su más alto potencial, también son más propensas a sufrir algún tipo de violencia en base al género. Es fundamental dotar a las familias de información y herramientas para asumir los cuidados adecuados que merecen las personas con discapacidad y buscar erradicar los prejuicios y miedos frente a una sociedad que censura a las personas que se diferencian de la “norma”.





«Mi infancia me da mucha pena. O sea, más he estado sola... y no tenía apoyo de mi papá, de mi mamá, porque ellos más paraban en la chacra. Mi papá decía: “¡Ay! Tú, cojita, no vales para nada, hija”; y mi mamá le reñía: “¡cómo que no va a valer mi hija!”, pero a mí me dolía eso (...) Soy tímida ante otras personas porque mi hermana [quien la cuidaba], cuando venía alguien, me decía: “vaya, vaya adentro, tú no debes estar afuera, vaya”, y me entraba yo, y así veía a una persona y yo no le saludaba».
(Participante del grupo focal de Lima).

Las participantes del grupo focal de Lima señalaron diversos casos de discriminación sufridos también en el ámbito escolar, provenientes de sus compañeras y compañeros, así como del personal directivo. Ante estas situaciones destacan el papel crucial que cumple la familia para el logro del respeto y ejercicio de sus derechos frente al desconocimiento y prejuicios frecuentemente encontrados en la sociedad y en las instituciones. De los siguientes testimonios se desprende la necesidad de desarrollar un urgente trabajo de sensibilización y formación para erradicar la discriminación, prejuicios, el acoso escolar y bullying en las escuelas

«Primero estudié carreras técnicas, computación y no pude seguir estudiando. Me dijeron “no hay plata”, pero yo tocaba las puertas en las mismas instituciones y yo decía: “¿habrá una oportunidad para yo estudiar?”. Y mandé cartas para solicitar una beca en una academia, me dieron la beca y estoy muy agradecida por eso, pero me dijeron: “¿vas a poder aguantar la presión?”, y yo les respondía: “pero, ¿qué presión, la presión académica?”, “no, la presión de tus compañeros, va a haber gente que se va a burlar de ti”. “Eso ya lo pasé en la secundaria”, les contaba».
(Entrevistada 3, mujer con discapacidad de Lima).

Otro de los estigmas mencionados son los que se encuentran aún en muchas convocatorias laborales y selección de personal de las empresas e instituciones, los cuales forman parte de las discriminaciones más sentidas por las mujeres al no poder alcanzar autonomía económica. En los testimonios se observaron las dificultades por las que atraviesan para obtener un empleo y la gratificación que sienten al conseguir uno o lograr organizar pequeños emprendimientos que confirman sus habilidades y capacidades. Además, se evidenció que la situación se agrava con el grupo de mujeres con discapacidad más severa, pues a ellas les resulta muy difícil independizarse y generar ingresos.

En los testimonios, una mujer participante del grupo focal de Lima, con discapacidad severa, comenta sobre las complejas dificultades y obstáculos para que empresas e instituciones contraten personas con discapacidad. Habría aún una fuerte reticencia para la inclusión de esta población en trabajos dignos. Este contexto genera que las mujeres con discapacidad no puedan desarrollar un proyecto de vida pleno y autónomo y que continúen dependiendo de sus familias al no acceder a oportunidades, como se aprecia en los siguientes testimonios:

«Y en lo laboral, no confían en ti, no creen en ti. Incluso por más títulos que tengas, no creen en ti, ese es el problema. Yo soy egresada y tengo varios años tocando puertas; incluso en Lima estuve dos años y me presenté al Ministerio de Trabajo mil veces y nunca





me aceptaron en ningún trabajo (...) El año pasado recién entré a trabajar de auxiliar de educación; nunca había tomado en cuenta que lo podía hacer, pero cuando me ofrecieron ese puesto laboral mi respuesta fue sí, porque yo sí puedo y créame que fue un año muy bonito donde todos aprendieron de mí y yo aprendí de ellos».
(Entrevistada 6, mujer con discapacidad, Tumbes).

«Siempre mi sueño fue independizarme, vivir sola pese a mi discapacidad, pero desgraciadamente nunca he tenido la oportunidad de trabajar. Siempre me presentaba a uno y otro, y otro, y otro, pero nunca... Me han dicho: “tú no tienes experiencia laboral, cómo te vamos a contratar; y tu discapacidad es esta, entonces no puedes”. Hasta el día de hoy no he podido laborar en un centro, y solamente he estudiado, tengo conocimiento en lo que es computación e informática».
(Participante del grupo focal de Lima).

Entre los principales obstáculos para obtener algún empleo, según la Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012, el 23.1 % de personas desocupadas con discapacidad a nivel nacional manifestaron que la razón fundamental que le ha impedido conseguir trabajo se debe a la discriminación; el 18.2 % afirmó no sentirse capaz; el 16.1 % se sintió subestimado; el 7 % dijo no estar preparado; el 5.2 % manifestó que tienen dificultades debido al alto costo de transporte por su limitación, y el 3.7 % declaró que la infraestructura del centro laboral no está adaptada para el adecuado desenvolvimiento de las personas con discapacidad³¹.

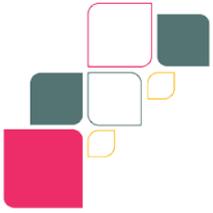
Respecto del incumplimiento del artículo 49 de la Ley N.º 29973, un funcionario de la DIRESA Tumbes señaló que las empresas públicas están obligadas a contratar personas con discapacidad en una proporción no inferior al 5 % de la totalidad de su personal, y los empleadores privados, con más de 50 trabajadores, en una proporción no inferior al 3 %. Es importante que se ejecute una real fiscalización del cumplimiento de esta norma por parte de las instituciones competentes.

Las experiencias de discriminación provienen, en ciertos casos, no solo de las personas sin discapacidad sino también de sus pares, hombres con discapacidad, como se ha mencionado anteriormente. La discriminación se entrelaza con patrones culturales de un sistema patriarcal que ubica a las mujeres en una posición de desventaja frente a los hombres. Al interior del colectivo de las personas con discapacidad se reproducen también pautas discriminatorias, y las mujeres sufren discriminación en base a su género por parte de los hombres con discapacidad:

«En las propias instituciones de personas con discapacidad mixta, los hombres todavía son los que tienen la palabra, la última palabra. Todavía falta luchar mucho en ese sentido».
(Activista de la sociedad civil).

³¹ Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI, 2014, p.139.





«Yo veo que el movimiento de personas con discapacidad visual tiene muy poco campo de acción; si tú quieres hacer cosas, como lo que nosotros hemos hecho con la universidad San Martín, una encuesta para mujeres con discapacidad visual, la mayoría de hombres con discapacidad nos negaban la posibilidad de ingresar a sus espacios y nos decían que las mujeres no necesitan nada porque para eso sus esposos les dan dinero, o para qué queremos llevarlas al mercado laboral, para que terminen como objetos sexuales».
(Entrevistada 4, mujer con discapacidad, Lima).

