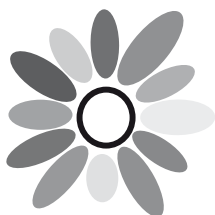


Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad

**Estudio sobre la accesibilidad
de los servicios de salud
en Montevideo**

Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad

**Estudio sobre la accesibilidad
de los servicios de salud en Montevideo**



La investigación “Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo” fue realizada en el marco del proyecto “Mujeres con discapacidad y derechos sexuales y reproductivos: un desafío para las políticas públicas” que la Secretaría de la Gestión Social para la Discapacidad de la Intendencia de Montevideo llevó adelante con el apoyo de ONU Mujeres.

Coordinación del informe: Natalia Mattioli

Investigadoras: María Eugenia Domínguez, Fernanda Sosa

Autoras del informe:

María Eugenia Domínguez, Natalia Mattioli y Fernanda Sosa.

La presente investigación contó con la colaboración de la Facultad de Psicología, Universidad de la República y del Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo.

Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo. 1ª edición. Montevideo: Intendencia de Montevideo. Uruguay, 2011. Se autoriza la reproducción parcial de los textos a condición de que se cite la fuente.

Esta publicación contó con el apoyo de ONU Mujeres, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. El análisis y las recomendaciones normativas de esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de ONU Mujeres, su Junta Directiva y los Estados miembros.

Una publicación de:



**Montevideo
Discapacidad**

Montevideo, Uruguay.

Editora: Natalia Mattioli

Diseño editorial: Adriana Cardoso

Portada: Rodolfo Fuentes

Impresión:

Depósito Legal:

ISBN: 978-9974-600-73-7

Con el apoyo de:



Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad
de Género y el Empoderamiento de las Mujeres

Agradecimientos

A las personas que nos han dado insumos para mejorar este estudio: Equipo de la Secretaría de Gestión Social de la Discapacidad de la Intendencia de Montevideo, Integrantes del Comité Consultivo, María José Bagnato (Universidad de la República - Udelar), Sergio Meresman (Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo - IIDI), Silvia Areosa, Antonia Irazábal, Natalia Farías, Adriana Paciel, Verónica Russo, Elvira Lutz, Marta Ruiz Díaz, Lourdes Correa y al equipo en Uruguay de ONU Mujeres.

Las organizaciones de la sociedad civil e instituciones que nos apoyaron en la recopilación de datos: Centro Bahía Sur Palermo, Centro Diurno Sayago, COVIMP I y COVIMP II, Unión Nacional Ciegos del Uruguay, Asociación de Sordos del Uruguay, Acción Coordinadora y Reivindicadora del Impedido del Uruguay (ACRIDU), Movimiento Nacional de Recuperación del Minusválido (MONAMI), Centro de Educación Individualizada (CEI), Organización Nacional Pro Laboral para Lisiados (ONPLI).

Y a todas a las mujeres con discapacidad y profesionales de la salud que nos dieron su tiempo para contestar a las preguntas.

Sin todas estas personas no hubiera sido posible realizar este documento.

Presentación

«... seguiremos empoderando a las mujeres y a las niñas y luchando hasta que la violencia y la discriminación contra las niñas y las mujeres ya no sea ni corriente ni aceptada, y hasta que todas las mujeres y las niñas gocen de las mismas oportunidades y derechos».

Michelle Bachelet
Directora Ejecutiva ONU Mujeres

La discapacidad se está constituyendo como un foco temático emergente para la agenda de ONU Mujeres a nivel global (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres). En Uruguay, ONU Mujeres está iniciando un camino para incorporar esta dimensión en su trabajo y esta publicación representa los primeros pasos dados en este sentido.

Asimismo, es importante señalar que este apoyo de cooperación está en línea con lo acordado con las autoridades uruguayas y contenido en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2011-2015. Esta herramienta de planificación estratégica establece como área programática III la necesidad de: “Desarrollar las capacidades de los y las ciudadanas (en las áreas de desarrollo infantil temprano, salud y educación) apuntando a reducir la desigualdad y las distintas expresiones de inequidad”.

En dicho contexto de cooperación es que la Secretaría de Gestión Social para la Discapacidad de la Intendencia de Montevideo llevó adelante el proyecto “Mujeres con discapacidad y derechos sexuales y reproductivos: un desafío para las políticas públicas” y en cuyo marco se realizó la investigación “Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo”. Sus resultados se presentan en la presente publicación.

Es entonces un gran gusto para ONU Mujeres en el Uruguay acompañar a la Intendencia de Montevideo en actividades que subrayan el beneficio para el país de contar con instituciones pujantes e innovadoras en políticas públicas. ONU Mujeres expresa su compromiso de acompañar el diseño e implementación de políticas públicas y acciones que hagan foco en las mujeres y particularmente en aquellas que, por estar atravesadas

por múltiples vulnerabilidades, viven situaciones de exclusión y discriminación. Sin dudas estamos ante un paso más en la construcción de ciudadanía, que con las mujeres como protagonistas y destinatarias a la vez, nos permite proyectar un mejor futuro.

ONU Mujeres en Uruguay

Las políticas llevadas adelante por la Intendencia de Montevideo desde 1990 han sido, en gran medida, de las primeras acciones en la construcción de una política de protección de los derechos de las personas con discapacidad en el Uruguay.

La creación de un espacio institucional específico, como es la Secretaría para la Gestión Social de la Discapacidad, que jerarquiza el tema y promueve el desarrollo de líneas de trabajo transversales, ha representado un referente no sólo departamental sino también con alcance nacional.

En este contexto, presentar una investigación pionera en el país, significa continuar un compromiso institucional y una responsabilidad política, aportando a crear las condiciones para la construcción de políticas públicas inclusivas desde la perspectiva de los Derechos Humanos.

En el Uruguay del 2011, las mujeres con discapacidad continúan sufriendo múltiples discriminaciones en varios ámbitos de la vida, particularmente en el acceso a la educación, al trabajo y a la salud. Además hay aspectos de sus vidas que están totalmente invisibilizados. Esto sucede con sus derechos sexuales y reproductivos. Las mujeres con discapacidad son normalmente consideradas asexuadas e incapaces de gozar de estos derechos.

En el marco del 2º Plan de Igualdad de Derechos y Oportunidades entre Varones y Mujeres de la Intendencia de Montevideo y teniendo en cuenta los objetivos que se había fijado la Secretaría de Gestión Social para la Discapacidad en ese marco, este proyecto tuvo como objetivo progresar en la inclusión de las mujeres con discapacidad en lo que concierne al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Si bien esta realidad es conocida y vivenciada desde largo tiempo en los ámbitos de proximidad a las mujeres con discapacidad, los resultados del proyecto han sido relevantes para poder entender a nivel institucional la dimensión de la discriminación y la exclusión que sufren las mujeres con discapacidad. En particular este informe nos entrega testimonios y datos fundamentales sobre la realidad de estas mujeres. Un elemento revelador es que, antes que considerarse personas con discapacidad, ellas reivindican sus derechos en cuanto mujeres. Por eso la consigna “¡Yo también soy Mujer!” elaborada por las mismas participantes durante la etapa de talleres.

El proyecto ha representado un desafío para nuestra Secretaría marcando una nueva línea de acción en conjunto que posibilita pensar con perspectiva.

Aprovecho la ocasión para agradecer a todas las mujeres con discapacidad que han colaborado en este proyecto, a la Secretaría de la Mujer de la Intendencia de Montevideo por compartir su experiencia y guiarnos en el tema de género, a la División Salud de la Intendencia de Montevideo, al Ministerio de Salud Pública, a la Administración de Servicios de Salud del Estado y a los distintos prestadores privados que han permitido a las investigadoras entrar a los servicios de salud y realizar las entrevistas al personal.

De la misma manera queremos nombrar a las instituciones referentes a nivel nacional, a quienes se les solicitó el respaldo para la realización de la investigación y que están comprometidas en la construcción de las soluciones necesarias: el Programa Nacional de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social y la Dirección de Derechos Humanos del Ministerio de Educación y Cultura.

Conscientes de que representa sólo un paso de los muchos que hay que dar en esta dirección, entendemos que este estudio es un avance significativo en el proceso de construcción de una política integral de atención a las personas con discapacidad y las condiciones para el desarrollo de una sociedad inclusiva para todos y todas.

Federico Lezama
Coordinador de la Secretaría
de la Gestión Social para la Discapacidad

1. Introducción.....	13
1.1 Acerca de la población con discapacidad en Uruguay	14
1.2 Aproximación metodológica del estudio	16
1.3 Marco conceptual	18
1.4 Enfoque de género para abordar la discapacidad.....	20
2. Marco legal	23
2.1 La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	23
2.2 Ley nº 18.651 sobre Protección Integral de los Derechos de las Personas con Discapacidad	24
2.3 Ley nº 18.335 sobre Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud	26
2.4 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo	27
2.5 Ley nº 18.426 sobre la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva	27
3. Desde el Sistema de Salud.....	29
3.1 Entrevistas a informantes claves	29
3.2 Análisis de los centros de salud	32
3.3 Entrevistas a personal de los centros e salud	35
4. El punto de vista de las mujeres	43
4.1 Dificultades detectadas en la accesibilidad física	47
4.2 Dificultades detectadas en la accesibilidad a la información	49
4.3 Dificultades detectadas relacionadas en la accesibilidad comunicacional	52
4.4 Barreras actitudinales.....	54
4.5 Opiniones para mejorar la calidad de atención.....	56
5. Conclusiones	59
Bibliografía.....	65

1. Introducción

El proyecto implementado por la Secretaría de la Gestión Social para la Discapacidad de la Intendencia de Montevideo con el apoyo de ONU Mujeres “Mujeres con discapacidad y derechos sexuales y reproductivos: un desafío para las políticas públicas” tuvo como objetivo general contribuir al proceso de inclusión de las mujeres con discapacidad de Montevideo en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, sus objetivos específicos fueron: (a) generar evidencia y datos sobre mujeres con discapacidad en el uso de los derechos sexuales y reproductivos y (b) sensibilizar e informar a las mujeres con discapacidad sobre sus derechos, fomentando la participación en las estrategias de prevención y promoción de salud, y contribuyendo a un proceso de empoderamiento.

El presente estudio, resultado del primer objetivo, desarrollado entre septiembre de 2010 y abril de 2011, es de tipo exploratorio, ya que no se han hecho anteriormente investigaciones con esta temática. Por esta razón la información recopilada representa un avance significativo en lo que es el conocimiento sobre esta población.

En un marco de progresos en tema de discapacidad y salud sexual y reproductiva (Convención Internacional sobre Derechos de Personas con Discapacidad, ley de Protección Integral de las Personas con Discapacidad, reglamentación de la ley de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud y de la ley de Salud Sexual y Reproductiva) este estudio, evidencia una situación donde las mujeres con discapacidad siguen siendo excluidas de las políticas de salud sexual y reproductiva y seriamente limitadas en el ejercicio de sus derechos. Se transforma entonces en un desafío político, también por la poca experiencia acumulada a nivel regional, abordar la temática y hacer frente a la situación en su complejidad.

En el capítulo introductorio, se presentan los pocos datos a disposición sobre las personas con discapacidad en Uruguay. Esto permitió acercarse a la población objeto de estudio,

evidenciando algunas características socio-demográficas que la determinan como un grupo poblacional muy vulnerable.

La metodología elegida —descrita y justificada más adelante— presenta muchas limitaciones debido a la ambición del estudio respecto a los recursos humanos y financieros disponibles. No obstante, el uso de distintas técnicas de investigación ha permitido analizar la problemática desde dos niveles diferentes. Por un lado, desde el sistema de salud y, por otro, desde la perspectiva y vivencia de las mujeres con discapacidad.

En ambos niveles se han podido detectar la presencia de barreras físicas, de comunicación e información, así como actitudinales, que obstaculizan el acceso de estas mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva de Montevideo.

Su abordaje en dos niveles —sistema de salud / perspectiva y vivencia de las mujeres con discapacidad— permitió apuntar en las conclusiones unas propuestas de acción orientadas a generar cambios a nivel político, institucional y de la sociedad civil tomando en cuenta la integralidad del problema.

1.1 Acerca de la población con discapacidad en Uruguay

De forma breve presentaremos los datos disponibles sobre las personas con discapacidad en Uruguay; aunque escasos nos permiten identificar algunas características sociodemográficas de esta población.

Tomaremos como referencia los dos siguientes estudios estadísticos:

- a) la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad de 2004 de la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado y del Instituto Nacional de Estadística;
- b) la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006 del Instituto Nacional de Estadística (ENHA).

Además, hay que consignar la existencia de un borrador de Estudio sobre la Población con Discapacidad y sobre la Población Discapacitada en Situación de Pobreza y de Pobreza Extrema, realizado por la Unidad de Seguimiento de Programas del Ministerio de Desarrollo Social del 2006 (MIDES).

Es importante aclarar que estos estudios tienen objetivos y criterios metodológicos distintos y se caracterizan por definir la discapacidad de acuerdo a diferentes conceptos lo que explica algunas discrepancias en los resultados.

En la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad de 2004, los datos planteados estimaban que la población con discapacidad, residente en hogares particulares urbanos de localidades de 5000 o más habitantes, es de un 7,6% de la población total (la prevalencia

para Montevideo es de 7,7% y para el interior urbano de 7,5%). Más de la mitad de la población con al menos una discapacidad tiene un edad superior a los 65 años.

En la ENHA (2006), incluyendo los hogares particulares urbanos de localidades inferiores a 5000 habitantes el porcentaje de personas con discapacidad sube a un 9,2% de la población total (en Montevideo 9,28%). Un 64,7% del total tiene más de 65 años de edad.

En cuanto a desagregación de datos por sexo. Según los datos del 2004 se estimaba que el 57% de la población total con discapacidad eran mujeres, esta predominancia se acentúa en la población montevideana (60%). Esto resulta acorde con una población envejecida en la que predominan las mujeres.

En la ENHA, también, se estimaba que la mayoría de personas con discapacidad (53,3%) son mujeres. Al igual que en el estudio del año 2004, resultó que las mujeres presentan mayor porcentaje de discapacidad en el último tramo de edad. Sin embargo, la ENHA no presenta datos desagregados por sexo para cada departamento del territorio nacional.

Con relación al tema de educación, en la encuesta del año 2004 se destaca en las personas con discapacidad un mayor porcentaje de personas que carecen o tienen un muy bajo nivel de instrucción (37% de la población con discapacidad carecen o tienen muy bajo nivel de instrucción, 12,6% es el porcentaje en la población sin discapacidad). Al aumentar el nivel de instrucción la brecha aumenta. La ENHA brinda otro dato sobre educación: un 65,8% de las personas con discapacidad no supera el nivel primario de instrucción.

En cuanto a la actividad económica, de acuerdo a la encuesta 2004, sólo una quinta parte participa en el mercado de trabajo. Su tasa de actividad es muy baja en relación a la población sin discapacidad (19,6% contra 62,4%). Mientras que en los hombres la tasa de actividad de los que presentan discapacidad es 184% menor que los que no la presentan, en las mujeres dicho porcentaje se eleva a 224%.

Solamente un 16,5% de la población con discapacidad económicamente activa está empleada (dato que contrasta con el 53,4% observado en la población sin discapacidad). La brecha de género en el empleo es significativa. La tasa de los hombres con discapacidad se sitúa en 22,4% mientras que la de las mujeres registra un valor de 12,3%.

