



COCEMFE

Confederación Española de Personas
con Discapacidad Física y Orgánica

Manual básico sobre género y discapacidad



Índice de contenidos

Lista de acrónimos	4
Presentación	5
1. Introducción	6
2. Discapacidad	8
2.1. Conceptos básicos	8
2.1.1. ¿Qué terminología se debe utilizar?	9
2.1.2 Categorías de la discapacidad	10
2.2. Breve historia de la discapacidad y sus modelos teóricos	11
3. De las declaraciones de derechos al compromiso activista	16
3.1. Reconocimiento legal de derechos	16
3.1.1. Los derechos de las personas con discapacidad en el sistema de Naciones Unidas	17
3.1.2. Los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito europeo	21
3.1.3 Los derechos de las personas con discapacidad en el sistema español	24
3.2. El movimiento asociativo de la discapacidad	25
3.3. Movimiento feminista y Derechos Humanos de las Mujeres con discapacidad	26
3.3.1. El recorrido en el Estado Español	33
4. Género y discapacidad	38
4.1. El sistema sexo-género y otros conceptos relacionados	38
4.2. Transversalidad de género	40
4.3. La teoría de la interseccionalidad como herramienta de análisis	42
4.3.1. Modelo o enfoque de género y discapacidad	45

5. Las mujeres y niñas con discapacidad en España	48
5.1. Ejes de especial relevancia	50
5.1.1. Accesibilidad en clave de género	50
5.1.2. Derechos Sexuales y Reproductivos	58
5.1.3. Salud	64
5.1.4. Empleo	69
5.1.5. Pobreza	75
5.2. Violencias hacia las mujeres y niñas con discapacidad	78
5.2.1. Concepto y tipos: ¿cómo reconocerla?	79
5.2.2. La atención en situaciones de violencia	85
6. Hacia el empoderamiento y la plena participación	88
7. Glosario	92
Referencias bibliográficas	96
Créditos	99

Lista de Acrónimos

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

CEDAW: Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (siglas en inglés).

CEMUDIS: Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad.

CERMI: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

COCEMFE: Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica.

DDHH: Derechos Humanos.

DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

MCD: Mujeres con Discapacidad.

NU: Naciones Unidas.

ODF: Observatorio de la Discapacidad Física.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización no Gubernamental.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PCD: Personas con Discapacidad.

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación.

UE: Unión Europea.

Presentación

“Para COCEMFE y su Movimiento Asociativo es un objetivo fundamental la igualdad de género y la plena participación de mujeres y hombres en todos los ámbitos de la sociedad. Para cumplir con el Objetivo de Desarrollo Sostenible de igualdad de género (ODS 5), es imprescindible acabar con la discriminación y la vulneración de derechos sociales, económicos, civiles y políticos a las que se enfrentan las mujeres y niñas con discapacidad. Esperamos que este manual sirva de utilidad como material divulgativo, de sensibilización y formación, para todas las personas que estén interesadas tanto a nivel profesional como personal, en aproximarse y dar visibilidad a la situación de las mujeres y niñas con discapacidad y contribuir a la defensa de sus derechos para alcanzar la plena inclusión y su participación activa”.

Anxo Queiruga Vila

Presidente de COCEMFE



1. Introducción

Hoy en día nadie niega la necesidad de trabajar desde la perspectiva de género en todos los ámbitos de la vida, tal y como reconocen políticas y convenios internacionales a todos los niveles. Sin embargo, siguen existiendo grandes lagunas que impiden la obtención de datos y la elaboración de análisis adecuados para dar respuesta a las múltiples discriminaciones que muchas mujeres y niñas con discapacidad viven aún en su realidad cotidiana.

Este manual pretende ahondar en esa realidad, abordándola desde una mirada feminista que utiliza las variables de género y discapacidad como categorías de análisis. Proponemos un modelo o enfoque interseccional que conjugue la **construcción social de la discapacidad** con la **construcción social del género** para desvelar las inequidades específicas que atraviesan los cuerpos y vivencias de mujeres y niñas con discapacidad en diferentes esferas de la vida. El objetivo es doble: visibilizar las relaciones de poder que subyacen a las barreras que éstas enfrentan y proponer nuevos enfoques, basados en el empoderamiento y la participación, que terminen de enterrar las prácticas paternalistas que niegan la agencia y dignidad de las mujeres y niñas con discapacidad.

Para ello, el manual plantea el siguiente recorrido: Un primer epígrafe donde poner en común los conceptos básicos y enfoques principales en el abordaje de la discapacidad como punto de partida sobre el que aplicar una mirada feminista, que asuma la **defensa de un modelo crítico social sensible a las diferencias de género**. Establecidas estas bases, el siguiente epígrafe resume el recorrido de la lucha por los derechos de las personas con discapacidad, desde las primeras menciones legales a los últimos hitos del movimiento asociativo de la discapacidad en general, y de las mujeres con discapacidad en particular. Dejar constancia de este recorrido es indispensable para construir una **memoria histórica activista con capacidad de aprendizaje y de propuestas**, que se dota a sí misma de la legitimidad y el reconocimiento que merece por los logros conseguidos, pues la conquista de derechos siempre es resultado de años de trabajo y constancia (muchas veces invisible) de movimientos sociales y sociedad civil organizada, y, en este caso, de militancia feminista.

A partir de aquí, los siguientes epígrafes se centran, primero, en presentar una base teórica de género con los conceptos básicos necesarios para aplicar un **enfoque feminista y transversal** que permita poner luz y comprender mejor la realidad de mujeres y niñas con discapacidad, y segundo, en desgranar y ofrecer ejemplos y datos sobre esa realidad, para habilitar la creación de propuestas al respecto. Para ello, se han seleccionado **cinco ejes considerados de especial relevancia**, en concreto: Accesibilidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, Salud, Empleo y Pobreza. Para cada uno de ellos se ofrecen conceptos esenciales, datos y ejemplos que permiten poner luz sobre aspectos que, sin un adecuado análisis de género, podrían quedar invisibilizados y por tanto no abordados, perpetuando la desigualdad estructural que sostiene las prácticas discriminatorias. Al final de cada uno de los ejes, y tras un brevísimo resumen que resalta algunas cuestiones relevantes sobre las que reflexionar, se facilitan vínculos a materiales complementarios con los que poder profundizar en cada tema.

La cuestión de la violencia de género, por su especial gravedad e importancia, merece un epígrafe propio, aparte de esos cinco ejes de especial relevancia. **La violencia de género, en cualquiera de sus formas, es una de las principales y más graves vulneraciones de derechos humanos que viven las mujeres y niñas con discapacidad**, quienes según todos los informes, tienen mayor probabilidad de sufrirla que el resto de mujeres. Las políticas al respecto, desde Naciones Unidas a las Estrategias a nivel europeo y nacional, ponen énfasis en la mayor vulnerabilidad de éstas a la violencia, instando a los gobiernos a desarrollar y aplicar políticas y herramientas específicas, comenzando por una adecuada educación e información para detectarla. Sin capacidad para profundizar en cada una de sus manifestaciones (y dejando fuera muchos aspectos relacionados con la misma), este manual pretende, al menos, describir las principales formas de la violencia contra las mujeres, sin perder de vista que todas ellas están interrelacionadas y sustentadas por un sistema de valores patriarcal que normaliza, invisibiliza y perpetúa su ejercicio.

Para alejarnos de la posibilidad de terminar la lectura del manual con una imagen que encasille a las mujeres y niñas con discapacidad en una posición únicamente de víctimas, el último epígrafe recupera la mirada de la que hablábamos al principio: una mirada *habilitadora*, basada en el reconocimiento y las propuestas de generar y visibilizar referentes dentro del propio colectivo. Un llamamiento al **trabajo en red orientado al empoderamiento y a la plena participación**, como requisitos fundamentales para el efectivo desarrollo de la agencia, dignidad y derechos de todas las mujeres y las niñas con discapacidad. Una mirada y una práctica que habiliten los cauces para un ejercicio pleno de ciudadanía donde ellas sean las verdaderas protagonistas de su vida.



2. Discapacidad

2.1. Conceptos básicos

A lo largo de los tiempos el concepto de discapacidad ha ido evolucionando y teniendo diferentes connotaciones, pasando de una visión negativa y de marginalidad, que entiende la discapacidad como un castigo divino o fruto de un pecado, hasta llegar a nuestros días, en pleno siglo XXI donde es latente un enfoque holístico centrado en la persona, desde una perspectiva global de Derechos Humanos tal y como recoge la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CPDP).

El 13 de diciembre de 2006 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, recogida en la Resolución A/RES/61/106. Con la Convención, las cuestiones sobre la discapacidad pasan a formar parte del Derecho Internacional dentro del Sistema Internacional de Protección y cubre ámbitos fundamentales como:

- La igualdad entre hombres y mujeres con discapacidad.
- La igualdad de oportunidades y la no discriminación.
- La accesibilidad universal.
- La libertad de movimiento.
- La salud.
- La educación.
- El empleo.
- La habilitación y rehabilitación.
- La participación en la vida política.



Asimismo, la CDPD en su artículo 1a establece que las personas con discapacidad son **“aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”**.