Autoconfianza y autoestima de las mujeres con discapacidad

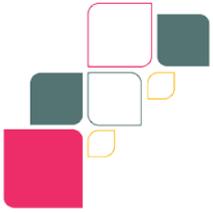
Las mujeres con discapacidad se enfrentan a diversos y numerosos retos y desafíos a lo largo de sus vidas, como se ha evidenciado en este estudio; muchos de estos retos están relacionados con la discriminación del entorno, situaciones que influyen negativamente en su bienestar emocional y pueden llegar a condicionar su desarrollo personal y la imagen que tienen de sí mismas. Las participantes en esta investigación mencionaron la importancia vital que representa el desarrollo de su estima personal y lo fundamental de empoderar al colectivo de mujeres con discapacidad. En sus testimonios ellas relatan situaciones de dependencia emocional o tienen creencias negativas sobre sus capacidades, evidenciando una vulnerabilidad que puede llevar a una baja autoestima y al desarrollo de complejos, lo que les puede impedir avanzar en una sociedad que ya es bastante conflictiva:

«Cuando un varón te invita a salir, una se ilusiona porque no tienes muchos pretendientes a comparación de la amiga, ese es el trabajo tan duro que yo creo que deberían empezar a hacer todas las mujeres: querernos a nosotras mismas (...) uno de los problemas más grandes de las mujeres con discapacidad es la autoestima; muchas veces aguantamos una relación por miedo a que nadie más nos va a querer, que nadie más nos va a aceptar».
(Entrevistada 6, mujer con discapacidad, Tumbes).

«Conocí a buenas personas que me ayudaron a salir de ese encierro y comencé nuevamente a tomar las riendas de mi vida. Comencé a tener terapias, tratamiento, autoestima, liderazgo. He hablado con psicólogos bastante porque entraba en depresión porque yo cojeaba, caminaba con una muleta. Fue difícil la mirada de la gente, yo no me sentía muy atractiva para el sexo opuesto, los chicos que me miraban, me miraban porque estaba en silla de ruedas».
(Entrevistada 1, mujer con discapacidad, Lima).

La tendencia de las familias a sobreproteger a las personas con discapacidad fue señalada por la mayoría de las personas entrevistadas como un problema relevante que tiene importantes repercusiones en el desarrollo personal. Esta actitud de los padres responde a las preocupaciones comprensibles sobre la discapacidad de sus hijos e hijas, pero que a la larga tiene efectos altamente negativos para el aprendizaje, el desarrollo de una autoestima saludable y la capacidad para la toma de decisiones sobre sus vidas, por ello exigen autonomía. Una activista y lideresa de la sociedad civil sitúa la autoestima disminuida de las mujeres con





discapacidad en el primer lugar de las barreras que enfrentan, de allí la relevancia de abordar este aspecto mediante políticas públicas que empoderen al colectivo y propicien espacios de voz, participación y reconocimiento de sus aportes, capacidades y el ejercicio pleno de sus derechos.

«En primer lugar, existe un problema de autoestima. Tanto nos han disminuido, la familia, la iglesia, la sociedad, la escuela, los medios de comunicación... mucho prejuicio, mucho mito sobre nosotras y eso nos tiene muchas veces con una autoestima bastante baja y nos lleva a no conocer bien el mecanismo de nuestro cuerpo».
(Activista de la sociedad civil).

La autoestima es la forma en que cada persona se valora a sí misma, cómo se siente respecto a su apariencia, a sus capacidades y posibilidades y cómo se siente valorada por los demás. También incluye el respeto hacia uno/a mismo/a y frente a los demás, y es fundamental para el desarrollo y crecimiento personal, al favorecer la motivación para alcanzar metas, enfrentar situaciones difíciles, procurar el autocuidado y la defensa de nuestros derechos en la sociedad.

Acercarnos a los sentimientos que las mujeres relataron en torno a las carencias y discriminaciones de las que son objeto, implica comprender que la autoestima no es solo un hecho o sentimiento personal, sino sobre todo un hecho social que proviene de las propias condiciones de vida experimentadas por cada persona. Si crecemos en un medio hostil donde se nos minusvalora, recibimos una educación basada en el control, la dependencia, la culpa, la vergüenza, maltratos físicos y psicológicos, es decir, bajo formas sociales de maltrato que originan sentimientos de inferioridad e inseguridad, todo ello finalmente condicionará nuestra autoestima.

En el caso de las mujeres con discapacidad, esta condición de autovaloración se encuentra significativamente mermada a causa de múltiples estereotipos y condicionamientos alrededor de sus capacidades, entre otros aspectos. En el centro de estas concepciones e interpretaciones se encuentra la negación de las capacidades de las personas con discapacidad, lo que ocasiona la subestimación de la propia valía y a adoptar en algunos casos un discurso estigmatizador y de autoexclusión. Sin embargo, es necesario comprender que las barreras que sufren las personas con discapacidad no son ocasionadas por su condición, sino que éstas se generan en las propias instituciones del Estado y la sociedad:

«Lo primero que tendría que hacerse es que el Estado y la sociedad entiendan que la barrera no está en nosotros, sino en el entorno, en el entorno social, los prejuicios y el desconocimiento que tienen los servidores públicos. Desde ahí se tendrá que empezar, que se tenga más conocimiento en el tema del manejo y atención a las mujeres con discapacidad, en salud que haya programas especiales y también los centros de salud tengan conocimiento en el manejo y la atención a las mujeres con discapacidad. Todos somos personas y mujeres; la discapacidad no nos hace menos, ¿no?».
(Participante del grupo focal de Lima).





La exigencia de autonomía e independencia personal de las mujeres con discapacidad

El derecho a la autonomía está referido a la necesidad y garantía que las personas requieren, al margen de sus capacidades, para desarrollar su proyecto de vida y al mismo tiempo tener control sobre él. La superación de numerosas barreras familiares, sociales e institucionales es una constante en la vida de las mujeres con discapacidad que aspiran a ejercer este derecho.

En ese sentido, las mujeres entrevistadas subrayaron la importancia de desarrollar las capacidades para valerse por sí mismas y otorgaron una importancia decisiva al apoyo y acompañamiento de personas de su entorno familiar o amical que las motivaron a salir adelante y a alcanzar un desarrollo personal en diversas áreas de su vida. Esto demuestra lo gravitante que llega a ser contar no solo con recursos materiales, sino también con aquellas actitudes tendientes a reconocer las posibilidades y potencialidades de las mujeres con discapacidad para adquirir autonomía y sentirse respetadas. Sin embargo, el desarrollo de la autonomía no siempre es comprendido por los padres y madres quienes, en su afán de proteger a sus hijas, adoptan una actitud sobreprotectora ante el temor al fracaso o riesgos que puedan enfrentar.

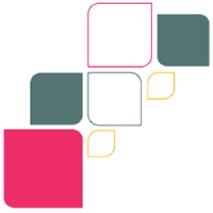
«Mi papá siempre me decía: “tú puedes, tú lo vas hacer, no te ayudo, tú sí puedes”. También me decía: “sabes que tú eres la mejor en lo que haces”...-y eso creó seguridad en mí porque antes también existía el bullying, con la diferencia de que no se le tomaba importancia, y sabes que los niños son los que más maltrato hacen, no se dan cuenta».
(Entrevistada 6, mujer con discapacidad, Tumbes).

«Si yo hubiese dejado a mi papá que me decía: “no...”, quizás estaría todavía en mi casa, calladita, pero conocí a gente que me ayudó. Me interesé, me formé, estudié, salí, descubrí otra cosa. Tuve la suerte, como le digo de mi mamá, de tener amistades (...) hay mucho por hacer».
(Entrevistada 1, mujer con discapacidad, Lima).

«Mi mamá trataba de darme lo mejor de sus posibilidades, pero me ponía límites; todo me hacía, ella no me dejó cocinar. Me puso límites en la casa, en levantar peso, en lavar; pero yo me fui desarrollando. Mi papá nunca me puso límites, entonces yo desde muy joven aprendí lo que era ir a un banco, ir a entidades públicas sola».
(Entrevistada 6, mujer con discapacidad, Tumbes).

Debe reconocerse la compleja situación que enfrentan los familiares de las personas con discapacidad, quienes se ven en la necesidad de protegerlos de acuerdo al tipo de discapacidad. Pero al mismo tiempo deben tomar decisiones respecto al desarrollo de su autonomía, la mayoría de las veces en base a temores y prejuicios en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad.