La encuesta del año 2006 arroja datos similares a la encuesta del año 2004, con un 68% de la población con discapacidad que no participa en el mercado laboral. Esta fuerte presencia de inactividad se relaciona a la vejez en las personas discapacitadas. De todas formas, los porcentajes por otros tramos de edad demuestran un mayor rezago con relación a la población no discapacitada.

El borrador del Estudio sobre la Población con Discapacidad y sobre la Población Discapacitada en Situación de Pobreza y de Pobreza Extrema, realizado por la Unidad de

Seguimiento de Programas del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) del 2006, nos brinda una comparación entre la población discapacitada (ENHA 2006) y la población discapacitada en situación de pobreza y pobreza extrema beneficiaria del Plan de Atención Nacional de Emergencia (PANES – 2005/2007).

Este estudio plantea que un 5,6% de la población beneficiaria del PANES tenía algún tipo de discapacidad. El hecho de que dicha población sea mucho más joven en términos relativos respecto a la población total es lo que determina el menor porcentaje de personas con discapacidad.

Con relación a la distribución de la pobreza, dicho estudio señala que están en situación de pobreza el 23,05% de las personas con discapacidad que viven en hogares pertenecientes a localidades de 5000 o más habitantes. La distribución por departamentos muestra que casi la mitad de las personas con discapacidad se encuentran en Montevideo (48,9%). Pero no proporciona datos desagregados por sexo.

Resumiendo se podría afirmar, que en base a los datos disponibles en Montevideo, las personas con discapacidad son en su mayoría mujeres, cuentan con un bajo nivel de educación, presentan importantes niveles de exclusión del mercado laboral y corren mayores riesgos de caer en situación de pobreza.

1.2 Aproximación metodológica del estudio

La metodología adoptada durante la investigación es de tipo cuali-cuantitativa, utilizándose diferentes técnicas de investigación. Esto se debe a la necesidad de profundizar algunos aspectos de la realidad de las mujeres con discapacidad en cuanto a su acceso a la salud sexual y reproductiva.

Se realizó un esfuerzo particular en cada etapa de la investigación por recoger las voces de todos los actores implicados. En este sentido, hubo aportes y opiniones de mujeres con discapacidad a medida que se fue desarrollando el trabajo de campo. También se trabajó de cerca con el equipo encargado de los talleres de sensibilización y empoderamiento sobre derechos sexuales y reproductivos.¹

Esta investigación tuvo como objeto de estudio la accesibilidad de las mujeres con discapacidad en Montevideo a los servicios de salud sexual y reproductiva. En primera instancia se buscó definir el marco conceptual y legal en materia de discapacidad y salud sexual y

¹ En el marco del proyecto “Mujeres con discapacidad y derechos sexuales y reproductivos: un desafío para las políticas públicas”, para alcanzar el objetivo específico “sensibilizar e informar a las mujeres con discapacidad sobre sus derechos, fomentando la participación en las estrategias de prevención y promoción de salud, y contribuyendo a un proceso de empoderamiento” se realizaron una serie de talleres de sensibilización y empoderamiento en derechos sexuales y reproductivos dirigidos a las mujeres con discapacidad.

reproductiva. Esto con el objetivo de contextualizar la problemática, no generar confusiones a la hora de traer conclusiones e identificar buenas prácticas, cuando se daba el caso.

En cuanto al análisis de las barreras físicas, de comunicación, de información y actitudinales en el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad se dividió el trabajo en dos partes, por un lado un análisis de la situación desde el sistema de salud y por otro un análisis de la situación desde la perspectiva de las mujeres.

Se utilizaron conjuntamente técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa. En cuanto al sistema de salud: entrevistas abiertas a responsables del más alto nivel de políticas y programas vinculados con la salud y la salud sexual y reproductiva en particular, y entrevistas semi-estructuradas con personal de los centros de salud seleccionados y observaciones pautadas en dichos centros. En cuanto a las mujeres se utilizaron grupos focales y encuestas cerradas.

Las entrevistas a responsables del más alto nivel de políticas y programas vinculados con la salud y la salud sexual y reproductiva fueron cinco. En estas entrevistas se buscó recabar la opinión de las personas entrevistadas sobre accesibilidad a la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad, las dificultades que puede aparejar atenderlas y propuestas y medidas para garantizar a las mujeres con discapacidad el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Para realizar el trabajo de campo se seleccionaron centros de salud del departamento de Montevideo. Se eligieron centros de distinta procedencia institucional: centros de salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) de la Intendencia de Montevideo (IM) e Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), de distintas zonas y con diferencias en la cantidad de usuarios.

Es necesario señalar que la muestra seleccionada no es representativa (sobre todo en cuanto a repartición geográfica y número de usuarios). Por su carácter exploratorio, se privilegiaron los servicios de salud que se mostraron disponibles a colaborar.

En las entrevistas al personal de salud (administrativo y médico) se preguntó sobre accesibilidad e inclusión de las mujeres con discapacidad en las prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva que se brindan en estos centros. Para realizar las observaciones acerca de las condiciones de accesibilidad física a los mismos se realizó una pauta de observación basada en las normas del Instituto Uruguayo de Normas Técnicas (UNIT).

En cuanto a la metodología empleada para el trabajo de campo con mujeres con discapacidad, grupo focal (técnica cualitativa) y encuesta (técnica cuantitativa), se consideraron los distintos tipos de discapacidad y las condiciones de accesibilidad física, de información y comunicación, analizando las necesidades específicas de este grupo.

Si bien se indagó las condiciones de accesibilidad para todas las mujeres con discapacidad se consideró que distintas discapacidades presentan distintas necesidades. Se abordó la

discapacidad desde la diversidad en la diversidad, considerando cinco tipos de discapacidad (motriz, visual, auditiva, intelectual y psíquica).

En el grupo focal se buscó saber qué piensan las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva, se indagó sobre las principales dificultades y obstáculos a los cuales se enfrentan a la hora de la consulta sobre la salud sexual y reproductiva traducida en la mayoría de los casos en la consulta ginecológica, y en lo que respecta a la información sobre infecciones de transmisión sexual ITS/sida, anticoncepción, exámenes clínicos, entre otros.

A partir de la información recabada en los grupos focales se construyó una encuesta. Si bien la investigación era prevalentemente cualitativa, existía la necesidad de ampliar algunos datos y aportar cifras asegurando mayor profundización sobre las características y dificultades de las mujeres con discapacidad en relación con el ejercicio de sus derechos.

Se seleccionaron 140 mujeres montevideanas con discapacidad principalmente a través de las organizaciones de personas con discapacidad. También esta muestra no responde a criterios de representatividad. Debido a las enormes dificultades en acercar esta población, sobre todo acerca de estos temas, se privilegiaron mujeres que de alguna manera están más vinculadas con los ámbitos institucionales.

1.3 Marco conceptual

La discapacidad es un hecho inherente y presente en la persona humana. Aun así definir la discapacidad es una tarea compleja porque es un concepto multi-dimensional con fuertes influencias culturales. Por eso es importante identificar los modelos de aproximación a la discapacidad para entender de qué manera las personas con discapacidad viven la propia discapacidad y de qué manera la sociedad se refiere a este grupo y cómo consecuentemente se desarrollan leyes, reglamentaciones y estructuras que impactan en la vida de personas con discapacidad.

Hay principalmente tres modelos que han marcado la manera de concebir la discapacidad: el modelo caritativo, el modelo médico y el modelo social. Aunque en algunos ámbitos siguen conviviendo los tres modelos se considera que el modelo social es una evolución de los modelos anteriores.

El modelo caritativo es seguramente el modelo más antiguo. Este modelo considera a las personas con discapacidad como desafortunadas, víctimas de circunstancias y de las cuales la sociedad tiene que cuidar. Como consecuencia de esta manera de entender la discapacidad se necesitan servicios especiales, instituciones especiales, etcétera, porque son personas “diferentes”. Mientras este enfoque puede aumentar los beneficios y los servicios destinados a las personas con discapacidad por otro lado tiende a subestimar sus capacidades y posibilidades de integrar y participar en la sociedad.

El modelo médico considera la discapacidad como una deficiencia, sensorial, mental, física, que limita las actividades de una persona. Para esta visión la exclusión social y cultural

es el resultado de limitaciones debidas a deficiencias. Dado que el problema es mayoritariamente médico la solución tiende a ser la cura y/o rehabilitación o asistencia social. En este caso los recursos se invierten en el sistema de salud o servicios relacionados en el intento de curar la discapacidad médicamente, aumentar las funcionalidades y/o mejorar el funcionamiento permitiendo a las personas tener una vida más normal. Básicamente el modelo médico concentra el problema en el individuo.

El modelo social representa un avance importante en la reconceptualización de la discapacidad. Este modelo conlleva una clara distinción entre las deficiencias y la discapacidad. El problema no está en el individuo sino en la sociedad que “discapacita” a las personas con limitaciones fracasando en garantizar una participación inclusiva de las personas con discapacidad. Accesibilidad universal, sistemas educativos inclusivos, programas de sensibilización para combatir la discriminación son algunos ejemplos de intervenciones que se enmarcan en este modelo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló una herramienta que combina el modelo médico y el modelo social antes descritos, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), 2001, para la diversidad de patologías existentes que engloban las diferentes discapacidades.

En la CIF se define la discapacidad como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera norma para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad”. (CIF, OMS, 2001)

Esta clasificación surge a los efectos de alinearse con las nuevas nociones de salud (producto del cambio de paradigma) presentes en la actualidad que contemplan a la misma como un estado bio-psico-social y ecológico. La misma orienta el trabajo, ya no a las consecuencias de una enfermedad, sino hacia el funcionamiento de la salud y a los estados relacionados. A saber, la salud oficia como mediador entre el funcionamiento y la discapacidad (término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y restricciones en la participación social del ser humano).

La discapacidad es así el resultado de la interacción entre condiciones de salud (impedimentos físicos, mentales o sensoriales) y el contexto en el cual existen (cultura, instituciones sociales y medios físicos).

1.4 Enfoque de género para abordar la discapacidad

Existe una doble discriminación hacia las mujeres con discapacidad, ya sea por ser mujer y por tener discapacidad. Esto hace que la mujer con discapacidad enfrente dobles barreras sociales y permanezca invisible para la sociedad. Por esta razón se ve obstaculizado el ejercicio de sus derechos, muchos de ellos esenciales, como lo es la salud sexual y reproductiva y la participación social.

A su vez es necesario tener en cuenta que las mujeres con discapacidad tampoco son una unidad homogénea y reducir las desigualdades que sufren sólo a esta concepción de la doble discriminación sería ingenuo. Las discriminaciones son múltiples, basadas en factores de etnia, cultura, socioeconómicos, diversidad sexual, además de las vivencias particulares de cada una de ellas.

En la literatura internacional consultada se observa que la discapacidad desde una perspectiva de género es pensada a través de posturas en su mayoría feministas conformándose y autodefiniéndose como una minoría social (Jenny Morris, 1996 y Susan Lonsdale, 1994). Los ejes que atraviesan estos trabajos son por un lado las representaciones culturales y como estas afectan a la mujer con discapacidad, y por el otro las experiencias personales, es decir las vivencias de la discapacidad ya sea de sus autores/as, o de los estudios llevados a cabo en este grupo. De allí surgen planteos relacionados a las barreras psicosociales que padecen las mujeres con discapacidad y generan su exclusión socio-económica. Además muchos estudios han investigado sobre la violencia hacia estas mujeres, que por razón de su dependencia se transforman en víctimas más fáciles.

El cuerpo de la mujer con discapacidad, en general, contrasta con los cánones de belleza planteados por nuestra sociedad. Este percibir social se traduce en una autovaloración negativa de la mujer con discapacidad, produciendo efectos en su subjetividad. La autoimagen negativa que tiene de sí la mujer con discapacidad repercute en el desarrollo y desenvolvimiento de las relaciones interpersonales.

Las relaciones sociales, en particular las de pareja, en la mayoría de las mujeres con discapacidad están pautadas por prejuicios o mitos:

- ***A la mujer con discapacidad se la considera como “ser asexual”.*** La creencia errónea de que debido a su situación de discapacidad, ésta no puede gozar de una sexualidad placentera ni de una vida sexual activa. Muchas veces esto trae aparejado el inicio tardío de las relaciones de pareja, sexuales, así como los riesgos relacionados a la desinformación en materia de salud sexual y reproductiva. A su vez el ocio y los ámbitos para el relacionamiento social están marcados por las dificultades en la accesibilidad. Sucede, por ejemplo, que el uso de aparatos ortopédicos pueden o no reforzar el estereotipo de «mercancía dañada» (María López González, 2005), sin embargo, en muchos casos, aparecen como objetos liberadores, relacionado a la condición de salud de la mujer con discapacidad.

- ***La mujer con discapacidad es “infantilizada”.*** En este aspecto la actuación del medio familiar, en la mayoría de los casos, se caracteriza por un paternalismo sobreprotector, la presión sobre todo de parte de las madres que no quieren dejar a sus hijas que cuidaron y sobreprotegeron durante mucho tiempo. Por el contrario, muchas veces sucede que cuando el componente sexual es considerado, su manifestación es interpretada como inadecuada.
- ***La percepción negativa del ejercicio de la maternidad por parte de la mujer con discapacidad.*** Si la mujer con discapacidad, desde el prejuicio, no es elegida como pareja, menos se la piensa como madre. Muchas veces se piensa que la mujer con discapacidad en situación de vulnerabilidad y dependencia no logrará la autonomía y capacidad necesaria para el cuidado de sus hijos/as. Se cree que se genera una situación que pone en jaque la integralidad de los hijos/as con consecuencias emocionales, o que la discapacidad es necesariamente heredable o transmisible. La mujer con discapacidad es discriminada, inclusive de los roles tradicionales asignados a la mujer.

Estos discursos muchas veces provienen desde el campo de la salud, en el cual las mujeres con discapacidad plantean las actitudes negativas hacia ellas por parte de los profesionales de la salud. En un estudio llevado a cabo por la Universidad de Córdoba, España, en 2005, se evidenciaba en el discurso de las mujeres el trato negativo hacia ellas en los servicios de salud, sobre todo el trato “frío”, la actitud distante, demasiado “técnica”, la costumbre de los profesionales de la salud de dirigirse a sus acompañantes, casi siempre familiares, ignorando a las mujeres con discapacidad en su calidad de pacientes y también el ocultamiento de la información. Las mujeres planteaban una doble reacción actitudinal por parte del personal de salud, por un lado, la sobreprotección, llegando inclusive a cargarlas en brazos todo el tiempo, y por otro, la reacción de pánico, con la huida y la evitación.

Como se explicará más adelante esta realidad es muy similar a la experimentada por las mujeres con discapacidad en Montevideo. Se convierte entonces en un imperativo el abordar las necesidades de las mujeres con discapacidad desde un enfoque de género, para garantizar sus derechos, evitando así las múltiples desigualdades sufridas.

2. Marco legal

Es importante colocar la temática analizada en un marco legal, identificando los derechos de las mujeres con discapacidad como usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva. El marco legal define el campo de investigación dentro del cual se buscarán las prácticas y las situaciones que implican una violación de derechos.

En Uruguay hay varias herramientas normativas de protección de los derechos de las personas con discapacidad. Las más completas y recientes son la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada en noviembre de 2008 y la ley nº 18.651 de Protección Integral de las Personas con Discapacidad. En cuanto a la protección de los derechos de salud y los sexuales y reproductivos hay una ley, la nº 18.335, sobre los Derechos de los Pacientes y Usuarios de Salud, y una ley, la nº 18.426, de Salud Sexual y Reproductiva que recoge los principios de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.