Así pues, a partir de la CDPD se conceptualiza un nuevo paradigma para el tratamiento de las personas con discapacidad, el **paradigma de la autonomía personal**. Este paradigma constituye un punto de inflexión en la historia del tratamiento de la discapacidad que prescribe un enfoque basado en los Derechos Humanos.

En lo que se refiere a los modelos, tanto el modelo social¹ como el modelo de la diversidad funcional, se centran en que el núcleo del análisis no está en la persona exclusivamente, sino que se incorpora la dimensión social. Son el entorno y las barreras existentes las que dificultan la inclusión social de la persona:

- De lo individual a lo social.
- Problema centrado en el entorno.
- Respuesta social: “rehabilitar” a la sociedad.

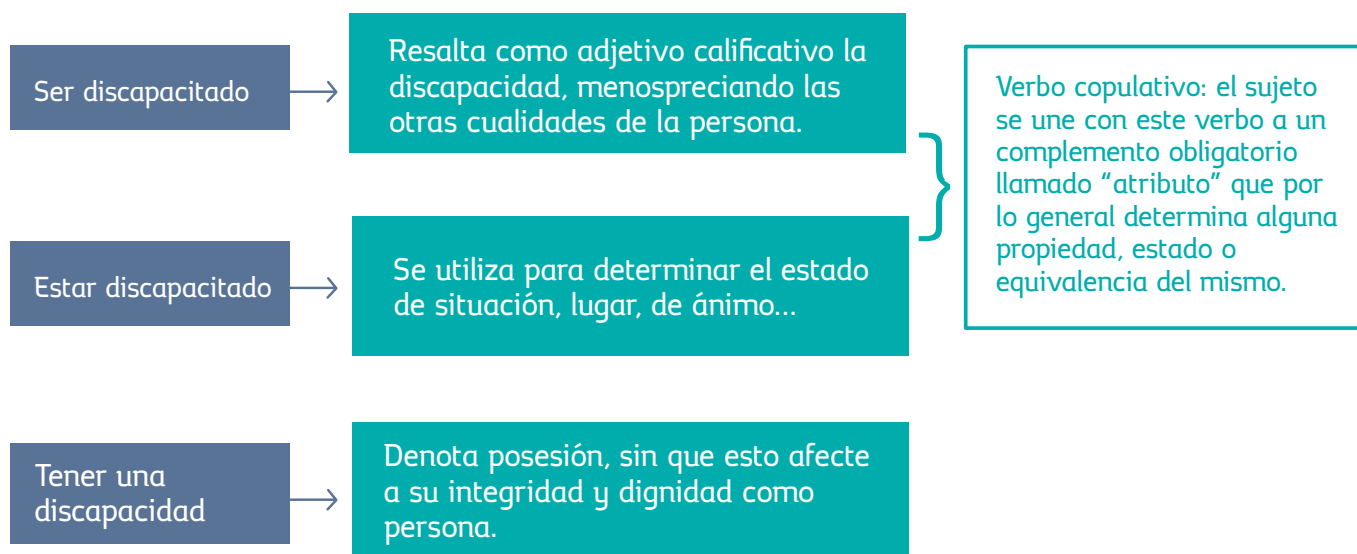
2.1.1. ¿Qué terminología se debe utilizar?²

Basándonos en un argumento legal y de protección jurídica, el término “persona con discapacidad” es por el que se reconocen los derechos a las personas con discapacidad en el marco legislativo internacional y español. Además, **“persona con discapacidad”** es el único término válido y admisible que contempla la CDPD, aprobada y ratificada por España.

Las organizaciones de personas con discapacidad argumentan que “las personas con discapacidad ante todo somos personas y no queremos que se nos etiquete”, puesto que ha quedado demostrado que nuestra discapacidad **no es una característica individual, sino una interacción entre nuestros factores personales y los factores ambientales, que al interactuar limitan nuestra participación en la sociedad**. Por otro lado, reconocer que somos “personas” y formamos parte de la familia humana nos iguala en dignidad con el resto de personas que conforman la Humanidad.

¹ Dependiendo de la interacción entre los factores personales del individuo y los factores ambientales de la sociedad, la persona con discapacidad tendrá mayor o menor oportunidad de participar en igualdad de condiciones que el resto de personas en su comunidad, por ende, tendrá un mayor o menor grado de inclusión social.

² Basado en la Guía sobre discapacidad y desarrollo, COCEMFE, 2013. Disponible [aquí](#).



La Discapacidad se puede entender como una característica identitaria parcial, no representa la totalidad.

2.1.2. Categorías de la discapacidad

COCEMFE distingue entre las siguientes categorías de discapacidad:

- La **discapacidad física**³ hace referencia a la disminución o ausencia de funciones motoras o físicas que, a su vez, repercute en el desenvolvimiento o forma de llevar a cabo determinadas actividades en una sociedad que presenta severas limitaciones y barreras. Por ello, las personas con discapacidad física encuentran dificultades en la realización de movimientos o en la manipulación de objetos y les puede afectar a otras áreas como el lenguaje.
- La **discapacidad orgánica** es aquella producida por la pérdida de funcionalidad de algunos sistemas corporales, que suelen relacionarse con los órganos internos o procesos fisiológicos, ya sea de forma congénita o adquirida.
- La **discapacidad visual**⁴ se refiere a condiciones caracterizadas por una limitación total o muy seria de la función visual.

³ Manual de Lenguaje Inclusivo (COCEMFE). Disponible [aquí](#).

⁴ Definición propuesta por la ONCE. Consultar [aquí](#).

- La **discapacidad auditiva**⁵ es consecuencia inmediata de la pérdida o anomalía de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo. Lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral.
- La **discapacidad intelectual**⁶ implica una serie de limitaciones en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder ante distintas situaciones y lugares. A las personas con discapacidad intelectual les cuestan más las habilidades sociales e intelectuales para actuar en diferentes situaciones.
- La **discapacidad por problemas de salud mental**⁷ se define a partir del trastorno mental entendido como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

2.2. Breve historia de la discapacidad y sus modelos teóricos

La evolución del concepto y el tratamiento que han recibido las personas con discapacidad a lo largo de la historia ha estado influido por la cultura, por las creencias, por el momento histórico y por la complejidad del modelo de sociedad de cada época. En otras palabras, **la discapacidad es una construcción social y en función de cuál sea el modelo de sociedad en la que la persona vive y se relaciona, el concepto de discapacidad puede variar.**

Si tuviéramos que situar en el tiempo el origen del **modelo social**, sería a partir de la segunda mitad del siglo XX y en especial a partir de los años setenta, cuando surgen los denominados “movimientos de derechos civiles” en Estados Unidos para reivindicar el acceso pleno a los derechos civiles y la igualdad ante la ley a los grupos que no los tenían, principalmente impulsados por la comunidad negra. En este escenario tiene su origen el Movimiento de Vida Independiente, concretamente cuando Ed Roberts, un alumno con discapacidad, accedió contra todo pronóstico por primera vez a la Universidad, para lo que tuvo que superar muchas barreras y obstáculos, así como romper con el patrón establecido, que daba por hecho que debido a su discapacidad nunca podría estudiar, ni aspirar a determinados proyectos vitales (como casarse, asistir a la universidad, u obtener un empleo). A pesar de dicho pronóstico, Roberts consiguió asistir al Colegio y posteriormente ingresar en la Universidad de California.

⁵ Definición propuesta por la FIAPAS. Consultar [aquí](#).

⁶ Definición propuesta por PLENA INCLUSIÓN. Consultar [aquí](#).

⁷ Definición propuesta por la Confederación de Salud Mental. Consultar [aquí](#).

Así pues, **el modelo social de la discapacidad sitúa los orígenes sociales de la discapacidad en la existencia de una sociedad organizada por y para personas que no tienen discapacidad.** La primera declaración clara y fundamentada del modelo social se atribuye a la UPIAS⁸, que adopta las definiciones diferenciadas de deficiencia y discapacidad. Mikel Oliver⁹ insistía en que la discapacidad debía generar autoestima y autoconfianza en las personas con discapacidad, en lugar de generar culpabilidad y vergüenza, ya que éstas van asociadas al modelo de tragedia. De esta forma Oliver quería fomentar un sentimiento de capacidad o “empoderamiento”, tanto personal como político.

A partir de estas premisas podemos establecer un hilo conductor sobre el abordaje de la discapacidad a lo largo de la historia, desde ese tratamiento en que se “prescinde” de las personas con discapacidad, ya sea eliminándolas o relegándolas a un plano marginal, del enfoque planteado desde la caridad y la beneficencia y de sociedades que abordan la discapacidad como una problemática individual que se debe resolver desde enfoques médicos y científicos o, como reclama el movimiento social de las personas con discapacidad, desde un enfoque social de derechos humanos.