La funcionaria de Salud de Tumbes, profesional con amplia experiencia en el nivel de atención primaria, remarcó la importancia de preparar adecuadamente al personal de salud para ayudar a los familiares y a las personas con discapacidad a alcanzar este equilibrio, para que las actitudes de protección no repercutan negativamente en el desarrollo de las personas, hecho que es considerado efectivamente como un factor de riesgo (PNMDD, 2030):

«Desde mi percepción de profesional prestadora de salud, si bien es cierto que la familia fortalece, también limita a veces el poder abordar de forma integral a una persona o a una mujer con discapacidad. Lo he presenciado porque soy obstetra asistencial, el hecho de que el familiar acompañe a la usuaria, ejercen un poco de presión para que prácticamente quien hace la figura de paciente es el familiar y queda relegada la usuaria como tal. Por eso es importante fortalecer ciertas competencias y habilidades en nuestros profesionales de salud».

(Funcionaria DIRESA Tumbes).

En ciertos casos la propuesta de servicios dirigidos a enfrentar esta problemática se encuentra desactivada o no se implementa, como se manifiesta en el siguiente testimonio:

«La política de discapacidad tiene un servicio que brinda orientación tanto a las personas con discapacidad, como a los familiares, para evitar la sobreprotección y superar factores de riesgo. Hay un factor de riesgo que justamente tú, como madre o como padre, quieras sobreproteger a tu hija, no le des la oportunidad de que tu hija desarrolle sus propias competencias, habilidades, interacciones con la sociedad y, por el contrario, la invisibilizas. Lamentablemente este servicio nunca se ejecutó. Este servicio es un mandato de la Política Multisectorial en Discapacidad».

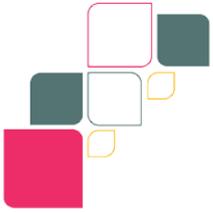
(Especialista en discapacidad y activista de la sociedad civil).

Por otro lado, las mujeres con discapacidad luchan permanentemente por encontrar oportunidades de desarrollo personal, de educación y de ingresos; logros que son alcanzados con grandes esfuerzos personales y que fortalecen su autoestima y autonomía al descubrir sus potencialidades y talentos, y al ver que pueden ser útiles a sus familias y a la sociedad. La inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito educativo y mercado laboral es un reto de primer orden por las importantes repercusiones que tiene en el logro de su autonomía y en otras áreas de sus vidas.

«No terminé mis estudios porque mi problema era que me caía, y eso me hacía sentir mal cuando me caía en el colegio. No tenía mucha estabilidad, pero yo comencé a leer, así yo misma me ponía a estudiar. La primaria completa no la tengo, comencé a leer y así estudié manualidades, tejía, comencé a trabajar en mis cosas (...) He trabajado en la municipalidad, he trabajado en un colegio enseñando manualidades, después en la región trabajé en parques y jardines también. Esas son experiencias que te ayudan a sentirte útil, puedes salir adelante».

(Entrevistada 7, mujer con discapacidad, Tumbes).





El ámbito de la educación es una primera aspiración y a la vez una dificultad para todas las entrevistadas. Desafiar las diversas barreras para acceder a la educación es un anhelo que la mayoría de las veces no es alcanzado debido al limitado apoyo y estímulo que reciben a causa de su supuesta incapacidad para lograr mayores niveles educativos. Los prejuicios y desconocimiento de la propia familia, que no otorgan prioridad a la educación de sus familiares con discapacidad, constituyen una barrera importante a tener en cuenta en el diseño de políticas de prevención y apoyo para niñas, niños y adolescentes con discapacidad, así como la necesidad de asistencia a las familias en esta responsabilidad.

«Mi mamá solamente me hizo llegar hasta tercer grado [de primaria], ya no pudo porque mi mamá me tenía que llevar. Mi mamá me llevaba cargándome por el camino; y de ahí tenía que volver para traerme. Me decía: “hijita, mejor ya no vas a estudiar porque ya me duele la espalda para llevarte, traerte, llevarte”. Entonces, yo me puse a llorar: “mamá, yo quiero estudiar”, y cuando yo le dije a mi papá, mi papá dijo: “no, hijita, como eres cojita, no vas a valer para nada”».

(Participante del grupo focal de Lima).

Según un informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), existe una brecha en el nivel de educación alcanzado por la población con y sin discapacidad. Entre las personas con discapacidad el 19.5 % no alcanzó ningún nivel de educación o estudió solo nivel inicial, en comparación con un 3 % de las personas sin discapacidad. Además, las personas con discapacidad consiguen principalmente estudiar sólo hasta primaria (41 %) frente al 19 % de las personas sin discapacidad (2021, p. 53).

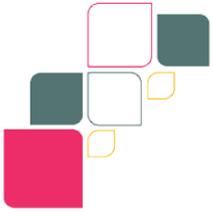
Respecto a la condición de analfabetismo se ponen nuevamente de manifiesto las brechas existentes entre ambos grupos de la población. El analfabetismo entre las personas con discapacidad alcanza un 26.4 % y en el caso de las personas sin discapacidad un 4.5 %. El mismo informe también evidencia la brecha de género en el acceso a la educación: las mujeres con discapacidad y analfabetas representan el 33.6 %, en tanto los hombres con discapacidad y analfabetos representan el 19.1 %. En conclusión, las mujeres con discapacidad serían el grupo poblacional que en mayor proporción se encuentra en condición de analfabetismo respecto de la población sin discapacidad y en comparación con sus pares hombres con discapacidad (INEI, 2021, p.56). Asimismo, las diversas barreras existentes multiplican las vulnerabilidades como la falta de educación.

«Pocas mujeres con discapacidad acceden a estudios superiores, no sabemos qué está pasando, por qué se retiran. Hay una gran cantidad de niños y niñas con discapacidad que no están accediendo a la educación primaria».

(Activista de la sociedad civil).

A propósito de las diversas situaciones señaladas por las mujeres, debemos recordar que el reglamento de la Ley N.º 28044, Ley General de Educación del Estado peruano, desarrolla *“la educación inclusiva que busca garantizar servicios educativos de calidad a poblaciones vulnerables por razones de pobreza, etnia, salud, discapacidad, talento o superdotación, edad,*





género, riesgo social o de cualquier otra índole". Además, promueve medidas para *"asegurar que el servicio educativo se brinde de acuerdo a las características y necesidades específicas de la población, proporcionándoles las condiciones que se requieran para alcanzar los logros de aprendizajes esperados"* (mencionado en el artículo sobre Educación, párrafo 63 del Noveno Informe de Perú al Comité de la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW).

Sumado a ello, existe una falta de preparación de las instituciones educativas para ofrecer espacios inclusivos y accesibles a las y los estudiantes con discapacidad que se aprecia en las cifras oficiales³². La falta de servicios higiénicos adaptados (54.9 %), ascensores adecuados (51.5 %), ausencia de rampas de acceso (51.4 %), barandas de seguridad (49.2 %) y una señalización adecuada (44.6 %) constituyen los principales problemas de accesibilidad que experimentan las personas con discapacidad en las instituciones educativas. Por ello, la importancia de encontrar apoyo en los entornos familiares y sociales para que puedan acceder a la educación en todos sus niveles:

«Otro problema que tenemos en la actualidad son los docentes, que no están capacitados para trabajar con personas con discapacidad, de diferentes discapacidades».
(Entrevistada 6, mujer con discapacidad, Tumbes).