2.1 La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2006, marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en sí mismos una discapacidad.

Cubre una serie de ámbitos como por ejemplo: derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley (artículo 12º); derecho a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 15º); derecho a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso, tanto en el seno del hogar como fuera de él (artículo

16º); derecho a la movilidad personal con la mayor independencia posible (artículo 20º); derecho a gozar del más alto nivel posible de salud (artículo 25º).

En cuanto a las mujeres con discapacidad la Convención adopta un doble enfoque. Por un lado, les dedica un artículo específico —para dar visibilidad—, y por otro, adopta una perspectiva de transversalidad a lo largo de toda la Convención. Se establece una protección específica, a través de la cual se reconoce que las mujeres y las niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y que, a ese respecto, se deben adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (artículo 6º). Y, por otro lado, se llama la atención sobre la perspectiva de género en las siguientes cuestiones:

- Reconociendo como principio la igualdad entre el hombre y la mujer (artículo 3º, inc. g);
- En la lucha contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género (artículo 8º);
- En los casos de explotación, violencia y abusos, y en la promoción de la recuperación, rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que hayan sido víctimas de tales abusos (artículo 16º);
- En el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud, que deberán ser sensibles a las cuestiones de género (artículo 25º);
- Al garantizar un nivel de vida adecuado y protección social, asegurando el acceso de las mujeres y las niñas con discapacidad a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza (artículo 28º);
- Al establecerse las condiciones para ser miembro del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad mediante una representación de género equilibrada entre sus miembros (artículo 34º).

En Uruguay la Convención ha sido ratificada el 20 de noviembre de 2008 por la ley nº 18.418. Asimismo, la aprobación a la Adhesión del Protocolo Facultativo se realizó en julio de 2011 a través de la ley nº 18.776.

2.2 Ley nº 18.651 sobre Protección Integral de los Derechos de las Personas con Discapacidad

Con la ley nº 18.651, entrada en vigor en febrero de 2010, se producen avances importantes con respecto a la ley anterior nº 16.095 de 1989. Hay un cambio en la denominación de la persona con discapacidad, pasando de aquel que “padece una enfermedad” a una visión de derechos de la persona. Esto habilita a programas y acciones más inclusivas e integradores favoreciendo grados crecientes de autonomía de las personas con discapacidad.

La ley n° 18.651, en el artículo primero, crea un sistema de protección integral de las personas con discapacidad en donde se establece que se debe asegurar su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, profesional, económica, su cobertura social así como brindar los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas.

En cuanto a las organizaciones competentes en la materia se estipula que la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad funcionará en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, conformada por distintos representantes de las instituciones públicas y de la sociedad civil (Capítulo II, artículos 13° y 14°). Esta ley incorpora cambios sustantivos en la concepción de la discapacidad y en el modelo de atención. En este sentido, es importante constatar que esta ley establece que las acciones destinadas a las personas con discapacidad no son sólo de competencia del Ministerio de Salud Pública (MSP), sino asigna competencia a otras instituciones, particularmente desde el ámbito social.

Para esta investigación es particularmente importante el Capítulo VI de dicha ley que se refiere a acciones relativas a la salud, se plantea, en el artículo 37° que el Ministerio de Desarrollo Social en acuerdo con la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad, desarrollaran a través del Programa Nacional de la Discapacidad (PRONADIS) acciones coordinadas que tiendan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Dichas acciones se impulsarán desde la perspectiva de la inclusión social y en una óptica de rehabilitación integral apoyada en la comunidad.

A su vez se realizarán acciones coordinadas con el MSP, entre las cuales se plantea que las entidades que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tomarán medidas en los distintos aspectos relacionados con la atención de las personas con discapacidad. Aquí se pretende que exista un asesoramiento, orientación y que se logre brindar información a las personas cuando se presenta una discapacidad. A su vez se destaca la prohibición frente a la discriminación, en las afiliaciones así como en la limitación a la asistencia de las personas con discapacidad en las distintas instituciones nucleadas en el SNIS (artículo 37°, inciso E).

En el artículo 38° se hace referencia a la creación de un órgano para la certificación única de la discapacidad de acuerdo a criterios de la CIF y la ampliación y reorganización del registro de personas con discapacidad.

Hay que destacar que la ley, al contrario de la Convención, no tiene un corte de género y no hace referencia a las mujeres y niñas con discapacidad como grupo más vulnerable dentro de la población de personas con discapacidad.

La ley n° 18.651 no ha sido reglamentada aún. De acuerdo al artículo 15° de esta ley, la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad debe encargarse de: *“estudiar, proyectar y aconsejar al Poder Ejecutivo y a los Gobiernos departamentales todas las medidas necesarias para hacer efectiva la aplicación de la presente ley”*.

2.3 Ley n° 18.335 sobre Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud

La ley, aprobada en 2008, *“regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud”* (artículo 1°).

En su artículo 2° se establece que *“Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica”*. Es decir, que esta ley plantea como una de sus disposiciones generales el tratamiento igualitario y la no discriminación. Se tienen específicamente en cuenta las discapacidades.

A continuación se describen algunos de los derechos que se consignan en la ley, elementos que serán retomados a la hora de presentar los resultados de este estudio. Entre otros derechos, se considera el derecho a *“una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones”* (artículo 7°). Entonces correspondería que a los trabajadores de salud se los capacitara para atender personas con discapacidad. Por otro lado, la misma ley reconoce el derecho a un trato respetuoso y digno (artículo 17°). Este derecho incluye, entre otros, *“Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación”*.

El derecho al conocimiento del usuario de la situación en que se encuentra su salud está en el capítulo V de la ley n° 18.335. Este derecho implica conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad. Hacer efectivo este derecho implica que exista la manera de expresar en forma clara un mensaje para personas con discapacidad auditiva, para personas con discapacidad intelectual, para personas con discapacidad psíquica, para personas con discapacidad visual.

En la reglamentación de la ley n° 18.335, realizada en 2010, se establece que *“los usuarios y pacientes tienen derecho a conocer y hacer uso de sus derechos, con asesoramiento y apoyo, en su caso, de los servicios de salud correspondiente”* (artículo 7°). Para conocer sus derechos, entonces, se debe recibir asesoramiento y apoyo del centro de salud. Esto implica que la información y la comunicación brindadas deben ser accesibles para personas con distintos tipos de discapacidad.

La reglamentación de la ley plantea como derecho de los usuarios y pacientes la accesibilidad física a los servicios de salud. Lo expresa así: *“Todo usuario o paciente tiene derecho a que se le facilite el acceso y uso de los servicios de salud, incluyendo las plantas físicas donde funcionen, contemplando sus dificultades, discapacidades y necesidades”* (artículo 8°).

En cuanto al consentimiento informado, se plantea que todo procedimiento de atención a la salud debe ser acordado entre el paciente (o su representante en caso de ser

menor o estar imposibilitado de tomar una decisión) y el profesional de la salud. Para que el paciente pueda decidir, debe recibir *“previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible”* (artículo 17º). Nuevamente, la información y comunicación deben ser accesibles y deben adecuarse a las personas con discapacidades para que estas puedan tomar decisiones informadas.

2.4 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, en 1994, se introduce el concepto de salud reproductiva y derechos reproductivos como derechos humanos. Dada su trascendencia, introducimos algunas cuestiones planteadas respecto a las personas con discapacidad en el texto del Programa de Acción. La CIPD produjo un Programa de Acción de veinte años de alcance. Este programa de acción incluye *objetivos* de población y desarrollo y *metas* cualitativas y cuantitativas. Entre estos objetivos y metas se encuentra el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva y en particular de planificación de la familia y salud sexual.

Entre las medidas presentes en el Programa de Acción, se tiene presente específicamente a las personas con discapacidad: *“Los gobiernos deberían examinar a 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, al mismo tiempo, tener en cuenta la salud y otras consideraciones pertinentes en relación con las normas nacionales de inmigración.”*

2.5 Ley nº 18.426 sobre la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva

La mayoría de los principios del Cairo se retoman en la ley nº 18.426 aprobada en 2008, la ley sobre la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. En el artículo 1º, se plantea como responsabilidad del Estado el garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos *“de toda la población”*.

La ley universaliza la anticoncepción, promueve el enfoque de derechos en el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal, la educación sexual, la maternidad y paternidad elegidas, el manejo de situaciones de violencia, la prevención de enfermedades, etcétera.

En el artículo 6º se establece que los servicios de salud sexual y reproductiva y de anticoncepción deberán formar parte de los programas integrales de salud que se brinden a la

población. En este artículo se prevé la creación de servicios de salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

El 30 de setiembre de 2010, se aprueba un decreto que reglamenta la ley n° 18.426, con el objetivo de determinar cuáles serán las características de los servicios de salud sexual y reproductiva creados por la ley y que deberán ser implementados por los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud.

En dicho decreto se define salud sexual y salud reproductiva reconociendo a los derechos sexuales como derechos humanos en el sentido en el que lo plantea la CIPD. Se define que la salud reproductiva implica no sólo una vida sexual satisfactoria y segura, también la capacidad de decidir si tener hijos, con quién tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. Para asegurar esto se reconoce el derecho a la información y al acceso a métodos de regulación de la fertilidad que el usuario o usuaria prefiera. Asimismo se plantea como derecho el acceso a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y parir en forma segura.

En el decreto se reconoce la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud, tal como lo dispone la ley, de contar con servicios de salud sexual y reproductiva de acceso universal y garantizar la integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones.

En el artículo 2° se definen las prestaciones en salud sexual y en salud reproductiva. Y en el artículo 3° se presentan las características que debe tener el abordaje de los servicios de salud sexual y reproductiva: universal, amigable (para disminuir las barreras de acceso, en particular a grupos vulnerables y socialmente excluidos), inclusivo, igualitario, integral, multidisciplinario, confidencial, ético y calificado.

Cuando se define la característica de servicio igualitario, se nombra a las personas con discapacidad, pero como personas con capacidades diferentes. Se define servicio igualitario de la siguiente manera: *“respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas”*.

El resto de la reglamentación define para las prestaciones en salud sexual y reproductiva el encare de disminución de riesgos y daños y la perspectiva de género respetando la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas. Y se enumeran las prestaciones mínimas que deben tener los servicios de salud sexual y reproductiva.

3. Desde el sistema de salud

3.1 Entrevistas a informantes claves

Uno de los componentes del trabajo de campo fue la realización de entrevistas a responsables de primer nivel de políticas y programas de salud en general y de salud sexual y reproductiva en particular. Las preguntas apuntaban a conocer el grado de visualización de las mujeres con discapacidad, si existía conocimiento de la problemática que estas enfrentan al atender su salud sexual y reproductiva y si eran tenidas en cuenta al momento de formular políticas.

Definición, visualización y cuantificación de las discapacidades

Al hablar de discapacidad las diferentes personas entrevistadas mostraron distintas formas de concebir el tema. Se utiliza muy frecuentemente la expresión “mujeres discapacitadas”, se adjetiva a las mujeres. Si nos ubicamos en el modelo social para entender la situación de discapacidad, las dificultades no estarían en las mujeres sino en las barreras existentes en el medio.

Otra forma de referirse a la discapacidad es como “capacidades diferentes”. Esta expresión —personas con capacidades diferentes— no atiende las características de las discapacidades, habría una especie de no reconocimiento de las discapacidades y, por tanto, de sus necesidades.

En cuanto a la visualización y a la cuantificación de las discapacidades surgieron varios temas.

La llamada *discapacidad oculta* surge como principal preocupación. Se refiere a las personas con discapacidad que no acceden a los centros de salud y que permanecen en sus hogares. Esto representa un desafío en la atención de salud de las personas con discapacidad.

La integración y la implementación de estrategias para hacer que estas personas se atiendan en los servicios se consideran como prioridad.

De igual manera no se recopilan datos sobre las mujeres con discapacidad que sí se atienden en los centros de salud. Sin embargo se registra la necesidad de recoger estos datos atendiendo la diversidad en la discapacidad (no sólo cuántas personas con discapacidad hay pero qué tipos de discapacidades tienen). Preocupa cuál sería el instrumento de recolección de datos, para que fuera también un instrumento que sirviera para llegar a la *discapacidad oculta*.

Para algunos el diagnóstico de situación es fundamental. Se preguntan cómo hacerlo, si recolectando datos generales o realizando una investigación real del tema en el territorio. Otras personas, con relación al diagnóstico, se centran en las dificultades que hay que enfrentar para atender a las diferencias dentro de la discapacidad.

Las personas entrevistadas admiten que la falta de datos provoca dificultades para tomar decisiones sobre asuntos tales como cuántos recursos asignar, dónde hacerlo y cómo. Esta ausencia de datos es una dimensión de la invisibilidad de la discapacidad y muestra lo postergados que han estado estos temas.

Conocimiento sobre las condiciones de accesibilidad que tienen los centros de salud para mujeres con discapacidad

Al consultar sobre las condiciones de accesibilidad a los centros de salud se evidencia que existe una percepción de que se está avanzando en reformas de la planta física para asegurar la accesibilidad física, pero ninguno de los entrevistados puede decir en qué medida se está haciendo ya que no se recolecta información en este sentido.

Se reconoce que organizar las reformas de la planta física que solicita la ley n° 18.651 para garantizar la accesibilidad no fue un tema que estuviera en la línea de las preocupaciones y se inclinaba a pensar que era un tema pendiente.

Además sólo se consideran en los testimonios recogidos frente a esta pregunta ejemplos de accesibilidad física, visión limitada del concepto de accesibilidad ya que sólo se toma en cuenta la discapacidad motriz y no se piensa en otras necesidades vinculadas a otros tipos de discapacidades.

En una de las entrevistas, realizada después de la reglamentación de la ley n° 18.426, se consultó específicamente sobre cómo se estaba pensando en la accesibilidad en los servicios de salud sexual y reproductiva que se estaban creando. La respuesta que se obtuvo es que no se estaban tomando recaudos sobre accesibilidad física ya que los servicios de salud sexual y reproductiva se montarían en instituciones públicas o privadas que ya estuvieran funcionando y, por tanto, la responsabilidad es de estas instituciones. Este entrevistado considera también la accesibilidad comunicacional y su planteo es que es necesario capacitar y sensibilizar a los equipos de salud para poder cumplir con esto. Él profundiza la idea de la capacitación

del personal de salud, la visión planteada es que no alcanza con recetas o protocolos sino que se debe buscar la sensibilización de los equipos de salud para que encuentren herramientas que les sirvan para comunicarse en forma adecuada.

Para poder enmarcar estos planteos, es necesario recordar en este punto que la reglamentación de la ley n° 18.426 específicamente solicita que los servicios sean calificados, *“tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes”*.

Distintas posturas frente a la inclusión de las mujeres con discapacidad en las políticas de salud sexual y reproductiva

Ante la consulta sobre la inclusión de las mujeres con discapacidad en las políticas de salud sexual y reproductiva, se recogen al menos tres posturas. Una primera postura es la de considerar la universalidad, es decir, todas las mujeres pero sin pensar en las especificidades. Otra de las posturas revela que se piensa en la salud de las mujeres en sus diferentes etapas vitales y sus diferentes condiciones. Esta es la línea de pensamiento que se expresa en la Reglamentación de la ley n° 18.426. Por último, la tercera postura relevada es la de quienes reconocen que no ha estado este tema en la agenda de los servicios de salud.