El **Paradigma de la Prescindencia** conformado por el modelo eugenésico y el de marginación lo situamos entre la Antigüedad y la Edad Media, donde no existe la concepción de los derechos tal y como hoy los conocemos. Las personas con discapacidad no son consideradas al nacer propiamente “personas” y son eliminadas por suponer una carga para las familias, también por no ser útiles a los fines del estado, como en el caso de la polis de Esparta o una amenaza desde el punto de vista económico, ya que los recursos que se pudieran destinar a su supervivencia podrían representar que otras personas del entorno no tuvieran alimentos para sobrevivir. En ocasiones las personas nacidas con discapacidad eran “expuestas”, es decir abandonadas, y en tal caso su destino era morir o ser recogidas con diferentes fines, desde piadosos hasta su uso para la mendicidad, la esclavitud o la prostitución.

Desde el Modelo de la marginación, que surge en la antigüedad tardía, bajo la influencia del judeo-cristianismo, la discapacidad se consideraba una consecuencia de haber obrado mal o por haber pecado, por lo que las personas con discapacidad se encontraban insertas dentro del grupo de los pobres o los marginados, cuyo destino estaba marcado esencialmente por la exclusión; eran personas objeto de burla y diversión o bien un objeto pasivo de caridad. La respuesta social recaía en manos de instituciones religiosas, quienes proporcionaban cuidados bajo la beneficencia. La sociedad también respondía con el internamiento en instituciones segregadas del resto de la sociedad, desde las que se proporcionaba una atención mínima por caridad, pero no por justicia social.

⁸ El movimiento de vida independiente surgido en EEUU se afianzó en Gran Bretaña donde un grupo de personas con discapacidad fundó la denominada Unión de Impedidos Físicos contra la Segregación, UPIAS (siglas en inglés).

⁹ Michael Oliver (3 de febrero de 1945 - 2 de marzo de 2019) fue un académico, escritor y activista británico por los derechos de las personas con discapacidad, así mismo fue profesor emérito de Disability Studies en la Universidad de Greenwich.

En cuanto al **Paradigma Médico-Rehabilitador**, junto a un enfoque médico vinculado a la evolución de la ciencia de la medicina, también desarrolla un aspecto científico centrado en la rehabilitación de las personas con discapacidad. Así pues, aparece una corriente científica y social fuertemente influida por una interpretación tendenciosa del darwinismo de finales del siglo XIX, esto, junto al auge de pseudociencias racistas como la frenología o la fisiognimía, hace que la ciencia se plantee la eliminación de los caracteres que se consideran indeseables en las personas. La ciencia convencional considera que son portadores de genes defectuosos o que no cumplen con los estándares genéticos y biológicos establecidos dentro de los parámetros “normales” del resto de personas que no tiene discapacidad. Por tanto, se trata de una filosofía social que defiende la mejora de los rasgos hereditarios humanos mediante diversas formas de intervención manipulada y métodos selectivos de humanos: selección de los aptos para la reproducción, abortos y esterilizaciones forzadas, prohibición de matrimonios, limitaciones a la migración o eutanasia.

En el marco del modelo médico, como hemos señalado, hay un componente fuertemente centrado en la rehabilitación, que establece la centralidad de la enfermedad en la discapacidad, resaltando las deficiencias que cada individuo presenta y su inadecuación al entorno. De esta manera, la discapacidad es vista como una patología, donde la prevención y la rehabilitación son instrumentos fundamentales que permiten que el cuerpo humano adquiera mayor funcionalidad.

De esta forma, las consecuencias de la enfermedad definidas como discapacidad han sido interpretadas y clasificadas aplicando a ellas el modelo de enfermedad tradicionalmente utilizado en las ciencias de la salud. Así, se han desarrollado sistemas de clasificación y diferenciación de los déficits que, siguiendo los mismos principios que los utilizados en las clasificaciones de enfermedades, perseguían establecer la taxonomía de las discapacidades.

A partir de las últimas décadas del s. XX caracterizadas por el reconocimiento de los derechos sociales, se conceptualiza un nuevo paradigma sobre el tratamiento de la discapacidad basado en los Derechos Humanos. Por tanto, el **paradigma de la autonomía personal**, deja de lado las viejas concepciones y da paso a un enfoque de derechos humanos, liderado principalmente por las propias personas con discapacidad, con la finalidad de conseguir su inclusión de pleno derecho en la sociedad.

El paradigma de la autonomía personal constituye un punto de inflexión en la historia del tratamiento de la discapacidad que, a partir de ahora, deberá ser examinada desde un enfoque de Derechos Humanos; se considera que no es la persona, sino el entorno y las barreras existentes las que dificultan la inclusión social. Es la sociedad la que debe cambiar para ser inclusiva, la que debe ser “rehabilitada”.

Por tanto, como reacción al modelo medicalizado, en los últimos años del siglo XX, surge este nuevo modelo social de derechos humanos de la discapacidad, que sitúa en el entorno las causas que generan la discapacidad. El modelo social reconoce que la discapacidad es un concepto que está en constante evolución y, por ende, ya no se considera una característica física o un estado definitivo de la persona, sino el resultado de la interacción entre las personas con un déficit funcional y las barreras del entorno, las cuales evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. La discapacidad no es una “condición” del individuo, sino una “situación” frente a un entorno.

Desde este modelo se incide en que variables como el tiempo, el género, la edad, el contexto social y la economía como factores influyentes, siendo así que, la discapacidad puede ser modificada a través de factores personales (habilidades) y factores ambientales (productos, programas y servicios), dando como resultado un abordaje integral, en el que se incluyen tecnologías de apoyo orientadas a la autonomía personal, diseño universal de todos los espacios y servicios, así como un necesario cambio de actitud de la sociedad en general.

En suma, se propone una reestructuración de la sociedad con el objetivo último de erradicar prácticas que generan discriminación en las personas con discapacidad, colocándolas en el mismo plano que el sexismo, el racismo o el heterocentrismo.

Para saber más...



Puedes consultar el libro **“El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”**, de Agustina Palacios, 2008, disponible en [este enlace](#).



Puedes consultar el estudio **“El acceso a la condición de ciudadanía de las personas con discapacidad en España”**, CERMI, 2017, disponible en [este enlace](#).



3. De las declaraciones de derechos al compromiso activista

3.1. Reconocimiento legal de derechos

El recorrido para el reconocimiento legal de derechos de las personas con discapacidad (PCD), es resultado de décadas de lucha de la sociedad civil y de organizaciones que demandaban no sólo el reconocimiento en términos jurídicos y legales, sino cambios en los paradigmas y modelos de actuación.

“Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”

(ONU, 1948: Preámbulo)

El punto de partida fue la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (1948), que supuso el reconocimiento normativo de una nueva ética, basada en el concepto de dignidad universal, donde todos los seres humanos somos iguales por derecho, en virtud de nuestra igual humanidad¹⁰.

Pero el principal hito fue en los años 80, cuando Naciones Unidas introdujo el **modelo social** como parámetro de interpretación y aplicación de los instrumentos jurídicos de derechos humanos. Sin embargo, a pesar del indudable avance experimentado desde

entonces, muchos textos no han pasado de ser meras declaraciones de buenas intenciones, que han necesitado de la presión ejercida por las organizaciones sociales de personas con discapacidad para gozar de plena eficacia.



¹⁰ Urien Ortiz, 2010.

3.1.1. Los derechos de las personas con discapacidad en el sistema de Naciones Unidas

Aunque la Declaración Universal de los Derechos Humanos introdujo el concepto de igual dignidad de todas las personas, la comunidad internacional mantuvo durante mucho tiempo un enfoque exclusivamente médico sobre la discapacidad, centrándose en la prevención y la rehabilitación.

En la década de los 70, Naciones Unidas comienza a abordar el tema en el marco de la **asistencia social, el bienestar y los derechos humanos**. De esta época datan la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental de 1971 y la Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975, instrumentos que utilizan una terminología ya en desuso.

En 1976, se declara 1981 Año Internacional de la Personas con Discapacidad, año en que se formula el **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**, aprobado por la Asamblea General en 1982 en su Resolución 37/521. El Programa ponía el acento en la igualdad y en la plena participación de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida, sentando las bases del modelo social.

Al año siguiente se declaró la **Década de Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad**, a partir de la cual se celebra el 3 de diciembre como Día Internacional de las Personas con Discapacidad¹¹. El trabajo por la transformación del modelo de actuación durante esta década, resultó en la aprobación, en 1993, de las **Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**, probablemente el instrumento jurídico de mayor envergadura hasta entonces.

La discapacidad como eje transversal en Conferencias Internacionales

El carácter transversal de la discapacidad ha estado presente en las distintas Conferencias internacionales de Naciones Unidas, entre las que destacan: la Conferencia sobre Medio Ambiente de 1992, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de 1993, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, la Cumbre Mundial de Desarrollo Social de 1995, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, la Cumbre Habitat II de 1996, la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y otras formas de intolerancia relacionadas de 2001 y la II Conferencia Mundial sobre Envejecimiento de 2002.

¹¹ El objetivo de este día es promover los derechos y el bienestar de las personas con discapacidades en todos los ámbitos de la sociedad y el desarrollo, así como concienciar sobre su situación en todos los aspectos de la vida política, social, económica y cultural. <https://www.un.org/es/observances/day-of-persons-with-disabilities>.