«(...) todos mis compañeros me apoyaban, se turnaban para subirme al segundo, tercer piso, los laboratorios. Era una universidad pública, entonces no hay ascensores, ni rampas, ni nada de eso, pero sí me ayudaron bastante».
(Participante del grupo focal de Lima).

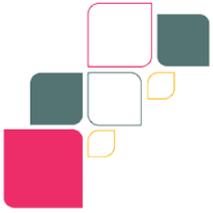
En torno a las experiencias de las mujeres con discapacidad en el mercado laboral se aprecian igualmente fuertes obstáculos producto, en primer término, de la carencia de formación que adquieren, lo que reduce las posibilidades de insertarse en el mercado laboral; pero incluso las mujeres con estudios no logran acceder a un empleo debido a discriminaciones por discapacidad (Ver en la sección 4 correspondiente al capítulo 1 del presente documento). Como resultado, la mayoría de las mujeres con discapacidad que participaron del grupo focal de Lima y las mujeres entrevistadas mencionaron que no contaban con un trabajo, y en algunos casos habían emprendido pequeños negocios.

Para el año 2021, solo 4 de cada 10 de las personas con discapacidad reportó participar activamente en el mercado de trabajo (44.4 %)³³ (MTPE, 2022, p. 10). Solo en muy pocos casos indicaron que han recibido apoyo puntual de programas del Estado, y en el mejor de los casos han iniciado emprendimientos y trabajos independientes e informales, como la venta de alimentos para la generación de ingresos. Durante dicho año, las y los trabajadores con discapacidad presentaron tasas de empleo informal (87 %) mayores a las registradas por la población sin discapacidad (76.5 %) (MTPE, 2022, p. 12).

³² Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012- ENEDIS (INEI, 2014, pág. 106).

³³ Incluye tanto los trabajos formales e informales.





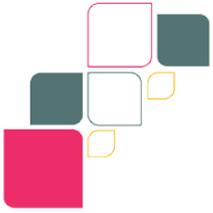
La inclusión de un número cada vez mayor de personas con discapacidad en el ámbito educativo y el mercado laboral conlleva una urgente reducción de la brecha formativa y el acceso a educación de calidad, así como una intensa labor de sensibilización dirigida a los empleadores/as para concientizarlos en el derecho a la plena inclusión de las personas con discapacidad; de esta manera se pone en primer lugar sus derechos a la educación y al trabajo digno.

Los efectos que las condiciones de vida tienen sobre la salud han sido señalados por la OMS (2006)³⁴ como determinantes cruciales en el caso de las mujeres con discapacidad. La estrecha asociación que el ejercicio de los DDSSRR de las mujeres con discapacidad tiene con el ejercicio de otros derechos, como la educación, el empleo, los ingresos, la accesibilidad, la consulta y organización, entre otros; exige de parte del estado el impulso de políticas articuladas para un enfoque integral de intervención que no debe postergarse más ante las graves vulnerabilidades de las mujeres con discapacidad.

Todo lo señalado, implica comprender además el profundo significado de la demanda de autonomía, empoderamiento, opinión y reconocimiento de su capacidad de resiliencia y aportes a la sociedad que demandan las mujeres con discapacidad, y que las sitúa en la perspectiva opuesta a la de víctimas, y por el contrario, las ubica en una perspectiva habilitadora, cuya condición es la participación ciudadana y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

³⁴ OMS (2006). Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Edición española, traducción de la 2ª Edición de la OMS, 2006. Páginas 4, 6 y 7: a) La necesidad de políticas para evitar que la gente caiga en situaciones prolongadas de desventaja, b) La manera como los entornos social y psicológico afectan la salud, c) La importancia de garantizar un buen entorno durante los primeros años de vida, d) El impacto del trabajo en la salud, e) Los problemas del desempleo y la inseguridad laboral, f) El papel de la amistad y la cohesión social, g) Los peligros de la exclusión social, g) Los efectos del alcohol y otras drogas, h) La necesidad de garantizar el acceso a suministros de alimentos saludables para todos y i) La necesidad de sistemas de transporte más saludables.





Capítulo IV:

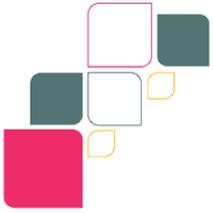
Conclusiones y recomendaciones

Las siguientes conclusiones y las recomendaciones que se deducen del estudio, producto del diálogo sostenido con las mujeres con discapacidad, activistas y lideresas de la sociedad civil, los testimonios, opiniones y demandas, orientan y fundamentan esta propuesta; del mismo modo las opiniones y alternativas de solución señaladas por el funcionariado del MINSA, Conadis y Omaped de Lima y Tumbes, quienes aportaron sus conocimientos y reconocieron ampliamente las limitantes y desafíos actuales en esta materia.

4.1. Conclusiones generales:

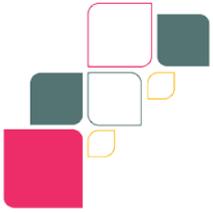
- a. Se verificó un importante grado de desarrollo del marco normativo e institucional, adoptado por el Estado peruano para proteger los derechos de las personas con discapacidad; conformado por leyes, políticas, planes e instituciones rectoras para su implementación y supervisión, contando en la actualidad con un importante marco de políticas públicas que responden al marco internacional de los derechos humanos establecidos para las personas con discapacidad.
- b. Existen importantes iniciativas en curso que buscan mejorar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, como los esfuerzos para optimizar los procesos de evaluación, calificación y certificación de las personas con discapacidad (Norma Técnica N.º 127-DPCD- MINSA); la implementación de la norma para la erradicación de la violencia hacia las mujeres con discapacidad en la atención de los servicios de salud (NTS N°180 MINSA DGIESP-2021); la actualización y mejora de la información (próxima encuesta nacional, INEI/Conadis) para la producción de evidencias sobre la situación de las personas con discapacidad, y otras medidas dirigidas a facilitar el acceso físico a los servicios implementados por diversos sectores del Estado.
- c. La discriminación estructural hacia la población con discapacidad, definida como el problema público principal, así como sus causas y efectos identificados por el Estado peruano, se encuentran en gran medida pendientes de resolución a pesar de los indudables esfuerzos realizados por el Estado en el plano normativo. La débil capacidad de gestión orientada a resultados es una de las razones observadas. Los resultados del estudio brindan importantes indicios de esta conclusión.
- d. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad no forman parte de la agenda pública de las entidades involucradas en la defensa de los derechos de las personas con discapacidad. El Ministerio de Salud no cuenta con información y una estrategia dirigida explícitamente a la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, Conadis, no ha incluido aún en su gestión la promoción de esta importante dimensión para las mujeres con discapacidad.