En esta tercera postura, una entrevista expresa que las mujeres con discapacidad no están contempladas, que se empieza a pensar en ideas hacia esta población, pero se hace hincapié en que si bien existe la intencionalidad, el desarrollo es incipiente y por esto se insiste en que no hay líneas de trabajo específicas en el tema.

Conocimiento sobre dificultades para atender mujeres con discapacidad

Dado que en los grupos focales con mujeres con discapacidad que se realizaron previo a las entrevistas las mujeres advertían dificultades en la atención de su salud, se incorporó una pregunta para relevar si los responsables de políticas y programas tenían conocimiento sobre posibles dificultades en cuanto a la atención de las mujeres con discapacidad.

Se evidencia que falta formación para atender personas con discapacidad. Se tiene en cuenta la accesibilidad física, para no tener que levantar en peso una silla de ruedas y además la accesibilidad de información y comunicación. Se habla del acondicionamiento del material educativo para que llegue a todas las mujeres y preocupan también las “barreras de atención” y la necesidad de sensibilizar sobre la diversidad para evitar rechazos.

En suma, se consideran distintos temas: la formación, la accesibilidad física, el material educativo, las actitudes de los equipos de trabajo, la comunicación. Hay además valoraciones acerca de qué es lo prioritario, ya que se tiene en cuenta que con modificar las cuestiones físicas no alcanza ya que lo más complejo de modificar es lo actitudinal y que con equipos multidisciplinarios adiestrados, las barreras no deberían existir.

Contacto con organizaciones de personas con discapacidad o con personas con discapacidad

Todos los entrevistados dijeron no tener contacto con organizaciones de personas con discapacidad. No ha habido tampoco solicitudes de parte de organizaciones de personas con discapacidad para trabajar junto a los entrevistados en la elaboración o ejecución de políticas.

Una de las personas entrevistadas, al ser consultada sobre lo mismo, agregaba: “...es un grupo poblacional que no tiene fuerza de voz. Entonces, lamentablemente uno está destinado a los grupos poblacionales que sí.”

Las entrevistas a responsables de políticas y programas hasta aquí presentadas constituyeron una de las técnicas utilizadas en el trabajo de campo realizado. Otras técnicas de trabajo fueron la aplicación de entrevistas semiestructuradas al personal de salud vinculado a la atención de la salud sexual y reproductiva en el departamento de Montevideo y la observación de barreras físicas en los centros de salud, materiales que se presentan a continuación.

3.2 Análisis de los centros de salud

Paralelamente a las entrevistas a personas claves se seleccionaron nueve centros de salud en los que se realizó el trabajo de campo. Estos centros fueron elegidos en base a la cantidad de usuarios y la disposición geográfica. Los centros de salud pertenecen al sector público (IM, ASSE) y al privado y todos son del departamento de Montevideo. Entre estos centros de salud, había centros de primer, segundo y tercer nivel de atención.

El análisis se dividió en dos partes:

- 1) una observación de las barreras físicas en base a las normas vigentes;
- 2) una encuesta semiestructurada al personal de salud centradas en la atención a las mujeres con discapacidad en materia de salud sexual y reproductiva.

Sobre las barreras físicas

En el artículo 68º de la ley nº 18.651 sobre Protección Integral de las Personas con Discapacidad se establece que “*La construcción, la ampliación y la reforma de los edificios de propiedad pública o privada destinados a un uso que implique concurrencia de público, (...) se efectuarán de forma tal que todas las personas puedan acceder, ingresar, usar y egresar, especialmente en situaciones de emergencia, en condiciones de seguridad, equidad, confort y con la mayor autonomía posible*”.

A la vez, en el artículo 72º, se define que: “*Las instalaciones, edificios (...) serán adaptados gradualmente de acuerdo al orden de prioridades que reglamentariamente se determine.*”² Y se especifica un plazo de ocho años desde la fecha de entrada en vigencia de la ley. Se establece en la ley la supresión de las barreras físicas cumpliendo con lo dispuesto en las Normas Técnicas UNIT sobre accesibilidad y con algunos elementos que agrega la misma ley (artículo 78º).

Al realizar el presente estudio se decidió valorar cuánto se acercaban los centros de salud visitados al cumplimiento de la normativa en esta temática. Ante la complejidad de la tarea, se optó por elaborar una pauta de observación que permitiera comparar los niveles de accesibilidad actuales en los centros de salud con la normativa en vigor, pero sin tener en cuenta todas las especificaciones técnicas. Así, por ejemplo, se observó si existían o no rampas de acceso, mientras que las normas UNIT sobre rampas de acceso especifican desde las medidas de ancho, características del piso, inclinación de la misma, etcétera. Los datos relevados solo nos permiten, entonces, constatar la existencia o no de algunos elementos que promueven la accesibilidad en los centros de salud en los que se realizó el trabajo de campo, pero no el cumplimiento en los mismos de la normativa en forma cabal.

Por otro lado, de los nueve centros de salud en los que se realizó trabajo de campo, dos estaban en reformas. Estas reformas implicaban, además de los objetivos para los que se estaban realizando, la realización de rampas, baños adaptados para personas con discapacidad, adaptación de las puertas de acceso para que cumplieran con las medidas de ancho y alto exigidas para facilitar el ingreso de personas con movilidad reducida, entre otros ajustes vinculados a la accesibilidad. Esto muestra que la adaptación gradual tal como plantea la ley nº 18.651 se está verificando.

Se presentan en el cuadro 1 los resultados obtenidos. El color violeta marca el cumplimiento del ítem correspondiente, mientras que el negro señala su incumplimiento.

También se observaron ascensores. En todos los centros que se visitaron en el trabajo de campo es posible para personas con discapacidad motriz acceder a pisos superiores si éstos existen. Los ascensores observados cumplen con algunas características que los hacen accesibles como la exactitud de parada, exactitud de nivelación, tiempo de apertura, dimensiones de la cabina y ancho mínimo de la puerta. Las dimensiones en las que existen mayores dificultades tienen que ver con las indicaciones y señalizaciones. Cabe aclarar que los ascensores observados pertenecen a centros de salud de gran tamaño. Para el tema que nos ocupa, lo importante es que los nuevos servicios de salud sexual y reproductiva sean accesibles en caso de tener más de un piso.

En los estacionamientos las modificaciones pasarían principalmente por el hecho de contar con estacionamientos reservados para vehículos que transportan personas con discapacidad.

2 La ley nº 18.651 no ha sido reglamentada aún.

Cuadro 1. Niveles de accesibilidad en los centros de salud por norma UNIT

Rebaje de cordón	
Estacionamiento	
Cuenta con estacionamiento reservado para vehículos que transportan personas con discapacidad (PCD)	
El estacionamiento está cerca o forma parte de un itinerario accesible al espacio o edificio	
En el estacionamiento el pavimento es firme, antideslizante y sin resalles	
Lugar para estacionar vehículos de PCD señalizado verticalmente y demarcado en el piso	
Rampa	
Rampa de acceso	
Presencia de símbolos	
Símbolo que marca que el espacio es accesible, franqueable y utilizable por PCD	
Símbolo que marca que es adecuado para personas con sordera o hipoacusia	
Símbolo que marca que es adecuado para personas con ceguera o ambliopía	
Puertas, pasillos y galerías	
Puerta con ancho mínimo de 80 cm y altura mínima de 205 cm	
Puerta cuenta con superficie de aproximación	
Pasillos y galerías con 1,50 m de ancho	
Pasillos y galerías libres de obstáculos en su ancho mínimo	
Pavimento de pasillos y galerías firme, antideslizante y sin accidentes	
Baños	
Baños conectados a un itinerario accesible	
Unidad sanitaria accesible para PCD	
Espacio de transferencia lateral al sanitario	
Lavamanos con espacio libre debajo a 80 cm de altura	

El símbolo que se utiliza para señalar la presencia de personas con sordera, hipoacusia o dificultad en la comunicación o para señalar lo que es adecuado para ellas o donde se les brinda algún servicio específico, no se encontró en ninguno de los centros visitados. Ninguno preveía algún tipo de servicios adaptados para personas con esta discapacidad sensorial. Tampoco se registró el símbolo usado para informar la presencia de personas con ceguera o ambliopía o para señalar lo que es adecuado para ellas o donde se les brinda algún tipo de servicio específico.

El ítem más deficitario es baños accesibles para personas con discapacidad. Las dificultades no sólo tienen que ver con que exista una unidad sanitaria accesible para personas con discapacidad, también con que el itinerario a los baños en algunos casos no es accesible (dimensiones, pavimentos, desniveles, etcétera).

Para terminar, se plantea algo que se constató en las observaciones y que muestra que no alcanza con la eliminación de las barreras físicas. En uno de los centros de salud en los que existe baño adaptado para personas con discapacidad, se habían colocado macetas con plantas en la superficie de transferencia lateral al inodoro, aprovechando la luz que entraba por una banderola. Es decir que si bien se contaba con el baño adaptado, los obstáculos colocados lo transformaban en inaccesible. En otro centro de salud se había colocado una enorme maceta en la superficie de aproximación a la puerta principal que estaba a continuación de una rampa de acceso, obstaculizando el ingreso de silla de ruedas. O sea, existiendo rampa, el pasaje de una silla de ruedas iba a verse dificultado de todas formas. Por esto, además de la supresión de las barreras físicas aún hace falta que las personas estén en contacto con las medidas que se toman y entiendan los motivos.

3.3 Entrevistas a personal de los centros de salud

Se realizaron algunas preguntas cerradas y otras de carácter abierto buscando recabar la opinión de distintos actores vinculados a la atención de las mujeres con discapacidad en la salud sexual y reproductiva: directores o coordinadores de los centros de salud o directores de los servicios de salud sexual y reproductiva; ginecólogos/as; parteras/os; nurses; personal administrativo; otros.

Cuadro 2. Distribución entrevistas a personal de centros de salud

	Dir./Coord. de C. de Salud o de servicio de SSyR	Ginecólogo/a	Partera	Nurse	Funcionamiento administrativo	Otros	Total
Dependientes de la IM	3	2	-	2	3	-	10
Dependientes de ASSE	3	3	3	3	4	1	17
IAMC	3	2	2	4	3	-	14
Totales	9	7	5	9	10	1	41

Fuente: elaboración propia.

El trabajo de campo en centros de salud comenzó en el año 2010 y finalizó en el primer trimestre de 2011, en un momento de cambio de las normativas, ya que la implementación de reglamentación de la ley empezó en enero de 2011. Esto hace que se encuentren diferencias en la forma de organizar la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva e incluso en la prestación de los mismos.

Visualización de las mujeres con discapacidad

El 95% de las personas entrevistadas declara que se atienden mujeres con discapacidad en los centros de salud en los que trabajan, mientras que el 5% restante no visualiza que se atiendan. Cuando se consulta acerca de la cantidad de mujeres con discapacidad que se atienden, salvo una excepción, los consultados no pueden decir con certeza cuántas son. La discapacidad a veces se registra en la historia clínica, es decir que para saber ciertamente cuántas mujeres con discapacidad se asisten, sería necesario revisar una por una las historias clínicas.

El 50% expresa que la discapacidad intelectual es el tipo de discapacidad que atienden con mayor frecuencia. Le sigue la discapacidad psíquica con un 35% de las respuestas, con un 9% la discapacidad visual y 3% la discapacidad auditiva y la discapacidad motriz. Estos datos no muestran el acceso a los centros de salud de las mujeres con discapacidad, sino la visualización que el personal de salud tiene acerca del acceso por tipo de discapacidad. Este dato es relevante porque nos da pistas sobre cuál es el tipo de desafío que percibe el personal de salud cuando se enfrenta a la atención de la discapacidad.

Esta visualización de la discapacidad se modificó en dos casos dado que se incorporaron otros servicios o formas de trabajo. Por ejemplo, una de las entrevistadas visualiza a la discapacidad visual como la de mayor frecuencia. Esto se debe, según explica, a que se realizó desde su centro de salud una campaña en la comunidad para coordinar operaciones en el Hospital de Ojos. Es decir, que el trabajo en la comunidad hace que se visualice a otras discapacidades que antes no se conocían porque no llegaban al centro de salud.

Otro ejemplo es que en un centro de salud en el que funciona un servicio de fisioterapia para personas con discapacidad motriz, se visualiza a este tipo de discapacidad como frecuente y esto influye además en la percepción de las necesidades de estos pacientes en materia de accesibilidad física. Quienes trabajan allí hablan de la rampa, del ancho de puertas, de las superficies resbaladizas, etcétera.

Inclusión de las mujeres con discapacidad en la prestación de servicios

En el cuadro que sigue se presentan las respuestas obtenidas frente a la pregunta si son inclusivos para mujeres con discapacidad los servicios que se brindan en los centros de salud. A continuación se analizan los motivos por los cuales las personas consultadas creen que los servicios son inclusivos para personas con discapacidad o no lo son.

Cuadro 3. Distribución de respuestas del personal de los centros de salud sobre si los servicios de salud en su centro de salud son inclusivos para mujeres con discapacidad (MCD)

Son inclusivos para MCD	80%
No son inclusivos para MCD	15%
No sabe/No contesta	5%

Fuente: elaboración propia.

Dentro del 80% que considera que los servicios son inclusivos, al ser consultados sobre el por qué lo son, la mayoría responde que el acceso es universal y no hay discriminaciones.

Este discurso igualitario, si no es acompañado de un reconocimiento de las necesidades de las mujeres con discapacidad, puede redundar en una práctica no igualitaria. Se trabaja para una generalidad “homogénea”, sin percibir las diferencias que obligan a pensar servicios en los que estas diferencias sean consideradas. Por otro lado se piensa que discriminar sería rechazar, negar el acceso y no se comprende que son otras cuestiones las que pueden estar dejando mujeres con discapacidad fuera del servicio. Las dificultades concretas que estas enfrentan —en lo físico, la comunicación y las actitudes— terminan siendo una forma de discriminación.

Algunas respuestas dadas tanto para afirmar que el servicio al que pertenecen es inclusivo como para explicar por qué no lo es, avanzan en la consideración de la diferencia para llegar al trato igualitario. Se reconocen algunas necesidades de las mujeres con distintos tipos de discapacidad: rampas, baños, puertas adecuadas, “acceso físico”. Se agrega la complejidad del funcionamiento de los centros de salud que dificulta el acceso, por no comprender dicho funcionamiento, de las mujeres con discapacidad intelectual.

Entre las respuestas dadas cabe analizar también otras que van por un camino “sobre-protector” de la discapacidad, que termina en un trato que coloca a la persona con discapacidad en un lugar de lástima o atención especial.

Comunicación accesible en los centros de salud

Frente a la pregunta sobre dispositivos de comunicación accesible para mujeres con discapacidad, se obtiene una gran cantidad de resultados positivos. Desde el personal consultado en los centros de salud se piensa que se hacen los esfuerzos necesarios para que la comunicación se establezca. La pregunta poseía una intención muy clara que tenía que ver con la comunicación accesible para mujeres con discapacidad. Cuando en preguntas que aparecían más adelante en la entrevista se explica qué es comunicación accesible —braille y/o relieve, lectura fácil, soporte en audio o video— el sentido de las respuestas cambia. Es decir, que la distancia entre quienes elaboramos la pauta de entrevista y quienes fueron entrevistados en estos temas era mucha y la formulación de algunas preguntas no fue acertada, ya que no eran comprendidas por los entrevistados.

Cuadro 4. Distribución de respuestas del personal de los centros de salud sobre ¿Cómo se hace para establecer la comunicación con mujeres con discapacidad?