El reconocimiento legal de derechos de las personas con discapacidad

Conf. de NU sobre Medio Ambiente.	—	1992
Conf. Mundial sobre DDHH.	—	1993
Conf. Int. sobre Población y Desarrollo.	—	1994
Cumbre Mundial de Desarrollo Social.	—	1995
Conf. Mundial sobre la Mujer.		
Cumbre Habitat II.	—	1996
Cumbre Mundial contra el Racismo, la discriminación y otras formas de intolerancia.	—	2001
II Conferencia Mundial sobre Envejecimiento.	—	2002

1948	—	Declaración Universal de los Derechos Humanos.
1961	—	Carta social Europea.
1971	—	Declaración de los Derechos del retrasado mental.
1975	—	Declaración de los impedidos.
1976	—	Declaran 1981 como Año Internacional de las Personas con Discapacidad.
1978	—	Constitución Española.
1982	—	Ley 13/82 de Integración Social de los Minusválidos. Plan de Acción Mundial para las PCD.
1983	—	Declaran la década de NU para las Personas con Discapacidad (1983 - 1992).
1989	—	Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales.
1992	—	Tratado de Maastricht + Protocolo sobre Política Social.
1993	—	Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las PCD.
1995	—	Resolución sobre los DDHH de los minusválidos.
1997	—	Plan de Acción para las PCD 1997-2002. Tratado de Ámsterdam.
2000	—	Declaración de Beijing sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el nuevo siglo. Carta de los Derechos Sociales Fundamentales de la Unión Europea.
2001	—	Resolución 6/115. Año Europeo de las Personas con Discapacidad + Plan de Acción Europeo de Igualdad de Op., para las PCD de la Comisión Europea, 2003 - 2010.
2003	—	Ley 51/03 de Igualdad de Op., no discriminación y accesibilidad universal de las PCD. Ley 41/03 de Patrimonio protegido de las PCD. Ley 53/02 de Empleo Público de Discapacitados.
2006	—	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
2010	—	Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010 - 2020.
2013	—	Ley Gral. de D ^{OS} de las PCD y su inclusión social.
2015	—	Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible + ODS.
2019	—	Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad.

- Relativo a Naciones Unidas
- Relativo a la Unión Europea
- Relativo al Estado Español

La década de los 2000 comenzó con la “Declaración de Beijing sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el nuevo siglo”, adoptada en la **Cumbre Mundial de Organizaciones no gubernamentales sobre Discapacidad**, donde se inició el proceso de elaboración de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad.

En el 2001 se dio un punto de inflexión en la incorporación del **enfoque de Derechos Humanos**: La Asamblea General de la ONU insta a todos los órganos y organizaciones relevantes del sistema de Naciones Unidas a trabajar conjuntamente en la promoción de los derechos de las PCD. Desde este momento, la discapacidad deja de estar circunscrita exclusivamente al ámbito del desarrollo social.

Con la CDPD, la comunidad internacional reconoce formalmente su derecho a que el mundo se ordene desde el punto de vista de su vida en virtud de su igual dignidad.

El proceso de discusión iniciado en el 2001, en el que destaca el papel de las mujeres con discapacidad por la integración del enfoque de género, culmina con la aprobación en 2006 de la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)**. Es importante entender que esta Convención no supone un tratado de ‘derechos especiales’ para ‘personas especiales’, sino una consecuencia lógica del proceso de generalización de todos derechos a todas las personas, que

el principio de igualdad universal conlleva¹². Su artículo 1 enuncia como propósito principal: “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto a su dignidad inherente” (ONU, 2006).



¹² Urien Ortiz, 2016.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030¹³

En el año 2015, en el marco de la celebración de la Cumbre de Desarrollo Sostenible, la Asamblea General aprueba el documento “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, que consolida un consenso global sobre el marco y la visión del mundo que se quiere construir por parte de todos los países.

La Agenda plantea 17 Objetivos con 169 metas que abarcan las esferas económica, social y ambiental, constituyendo *“un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad. Tiene por objeto fortalecer la paz universal dentro de un concepto más amplio de la libertad, (...) hacer realidad los DDHH de todas las personas y alcanzar la igualdad entre los géneros”*.

A diferencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), que no hacían referencia a las PCD, los ODS las mencionan de manera directa en 5 objetivos, además de contemplar la necesidad de datos desagregados sobre discapacidad para hacer seguimiento de su cumplimiento.

Por otro lado, la Agenda se refieren en numerosas ocasiones a personas “vulnerables” o en situación de riesgo, y utiliza explícitamente el término “inclusión” y sus variantes a lo largo del texto, sumado a un enfoque explícito de diversidad en 13 de los ODS.

El enfoque, que bebe del modelo asentado por la CDPD, es que las personas con discapacidad, como titulares de derechos y sujetos activos del desarrollo, participen activamente para alcanzar los ODS.

“Con sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible interdependientes, la Agenda 2030 se basa en el compromiso de no dejar a nadie atrás. Para lograr este objetivo, son necesarias la plena inclusión y la participación efectiva de las personas con discapacidad en la sociedad y el desarrollo”.

Ban Ki-Moon, ex Secretario General de las Naciones Unidas¹⁴.

¹³ Resumen elaborado a partir del documento ‘Objetivos de Desarrollo Sostenible y promoción de los derechos de las personas con discapacidad’. Colección CERMI nº79.

¹⁴ Texto completo del Comunicado, disponible [aquí](#).

Sobre las bases de la CDPD y los ODS, el 11 de junio de 2019 se lanzó la **Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad**¹⁵, donde las organizaciones del sistema de la ONU reafirman que la realización plena y completa de los derechos humanos de las personas con discapacidad es un componente inalienable, indisociable e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Su objetivo es facilitar la aplicación de la CDPD y otros instrumentos en materia de derechos humanos, y la consecución de los ODS. La Estrategia incluye políticas y un marco de rendición de cuentas, y establece puntos de referencia para valorar el progreso en la inclusión de las personas con discapacidad. Se basa en un enfoque de coordinación, interseccionalidad y “doble vía” (transversalidad en paralelo a acciones específicas).

3.1.2. Los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito europeo

En el sistema de la Unión Europea, el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad se ha producido principalmente a través de tres normas fundamentales: la Carta Social Europea (1961), la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales (1989) y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000).

La **Carta Social Europea**, aprobada en Turín 1961, establecía que toda persona *inválida*¹⁶ tiene derecho a la formación profesional y a la readaptación profesional y social, así como al apoyo para la elección de una profesión y el establecimiento de medidas adecuadas para la formación profesional y el establecimiento de servicios especiales para su contratación. Sin embargo, el alcance de esta normativa resultó ser muy limitado, al carecerse de mecanismos jurídicos enérgicos para garantizar su efectivo cumplimiento.

En el mismo sentido, la **Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales** de 1989, fijaba los grandes principios del modelo europeo de derecho laboral. Reconocía el derecho de las *personas minusválidas* a beneficiarse de medidas concretas para favorecer su integración profesional y social, referidas a la formación profesional, la ergonomía, la accesibilidad, la movilidad, los medios de transporte y la vivienda. Estos preceptos, aun permaneciendo vigentes, no han sido desarrollados suficientemente.

Por su parte, la **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** de 2000 es un compendio que reúne derechos civiles, políticos, económicos y sociales. Aborda explícitamente la igualdad y establece la prohibición de toda discriminación¹⁷, incluyendo la ejercida por discapacidad. Su artículo 26 se centra en las *personas discapacitadas*, reconociendo y respetando su derecho a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad.

¹⁵ Texto completo de la Estrategia disponible [aquí](#).

¹⁶ A lo largo del manual se utilizará la cursiva para los términos a los que se hace referencia textualmente y no cumplen con un lenguaje inclusivo aceptado por COCEMFE. Para más información, ver las pautas y recomendaciones sobre de lenguaje inclusivo, disponibles [aquí](#).

¹⁷ Art.21.1. “Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o decualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual”.

Aparte de estas tres Cartas, el Tratado de Maastricht de 1992, y más concretamente su **Protocolo sobre Política Social**, incluía como objetivos fundamentales la lucha contra las exclusiones, y en 1995, la **Resolución sobre los Derechos Humanos de los minusválidos** reconoce expresamente que las discriminaciones en razón de discapacidad de una persona constituyen una violación de derechos humanos.

Pero fue el **Tratado de Ámsterdam** de 1997 el que, más allá de reconocimientos, incluyó de manera expresa un artículo que establecía la base jurídica para luchar contra las discriminaciones.

El siguiente hito se da en el año 2003, “**Año Europeo de las personas con discapacidad**”, cuando la Comisión instaura un plan plurianual¹⁸, cuyo objetivo era integrar antes de 2010 la dimensión de la discapacidad en las políticas de la UE y desarrollar acciones concretas para mejorar la integración económica y social de la personas con discapacidad.

Además, existen también normas sectoriales que regulan de forma específica materias relacionadas con la discapacidad, entre las que destaca el Reglamento del Transporte Aéreo de 2006, pues constituye el primer texto de carácter vinculante centrado exclusivamente en la protección de los derechos de las personas con discapacidad.