- e. La existencia de barreras institucionales, actitudinales, culturales, de accesibilidad, de comunicación basadas en estereotipos por discapacidad y género que enfrentan las mujeres con discapacidad para acceder a los servicios de salud, interfiere de manera sistemática en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- f. La falta de conocimiento y acceso a información confiable sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como la carencia del apoyo necesario para ejercerlos, coloca a las mujeres, adolescentes y niñas con discapacidad en una situación de mayor vulnerabilidad a sufrir violencia sexual, tener embarazos no deseados, contraer infecciones de transmisión sexual y esterilización forzada.
- g. Los relatos de las mujeres se encuentran colmados de percepciones de discriminación hacia ellas en los diversos espacios familiares, sociales e institucionales, siendo plenamente conscientes de las discriminaciones interseccionales que se intersectan en sus cuerpos y experiencias (por discapacidad, por sexo, por etnia, por orientación sexual, por condición social y económica, etc.) que les impiden alcanzar un desarrollo personal y el bienestar.
- h. La discriminación por discapacidad se entrelaza con patrones culturales del sistema patriarcal que ubica a las mujeres en una posición de desventaja frente a los hombres; de tal forma que enfrentan, al menos, una doble situación de vulnerabilidad: por ser mujer y por tener discapacidad. En contextos familiares marcados por la violencia y discriminación, es posible que las mujeres con discapacidad enfoquen sus expectativas de independencia en encontrar una pareja, que en ocasiones puede convertirse en un agresor creándose una relación desigual de poder y generando situaciones de violencia de género, así como la persistencia y reproducción del machismo entre los hombres con discapacidad hacia sus pares mujeres.
- i. Los instrumentos de política pública dirigida a la población con discapacidad no incorporan el enfoque de género (en los diagnósticos, objetivos estratégicos, lineamientos, indicadores y metas) en vista de las desigualdades y discriminaciones observadas hacia las mujeres con discapacidad por el hecho de ser mujeres.
- j. La estrecha interconexión de las diversas barreras señaladas por las mujeres y que provienen de las numerosas discriminaciones y exclusiones que les impiden adquirir la debida autonomía para la toma de decisiones en cuanto al ejercicio de sus DDSSRR, evidencia la estrecha asociación que el ejercicio de estos derechos tiene con el ejercicio de otros derechos como el empleo digno, la educación sin discriminación, ingresos justos, accesibilidad física, derecho a la consulta y a la organización social e incidencia política. Todos ellos, fundamentales para alcanzar la autodeterminación, autonomía e inclusión social de las mujeres con discapacidad.
- k. La falta de registros, estudios y datos estadísticos comparables en el tiempo sobre la condición de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad, niñas, adolescentes, mujeres jóvenes, mujeres de zonas rurales, en su diversidad y condición de discapacidad, impide el diseño de políticas eficaces y pertinentes a sus necesidades





para poder así iniciar el cierre del ciclo de discriminación, exclusión y pobreza en la que aún se encuentra gran parte de las mujeres con discapacidad del país.

- I. El débil empoderamiento –individual y organizacional– de las mujeres con discapacidad, a causa de las múltiples discriminaciones de las que son objeto, no les permiten adoptar iniciativas y decisiones para alcanzar su autonomía personal y asociarse por sus demandas. Es necesario reconocer los múltiples factores que intervienen en su empoderamiento, proceso de transformación que actúa no sólo en el plano del aprendizaje personal, sino que además posee un carácter multidimensional, reconociendo la influencia del entorno familiar y de las relaciones interpersonales e institucionales que impulsan o inhiben su empoderamiento.

4.2. Brechas y barreras específicas pendientes de resolver

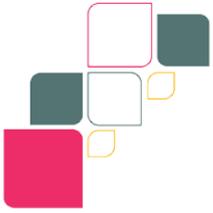
La discriminación estructural hacia las mujeres con discapacidad se manifiesta en múltiples ámbitos, para el caso de este estudio se han agrupado en tres áreas principales: a) Institucionales: corresponden a la existencia o incumplimiento de las reglas, normas, políticas, estrategias, procedimientos, accesibilidad y medios de comunicación vinculados a la defensa y protección de los derechos de las personas con discapacidad, y en particular de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de este grupo; b) Actitudinales: se refieren a los estigmas, prejuicios, estereotipos o comportamientos del personal de salud, de la familia y la sociedad hacia las mujeres con discapacidad y c) Organizacionales, se refiere al nivel de asociatividad alcanzado por las mujeres con discapacidad y su capacidad de organización, opinión e incidencia pública respecto a sus DDSSRR.

Institucionales:

Relacionadas a las responsabilidades de Conadis, Omaped:

- Débil institucionalización del enfoque social y de derechos humanos y de la discapacidad en el actuar y las políticas de las instituciones públicas, a pesar de la normatividad existente y el conocimiento adquirido sobre las condiciones de vida y el ejercicio de los derechos de la población con discapacidad en el país.
- Insuficiente seguimiento al cumplimiento de las normas y las políticas públicas relacionadas a los derechos de la población con discapacidad, lo que ha generado la brecha actual en el cumplimiento de las normas del Estado dirigidas a proteger los derechos de este grupo poblacional. Se requiere alcanzar un alto grado de sostenibilidad del cumplimiento de las reglas aprobadas.
- Bajo nivel de registro de las personas con discapacidad por parte de Conadis.
- Falta de gestión y desconocimiento sobre la situación de la SSR de las mujeres con discapacidad por parte de las entidades rectoras.



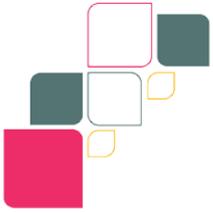


- Débil articulación entre las entidades del Estado para superar las brechas de atención en salud sexual y reproductiva a las mujeres con discapacidad. La urgencia de esta labor fue señalada reiteradamente por las personas participantes en el estudio, otorgando a la voluntad política un papel fundamental.

Relacionadas a las responsabilidades del Ministerio de Salud:

- Persiste en la práctica el modelo médico centrado en la rehabilitación de la discapacidad, dejando sin fortalecer las estrategias orientadas a tener en cuenta los aspectos contextuales, sociales, actitudinales e institucionales que influyen en la falta de oportunidades y las discriminaciones interseccionales que enfrentan las personas con discapacidad en el país, en particular, las mujeres con discapacidad debido a las desigualdades de género.
- El bajo nivel de certificación de las personas con discapacidad repercute, de manera indirecta, en la baja cobertura de atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad. Esta limitada cobertura tiene como algunas de sus causas la falta de médicos/as especialistas en certificar la discapacidad, lo que impide la identificación y atención adecuada de dichas personas.
- Falta de conocimientos y preparación del personal de salud para abordar el tema de la sexualidad y reproducción de las mujeres con discapacidad. Los servidores de la salud no cuentan con protocolos y pautas para una atención en salud sexual y reproductiva bajo el enfoque de discapacidad para mujeres con discapacidad. La calidad en la atención queda a voluntad y criterio del personal, situación que explica las prácticas discriminatorias hacia estas mujeres por parte del personal de salud y los casos de violencia institucional y obstétrica, basados en el género y la discapacidad identificados en el estudio.
- Los casos de esterilización sin consentimiento a mujeres con discapacidad intelectual (mencionados por algunas participantes del estudio), permitidos por familiares o personas cuidadoras y el personal de salud, constituyen un motivo de gran preocupación, ya que claramente violan su derecho a decidir sobre sus cuerpos, tal como lo señala la norma.
- Se carece de estrategias comunicacionales y lingüísticas para transferir información sobre salud sexual y reproductiva según tipo de discapacidad y bajo formatos de lenguaje accesibles a las mujeres con discapacidad. Las mujeres hacen uso, en la medida que tienen acceso de las tecnologías virtuales, área que les ofrece diversas alternativas de comunicación.
- Los servicios de salud no se encuentran acondicionados para atender a las mujeres con discapacidad, se mantienen importantes barreras físicas para su desplazamiento y realización de diagnósticos de salud (equipos de chequeos, pruebas y exámenes, salas de espera, baños accesibles, camas y mobiliario adecuado, baldosas podotáctiles).





- Las medidas tomadas para adecuar los servicios de salud sexual y reproductiva a la situación de pandemia no fueron eficaces. La falta de prevención frente a pandemias sanitarias contribuyó a ello, originándose un conjunto de problemas que afectaron gravemente la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad.