Cuenta con algún dispositivo de comunicación accesible para MCD	70%
No cuenta con dispositivos de comunicación accesible para MCD	24%
No sabe/No contesta	6%

Fuente: elaboración propia.

El dispositivo al que se refiere la mayoría de los que contestan en forma positiva es la consulta ginecológica. Pero no siempre en la consulta existe accesibilidad comunicacional. Según se plante la consulta ginecológica es el momento en el que se asesora, explica, escucha, etcétera. La comprensión que una mujer pueda tener acerca de su situación en salud sexual y reproductiva depende del éxito de la comunicación establecida en ese momento.

El ámbito de la consulta es el que debería ser optimizado, por ejemplo, con un intérprete de lengua de señas en el caso de mujeres con discapacidad auditiva que la manejan, con formas de presentar la información al alcance de mujeres con discapacidad intelectual, con materiales en tres dimensiones o láminas en relieve que la mujer con discapacidad visual pueda tocar, etcétera. Cada situación de discapacidad puede ser distinta, por lo que se hace imposible protocolizar formas de atención, pero sí se puede contribuir en el apoyo a los profesionales de la salud con materiales de tipo didáctico que faciliten su tarea y con el asesoramiento de distintas organizaciones que trabajan con personas con discapacidad que pueden colaborar para lograr que se plantee accesibilidad en lo comunicacional.

En el trabajo de campo realizado, se encontraron distintos mecanismos de comunicación desarrollados por algunas instituciones que constituyen una práctica que favorece la atención de mujeres con discapacidad. Algunos de los mecanismos utilizados para promover la comunicación pasan por el uso de materiales didácticos de variado tipo. Cajas con material concreto, maquetas, representaciones en tres dimensiones, láminas, videos, folletos, pósteres, etcétera. Contar con una caja de materiales pensados para distintas mujeres es una medida acorde a la atención en el primer nivel de salud, en el trabajo en prevención y promoción de la salud. La elaboración de cajas con materiales de este tipo, pensados desde la accesibilidad comunicacional para mujeres con discapacidad de distinto tipo, puede ser de mucho valor para quienes enfrentan el desafío de la comunicación como los profesionales de la salud.

Además de la consulta, otras instancias de comunicación son los talleres, las charlas, las actividades que se realizan en sala de espera y las actividades en hogares y en la comunidad. En estas instancias es que los centros que cuentan con materiales los utilizan, según se pudo registrar en las entrevistas. El trabajo en hogares constituye un dispositivo de alto valor para las mujeres con discapacidad: para encontrar a las que nunca accedieron al centro de salud, para llegar a las que tienen múltiples dificultades en el acceso y eso hace que no realicen seguimiento de su salud, para llegar a las que no pudieron registrar la necesidad de una nueva entrevista con el médico por dificultades en la comunicación, etcétera.

Varios entrevistados plantearon que no se verifican dificultades en la comunicación porque muchas veces las personas con discapacidad vienen acompañadas. Algunos profesionales incluso les solicitan que vengan acompañadas para facilitar la comunicación. Conviene aclarar aquí que en ese caso no se está estableciendo la comunicación con la mujer, que es quien tiene el derecho a conocer qué ocurre con su salud y a tomar sus propias decisiones. Se pone en cuestión, además, la privacidad sobre estos asuntos. Las mujeres que necesitan apoyos en la comunicación no podrían reservar estas cuestiones para sí.

Acerca de la pregunta sobre si las charlas que se brindan en el centro de salud al que pertenecen (en caso de que se realicen), cuentan con mecanismos de comunicación accesible, un 56% respondió afirmativamente. La respuesta afirmativa se refiere a que en ellas se utilizan distintos medios didácticos. Algunos entrevistados reconocen que la adaptación se hace para mujeres con discapacidad intelectual, que como se planteó al principio es la discapacidad más visualizada por el personal de salud y para la que se buscan alternativas de trabajo. En uno de los centros de salud, en los cursos de preparación para el parto, han recibido mujeres con sordera o hipoacusia y se ha permitido en esos casos el ingreso de intérpretes.

Uno de los asuntos preguntados específicamente es si cada entrevistado/a logra establecer una comunicación efectiva con mujeres con distintos tipos de discapacidad. También se consultó sobre cuál era la forma en que se lograba en caso de conseguirlo.

Cuadro 5. Distribución de respuestas del personal de los centros de salud sobre si logran una comunicación efectiva con personas con discapacidad

	Sí	No	No le ha tocado vivirlo	No contesta
¿Ud. logra una comunicación efectiva con personas con discapacidad visual?	78%	-	18%	4%
¿Ud. logra una comunicación efectiva con personas con discapacidad auditiva?	82%	3%	10%	5%
¿Ud. logra una comunicación efectiva con personas con discapacidad intelectual?	92%	3%	-	5%
¿Ud. logra una comunicación efectiva con personas con discapacidad psiquiátrica?	84%	8%	-	8%

Fuente: elaboración propia.

La comunicación con personas con discapacidad visual no es vista como problemática. La comunicación verbal es en este caso la que se privilegia. Los apoyos visuales que se utilizan en la comunicación con otras mujeres (láminas, dibujos, videos en las charlas, etcétera) no están disponibles para esta situación comunicativa, pero no parece que eso signifique un problema para los entrevistados al momento de lograr una comunicación efectiva.

Un 82% de las personas entrevistadas expresan que logran una comunicación efectiva con personas con discapacidad auditiva. En uno de los centros de salud en los que se realizó

trabajo de campo, una funcionaria sabía lengua de señas y cuando se presentaba una mujer con discapacidad auditiva que conociera la lengua de señas, se la llamaba para que hiciera de intérprete. En otros casos al preguntar cómo se hace para comunicarse en estas situaciones, se dan distintos tipo de respuestas. Se responde que si la mujer está acostumbrada a la lectura de labios, no hay dificultades; en ese caso, se las mira de frente, se habla lento y pausado, se articulan los labios al hablar. En estas situaciones se logra una comunicación efectiva, ya que las mujeres están educadas en el uso de la LSU y se les habla en su idioma o leen los labios y pueden entender lo que se les está tratando de transmitir. Las dificultades se presentan cuando no se tiene intérprete o las mujeres no leen los labios. Otras estrategias tienen que ver con la escritura y el dibujo, aunque hay quien reconoce que *“muchas no saben leer”*. Se plantea que si se tiene un vínculo de mucho tiempo de trabajo, es más fácil comunicarse. También se recurre a realizar gestos y señas.

El 92% de las personas entrevistadas hablan de que logran una comunicación efectiva con personas con discapacidad intelectual. Se plantea que la experiencia y la costumbre juegan a favor en este campo. Se adapta el lenguaje, se usa lenguaje sencillo, frases cortas, se explica varias veces, se pregunta si quedan dudas, se escucha, se ponen ejemplos. Además de la comunicación verbal se usan apoyos visuales (láminas, dibujos, etcétera). También se explica que se dedica más tiempo, se habla despacio y con calma. La paciencia es otro elemento que se expresa que se requiere para establecer la comunicación. Otras estrategias pasan por lo afectivo y el establecer un vínculo que facilite la comunicación. Para terminar, nuevamente se dice que se requiere al apoyo del acompañante, *“el familiar es fundamental”*. Entre quienes no responden la pregunta, se explica que a veces se logra la comunicación y otras veces no, que el grado de discapacidad incide en la posibilidad de comunicarse.

La comunicación con personas con discapacidad psíquica es efectivizada por el 84% de las personas consultadas. Algunos cuentan con formación. Otros apelan a la experiencia o a la costumbre. Se plantea que la voluntad de comunicarse es necesaria. Se toma con paciencia, se explica, se habla y se escucha, se repite, se dedica más tiempo. También en este caso aparece como estrategia el requerir apoyo por parte del acompañante. En el caso de que las personas estén descompensadas, se plantea que *“es salado”*, se resuelve *“como pinte”*, *“usando la imaginación”*, se trata de *“bajar la pelota al piso”*. Y en caso de no lograrlo, se pide ayuda. Las personas que no contestan la pregunta es porque creen que depende de la situación, a veces lo logran y otras veces no.

Como se verá en el análisis de los datos recogidos en la encuesta a mujeres con discapacidad, hay una distancia importante en este tema. Mientras el personal de salud mayoritariamente plantea que logra comunicarse en forma efectiva, las mujeres plantean muchas dificultades en la comunicación. Si bien no se pueden confrontar los datos ya que las mujeres encuestadas no pertenecían a estos centros de salud sino a cualquiera de Montevideo, esta diferencia capta la atención. En lo que plantea el personal de salud se ve que no se conocen formas de comunicación accesible. Las respuestas responden a la buena voluntad del personal y a su intención de comunicarse pero no a las pautas de accesibilidad comunicacional. De la misma forma que se explicó antes, cuando la pregunta tiene aclaraciones sobre lo que significa, las respuestas cambian.

Comunicación accesible en materiales impresos

Se consultó específicamente sobre tres tipos de materiales impresos: las instrucciones que acompañan los métodos anticonceptivos (instrucciones de las pastillas anticonceptivas, instrucciones sobre cómo colocar preservativos, etcétera), los folletos con información sobre salud sexual y reproductiva y los resultados del PAP.

Cuadro 6. Distribución de respuestas del personal de los centros de salud sobre accesibilidad de materiales impresos

	Sí	No	No sabe
¿Las instrucciones de los preservativos/anticonceptivos cuentan con comunicación accesible para MCD (braille y/o relieve, lectura fácil, soporte en audio o video)?	7%	64%	29%
¿Han distribuido folletos o material accesible para MCD?	48%	52%	-
¿Los resultados del PAP pueden ser leídos/comprendidos por MCD?	34%	43%	23%

Fuente: elaboración propia.

Una aclaración que corresponde hacer en este punto es que la accesibilidad de las instrucciones en los medicamentos no depende de los centros de salud, sino de los laboratorios que los producen. Pero se consulta igualmente para conocer si el personal de salud tiene en cuenta cuáles son las dificultades que va a enfrentar una mujer con discapacidad frente al método anticonceptivo del que se trate. El 29% de personas que contestaron que no saben hace pensar nuevamente sobre si era efectiva la formulación de la pregunta y relativiza los resultados obtenidos.

En la pregunta acerca de los folletos o materiales accesibles para mujeres con discapacidad, es necesario detenerse en las respuestas. Dentro del 48% que responde que son accesibles, se fundamenta la postura o se hacen salvedades, pues se reconoce que la discapacidad visual no está considerada: *“si la persona lee, se entienden”, “son simples para personas con discapacidad intelectual”, “lectura fácil sí, otras cuestiones, no”, “para el que ve son accesibles. A veces son complicados, pero son bastante accesibles. El folleto se entrega en la sala de espera, se interactúa con el folleto”*. Otros testimonios plantean algo similar: *“se entregan los folletos en mano, se les pregunta y se les explica”*. Se plantea que tienen dibujos, *“son claros, comprensibles a todo nivel, lenguaje accesible”*. Y por eso se los considera en general adecuados para las personas con discapacidad intelectual. Pero si esta pregunta se refiriera específicamente a la discapacidad visual, el 100% de los folletos entregados es inaccesible. Corresponde aclarar que la folletería que se entrega es la que se realiza en el MSP o en la IM.

En cuanto a los resultados del PAP, entre quienes responden que pueden ser comprendidos por MCD, se agrega otro dispositivo que es la consulta. Se entregan los resultados con la explicación del médico y se aclara que se hace esto en todos los casos, también con mujeres sin discapacidad.

Accesibilidad física mamógrafo/camilla ginecológica

Si bien cada discapacidad motriz es diferente, la adaptabilidad de las camillas ginecológicas y del mamógrafo pueden facilitar las consultas y los exámenes médicos para atender la salud sexual y reproductiva. Si el mamógrafo puede adaptarse a distintas alturas, la realización de una mamografía a una mujer en silla de ruedas se va a facilitar. En algunos centros de salud en los que se trabajó, se cuenta con camillas ginecológicas que se pueden ajustar y facilitan la tarea.

Cuadro 7. Distribución de respuesta del personal de los centros de salud sobre si se tiene en cuenta la accesibilidad al centro de salud y al mamógrafo

¿Se tiene en cuenta la accesibilidad al centro de salud y al mamógrafo cuando es una MCD?	34%
No se tiene en cuenta	4%
No sabe	62%

Fuente: elaboración propia.

El 62% de las respuestas válidas expresan que no saben acerca de las condiciones de accesibilidad del centro de salud en que se realizan las mamografías y la posibilidad de que el mamógrafo sea lo más manejable posible en las distintas situaciones de discapacidad motriz que puedan presentarse. Algunos de los consultados plantearon que la mujer puede decidir entre distintos lugares en los que hacerse la mamografía. Pero es la mujer con discapacidad la que debe enfrentar aquí varios obstáculos: seleccionar el lugar adecuado, acceder a ese centro de salud desde el punto de vista físico, enfrentar las dificultades derivadas de cómo es el mamógrafo.

Cuadro 8. Distribución de respuestas del personal sobre accesibilidad de la camilla ginecológica para MCD

Sí	32%
No	56%
No sabe	12%

Fuente: elaboración propia.

En el trabajo de campo se encontraron situaciones en las que aparece la camilla como dificultad. Cuando llega una mujer con discapacidad motriz con dificultades para subir a la camilla ginecológica, algunos profesionales intentan salvar el obstáculo haciendo fuerza y trasladando a las mujeres hacia la camilla. Los entrevistados plantean que no hay dificultades, que se controla sin problemas, pero no ven como dificultad esta situación de traslado hacia la camilla levantándolas “en peso”. Se genera una situación incómoda tanto para el profesional como para la mujer con discapacidad que se ve limitada en su autonomía. Esta situación podría ser resuelta si hubiera camillas que posibilitaran los ajustes.

4. El punto de vista de las mujeres

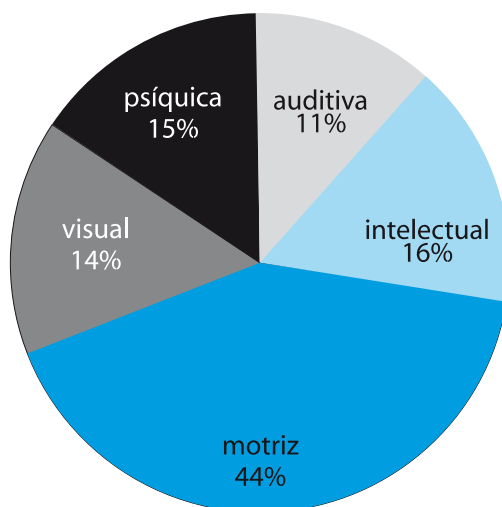
La fase de la investigación dedicada a conocer la perspectiva y vivencia de las mujeres con discapacidad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva tuvo lugar después haber indagado sobre cómo el sistema de salud atiende las necesidades de las mujeres con discapacidad.

La primera parte de esta fase consistió en la realización de grupos focales. La característica de la técnica permitió que surgieran opiniones y percepciones de las mujeres participantes sobre situaciones individuales con un gran componente personal sobre lo vivido en materia de dificultades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Estos grupos fueron realizados por tipo de discapacidad, por lo tanto existen dificultades vividas por las mujeres con discapacidad de manera parecida o totalmente diferente, dependiendo de las características propias de cada discapacidad.