La Unión Europea y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Unión Europea ratificó la CDPD el 23 de diciembre de 2010, convirtiéndose en el 97º Estado Parte de la misma. La ratificación tiene un carácter histórico y también simbólico, por tratarse de la primera Convención de Derechos Humanos a la que la UE se adhiere en su historia. Con ello, confirma sus competencias en todo lo relacionado con los DDHH.

La ratificación, además, conlleva la obligación de reportar al Comité de NNUU sobre la CDPD acerca del grado de implementación de la Convención por parte de la UE. Uno de los resultados más importantes de este esfuerzo de reporte ha sido la capacitación del movimiento organizado europeo de personas con discapacidad, que ha conseguido un mayor grado de información, un acercamiento entre organizaciones y, por último, un fortalecimiento de la capacidad técnica para la formulación de sus propuestas dentro del sistema Europeo¹⁹.

¹⁸ Plan de Acción Europeo de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad de la Comisión Europea, 2003-2010.

¹⁹ Cabra de Luna y Güelmes Pedraza, 2016. En CERMI y Fundación Derecho y Discapacidad, 2016.

El mismo año que ratificaba la CDPD, la UE aprobaba la **Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020**²⁰, orientada a la supresión de barreras y al empoderamiento de personas con discapacidad a través de ocho áreas prioritarias de acción: accesibilidad, participación, igualdad, empleo, educación y formación, protección social, salud y acción exterior.

Sin embargo, desde la sociedad civil se critica que esta Estrategia es insuficiente para dar respuesta a las recomendaciones del Comité de la Convención, porque carece de recursos y depende de una sola institución, la Comisión Europea. En este sentido, todavía no se han desarrollado todas las posibilidades que puede desplegar el potencial de cambio y de transformación de la CDPD. Para ello, la UE aún debe desarrollar un plan transversal que dé efectiva respuesta al mismo.

En cuanto a los **Programas de Acción** ejecutados en estas décadas, destaca el Programa HELIOS, vigente de 1988 a 1991, con el objetivo de promover una plataforma de cooperación entre los Estados miembros y estimular el intercambio. Su segunda parte, el programa HELIOS II (1991-1996), destacó por incluir la participación de las ONG, lo que dio lugar a la creación de un órgano consultivo de la Comisión, el Foro Europeo de la Discapacidad, en cuyo seno, además, se estableció de manera permanente un Comité de Mujeres.

Esta iniciativa fue sustituida por EQUAL, que abordó los problemas de acceso a la formación y el empleo. Posteriormente, el programa PROGRESS para el empleo y la solidaridad social tuvo un periodo de vigencia de 2007 a 2013, tras el cual la UE creó el programa para el Empleo y la Innovación Social EaSI, reuniendo en un sólo instrumento tres programas (PROGRESS, EURES y Microfinanciación Progress). Vigente de 2014 a 2020, el objeto de EaSI es promover un empleo de calidad y sostenible, a través de actuaciones en el ámbito del empleo, los asuntos sociales y la inclusión.

Con todo, uno de los grandes problemas de la UE es la disparidad en la aplicación de la legislación de la UE a nivel nacional. Las diferencias en los derechos de las PCD dependiendo del país donde residan son todavía importantes y uno de los principales retos para la próxima década.



²⁰ Texto completo de la Estrategia disponible [aquí](#).

3.1.3. Los derechos de las personas con discapacidad en el sistema español

La **Constitución de 1978** consagró a nuestro país como un estado social y democrático de derecho, en el que los poderes públicos deben promover las condiciones para que la libertad y la igualdad sean reales y efectivas, así como remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de toda la ciudadanía en la vida política, económica, cultural y social.

Su art. 14 reconoce el principio de igualdad, y el art. 49 prevé políticas de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los *disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos*, amparándolos especialmente para el disfrute de sus derechos fundamentales.

Para darle cumplimiento, se promulgó la **Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)**, que significó un avance importante en la mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad, pero cuyo cumplimiento enfrentó obstáculos, al coincidir con la nueva distribución de competencias administrativas establecida en los Estatutos de Autonomía.

“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

**Art.14, Título I
CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA**

No obstante, en la década de los 80 hubo un gran desarrollo reglamentario, que se completó en los 90 con políticas activas de empleo y un mayor protagonismo de las organizaciones dedicadas a la discapacidad. Ejemplo de ello es el **Acuerdo adoptado entre el Gobierno y el CERMI en 1997** en favor de la reactivación de la formación y el empleo, firmado como consecuencia de la línea básica del **Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 1997-2002**. El acuerdo marcó un importante hito en las relaciones entre el Gobierno y el movimiento asociativo de las personas con discapacidad, constituyendo un referente a seguir en Europa.

Los Planes de Acción sobre PCD del Gobierno Español

Al I Plan de Acción de 1997-2002 le siguieron:

- II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (2003-2007).
- III Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (2009-2012).
- Estrategia Española sobre Discapacidad (2012-2020) y Plan de Acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad (2014-2020).

Durante el Año Europeo de la Personas con Discapacidad, se aprobaron la Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), la Ley 41/2003 de patrimonio protegido de las personas con discapacidad, y la Ley 53/2003 sobre Empleo Público de Discapacitados.

Pero sin duda, la norma que más impacto produjo fue la **Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia** que estableció un nuevo sistema de baremación de dichas situaciones y prestaciones de diversa índole.

Posteriormente, el gobierno hacía una adaptación normativa a la CDPD con la Ley 26/2011, y dos años después la **Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social** de 2013, refundía y armonizaba en un único texto las principales leyes en materia de discapacidad de los últimos años²¹. A pesar de que la ley supuso un avance al reforzar la consideración especial de discriminación múltiple, su aplicación y desarrollo sigue encontrando lagunas, como la falta de aprobación del Reglamento de Accesibilidad universal a bienes y servicios²².

3.2. El movimiento asociativo de la discapacidad

Este recorrido legal es indisociable del trabajo de la sociedad civil organizada, de larga trayectoria en el ámbito de la discapacidad. La consolidación de un tejido asociativo amplio y plural, es una de las estrategias que ha mostrado mayor capacidad para la consecución de cambios sociales y la conquista de derechos. Es este tejido de asociaciones, federaciones y movimientos sociales, el que ejerce la labor de exigir el cumplimiento y desarrollo de los derechos de las personas con discapacidad en tanto derechos humanos.

A nivel europeo, la organización más importante en este ámbito es el **Foro Europeo de la Discapacidad**. Creado en 1996 en Bruselas por organizaciones de personas con discapacidad, constituye una voz independiente que representa y defiende los intereses de más de 40 millones de personas.

En España comienzan a organizarse las primeras asociaciones de PCD alrededor de los años 30, en un principio con carácter asistencialista, aunque poco a poco incorporando nuevos enfoques y actitudes hacia la discapacidad. Entre ellas está la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). En 1980 se constituye la Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España (CEMFE), que hoy es la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE).

²¹ En concreto: la Ley 13/1982 de integración social de las personas con discapacidad (LISMI), la Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), y la Ley 49/2007 de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las PCD.

²² Noticia de marzo de 2019: [‘El Tribunal Supremo da la razón al CERMI y obliga al Gobierno a aprobar ya el reglamento de accesibilidad universal a bienes y servicios’](#).

La organización que cierra el tejido asociativo de todo el estado es el **Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)**²³ que aglutina a organizaciones de personas con todo tipo de discapacidades representando a más de 3,8 millones de personas con discapacidad.

3.3. Movimiento feminista y Derechos Humanos de las Mujeres con Discapacidad

Las mujeres con discapacidad (MCD) han sido parte activa del movimiento de personas con discapacidad desde sus inicios, aunque su contribución no siempre ha sido visible, bien por estar alejadas de los cargos de toma de decisiones, bien porque su papel se ha invisibilizado.

“Teniendo en cuenta que hablamos de un sector que está formado por mujeres en un 60%, entendíamos que el ámbito de los derechos de las mujeres era fundamental para hacer valer el principio global de la diversidad humana”

Ana Peláez

Miembro del Comité de la CDPD y de la CEDAW

Por eso vieron la necesidad de organizarse activamente para garantizar un espacio propio de reflexión, concienciación y activismo, sobre todo a partir de la eclosión de nuevos movimientos feministas y de la Conferencia y Plataforma de Acción de Beijing en 1995.

En este sentido, el movimiento feminista de MCD es un ejemplo de cómo la lucha social es indispensable para el desarrollo normativo y reconocimiento de derechos, especialmente cuando atañen a las mujeres. Gracias a esta lucha, hoy la comunidad internacional reconoce que la perspectiva de género y el empoderamiento de las mujeres con discapacidad son condiciones necesarias para lograr la igualdad en el disfrute de todos los derechos humanos y el desarrollo para todas las personas.

El inicio de este recorrido podemos situarlo la I Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en México en 1975, que dio pie a la ‘Década de la Mujer’. El más importante resultado de esos años fue la **Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)**, de 1979. Si bien la Convención no contiene referencias específicas a mujeres con discapacidad, actualmente se realiza una interpretación armónica de su articulado con los preceptos contenidos en la CDPD. Además, el Comité de las NU para la CEDAW, le pide a los países firmantes que brinden información sobre mujeres con discapacidad en sus reportes periódicos.