Actitudinales:

- La sexualidad de las mujeres con discapacidad continúa siendo un tema tabú. En la familia, la sociedad y las instituciones persiste la percepción de que son personas asexuadas o que no son sujetas de este derecho por su condición. Frente a la actual desinformación sobre sexualidad, las mujeres con discapacidad usan la tecnología y medios virtuales a disposición, estando expuestas a contenidos que pueden reproducir estereotipos de género y carecer de base científica y profesional.
- La familia, espacio de transmisión y aprendizaje de valores y actitudes en torno a la sexualidad, puede llegar a ser un factor de aislamiento y de negación de la sexualidad y la vida amorosa de las mujeres con discapacidad. Las personas que se encargan de su cuidado requieren información y apoyo para llevar a cabo su labor dentro de los parámetros de respeto a la dignidad y autonomía de las personas con discapacidad.
- Los estigmas, ideas erróneas y prejuicios continúan instalados en las percepciones e imaginarios colectivos de las instituciones, las familias y la sociedad. La subestimación de las capacidades de las mujeres con discapacidad determina cómo la sociedad y el sector salud percibe y actúa a la hora de garantizar sus derechos sexuales y reproductivos, adoptando una actitud paternalista que genera un círculo vicioso de dependencia, baja autoestima, violencia, asistencialismo y pobreza para estas mujeres.
- La autovaloración de las mujeres con discapacidad se encuentra significativamente debilitada a causa de las discriminaciones interseccionales de las que son objeto y que niegan sus capacidades. No obstante, luchan permanentemente por encontrar oportunidades de desarrollo personal y subrayan la importancia de desarrollar sus capacidades para adquirir autonomía en todos los ámbitos de sus vidas; actitud que las sitúa en la perspectiva opuesta a la de víctimas, sino como mujeres motivadas hacia la búsqueda de soluciones y de participación como titulares de derechos.

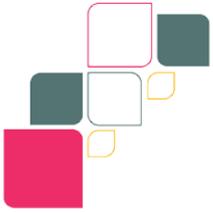




Organizacional:

- La organización de las mujeres con discapacidad para la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos es aún incipiente debido a las múltiples discriminaciones que soportan y que impiden el desarrollo de sus capacidades para la organización, liderazgo e incidencia pública para la defensa de sus derechos.
- La participación de las mujeres con discapacidad en las organizaciones mixtas se ve menoscabada ante el machismo de los líderes hombres con discapacidad, quienes reproducen la estructura y mentalidad patriarcal al interior de dichas organizaciones, prácticas que generan escasas oportunidades para el liderazgo femenino.



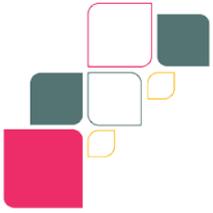


4.3 Recomendaciones generales:

Propuestas de acción en los servicios de salud:

- Incorporar de manera explícita los derechos de las mujeres con discapacidad en todas las políticas y estrategias nacionales de prevención y promoción de los derechos sexuales y reproductivos promovidos por el Ministerio de Salud, garantizando así el acceso a información, capacitación y atención de las mujeres y adolescentes con discapacidad en los programas de SSR, educación sexual adecuada a las distintas discapacidades, ciclo de vida y en formatos accesibles.
- Reconocer la existencia y gravedad de la violencia institucional que enfrentan las mujeres con discapacidad, a causa de los estigmas, estereotipos y violencia institucional presentes en la atención de los servicios de salud, estableciendo objetivos, procedimientos y protocolos determinados para la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad, implementando con eficacia la NTS N.º 180 del MINSA-2021, que garantiza el derecho de las mujeres con discapacidad a la salud sexual y reproductiva, a tener información oportuna y completa, respetando su derecho a la privacidad y a tener acceso a los ajustes razonables en las instalaciones y equipos de atención.
- Asegurar el cumplimiento de la prohibición de las esterilizaciones sin el consentimiento libre, previo e informado de la mujer afectada, incluso en los servicios de salud mental, que aquellos/as profesionales que violen este mandato sean sancionados/as y que se proporcione la debida reparación a las mujeres víctimas de esterilizaciones no consentidas, tal como la CEDAW ha recomendado a Perú.
- Desarrollar las capacidades y competencias de las y los servidores públicos de todos los niveles del sistema de salud en torno al enfoque de discapacidad y su aplicación en los servicios que brindan desde el enfoque de género interseccional, bajo la asistencia técnica del Conadis, haciendo efectiva con celeridad la ejecución del servicio S10 previsto por la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030 (PNMDD).
- Acelerar la ejecución de las estrategias destinadas a incrementar el número de población con discapacidad certificadas por MINSA con atención a la brecha de registro y certificación que se observa de manera mayoritaria en desmedro de las mujeres.
- Adherirse y atender la recomendación del Comité de la Convención de los derechos de la población con discapacidad para que el Estado peruano investigue el real impacto de la pandemia del COVID-19 en la vida de las personas con discapacidad y tome las medidas necesarias para que se dé prioridad a la protección de la vida de las personas con discapacidad en las emergencias.



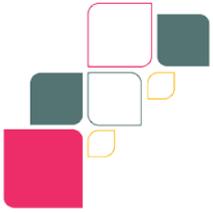


Propuestas para fortalecer el rol de las entidades rectoras (Conadis, Omaped, Oredis)

- Otorgar prioridad al impulso de los procesos de institucionalización y transversalización del enfoque de discapacidad adoptado por el Estado peruano, en todas las leyes, políticas públicas, sectores y niveles de la gestión pública, desde una perspectiva de género interseccional y de reconocimiento de las demandas de las mujeres con discapacidad.
- Alcanzar mayor eficacia en el seguimiento, supervisión, fiscalización, evaluación, rendición de cuentas y sanción efectiva de las políticas, a partir de indicadores desglosados sobre la situación de mujeres y niñas con discapacidad y personas indígenas y afrodescendientes con discapacidad, ejerciendo la potestad sancionadora que otorga la Ley, ante los casos de incumplimiento: leves, graves y muy graves.
- Rendición de cuentas de manera sistemática sobre los avances y resultados de la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo hasta 2030, con la participación de las organizaciones de la población con discapacidad, tal como lo ha recomendado el Comité de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad al Estado peruano.
- Reconocer la existencia de la violencia familiar, sexual, institucional, por orientación sexual y de género que enfrentan las mujeres con discapacidad, como parte del problema público a resolver; estableciendo objetivos y protocolos para facilitar la denuncia de los casos de violencia por parte de las mujeres. Completar la “Ficha de valoración del riesgo”³⁵, que determina la situación de vulnerabilidad de una víctima de violencia, considerando el mayor riesgo al que están expuestas debido a las barreras que enfrentan.
- Formar al personal de todos los niveles de responsabilidades de estas tres entidades bajo el enfoque de discapacidad, la Convención de los Derechos de la Población con Discapacidad y el cumplimiento de la Ley N.º 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad; así como en temáticas específicas como el enfoque de género interseccional, la violencia de género contra mujeres con discapacidad, nuevas masculinidades y los DDSSRR de las mujeres con discapacidad.
- Impulsar campañas de concientización dirigidas a la familia y la sociedad en general, con el propósito de promover una mayor conciencia social respecto de la situación de las personas con discapacidad y de reconocimiento de sus capacidades, aportaciones y derechos; y para una mayor toma de conciencia sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad y la erradicación de estereotipos, prejuicios e ideas nocivas sobre estos derechos.
- Impulsar con decisión procesos de articulación sostenidos entre el MINSa y las entidades tutelares (Conadis, Omaped, Oredis) para la promoción de los DDSSRR de

³⁵ La Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, Ley N.º 30364, y su reglamento, regulan la utilización de la “Ficha de valoración del riesgo”.

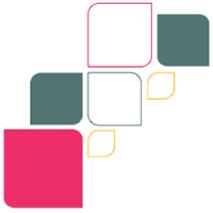




las mujeres con discapacidad. Establecer consulta y diálogos con la sociedad civil y activistas de los DDSRR, como la Mesa de Derechos y Discapacidad de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (CNDDHH), el Observatorio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad (ODISEX PERÚ) y otras organizaciones representantes.