A partir de la información que se recogió en los grupos focales se fue diseñando la encuesta. El diseño de la encuesta retoma puntos principales de la ley nº 18.426 sobre la Defensa del Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva. Cabe aclarar que en el momento de aplicación de la encuesta los servicios de salud sexual y reproductiva como tal se encontraban en proceso de desarrollo, sin embargo las prestaciones mencionadas en la encuesta se enmarcan en los objetivos de la ley.

Se realizaron 140 encuestas a mujeres, atendiendo a cinco tipos de discapacidad: motriz, visual, auditiva, psíquica e intelectual. Se llevaron a cabo en forma aleatoria, ya sea a través de las organizaciones que trabajan con la discapacidad o en el rastreo de eventos y encuentros en los cuales participaban dichas mujeres. El gráfico que sigue muestra los porcentajes por tipo de discapacidad de las mujeres entrevistadas.

Grafico 1. Porcentaje por tipo de discapacidad del total de mujeres encuestadas



Fuente: elaboración propia.

Las primeras preguntas de la encuesta tenían que ver con la intención de recopilar algunos datos socio-demográficos.

Frente a estos datos cabe resaltar que la muestra a la que se le aplicó la encuesta tiene muchas limitaciones. Asimismo, no se puede considerar representativa de la población de mujeres con discapacidad en Montevideo.

La mayoría de las mujeres encuestadas perciben ingresos menores al salario mínimo nacional, y en su mayoría excepto las mujeres con discapacidad visual perciben pensión por discapacidad. Se suman a estos datos que la mayoría de las mujeres no trabajan.

En cuanto a la “situación de pareja” solo un 13% declaró tener pareja al momento de la encuesta. Este dato puede estar vinculado con las dificultades ya mencionadas que experimentan las mujeres con discapacidad como son una autovaloración negativa de su imagen, el inicio tardío de las relaciones de pareja o la percepción social de la mujer con discapacidad de manera asexuada e incluso infantilizada. Entre las mujeres que declaran ser solteras ubicamos con mayor frecuencia a las mujeres con discapacidad motriz y/o intelectual. Esto se debe a que su imagen física contrasta con los estereotipos de belleza predominantes en nuestra sociedad.

El elevado porcentaje de mujeres con discapacidad solteras se traduce a su vez en un amplio margen de mujeres sin hijos (66% del total de la muestra). Estos datos refuerzan las ideas anteriormente expresadas.

En lo que respecta a la atención en salud observamos que el 49% de las mujeres encuestadas se atienden en el sector privado, el 47% en el sector público y el 4% en otros (Militar

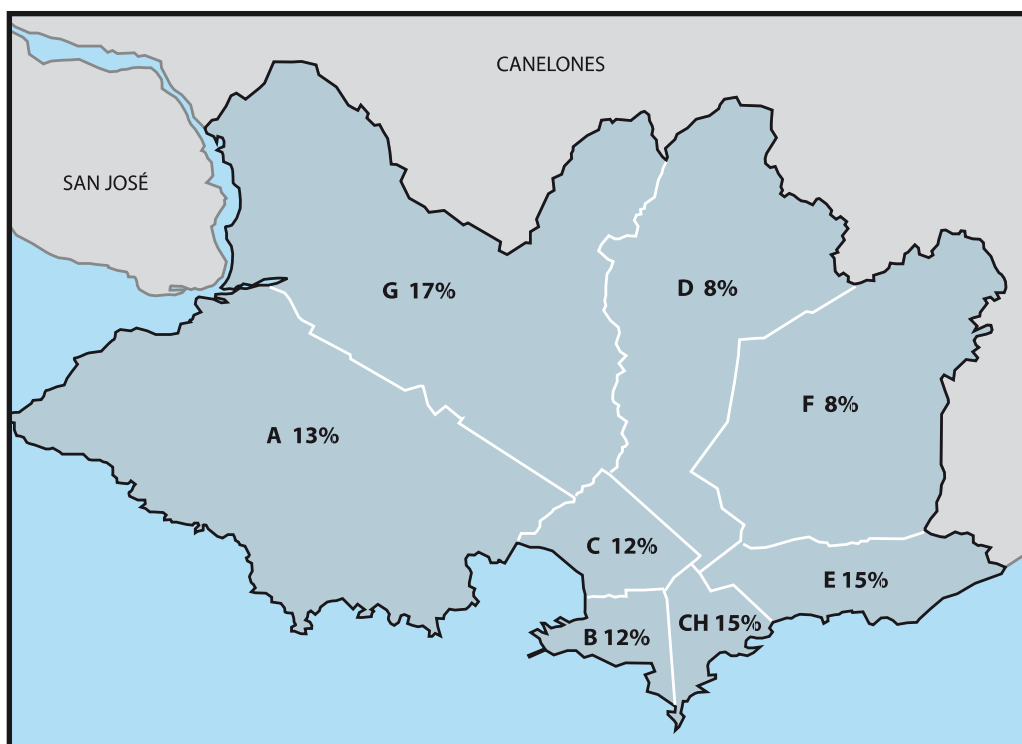
Cuadro 9. Datos socio-demográficos por tipo de discapacidad

	Auditiva (11% del total de la muestra)	Intelectual (16% del total de la muestra)	Motriz (44% del total de la muestra)	Psíquica (15% del total de la muestra)	Visual (14% del total de la muestra)	Total (100% de la muestra)
Rango por edades						
Entre 18 y 30 años	50%	26%	43%	33%	26%	37%
Entre 31 y 40 años	25%	52%	30%	29%	37%	34%
Entre 41 y 55 años	25%	13%	28%	38%	37%	28%
No se acuerda	-	9%	-	-	-	1%
Nivel educativo						
No alfabetizada	-	17%	3%	5%	-	6%
Primaria especial	13%	70%	26%	-	16%	26%
Primaria	6%	13%	8%	29%	-	11%
Secundaria	19%	-	31%	52%	37%	29%
UTU	31%	-	5%	10%	5%	8%
Terciaria	31%	-	26%	5%	42%	21%
Trabajo						
Sí Formal	50%	-	28%	-	42%	24%
Sí Informal	6%	13%	8%	10%	11%	9%
No	44%	87%	57%	86%	42%	63%
Jubilada por discapacidad	-	-	5%	5%	5%	4%
Pensión por discapacidad						
Sí	56%	74%	64%	48%	47%	60%
No	38%	17%	36%	43%	53%	36%
No contesta	6%	9%	-	9%	-	4%
Nivel de ingresos*						
Menor de \$ 4.800	56%	91%	62%	57%	37%	56%
Entre \$ 4.800 y 10.000	13%	-	11%	-	26%	10%
Entre \$ 10.000 y 20.000	25%	-	15%	5%	16%	12%
Más de \$ 20.000	-	-	-	-	5%	1%
No percibe ingresos**	6%	-	11%	38%	16%	21%

Fuente: Elaboración propia.

* Incluye pensión por discapacidad, jubilación por discapacidad.

** De los ingresos mencionados en la encuesta.

Imagen 1. Distribución geográfica de las mujeres entrevistadas

Fuente: elaboración propia.

y Policial). Como veremos más adelante, todas ellas independientemente del sector en el que se atienden se encuentran con limitaciones en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

La información recabada se agrupó en tres dimensiones:

- 1) Las dificultades que experimentaron las mujeres con discapacidad en el centro de salud y durante la consulta ginecológica. Están asociadas a la dificultad en la accesibilidad física, mayormente experimentada por las mujeres con discapacidad motriz y visual, las dificultades en la accesibilidad comunicacional, mayormente experimentada por las mujeres con discapacidad auditiva, intelectual y psíquica, y las dificultades en la accesibilidad en la información experimentada por todas las mujeres.
- 2) El grado de satisfacción que tienen las mujeres con discapacidad de los servicios de salud y las barreras actitudinales que perciben.
- 3) Propuestas de las mujeres con discapacidad en su calidad de usuarias del sistema de salud para mejorar y efectivizar la calidad de atención.

4.1 Dificultades detectadas en la accesibilidad física

Casi el total de las participantes tanto en la instancia de los grupos focales como en las encuestas asistieron al menos una vez a la consulta ginecológica y hicieron exámenes clínicos relacionados.

Las dificultades en la accesibilidad física se evidencian mayoritariamente en el caso de las mujeres con discapacidad motriz y visual. Esto sucede tanto en lo que refiere al acceso al centro de salud, la infraestructura del mismo y el equipamiento para los procedimientos clínicos.

Las mujeres con discapacidad motriz contestaron que la primera dificultad que se les presenta es la falta de transporte accesible para llegar al centro. El 55% de las mujeres con discapacidad motriz encuestadas que fueron a la consulta ginecológica, plantearon que los ómnibus no son accesibles, siendo este el medio de transporte privilegiado por ser el más económico. En caso de utilizar un taxi (medio de transporte más rápido pero también más caro) casi nunca está asegurada la accesibilidad del vehículo, ya que son muy pocos los vehículos adaptados.

En lo que respecta a la entrada al centro de salud, los principales obstáculos detectados para las mujeres con **discapacidad motriz** son:

Falta de rampas	34%
Falta de pasamanos	25%
Puerta de entrada no lo suficientemente ancha	15%

Un 40% de las mujeres evidenciaron otros obstáculos no enumerados en la encuesta, por ejemplo veredas con pozos, baldosas rotas, vereda en desnivel, falta de paradas de taxi autorizadas, puertas pesadas con manijas inaccesibles o falta de rampas en el cordón de la vereda.

También se preguntó a las mujeres sobre las dificultades en la infraestructura interna de los centros de salud:

Pasillo con obstáculos	64%
Suelo deslizante	64%
Mostradores no accesibles	58%
Baños no accesibles	53%
Pasillos sin ancho suficiente	45%
Espacio reducido para movilidad	34%
Ascensor sin ancho suficiente	23%
No hay ascensor para subir a los pisos de arriba	15%

Uno de los principales obstáculos planteados por las mujeres, en particular las que tienen movilidad reducida, es el suelo deslizante por el tipo de material o por estar encerado,

que afecta su equilibrio. A esto se suman los pasillos con obstáculos (tales como macetas, carteles, sillas, conglomerado de gente), los mostradores demasiado altos para personas en silla de ruedas y los baños inaccesibles.

En lo que respecta al espacio del consultorio ginecológico, las mujeres con **discapacidad motriz** experimentaron las siguientes dificultades:

Camilla no accesible	68%
Espacio reducido para movilidad	53%
Espacio de transferencia lateral hacia la camilla reducido	51%
Probador inaccesible	43%

Se entiende por camilla accesible aquella en la que se puede regular su altura y de hecho la camilla no adaptada resulta ser un gran limitante a la hora de la consulta ginecológica.

“... me cuesta horrible subirme a la camilla para que me revisen. Es muy alta me cuesta horrores, mi ginecólogo igual es muy bien pero me dice que no hay otra”
(Mujer con discapacidad motriz).

El espacio reducido para la movilidad se debe a la cantidad de mobiliario en los consultorios y más cuando estos son pequeños.

En relación a la accesibilidad física que experimentan las mujeres con **discapacidad visual** siguen las principales dificultades:

No hay señales táctiles	100%
No hay señales audibles	89%
Ascensores sin señal audible cuando llega al piso en que la persona se encuentra	84%
Ascensores sin señal audible sobre los pisos que sube o baja	84%
Ascensores sin símbolos táctiles	84%
No existen símbolos que marquen que es adecuado a personas ciegas o de baja visión	79%
Pasillos con obstáculos que no se detectan con el bastón	79%
Espacio reducido de acuerdo a las necesidades de las mujeres	26%

Muchas destacaron otras barreras como escalones muy anchos y mal demarcados o números de consultorios escritos en las puertas que la usuaria no puede leer.

La falta de señalización reduce la autonomía de la mujer con discapacidad visual que se encuentra obligada a pedir ayuda para orientarse en el centro de salud. En los grupos focales surgieron experiencias de iniciativas puntuales de centros de salud en relación a la orientación. Se trataba de personal que las asistía conduciéndolas por la institución. Esta práctica fue considerada por las participantes como negativa, ya que entendían que garantizar la accesibilidad física en un centro de salud significa favorecer su libertad de movimiento en autonomía.

Las mujeres con **discapacidad auditiva** también encuentran dificultades en la accesibilidad física:

No existen símbolos que marquen que es adecuado para personas con sordera o con hipoacusia	81%
No hay señales luminosas o bien iluminadas	81%
Los ascensores no tienen símbolos visuales	31%

En lo que respecta a dificultades en la accesibilidad física a la hora de realizarse exámenes ginecológicos, aquellas que más se destacan por discapacidad son:

No hay indicadores numéricos gráficos que identifiquen el turno de consulta de la usuaria con <i>discapacidad auditiva</i>	93 %
Los instrumentos utilizados no se ajustan a las necesidades del cuerpo para las usuarias con <i>discapacidad motriz</i>	53%
La usuaria con <i>discapacidad motriz</i> no logra ajustarse a las posiciones que el personal de salud pauta de manera convencional en la realización de exámenes ginecológicos	53%
Los números para atenderse no están en braille o relieve o letra grande para las usuarias con <i>discapacidad visual</i>	94%

4.2 Dificultades detectadas en la accesibilidad a la información

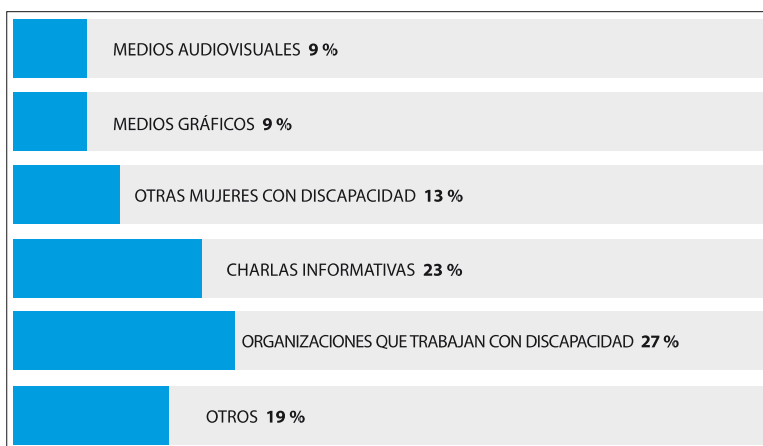
En su amplia mayoría **las mujeres con discapacidad no han recibido información general sobre salud sexual y reproductiva** (auditiva 69%, intelectual 30%, motriz 66%, psíquica 81%, visual 47%). Es interesante que respecto a las otras discapacidades solo el 30% de mujeres con discapacidad intelectual declara no haber recibido información. Lo cual podría explicarse ya que en su mayoría acuden a instituciones (diarias y residenciales) en las que se llevan a cabo actividades de educación sexual.

En caso hubieran recibido información se pidió que se describiera la situación.

El hecho de que la ocasión (27%) en donde la mayoría de las mujeres con discapacidad se informan sobre la salud sexual y reproductiva sea una organización que trabaja con la discapacidad, se debe a que en estas se tienen en cuenta las necesidades específicas y la accesibilidad adecuada en la información y comunicación. Por esta razón las organizaciones de personas con discapacidad representan un recurso a la hora de diseñar políticas inclusivas en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad.

Se identificaron tres ámbitos donde había problemas de accesibilidad a la información: sobre ITS/sida, anticoncepción y a la hora de la consulta y exámenes ginecológicos.

Gráfico 2. Porcentaje en donde recibieron la información sobre salud sexual y reproductiva las mujeres con discapacidad



Fuente: elaboración propia.