A partir de aquí, diversos instrumentos comienzan a reconocer las discriminaciones específicas de las mujeres y niñas con discapacidad, como el Plan de Acción Mundial para las personas con discapacidad de 1982, que destacó los obstáculos sociales, culturales y económicos que

²³ <https://www.cermi.es/es>

inciden en la salud de las mujeres con discapacidad y reconoció que éstas enfrentan barreras en el acceso a la sanidad, educación profesional y empleo.

La década de los 90, que comenzó con el **Seminario de Expertos de Naciones Unidas sobre Mujeres con Discapacidad**, supuso un impulso definitivo a la lucha por los derechos de las MCD. En 1993, las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades de las PCD mencionaron expresamente el principio de Igualdad y aludían específicamente a mujeres y niñas con discapacidad, instando a la eliminación de todas las formas de discriminación contra ellas. Un año más tarde, la Declaración sobre esterilización y aborto sin consentimiento del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirmaba que tanto la esterilización de MCD como la realización de un aborto sin consentimiento previo, son violaciones graves de sus Derechos Humanos.

Pero el verdadero punto de inflexión se dio en 1995, con la **IV Conferencia Mundial sobre la Mujer** y Plataforma de Acción de Beijing²⁴. La afluencia masiva y presión de mujeres y organizaciones feministas de todo el mundo, consiguió que la comunidad internacional negociara y asumiera como propios los compromisos con la igualdad de género, la paz y el empoderamiento de todas las mujeres. En su Declaración, se reconoce la discapacidad como una barrera para la plena igualdad y disfrute de los DDHH e identifica acciones específicas que los gobiernos deberían llevar a cabo para asegurar el empoderamiento de las mujeres con discapacidad en diferentes áreas. Es a partir de aquí que empieza a plasmarse en la agenda política feminista un *modelo crítico social*, pues el modelo social seguía sin tener en cuenta la experiencia específica de las mujeres y niñas con discapacidad.



²⁴ <https://beijing20.unwomen.org/es/about>

Movimiento feminista y reconocimiento de derechos de las mujeres con discapacidad

- Relativo a Naciones Unidas
- Relativo a la Unión Europea
- Relativo al Estado Español

- Associació Dones No Estàndards de Catalunya. — 1995
- As. Regional Andaluza de Mujeres Sordas ARAMUS. Comisión de la Mujer. — 1997
- CERMI. — 2000
- Asoc. para la Promoción de la MCD LUNA (hoy FAMDISA). — 2000
- AMDAS LA FONTE. Asociación autonómica asturiana de MCD. — 2001
- I Plan Integral de Acción para MCD 2005 - 2008. — 2005
- Asociación Mujeres en Movimiento Valencia. Federación de MCD LUNA Castilla la Mancha. Federación de Asoc. LUNA Andalucía. — 2007
- Conf. Estatal de Mujeres con Discapacidad. — 2009
- Asoc. de MCD de Galicia. ACADAR. — 2010
- Asoc. de MCD de Palencia AMUDIS. — 2010
- As. Aragonesa de MCD Amanixer. — 2012
- As. Extremeña de MCD (AEMDI). — 2012
- Fundación CERMI Mujeres. As. de MCD de la Región de Murcia Más Mujer. — 2014

- Años 60 — Inicio de I tercera Ola del Feminismo.
- 1975 — I Conferencia Mundial sobre la Mujer, México + Año Internacional de la mujer.
- 1979 — **Conv. para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).**
- 1982 — Plan de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. | Reconoce barreras específicas.
- 1989 — Resolución sobre la situación social de las Mujeres Disminuidas.
- 1990 — Seminario de Expertos sobre Mujeres con Discapacidad. Conferencia Mundial de DDHH.
- 1993 — Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las PCD. | Hace mención expresa a mujeres y niñas.
- 1994 — Declaración sobre esterilización y aborto sin consentimiento, Comité de D^{OS} Económicos, Sociales y Culturales.
- 1995 — **IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing.**
- 1997 — Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad de Europa.
- 2000 — Declaración de Beijing sobre los Derechos de las PCD en el nuevo siglo. | Reconocimiento expreso como grupo más vulnerable y marginado.
- 2003 — Plan de Acción Europeo de Igualdad de Oportunidades para las PCD 2003 - 2010. **Ley 51/2003 - LIONDAU.** | Reconoce mayor vulnerabilidad. | Reconocimiento de la discriminación múltiple.
- 2004 — Resolución sobre los DDHH de las mujeres y niñas con discapacidad y de las madres de menores con discapacidad. **L.O. 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.**
- 2006 — **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** **Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.** **Plan de Acción para las MCD 2007.** | Incluye artículos específicos sobre mujeres y niñas. | Transversalización de Género incluida como principio.
- 2007 — **Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.** | Contempla una especial consideración a mujeres con discapacidad.
- 2011 — Pacto por la Igualdad de Género 2011 - 2020. II Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad de Europa.
- 2013 — **Estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer 2013 - 2016.** | Incluye medidas específicas para MCD.
- 2015 — Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible + ODS. | Género y Discapacidad como ejes transversales. Resoluciones de la AG de 2016, 2017, 2018.
- 2019 — Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad. | Enfoque interseccional, de género y empoderamiento.

En el año 2000, la Declaración sobre los Derechos de las personas con discapacidad en el nuevo siglo se refirió a las mujeres y las niñas con discapacidad como el grupo social más invisible y marginado de los sectores menos favorecidos. Pero a pesar de esto, en la negociación de la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** de 2006, hubo una férrea oposición de varias delegaciones internacionales a la introducción de la transversalidad de género en el articulado del texto, un escollo que hubo que salvar para garantizar que, al menos sobre el papel, las niñas y mujeres con discapacidad vieran reconocidos sus derechos. Este objetivo se consiguió solo en parte ya que, aun cuando se trataba de una prioridad fijada en la Declaración de Beijing de 1995, muchas delegaciones consideraban que hacer referencia a la situación de las mujeres y niñas era innecesario dada la existencia de la CEDAW.

La CDPD y los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad

Las reivindicaciones de las organizaciones de mujeres en la negociación de la Convención, se vieron plasmadas en los siguientes apartados:

- El párrafo “q” del Preámbulo reconoce que mujeres y niñas con alguna discapacidad con frecuencia tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia, abuso, negligencia, o explotación.
- El artículo 3 incluye a la igualdad entre hombres y mujeres como uno de los principios rectores que deben ser sostenidos en toda la CDPD.
- El artículo 6 exhorta a los estados participantes a reconocer que mujeres y niñas con discapacidades son víctimas de discriminación múltiple. Les pide a los países que han ratificado la CDPD asegurar que mujeres y niñas con discapacidad puedan disfrutar plenamente de todos los derechos y libertades fundamentales.
- La Sección 5 del Artículo 16, de Protección contra la Explotación, Violencia, y Abuso, requiere que los países participantes trabajen en leyes y políticas para identificar, investigar, y sancionar la violencia en contra de personas con discapacidad, incluyendo legislación y políticas centradas en las mujeres y la infancia.
- El Párrafo “b” de la Sección 2 del Artículo 28 sobre Nivel de Vida Adecuado y Protección Social, requiere que las PCD, particularmente mujeres y niñas, tengan acceso a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza.

No se trata de una auténtica transversalidad, sino de aspectos puntuales recogidos por la insistencia de grupos concretos interesados en que la realidad de las niñas y mujeres con discapacidad fuese tenida en cuenta en la concreción de un instrumento legal de tal envergadura.

En este sentido, con la aprobación de la Convención la lucha no está cerrada, pues las resistencias descritas reflejan la necesidad de continuar visibilizando y reivindicando los motivos que justifican la urgencia de un modelo crítico social, o modelo feminista.

En 2015, la **Agenda 2030** establece que “la igualdad entre los géneros no es solo un derecho humano fundamental, sino la base necesaria para conseguir un mundo pacífico, próspero y sostenible”. Desde su aprobación, la Asamblea de Naciones Unidas ha elaborado una resolución cada año para la inclusión de las personas con discapacidad en la Agenda, haciendo especial mención a las mujeres y niñas con discapacidad. Las resoluciones expresan preocupación por su vulnerabilidad e instan a que las estrategias y agendas nacionales incluyan la igualdad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas con discapacidad como eje transversal.

Además, en 2016, el Comité sobre los derechos de las PCD emitió una Observación general sobre las mujeres y niñas con discapacidad, donde resaltó los retos a los que se enfrentan y reiteró la importancia de asegurar que todas las personas con discapacidad se beneficien de la Agenda 2030.

Esto quedó plasmado en la **Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad de 2019**, que se elaboró estableciendo sinergias con el I Plan de Acción para todo el Sistema de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, y establece que para la elaboración de cualquier estrategia o política sobre discapacidad, es necesaria la colaboración activa de las mujeres y niñas con discapacidad. Además, establece un enfoque interseccional para abordar las consecuencias estructurales y dinámicas de la interacción entre las formas múltiples de discriminación.