- Dotar a las familias y personas cuidadoras de las personas con discapacidad, de apoyo, información y herramientas para asumir los cuidados adecuados que merecen las personas con discapacidad y erradicar los temores frente a las discriminaciones de la sociedad. Tener en cuenta la situación de las personas cuidadoras desde el enfoque de género, ya que han sido tradicionalmente las mujeres las que han asumido este rol, realizando dobles y triples jornadas de trabajo, sin información, ni apoyo.
- Cumplimiento cabal del mandato de la consulta previa establecido por la Ley 29973 para la formulación de políticas públicas; implementando apoyo y metodologías para la participación de las mujeres con discapacidad en su diversidad. Conformación del Consejo Consultivo Interno del Conadis que establece la Ley, integrado por representantes de las organizaciones de personas con discapacidad.
- Implementar programas y estrategias de comunicación apropiadas a las necesidades de las mujeres según la discapacidad, potenciando el uso de la tecnología y plataformas virtuales de comunicación (visualización de textos, Braille, comunicación táctil, macrotipos, dispositivos multimedia de fácil acceso, lenguaje escrito, sistemas de reconocimiento de voz digitalizada, talkback, audio descripción, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación) ampliando las oportunidades de conexión e inserción en ámbitos como, el empleo, la educación, información, capacitación, difusión y asociación, entre otros.
- Cumplimiento irrestricto de los lineamientos previstos por la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030 (PNMDD) dirigidos a fortalecer la asociatividad de las personas con discapacidad (desarrollar intervenciones que mejoren la asociatividad y el nivel de participación política y social de las personas con discapacidad; establecer un sistema de apoyo para el desarrollo de la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad y desarrollar intervenciones para fortalecer los hogares de personas con discapacidad).
- Impulsar el empoderamiento de las mujeres con discapacidad como agentes de cambio hacia el ejercicio de sus DDSRR, visibilizando sus aportes, brindándoles información y capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos e impulsando cambios que transformen las barreras familiares, sociales e institucionales de discriminación que soportan.
- Destinar recursos para el levantamiento periódico de información desglosada, formular diagnósticos participativos y territoriales y evaluaciones de impacto de las políticas que incluyan indicadores desglosados sobre la situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas, mujeres indígenas y afrodescendientes con





discapacidad, de las zonas urbanas y rurales, para el diseño de estrategias públicas acordes a sus necesidades y diversidad.

- Realizar acciones de control y sanciones para exigir el cumplimiento estricto de la cuota laboral dirigida a la población con discapacidad según la Ley, a fin de superar la mayor probabilidad de las personas con discapacidad de obtener trabajos informales, solicitando reportes anuales a la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (Sunafil)³⁶ considerando que la Ley N°29973 señala que el incumplimiento de la cuota de empleo de personas con discapacidad es una infracción considerada “muy grave”.

Propuestas para la incidencia ante el Ministerio de Educación:

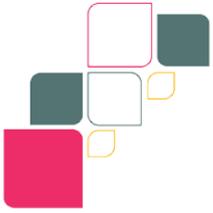
- Hacer efectivo el derecho a la educación inclusiva de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad según la Ley N°29973, el acceso a la enseñanza primaria gratuita y obligatoria y la enseñanza secundaria, erradicando el acoso escolar contra niñas y niños con discapacidad y con los ajustes razonables necesarios en función de sus necesidades.
- Fortalecer la Educación Integral en Sexualidad (EIS) para niños, niñas y adolescentes en sintonía con su edad, etapa de desarrollo y el enfoque de discapacidad, promoviendo conductas sexuales responsables y relaciones saludables e igualitarias desde el enfoque de género, de interculturalidad y discapacidad.

Propuestas para el movimiento asociativo de la discapacidad, activistas y lideresas con discapacidad

- Impulsar campañas de sensibilización dirigidas a sensibilizar y exigir el cumplimiento irrestricto de la Ley N°29973 y contra la estigmatización y los estereotipos relacionados con la discapacidad, difundiendo ampliamente el marco normativo y de políticas públicas existentes y su seguimiento por las organizaciones de las personas con discapacidad.
- Exigir Reportes periódicos de seguimiento y evaluación de los logros y resultados en la aplicación de la Ley N°29973 y la Política Nacional Multisectorial de Discapacidad para el Desarrollo al 2030 (PNMDD) sus objetivos, lineamientos y acciones.
- Exigir el cumplimiento irrestricto del Lineamiento N°1 de la PNMDD, orientado a mejorar la asociatividad y el nivel de participación política y social de las personas con discapacidad. De manera particular fortalecer la asociatividad de las mujeres con discapacidad desarrollando sus capacidades para el liderazgo y la incidencia para

³⁶ Sunafil es la entidad del Estado peruano encargada de supervisar y fiscalizar el cumplimiento de las leyes laborales, sociales, de seguridad y salud en el trabajo en el Perú.





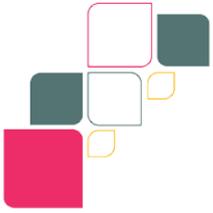
colocar sus demandas y propuestas en las agendas nacionales, regionales y locales a través de programas de capacitación.

- Impulsar estrategias para el desarrollo de nuevas masculinidades dirigidas a los líderes hombres del movimiento asociativo de la discapacidad, con el fin de superar el liderazgo machista que predomina, sustituyéndolo por liderazgos que aporten a la generación de relaciones entre los géneros horizontales, inclusivas e igualitarias.
- Promover nuevas alianzas con redes y organizaciones que trabajan en temas de género, violencia de género, derechos de las mujeres y con otros movimientos sociales, como el de las personas indígenas, afrodescendientes, LGTBIQA+ y medioambiental, con el propósito de crear sinergias para una mayor presencia y conciencia sobre los DDSSRR de las mujeres con discapacidad en el país.





Investigación sobre derechos sexuales reproductivos de las mujeres con discapacidad en Lima y Tumbes
¡Tanto tiempo y no nos ven!



Bibliografía

Católicas por el Derecho a Decidir CDD (2015).

Derechos sexuales y derechos reproductivos: derechos humanos de las personas

<https://www.cddperu.org/es/publicaciones/cdd-per%C3%BA/derechos-sexuales-y-reproductivos>

Comité de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2023).

Informe Alternativo de la Mesa de Discapacidad y Derechos y Aliados sobre la implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el Perú.

(ONU) Vigésimo octavo período de sesiones Marzo, 2023 Ginebra, Suiza.

<https://equidad.pe/publicacion/informe-alternativo-presentado-por-la-mesa-de-discapacidad-y-derechos-y-aliados-sobre-la-implementacion-de-la-convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-en-el-peru/>

Comité para la Eliminación de Todas Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CEDDIS) SG/OEA (2021).

Guía práctica para el Establecimiento de Apoyos para el Ejercicio de la Capacidad Jurídica de las Personas con Discapacidad.

https://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_PRACTICA_CEDDIS_ESP.pdf

Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica COCEMFE (2019).

Manual Básico de género y discapacidad.

<https://cendocps.carm.es/documentacion/2020COCEMFEmanualgenerodiscapacidad.pdf>

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad Conadis del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú (2020).

Compendio Estadístico Multisectorial 2019.

Aproximaciones sobre la Discapacidad en el Perú.

<https://conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2020/11/Compendio-Estadistico-Multisectorial-2019.pdf>

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad.

Plan Estratégico Institucional de Conadis, PEI 2020-2024.