Cuadro 10. Distribución respuestas sobre tipo de dificultades en la recepción de información sobre ITS / sida

Dificultades	Auditiva	Intelectual	Motriz	Psíquica	Visual
El personal de salud no sabe contestar a las preguntas de la usuaria	-	14%	43%	43%	40%
La usuaria no tuvo tiempo de realizar más preguntas	33%	43%	57%	57%	80%
La información que le brindaron a la usuaria no satisface sus necesidades	33%	29%	36%	29%	80%
La cartelera no es accesible según las necesidades de la usuaria	-	-	29%	-	60%*
La usuaria no entendía lo que el personal de salud le explicaba	-	29%	-	100%	-
El personal de salud no conoce las necesidades de la usuaria	-	14%	-	29%	-
Los folletos no son accesibles ya que no están en braille, relieve o letra grande	-	-	-	-	40%
Los materiales que utilizan para mostrar cómo proceder —ejemplo uso del condón— la usuaria no lo podía ver	-	-	-	-	60%
Otros**	-	29%	7%	-	20%

Fuente: elaboración propia.

* Según necesidades de la usuaria son braille, relieve o letra grande.

** En *Otros* se destaca el papel brillante para mujeres con discapacidad visual en la folletería.

Las dificultades que más surgen al informarse sobre ITS/sida son la falta de tiempo a la hora de hacer preguntas al personal de salud sobre el tema y que la información brindada no satisface lo que las mujeres con discapacidad necesitan saber. Para las mujeres con discapacidad psíquica aparece como mayor dificultad el no entender lo que el personal de salud le explica al respecto y las dificultades en la comunicación como veremos más adelante. Estas dificultades responden a la falta de dispositivos que atiendan a disminuir las barreras en la comunicación y en la información, como por ejemplo la dificultad de las mujeres con discapacidad visual cuando se hace la demostración de cómo proceder con el uso del condón ya sea en forma oral o a través de folletería que no se encuentra en condiciones aptas para ser leídos por estas.

“Necesitaría folletos más grandes o con letra más grande y que me explicara y me hablara (el personal de los centros de salud) desde ahí y no que me explicara para concluir señalando en el folleto”... “Es mucho mejor una descripción y no que te digan “ah! mirá” (y señala)” (Mujer con discapacidad visual).

También se destaca que cuando la información es brindada de forma solamente oral a algunas mujeres con discapacidad psíquica se les dificulta mantener la atención o se olvidan rápidamente de la información.

Cuadro 11. Distribución respuestas sobre dificultades a la hora de recibir información sobre anticoncepción

Dificultades	Auditiva (73%)	Intelectual (90%)	Motriz (44%)	Psíquica (67%)	Visual (64%)
El personal de salud no sabe contestar a las preguntas de la usuaria	18%	-	15%	6%	27%
La usuaria no tuvo más tiempo de hacerle más preguntas al personal de salud	-	30%	38%	33%	27%
La información que le brindaron no satisface las necesidades de la usuaria	18%	10%	26%	17%	45%
El material gráfico que brindaron a la usuaria no estaba en braille, relieve o letra grande	-	-	-	-	36%
Otros	-	-	-	17%	9%

Fuente: elaboración propia.

Una consecuencia provocada por la falta de información accesible es el desconocimiento del por qué y para qué de determinados procedimientos clínicos.

Dice la intérprete: “Ella cuenta que la primera vez que realizó el PAP y le preguntó al médico para qué era y este le respondió que era para control y ella le preguntó control para qué y él le respondió: no se preocupe que yo sé” (Mujer con discapacidad auditiva).

Las principales dificultades a nivel general radican en que el personal de salud no explica paso a paso el procedimiento que están realizando, los instrumentos médicos que utilizan, el para qué y el por qué del examen. La misma dificultad experimentan las mujeres que en situación de discapacidad tuvieron hijos. En los exámenes y controles durante el embarazo: el 36% mujeres con discapacidad auditiva, el 100% mujeres con discapacidad intelectual, el 10% mujeres con discapacidad motriz, el 13% de las mujeres con discapacidad psíquica, y el 60% de las mujeres con discapacidad visual declararon haber tenido dificultades.

Otra dificultad planteada por las mujeres con discapacidad visual refiere a medicamentos que no tienen información en braille o letra grande.

Cuadro 12. Dificultades de acceso a la información sobre exámenes clínicos

Dificultades	Auditiva (88%)	Intelectual (78%)	Motriz (89%)	Psíquica (62%)	Visual (95%)
El personal de salud no explicaba paso a paso el procedimiento que estaban realizando	86%	50%	43%	54%	61%
No hay carteleras con suficiente información sobre días, horarios de procedimientos	79%	-	-	-	-
El personal de salud no conoce las necesidades de la usuaria	-	21%	53%	38%	61%
El personal de salud no orienta a la usuaria verbalmente hacia dónde se tiene que dirigir	-	-	-	-	67%
Otros*	7%	29%	4%	23%	17%

Fuente: elaboración propia.

* En cuanto a *Otros* destacamos, para las mujeres con discapacidad intelectual que cuando le explican verbalmente no logra acordarse.

4.3 Dificultades detectadas relacionadas en la accesibilidad comunicacional

Las mayores dificultades en la accesibilidad de la comunicación son enfrentadas por las mujeres con discapacidad auditiva, intelectual y psíquica.

El 56% de las usuarias con discapacidad auditiva no logra una comunicación efectiva y fluida con el personal de salud. **La necesidad prioritaria es la incorporación de un intérprete de Lengua de Señas Uruguaya en la atención en salud.** El 69% de las mujeres con discapacidad auditiva planteó esta dificultad. Inclusive una de las participantes no lograba una consulta de manera regular dado que no podía acceder a un intérprete de LSU.

Otros dispositivos planteados por las mujeres con discapacidad auditiva pierden eficacia a la hora de ser desarrollados, como por ejemplo escribir en un papel o leer los labios.

Dice la intérprete: *“Ella dice que va a el doctor, que no tiene como comunicarse, que trata de leer los labios, y el doctor dice que llame a algún pariente, y ella no tiene a veces alguien que la acompañe y entonces son como trabas que se ponen en el camino para lograr ir al médico”* (Mujer con discapacidad auditiva).

En algunos casos el personal de salud utiliza la escritura como forma de transmitir a la usuaria la información y comunicarse con ella. Esto se vuelve una dificultad ya que no todas las mujeres dominan la lectura, y es incluso agravado por la utilización de palabras “difíciles” (técnicas o científicas). Lo mismo sucede con la lectura de labios: no todas las mujeres dominan esta técnica, por lo que si el personal de salud habla demasiado rápido, y no articula los labios al hablar, se ve afectada la comunicación. También se destaca la falta de autonomía de la usuaria ya que muchas veces necesita de un acompañante en la consulta que domine la oralidad. A su vez, esta forma naturalizada en la mayoría de los casos por parte de las mujeres y del personal de salud, trae como consecuencia otra dificultad muy común en lo actitudinal que se da cuando el personal de salud se dirige al acompañante de la usuaria y no a ella misma.

Las principales dificultades en la comunicación para las mujeres con discapacidad intelectual tienen que ver con que muchas veces el médico/a utiliza un vocabulario demasiado técnico o científico, *“palabras raras”* que las mujeres con este tipo de discapacidad muchas veces no logran comprender.

Las mujeres con discapacidad intelectual perciben que, la mayoría de las veces que van acompañadas a consulta, el médico se dirige al acompañante. Ellas perciben que esto tiene que ver con la creencia errónea que tiene el médico que las mujeres no entienden absolutamente nada o no lograrán comprender. Ellas plantean que sí comprenden, los obstáculos radican en la complejidad de la comunicación utilizada. Por ejemplo en este caso una buena práctica es la utilización de un vocabulario sencillo y claro.

Esto mismo le sucede a las mujeres con discapacidad psíquica, que enfrentan dificultades en el entendimiento por la forma de comunicación utilizada. A su vez en ellas influye la mayor o menor paciencia del personal de los centros de salud para la comunicación. Esto refiere a que en el caso de mujeres con discapacidad psíquica pueden presentar en su comportamiento mayores niveles de ansiedad respecto a las otras usuarias.

Datos significativos sobre falta de comunicación accesible para las mujeres con **discapacidad intelectual** son:

No logra una comunicación efectiva y fluida a la hora de recibir información sobre anticoncepción	30 %
La usuaria no entendió lo que el personal de salud le explicó en materia de anticoncepción	50%
No logra una comunicación efectiva y fluida a la hora de recibir información sobre ITS/sida	14 %
No logra una comunicación efectiva y fluida a la hora de realización de exámenes ginecológicos	57%

Para el caso de las mujeres con **discapacidad psíquica**:

No logra una comunicación efectiva y fluida a la hora de recibir información sobre anticoncepción	86%
La usuaria no entendió lo que el personal de salud le explicó en materia de anticoncepción	28%
No logra una comunicación efectiva y fluida a la hora de recibir información sobre ITS/sida	11%
No logra una comunicación efectiva y fluida a la hora de realización de exámenes ginecológicos	77%

4.4 Barreras actitudinales

“Siempre me preguntan si mantengo relaciones sexuales, a veces me queda la duda si pareciera que no estuviera previsto que las tenga” (Mujer con discapacidad motriz).

Se han identificado actitudes del personal de salud que limitan la autonomía y los derechos de las mujeres con discapacidad a la hora de atender a su salud sexual y reproductiva. Una de las barreras más relevante es aquella en la cual el personal de salud no se dirige a la usuaria con discapacidad sino a su acompañante. Esto sucede en particular para las mujeres con discapacidad intelectual y motriz. La persona que generalmente las acompaña para orientarlas, ayudarlas con la movilidad o persona de confianza (madre, hermana) se vuelven, en la instancia de consulta, el sujeto que consulta y no el acompañante. Esto implicaría un no reconocimiento de la usuaria con discapacidad como paciente que consulta por su salud.

Ellas perciben que esta actitud negativa la adopta tanto el personal médico como el personal administrativo. Algunos porcentajes que evidencian la dificultad: el 45% de las mujeres con discapacidad motriz, el 38% de las mujeres con discapacidad auditiva, el 58% de las mujeres con discapacidad visual, el 19% de las mujeres con discapacidad psíquica y el 44% de las mujeres con discapacidad intelectual.

“A veces tenés que ir acompañada, me pasa que voy con mi mamá al doctor y paso. Entonces mi madre —ya sabe que no la dejo hablar— y queda callada y me pasa que yo hablo y el doctor todo el tiempo le pregunta a ella. “¿Y usted señora?” Y yo sigo hablando y él le sigue preguntando. Es como si necesitara saber si ella está de acuerdo con lo que estoy diciendo. Y le dicen a ella: “¡Ay, cómo habla, cómo se expresa!” —refiriéndose a la participante— El que más conoce la historia de uno es uno mismo ¿no?... Yo me siento mal, soy yo la que me atiendo” (Mujer con discapacidad motriz).

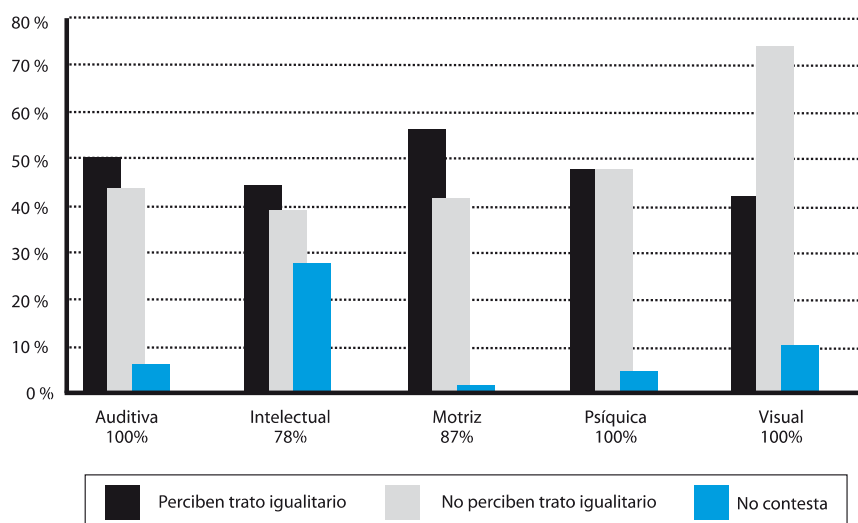
Otra barrera actitudinal que se presenta como una dificultad para las mujeres con discapacidad refiere a que el personal de salud las trata como si no entendieran las cosas, no importa qué tipo de discapacidad tengan. Esto sucede para el 53% de las mujeres con discapacidad visual, para el 56% de las mujeres con discapacidad auditiva y el 43% de las mujeres con discapacidad motriz.

El miedo hacia las mujeres con discapacidad del personal de salud es otra barrera actitudinal a la hora de su asistencia a los servicios de salud.

Para finalizar se preguntó si las mujeres perciben un trato diferenciado respecto a las mujeres que no tienen discapacidad. Los porcentajes no son muy significativos a parte por las mujeres con discapacidad visual que en su mayoría declaran percibir esta diferencia en el trato.

“Es que en realidad no tengo como comparar por lo general es bueno, es más hasta es más cariñoso” (Mujer con discapacidad visual).

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres que perciben trato igualitario o no igualitario al resto de las mujeres sin discapacidad



Fuente: elaboración propia.

Interesante son los datos a propósito de las posibles causas que generan esta actitud que se enumeran en el siguiente cuadro:

Cuadro 13. Posibles causas de trato diferenciado en mujeres con discapacidad que declararon haber recibido un trato diferenciado

Dificultades	Auditiva (100%)	Intelectual (78%)	Motriz (87%)	Psíquica (100%)	Visual (100%)
El personal de salud no conoce las necesidades de las usuarias con discapacidad	44%	33%	38%	43%	47%
El personal de salud muestra miedo al atender a usuarias con discapacidad	13%	28%	28%	19%	21%
El personal de salud considera que las usuarias son seres asexuados	6%	22%	26%	10%	11%
El personal de salud es poco amable frente a las limitaciones de las usuarias con discapacidad	19%	28%	25%	24%	16%
El personal de salud sobreprotege a las usuarias con discapacidad	13%	22%	30%	10%	21%
El personal de salud habla con el acompañante de la usuaria y no con la usuaria misma	19%	22%	32%	19%	16%
Otros*	13%	-	23%	19%	21%

Fuente: elaboración propia.

* En cuanto a *Otros* destaca la falta de información y capacitación del personal de salud en discapacidad, la percepción del personal de salud de las usuarias con discapacidad “como si tuvieran menor valor social”, el personal de salud percibe a la usuaria con discapacidad “como madre que va a fracasar en su función”.

Se evidencia que una de las presuntas causas es la falta de conocimiento de las necesidades de las mujeres con discapacidad por parte del personal de salud.

4.5 Opiniones para mejorar la calidad de atención

En general las mujeres con discapacidad reconocen la importancia del cuidado y de la salud sexual y reproductiva aunque no hablan en términos de derechos.

En los grupos surgieron algunas propuestas sobre cómo se puede mejorar la calidad de atención hacia mujeres con discapacidad. Entre ellas, mejorar la información sobre la discapacidad para el personal de salud también incorporándola en su formación.

Las mujeres con discapacidad intelectual proponen una acción conjunta con la familia: dejar que ellas puedan ir solas o entrar solas a la consulta ginecológica de modo que el

personal de salud se dirija a ellas y no a su acompañante. De esta manera se respetaría su privacidad garantizando su autonomía. Además traen como ejemplo que las organizaciones que trabajan con discapacidad utilizan materiales didácticos que les permite entender mejor. Esto podría ser un buen recurso a la hora de la consulta ginecológica.