Women Enabled International²⁵

A nivel internacional y con vocación de red, WEI trabaja con enfoque interseccional para promover los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad en todo el mundo. A través de la promoción y la educación, WEI trabaja en el **fortalecimiento de los estándares internacionales de derechos humanos** sobre temas como la violencia contra las mujeres, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a la justicia, la educación, la capacidad legal y las emergencias humanitarias. Trabajando en colaboración con organizaciones de derechos de las mujeres con discapacidad y organizaciones de derechos de las mujeres en todo el mundo, WEI fomenta la cooperación entre los movimientos para mejorar la comprensión y desarrollar estrategias transversales de defensa para hacer realidad los derechos de todas las mujeres y niñas.

²⁵ www.womenenabled.org/



Las Mujeres con Discapacidad en la Unión Europea

Diez años después de la aprobación de la CEDAW y siete después del Plan de Acción Mundial para las PDC, la UE aprueba la **Resolución 150/89, relativa a la situación social de las mujeres disminuidas y de las mujeres que se ocupan de personas disminuidas**, donde resalta la necesidad de que se realicen estadísticas detalladas sobre la discapacidad en mujeres y exige un marco comunitario que defina y garantice sus derechos fundamentales, así como los de las mujeres que se ocupan de PCD. La Resolución también hace hincapié en la dignidad sexual e integridad de las mujeres.

En 1997, el **Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad de Europa**, desde un enfoque de DDHH e Igualdad de género, incluye propuestas para mejorar la vida de mujeres y niñas con discapacidad y recomienda a los estados la aprobación de legislación apropiada que garantice el pleno ejercicio de su derecho a decidir sobre cuestiones de sexualidad, embarazo, nuevas técnicas de reproducción, adopción, maternidad y cualquier otra que sea pertinente.

El Manifiesto, sin embargo, no tuvo impacto en la Carta de Derechos Fundamentales de la UE del año 2000, que no visibiliza ni menciona cuestión de género alguna. Aunque tres años después, el Plan de Acción Europeo de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 2003-2010, sí reconocía la discriminación múltiple hacia las mujeres con discapacidad, y en 2004 se aprueba la **Resolución del Foro Europeo de Discapacidad sobre los derechos humanos de las mujeres y niñas con discapacidad y de las madres de niños y niñas con discapacidad**.

A pesar de eso, los avances fueron escasos: la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020 no recoge el concepto de género como categoría de análisis, y sólo hace mención a las mujeres con discapacidad en la introducción y en el apartado de empleo.

En 2011, mismo año en que se aprueban el Pacto Europeo por la Igualdad de Género 2011-2020 (que no menciona expresamente la discapacidad) y el Convenio de Estambul²⁶, ve la luz el **‘II Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea**. Una herramienta para activistas y responsables políticos’, que tiene por objeto revisar desde la perspectiva de género los distintos artículos de la CDPD, y actualizar el primer Manifiesto, además del objetivo de visibilización y denuncia que evidencie que, a pesar de las declaraciones sobre el papel, la lucha de las MCD sigue sin estar adecuadamente abordada.

“Si las mujeres hemos luchado y luchamos por ganar visibilidad, reclamar nuestro papel en la sociedad, arañar cada centímetro de presencia social y de derechos, esta lucha se hace titánica cuando la condición femenina se une a la discapacidad física o intelectual”.

Prólogo. II Manifiesto de los Derechos de las MCD de la UE.

²⁶ Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, adoptado en Estambul el 11 de mayo de 2011. Menciona a la CDPD y asegura la no discriminación por ningún motivo, incluida la discapacidad, suponiendo un avance importante en la lucha contra las violaciones de los derechos humanos de las mujeres y niñas con discapacidad.

Uno de los efectos visibles del Manifiesto fue la elaboración en 2013 del **Informe de la UE sobre Mujeres y Discapacidad**²⁷, que insta a la Comisión a que desarrolle un enfoque que tenga más en cuenta las cuestiones de género cuando realice la revisión a medio plazo de su Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020.

3.3.1. El recorrido en el Estado Español

En nuestro país, aunque a nivel de políticas públicas el IMSERSO²⁸ sí incorporaba el desarrollo de medidas transversales dirigidas a las mujeres con discapacidad desde finales de los 90, fue en la Ley 51/2003 de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las PCD (LIONDAU), cuando por primera vez se reconoce en un texto legislativo la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad.

Al año siguiente, la **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género** recogía algunos aspectos relacionados con la discapacidad, que tienen que ver con la sensibilización, información, planes de colaboración y formación.

Pero el hito más importante fue la promulgación de la **Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**, que incluye la perspectiva de género entre sus principios, visibiliza las distintas necesidades de mujeres y hombres e incorpora la necesidad de efectuar un informe de impacto de género sobre el desarrollo de la Ley. Pero sobre todo, abrió las puertas a un debate social impulsado desde el feminismo sobre los trabajos de cuidados, tanto en su dimensión material como afectiva, así como sobre el peso de las relaciones de poder y los roles de género en la configuración y valoración de los mismos. Sin embargo, aunque esta ley supuso el primer reconocimiento del derecho universal al cuidado, los problemas de financiación con los que contó desde su inicio y los posteriores recortes en el marco de las políticas de austeridad, minaron su potencial.

Posteriormente, el **Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad 2007**, incorpora los principios de no discriminación, igualdad de oportunidades, acción positiva, transversalidad, vida autónoma, participación, normalización, accesibilidad universal y diseño para todos y todas.

Tan sólo tres meses después, la **Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**, menciona la doble discriminación y las singulares dificultades de las mujeres con discapacidad. Gracias a esto, los consiguientes Planes Estratégicos de Igualdad de Oportunidades (2008-2011, y 2012-2016), incluyeron un eje específico para la Atención a la Diversidad e Inclusión Social que incorporaba a las mujeres con discapacidad, y un objetivo específico para proporcionar respuesta adecuada a los grupos especialmente vulnerables, entre ellos las MCD.

²⁷ Disponible [aquí](#).

²⁸ Instituto de Mayores y Servicios Sociales. MTAS. Gobierno de España. Se convirtió en una institución pública pionera en Europa sobre mujer y discapacidad.

Por su parte, el III Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (2009-2012), incorporó medidas específicas y prestó especial atención a la violencia de género. Igualmente, la Estrategia para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016) reconocía la doble discriminación que viven las MCD e incluyó medidas específicas en tres áreas.

El auge de las luchas feministas en la última década demandando un enfoque más transversal, tuvo impacto en la **Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social** de 2013, que establecía la Igualdad de Género como principio y señalaba que “las administraciones públicas protegerán de forma especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en materia de igualdad entre mujeres y hombres”, estableciendo la obligación de elaborar un informe anual sobre la situación y evolución de la discapacidad en España, con especial atención al género.

El mismo enfoque se plasmó en el **Plan de Acción para las PCD 2014-2020**, que establece que “los principios de igualdad de oportunidades y de igualdad entre mujeres y hombres forman parte esencial del Plan, favoreciendo la perspectiva de género y discapacidad”.

El movimiento asociativo de las Mujeres con discapacidad en España

La lucha feminista en el ámbito de la discapacidad en nuestro país, al igual que ha ocurrido en el resto del mundo y de movimientos sociales y luchas, ha estado siempre en el corazón del movimiento de los derechos de las PCD. Pero fue en 1995 cuando el activismo feminista en España comenzó a organizarse y asociarse también de manera independiente. En este sentido, los hitos más señalados en la historia de la lucha feminista de las MCD en nuestro país, pueden resumirse en los siguientes:

1994 - Creación de la Comisión de la Mujer en el seno de la Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE).

1995 - Constitución de la **Associació Dones No Estàndards** de Cataluña.

1997 - Constitución de la **Asociación Regional Andaluza de Mujeres Sordas (ARAMUS)**.

1999 - En el marco del proyecto METIS (iniciativa DAPHNE de la UE), se desarrolla una Guía sobre violencia contra las MCD.

2000 - El Comité Ejecutivo del CERMI²⁹ crea la Comisión de Mujer.

Creación de la **Asociación para la Promoción de la Mujer con Discapacidad ‘LUNA’**, que en el año 2007 se convierte en Federación de Asociaciones LUNA Andalucía.

2001 - Constitución de **Amdas-La Fonte**, Asociación autonómica asturiana de mujeres con discapacidad.