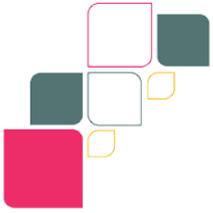
<https://www.gob.pe/institucion/conadis/informes-publicaciones/758577-plan-estrategico-institucional-conadis-2020-2024>

Cruz, M. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad.

En: Revista Política y Cultura, núm. 22, pp. 147-160.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n22/n22a08.pdf>





Cruz, M. (2015).
Acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. El papel de las y los prestadores de servicios.
En: Revista de Estudios de Género. La Ventana, vol. V, núm. 42, pp. 7- 45 Universidad de Guadalajara, México

Decreto Legislativo 1384 (Setiembre, 2018).
Diario Oficial El Peruano, Año XXXV – No 14636.
<https://busquedas.elperuano.pe/download/full/24VFR5liai-9LcxhKYSNve>

Defensoría del Pueblo, Adjuntía para los Derechos de la Mujer (2021).
Supervisión a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de estado de emergencia sanitaria por el COVID-19.
Serie Igualdad y No Violencia N°002. Informe de Adjuntía N°013-2021-DP/ADM.
<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>

Defensoría del Pueblo (2022).
Informe Alternativo al Noveno Informe Periódico del Perú ante el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer de la Defensoría del Pueblo.
Informe de Adjuntía N° 005-2022-DP/ADM.
<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2022/03/Informe-Alternativo-al-Noveno-Informe-Periodico-del-Peru-ante-el-Comite-para-la-Eliminacion-de-la-Discriminacion-contra-la-Mujer.pdf>

Discurso presentado por representantes de sociedad civil al Comisionado de ONU-GINEBRA, Anexo-3.
<https://derechoshumanos.pe/2023/04/memoria-anual-de-la-mesa-de-discapacidad-y-derechos-2022/>

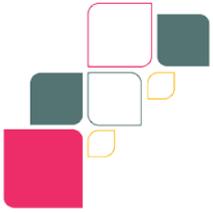
Federación de Organizaciones en Favor de Personas con Discapacidad Intelectual de Madrid FEAPS (2007).
Estudio de Necesidades de las Familias de Personas con Discapacidad Intelectual de FEAPS MADRID.
<https://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/EstudioFamilias.pdf>

Fernanda, D. (2010). Sexualidad y género. UNAD.
<https://es.scribd.com/document/467775200/Sexualidad-y-Genero#>

Funchal Díaz, Elena (2013).
El Reflejo de la mujer en el espejo de la discapacidad. La conquista de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. CERMI.
<http://riberdis.cedid.es/handle/11181/4271>

Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA
(Actualizado el 4 de abril 2022).
Salud Sexual y Reproductiva.
<https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva#readmore-expand>





García M (2018).

La institucionalización de la transversalización de igualdad de género en las Instituciones de educación Superior.

María García Castro1. Vol. X. Estudios de género: feminismos, violencias y temas emergentes México.

Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2021).

Perú: Caracterización de las condiciones de vida de la población con discapacidad 2019.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1769/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2014).

Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012 ENEDIS.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1171/ENEDIS%202012%20-%20COMPLETO.pdf

Juárez, E., Astete, P. y Guerrero, R. (2020).

Informe de la situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. PROMSEX, Lima-Perú.

<https://promsex.org/publicaciones/informe-de-la-situacion-del-acceso-a-los-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva-durante-la-pandemia-de-covid-19-en-el-peru>

Memoria Anual de la Mesa de Discapacidad y Derechos de la CNDDHH.

Período 2022. Lima, marzo de 2023.

<https://es.scribd.com/document/637853896/2022-Memoria-Anual-de-la-Mesa-de-Discapacidad-y-Derechos>

Mendoza, M. (compiladora) (2014).

Configuración de la noción de discapacidad en un contexto de vulnerabilidad en Bogotá.

Análisis interdisciplinar. Editorial Universidad del Rosario.

<https://books.scielo.org/id/v8j5c>

Mella, J. (2012).

Ensayo sobre la importancia de la educación sexual en personas con déficit intelectual: reflexiones desde la terapia ocupacional.

Revista Chilena De Terapia Ocupacional, 12(2).

<https://doi.org/10.5354/0719-5346.2012.25311>

Ministerio de Igualdad (2020).

Mujer, Discapacidad y Violencia de Género. Gobierno de España.

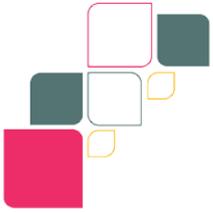
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/violenciag_discapacidad.pdf

Ministerio de Salud. (20 de mayo de 2020).

Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud frente a la Pandemia por COVID-19 en el Perú.

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1097064/rm_306-2020-minsa.pdf





Ministerio de Salud, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2021).

Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú.

<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/anexo-2-cdc-minsa-muerte-materna-2020-2021-08-abril.pdf>

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (2022).

Reporte del Mercado Laboral de las Personas con Discapacidad en el Perú 2019-2022.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3753029/Reporte%20PCD.pdf?v=1665670598>

Murillo, I. (s/fecha) Jornadas Derechos de las Mujeres con discapacidad y Agenda 2030.

Derechos Sexuales y reproductivos (DSR) de las mujeres con discapacidad.

Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica COCEMFE, Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación de España.

<https://Dossier-Derechos-sexuales-y-reproductivos-COCEMFE.pdf>

Naciones Unidas. Cuarta conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995.

<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Naciones Unidas General, *informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Sra. Catalina Devandas Aguilar:*

La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad, 14 Julio 2017, A/72/133.

Refworld | informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Sra. Catalina Devandas Aguilar: La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad

Noveno Informe Periódico del Perú a la CEDAW (2020).

CEDAW/C/PER/9.

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW%2FC%2FPER%2FQ%2F9&Lang=es

Observatorio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad (ODISEX PERÚ).

Mujeres con discapacidad en tiempos de Covid 19 ¡Nos cuidamos, resistimos y sobrevivimos! Boletín 7.

<https://es.slideshare.net/ODISEX/odisex-per-boletn-7>

Organización Mundial de la Salud (2006).

La definición de salud sexual - definición 4ª 2002.

(Ver: Organización Mundial de la Salud (2006).

Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva)

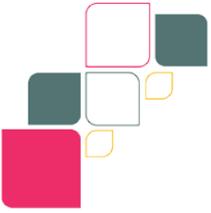
Organización Mundial de la Salud (2006)

Los determinantes sociales de la Salud. Los hechos probados.

Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Edición española, traducción de la 2ª Edición de la OMS, 2006.





Presidencia de la República. (22 de abril de 2020).

Decreto Legislativo 1468 Por el cual se establece disposiciones de prevención y protección para las personas con discapacidad ante la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Diario El Peruano.

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-establece-disposiciones-de-prevencio-decreto-legislativo-n-1468-1865717-2/>

Portal Estadístico Aurora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables MIMP.

<https://portalestadistico.aurora.gob.pe/tipos-de-poblacion-2022/>

Presidencia de la República. (22 de abril de 2020).

Decreto Legislativo 1468 Por el cual se establece disposiciones de prevención y protección para las personas con discapacidad ante la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Diario El Peruano. Recuperado de

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-establece-disposiciones-deprevencio-decreto-legislativo-n-1468-1865717-2/>





Equipo de investigación
Teresa Muñoz Cabrera
Pluvia Astete Muñoz
www.generoydiscapacidad.org



Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) con cargo al proyecto "Derecho de las mujeres con discapacidad a una vida libre de violencia y discriminación en la recuperación de la crisis sanitaria en Perú".
Su contenido es responsabilidad exclusiva de COCEMFE y FCPED, y no refleja necesariamente la opinión de la AECID.