Las mujeres con discapacidad psíquica hacen hincapié en la importancia del trato hacia ellas, y por eso consideran que el personal de salud y administrativo debiera tener una formación extra para tratar a las personas con discapacidad.

Otro aspecto a mejorar en relación a la comunicación del personal de salud es la utilización de un lenguaje sencillo evitando palabras “técnicas” o “frías”. Para las mujeres con discapacidad visual el personal de salud debiera proceder con explicaciones de tipo descriptivas.

Las mujeres con discapacidad auditiva, de forma unánime, reivindican la necesidad de que esté disponible un intérprete de LSU en los centros de salud. También traen como ejemplo instituciones públicas en donde existe un intérprete virtual a través de un monitor, lo cual podría ser un buen recurso. Sin embargo insisten que en el espacio de la consulta ginecológica deberían contar la presencia física de un intérprete.

Otra propuesta por parte del grupo de mujeres con discapacidad visual es que se incorpore algún tipo de protocolo que obligue al personal médico y administrativo que lea todo lo que esté escrito. Por ejemplo las órdenes médicas, las citas para horarios y las instrucciones de medicamentos. También proponen informarse sobre recomendaciones internacionales que se puedan aplicar en Uruguay para que laboratorios impriman en braille información en la caja de los medicamentos, al menos la información básica como la fecha de vencimiento.

5. Conclusiones

El panorama que emerge de esta investigación nos pone delante una situación preocupante: Las mujeres con discapacidad en Montevideo se enfrentan a barreras para poder acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Estas barreras (físicas, de comunicación, de información y actitudinales) generan una fuerte discriminación y una grave exclusión de estas mujeres, perpetuando así una clara violación de sus derechos humanos básicos.

Sin embargo la información recopilada, permite identificar los desafíos políticos para poder abordar y mejorar la situación en su complejidad y garantizar que los derechos de las mujeres con discapacidad sean respetados en su totalidad.

Estos desafíos incluyen:

Seguir generando datos

Durante todo el estudio se ha evidenciado una falta de información sobre las necesidades reales y concretas de las mujeres con discapacidad. Es necesario además conocer más de sus características socio-demográficas y entender sus diferencias según tipo de discapacidad. La escasez de información es causa de su constante invisibilización a la hora de pensar e implementar políticas públicas, tanto específicas como generales.

Es por esta razón que la producción, recopilación y explotación de información estadística sobre las personas con discapacidad, en general, y sobre mujeres con discapacidad, en particular, se convierte en un primer paso para afrontar una situación como la que se ha relevado durante este proyecto.

El hecho de que todavía no hay un sistema de certificación única de la discapacidad y de que no se haya constituido un registro único dificulta notablemente esta tarea. Al día de hoy cada institución certifica según su criterio y especialmente teniendo en cuenta los servicios que se brindan a partir de la certificación. Uno de los avances de la ley n° 18.651 es que prevé la creación de un órgano encargado de la certificación única de acuerdo a criterios de la CIF y la reorganización de un registro único. De lograrse, permitirá avanzar significativamente en esta dirección.

También el propio sistema de salud podría empezar a recopilar datos específicos sobre esta población en vistas a mejorar la calidad de los servicios ofrecidos. Actualmente los datos sobre cada persona con discapacidad se consignan en la historia clínica. Incluir una referencia en la historia clínica de cada paciente sobre sus limitaciones en cuestión de movilidad, de información y de comunicación, u organizar un cuestionario sobre satisfacción del usuario incluyendo indicadores sobre la accesibilidad representaría un avance importante en la implementación de dispositivos accesibles a la hora de la consulta ginecológica y otros servicios de salud.

Impulsar la implementación de las leyes existentes

En los últimos años se han realizados importantes avances normativos para la protección de los derechos de las personas con discapacidad en Uruguay. Han sido muy significativos, e incluyen la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas y la ley n° 18.651 de Protección Integral de las Personas con Discapacidad. En el ámbito de la salud las leyes de Salud Sexual y Reproductiva n° 18.446 y la ley de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud n° 18.335 hacen referencia a la diversidad de las personas y sus derechos de acceder a los servicios en igualdad de condiciones. Sin embargo quedan pendientes algunos deberes que exigen seguir avanzando para una mayor protección de estos derechos.

La ley n° 18.651 no ha sido reglamentada aún y esto dificulta su ejecución, sobre todo porque se hace necesario asignar recursos presupuestales que permitan el cumplimiento de lo que en ella se establece. Además la ley, a diferencia de la Convención, no incluye un enfoque específico de género. Esto se podría introducir en la reglamentación haciendo hincapié en la vulnerabilidad de niñas y mujeres con discapacidad.

La reglamentación de las dos leyes 18.446 y 18.335 es de reciente aprobación y hay que promover la implementación de las mismas sobre todo en lo que concierne la accesibilidad no sólo física, sino también en cuanto a información y comunicación.

Al mismo tiempo hay que evidenciar que en la reglamentación de la ley n° 18.426 se hace referencia a las personas con discapacidad como personas con capacidades diferentes. La forma de nombrar algo muestra el concepto que está detrás y afecta a las decisiones que se toman. Se nota aquí una diferencia importante en la concepción de la discapacidad respecto a la Convención y la ley n° 18.651, utilizando un término que se refiere al abordaje

médico de la discapacidad. Es importante en la implementación de la ley retomar el concepto social de la discapacidad para poder pensar en intervenciones más integrales, evitando promover prácticas y comportamientos discriminatorios.

Mejorar la accesibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva

Se ha evidenciado que las barreras que impiden a las mujeres con discapacidad atender su salud sexual y reproductiva tienen que ver con la accesibilidad física pero también con la accesibilidad comunicacional y de la información. Es importante aclarar que el concepto de accesibilidad es indivisible. Para que una mujer pueda ejercer sus derechos plenamente tiene que poder acceder en su totalidad a los servicios de salud sexual y reproductiva.

El acceso a los centros de salud se convierte en “una carrera de obstáculos” que las mujeres deben ir sorteando hasta el desgaste de sí mismas, lo que lleva a muchas de ellas a la total exclusión del sistema. Los obstáculos entre otros van desde transporte inaccesible, infraestructura inaccesible, falta de rampas y baños accesibles, falta de señalizaciones audibles, y/o visuales, pisos que no contemplan a mujeres con aparatos ortopédicos y falta de camillas y mamógrafos accesibles.

En cuanto a la información y comunicación, la mayoría de las mujeres denuncia una inexistencia de material gráfico accesible, en braille y letra grande, en lectura fácil, en formato audio descriptivo y para mujeres con discapacidad auditiva falta de intérpretes de Lengua de Señas Uruguaya (LSU).

Frente a una situación de este tipo es necesario pensar en asignar presupuestos para adaptar físicamente las estructuras e introducir dispositivos de comunicación e información accesibles adaptando la estructura a las normas vigentes.

Capacitar, formar y sensibilizar al personal de salud sobre las necesidades y derechos de las mujeres con discapacidad

Durante el trabajo de campo se pudo constatar que en los ámbitos de salud se considera a las personas con discapacidad como un grupo uniforme y monolítico. Pero la diversidad a la interna de las personas con discapacidad es enorme. Cada tipo de discapacidad tiene particularidades y necesidades diferentes. En la información recogida se ve que existe siempre una tendencia a reducir el tema a la discapacidad motriz (la más visible), y como consecuencia referirse sólo a la accesibilidad física olvidando la importancia de la accesibilidad a la información y la comunicación en caso de mujeres con otras discapacidades. Esto denota un real desconocimiento de la problemática por parte del personal de salud.

A esto se añade la existencia en la cultura común de falsas creencias y estereotipos sobre la sexualidad y funciones reproductivas de las mujeres con discapacidad. Todo esto se transforma fácilmente en barreras actitudinales de varios tipos desencadenando una serie de malas prácticas y discriminaciones que en muchos casos son prevenibles.

Aunque el entorno físico no sea accesible, la actitud correcta del personal de salud puede influir mucho sobre la calidad de atención recibida por las mujeres y el respeto de algunos de sus derechos básicos. Es aconsejable entonces por un lado, adoptar medidas específicas introduciendo conceptos sobre la discapacidad, la accesibilidad, los derechos, y el trato adecuado a las personas con discapacidad en los cursos de capacitación y formación dirigidos al personal de salud (administrativo y médico). Podría ser útil además conceder espacio curricular en ámbitos académicos como la Facultad de Medicina, Facultad de Enfermería o la Escuela de Parteras. Por otro lado se propone adoptar medidas transversales a nivel de programas y políticas de salud sexual y reproductiva visibilizando las mujeres con discapacidad (por ejemplo en la divulgación de materiales) como grupo vulnerable.

Trabajar con las mujeres con discapacidad para su empoderamiento

La situación de exclusión en la que se encuentran las mujeres con discapacidad se evidenció claramente en los resultados socios demográficos disponibles. Esta situación se ve agravada por el peso de los estereotipos, estigmas y prejuicios hacia ellas.

Esta situación de exclusión, junto a la falta de sensibilización y empoderamiento en torno a estos temas, hacen que las mujeres con discapacidad no se apropien de sus derechos como mujeres con discapacidad y sus derechos como usuarias del sistema de salud.

Aunque de ninguna manera se podría justificar un nivel de exclusión tal como el investigado en este ámbito, se puede afirmar que la invisibilidad de las mujeres con discapacidad se debe en parte también al hecho de que no tienen una voz. Las mujeres con discapacidad no están organizadas como colectivo capaz de reivindicar sus derechos y remarcar la importancia de un enfoque de género en las políticas de discapacidad y a su vez en las políticas de género la importancia de considerarlas como un grupo vulnerable específico, por sufrir doble discriminación.

Es entonces fundamental trabajar directamente con las mujeres con discapacidad, promover su salida del círculo de exclusión en el cual están encerradas, apoyarlas en su proceso de empoderamiento y brindarles herramientas y espacios de representación.

Además un constante diálogo y colaboración con la sociedad civil, en este caso organizaciones de y para personas con discapacidad asegura un mejor enfoque hacia los derechos y las necesidades de estas personas. Permite por un lado escuchar la voz³ de la población interesada y por otro buscar soluciones más adecuadas al resolver problemas específicos. Es por eso que todas las acciones propuestas tendrían que ser desarrolladas en colaboración con la sociedad civil. Es importante consultar a los representantes de las personas con discapacidad en todas las fases de la planificación, implementación y monitoreo de estas políticas y darles espacio real en la construcción de soluciones y propuestas. Conjuntamente se debería

3 La consigna del movimiento de las personas con discapacidad es *nada sobre nosotros sin nosotros*.

incentivar a que colaboren personas con discapacidad que trabajan en las estructuras de salud y en las mismas instituciones a cargo de la programación y planificación.

Estas conclusiones no tienen la presunción de ofrecer una solución al problema evidenciado durante esta investigación. Pero sí plantearlas como un desafío político, invitando a reflexionar sobre las causas que generan esta situación, posibles herramientas que se pueden implementar o que ya están a disposición para avanzar en la inclusión de las mujeres con discapacidad y garantizar un ejercicio pleno de sus derechos de salud sexual y reproductiva.

Bibliografía

- COMISIÓN NACIONAL DE SEGUIMIENTO MUJERES POR DEMOCRACIA, EQUIDAD Y CIUDADANÍA (2005). Uruguay y políticas en salud sexual y reproductiva. Una mirada de lo hecho para las acciones del futuro. Montevideo: CNS Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: Naciones Unidas.
- GONZÁLEZ RAMS, P. (2011). Las Mujeres con Discapacidad y sus Múltiples Desigualdades; un Colectivo todavía Invisibilizado en los Estados Latinoamericanos y en las Agencias de Cooperación Internacional. Congreso Internacional 1810-2010: 200 años Iberoamérica. Disponible en: <<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/53/26/47/PDF/AT19gonzales.pdf>>
- LONSDALE, S. (1994). Women and Disability. The Experience of Physical Disability Among Women. Segunda Edición. London: Mac Millan.
- LÓPEZ GÓMEZ A.; BENIA, W.; GÜIDA, C.; CONTERA, M. (2003). Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género-Facultad de Psicología, Udelar–UNFPA–Fundación Mexicana para la Salud.
- LÓPEZ GÓMEZ A. y ABRACINSKAS L., (2009). El debate social y político sobre la ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Montevideo: Cuadernos del UNFPA, Año 3, n.º 3.
- LÓPEZ GONZÁLEZ M., (2005) Discapacidad y Género. Estudio etnográfico sobre mujeres con discapacidad. España: Universidad de Córdoba.
- MORRIS, J. (1996). Encuentro con desconocidas: feminismo y discapacidad. Madrid: Editorial Narcea.
- OBSERVATORIO NACIONAL EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY (2009), Informe 2009. Montevideo: Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva en Uruguay.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud (CIF). Ginebra: Naciones Unidas.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS, (2009) Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities guidance note. Nueva York: Naciones Unidas.

UNIDAD DE INTEGRACIÓN TEMÁTICA POR EJES TRANSVERSALES, DPES/DIGESE/MSP, (2010), documento de trabajo "Inclusión de Género en Políticas de Salud", disponible en: <http://www.msp.gub.uy/uc_4566_1.html>

UNIDAD DE SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DE MIDES (2006). Estudio sobre la Población Discapacitada y sobre la población discapacitada en situación de pobreza y pobreza extrema. Montevideo: Documento borrador

Referencias normativas

Naciones Unidas

Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad, 2006.

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1979.

Planes y leyes, nacionales y departamentales

Primer Plan Nacional de Igualdad y Oportunidades. 2007-2011. Ministerio De Desarrollo Social.

Segundo Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre Mujeres y Varones 2007-2010.

Intendencia Municipal de Montevideo

Ley N° 18.335, (2008). Pacientes y usuarios de los servicios de salud.

Ley N° 18.426, (2008). Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Ley N° 18.211, (2007). Sistema nacional integrado de salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.

Ley N°18.651, (2010). Protección Integral de personas con discapacidad.

Decreto Reglamentario ley N° 18.426, 30 de setiembre de 2010, Ministerio de Salud Pública.

Decreto Reglamentario de la ley N° 18.335, 8 de setiembre de 2010, Ministerio de Salud Pública.

Otro material de interés

MAXWELL J., WATTS BELSER J. y DARLENA D. (2009), *Un manual de salud para mujeres con discapacidad*. California: Hesperian

WOMEN WACTH (2010), Women with disabilities fact sheet. Disponible en: <<http://www.un.org/womenwatch/enable/>>

En un contexto nacional de avances significativos en tema de protección de los derechos de las personas con discapacidad, de los derechos de los usuarios/as de salud y en particular de los derechos de salud sexual y reproductiva donde se promueve un acceso igualitario y sin discriminación a los servicios de salud, este informe plantea una situación en la cual las barreras en el acceso a los servicios de salud generan una exclusión y una discriminación grave de las mujeres con discapacidad, perpetuando una clara violación de sus derechos humanos básicos.

Basado en un doble análisis, desde la perspectiva del sistema de salud (entrevistas abiertas a responsables de políticas y programas, entrevistas semi-estructuradas con personal de 9 centros de salud y observaciones pautadas sobre accesibilidad) y desde la vivencia de las mujeres con discapacidad (grupos focales y entrevistas cerradas a una muestra de 140 mujeres) este estudio abre el camino a un importante desafío político.



Montevideo
Discapacidad



Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad
de Género y el Empoderamiento de las Mujeres