²⁹ **Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.**

- 2002** - Se celebran por primera vez las Jornadas “Oportunidades en Femenino. Mujer y Discapacidad, propuestas para una década”.
- 2003** - COCEMFE publica el ‘*Libro Verde. Mujer y Discapacidad. Propuestas para una Década*’, con las reflexiones vertidas en las Jornadas del año anterior.
- 2005** - El Comité Ejecutivo del CERMI crea la figura de “Comisionada para los Asuntos de la Mujer”.
- Se aprueba el I Plan Integral de Acción para MCD 2005-2008³⁰, por el Comité Ejecutivo del CERMI Estatal, con propuestas de intervención en 10 áreas y 4 ámbitos de acción.
- 2006 - 2008** - Se constituyen la **Federación de Mujeres con Discapacidad LUNA Castilla - La Mancha** y la **Asociación Mujeres en Movimiento Comunidad Valenciana**.
- 2009** - Constitución de la **Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad (CEMUDIS)**, que aglutina a 5 organizaciones autonómicas de MCD y a otras 5 delegaciones de otras autonomías y aspira a ejercer como entidad representante de todas las mujeres con discapacidades del estado.
- Se crea el Observatorio de Igualdad de Oportunidades del Grupo Social ONCE.
- Surge la **Asociación de Mulleres con Discapacidade de Galicia ACADAR**.
- 2010** - CEMUDIS entra a formar parte de COCEMFE³¹.
- Se constituye la Asociación de Mujeres con Discapacidad de Palencia AMUDIS.
- 2012** - Se constituyen la **Asociación Aragonesa de Mujeres con Discapacidad, Amanixer** y la **Asociación Extremeña de MCD (AEMDI)**.
- 2014 - 2015** - Se constituyen la Asociación de mujeres con discapacidad física y orgánica de la Región de Murcia **Más Mujer** y la **Fundación CERMI Mujeres** y la **Federación Luna Andalucía** pasa a denominarse **Federación de Asociaciones de Mujeres con Discapacidad de Andalucía FAMDISA**.
- 2017** - Encuentro de Mujeres Sordociegas de España, organizado por la Comisión de la Mujer de FASOCIDE³².
- 2018** - Jornada sobre Feminismo y Empoderamiento de las Mujeres con discapacidad, organizada por CEMUDIS.
- 2019** - Jornadas “Derechos de las Mujeres con Discapacidad y Agenda 2030”, organizada por COCEMFE.

³⁰ Disponible [aquí](#).

³¹ [Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica](#).

³² [Federación de Asociaciones de Personas Sordociegas de España](#).

El movimiento asociativo de las mujeres con discapacidad, y en concreto CEMUDIS, se ha caracterizado por su posicionamiento crítico respecto al impacto de las políticas de ajuste económico sobre los grupos de población en especial situación de vulnerabilidad. Junto a esto, sus **principales reivindicaciones** son:

- La articulación de medidas que den respuesta a las necesidades específicas de mujeres sujetas a discriminación interseccional.
- La visibilidad de las mujeres con discapacidad en todos los ámbitos con información desagregada por sexo y discapacidad.
- Actuaciones de sensibilización, formación y concienciación.
- El acceso de las MCD a los recursos en igualdad de oportunidades, especialmente en lo que concierne a la salud sexual y reproductiva.
- El uso de lenguaje y herramientas de comunicación no sexistas que garanticen una imagen de las MCD alejada de estereotipos y prejuicios.
- La participación de las organizaciones de MCD en todos aquellos foros donde se aborden cuestiones relacionadas con las mujeres.
- La incorporación de la perspectiva de género en la aplicación y desarrollo de la ley para la promoción de la autonomía personal.
- Pleno reconocimiento de ciudadanía, a través de la participación directa y el establecimiento de cuotas para MCD.
- La garantía de una adecuada educación sexual a las MCD en todas las etapas de la vida, así como el acceso en igualdad a los recursos de salud sexual y reproductiva.

Para saber más...



Puedes consultar el **Informe sobre el Movimiento Asociativo de las Mujeres con Discapacidad en España**, disponible en [este enlace](#).



4. Género y discapacidad

4.1. El sistema sexo-género y otros conceptos relacionados

El sistema sexo-género

Las teorías feministas nos ofrecen un marco teórico de análisis que nos permite comprender las dinámicas de las relaciones de poder entre mujeres y hombres. El concepto central de este marco es el concepto de género.

Este concepto se contrapone al de sexo, de modo que hablamos del sistema sexo-género para explicar que, mientras el **sexo** es el conjunto de características biológicas, físicas y corporales (anatomía y fisiología) que tenemos como seres humanos, el **género** es el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales que se nos asignan en base al sexo y al contexto histórico y social en el que nacemos.

Las diferencias sexuales son, a priori, inmodificables, universales e inmutables en el tiempo y cultura. Por su parte, las características de género son construidas social y culturalmente, por lo que son modificables, se van transformando con y en el tiempo y son diferentes en función de la cultura.

Entender la distinción entre sexo y género es el pilar de cualquier acción contra las desigualdades de género, pues permite comprender que éstas no son naturales y por lo tanto, se pueden reconstruir y cambiar para alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres. Además de identificar desigualdades, el sistema sexo-género permite analizar las **relaciones de género** y la **jerarquización de las diferencias**, convirtiendo ambos ámbitos en una cuestión de poder.

El género es “un paradigma, un marco interpretativo, que determina la visibilidad y la constitución como hechos relevantes de fenómenos que no son pertinentes ni significativos desde otras orientaciones de la atención”.

Celia Amorós

La Perspectiva o Enfoque de Género

La perspectiva o mirada de género es aquella que tiene en cuenta las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres existentes en todos los aspectos de la realidad, es decir, visibiliza el modo en que el género puede afectar la vida y las oportunidades de las personas para resolver sus problemas y dificultades o desarrollar sus proyectos y capacidades.

Eso es lo que llamamos “ponerse las gafas de género” o “las gafas violeta”: Implica una nueva mirada sobre la realidad, más amplia y completa. En este sentido, la perspectiva feminista de género es un enfoque integral, interpretativo y multidimensional, no una herramienta técnica ni una subdisciplina. Comporta un proceso de aprendizaje y enriquecimiento: nos permite una mayor sensibilidad social, cualidad imprescindible de la intervención social³³.

³³ López, Irene (2007).

Para aplicar un enfoque de género, es fundamental tener en cuenta que los modos y formas concretas de la desigualdad pueden ser específicos en función de la cultura y múltiples circunstancias determinantes. Por eso, según Irene López, género es, sobre todo, una pregunta: ¿cómo son el género y las relaciones de género para el grupo determinado con el que trabajamos?

Introducir la perspectiva o enfoque de género también nos ayuda a cuestionar determinadas visiones o prácticas de la intervención social, de protección, asistencialismo o victimización, basadas en la idea de vulnerabilidad, que pueden contribuir a profundizar la dependencia y la situación de discriminación que produce tal vulnerabilidad. La diferencia de enfoque permite distinguir entre una mirada protectora y una de empoderamiento.

La socialización de género

La socialización es un proceso mediante el cual las personas, en una cultura y sociedad dada, aprenden e interiorizan un repertorio de normas, valores y formas de percibir la realidad. Las herramientas que sirven a una socialización diferenciada sexualmente se encuentran en el entorno cotidiano y ejercen su influencia, en mayor o menor medida, estableciendo mandatos sobre qué es ser mujer y qué es ser hombre. ¿Dónde se hace este aprendizaje?:

- En la sociedad, mediante la interacción diaria entre las personas.
- En el grupo familiar: madres, padres, abuelas y abuelos, etc.
- En los grupos de amistades y de pares.
- A través de los medios de comunicación.
- A través de las instituciones: iglesias, estado, escuela, etc.
- A través de las historias, los cuentos, los mitos, las canciones, etc.

La socialización tiene un impacto en la construcción identitaria desde que nacemos, afectando a la conciencia y valoración que cada persona tiene sobre su individualidad como hombre o como mujer. Dependiendo del contexto social, puede estar influida por factores como la pertenencia a grupos étnicos, creencias religiosas, entorno sociocultural y en general, lo que se espera socialmente de las mujeres y de los hombres. Esta expectativa define los **roles de género**, que constituyen las características y los espacios asignados a cada sexo, y las actitudes y aptitudes que se presumen de unas y otros, que tienen diferente valoración social y nivel de reconocimiento según quién las posea.

Trabajar con Perspectiva de Género NO es trabajar con mujeres o tener un programa para mujeres.

Es necesario visibilizar las relaciones de poder y trabajar para transformarlas.

La división sexual del trabajo

La división tradicional de tareas económicas, culturales, políticas y sociales que se derivan de la asignación de roles, se denomina división sexual del trabajo. Según el tipo de trabajo, los roles de género se dividen en tres categorías, que corresponden a su vez a diferentes espacios:

- **Trabajos productivos:** Tareas desempeñadas tradicional y mayoritariamente por los hombres y relacionadas con la vida económica, política y social. Tienen que ver con actividades productivas de carácter mercantil (actividades monetarizadas), visibilizadas, y en las que se ejerce el poder. Se relacionan con el espacio público. Actualmente, aunque las mujeres están ampliamente incorporadas a este ámbito, se siguen dando discriminaciones en términos de segregación o desiguales salarios, entre otras.
- **Trabajos reproductivos:** Tareas desempeñadas tradicional y mayoritariamente por las mujeres y relacionadas con la organización y atención de la familia y los hogares (limpieza, alimentación, cuidado de hijas, hijos, mayores y personas dependientes, y en general, trabajos de cobertura de las necesidades básicas y el cuidado de la vida). Normalmente invisibilizadas y no monetarizadas. Relacionadas principalmente con el espacio doméstico. La incorporación de los hombres a este ámbito no se ha dado aún en los mismos términos en los que se ha producido la de las mujeres al ámbito productivo.
- **Trabajos comunitarios:** Tareas relacionadas con la organización de ceremonias, ritos y actividades basadas en la idea de solidaridad y de apoyo social y comunitario. Son actividades esenciales para el mantenimiento de las comunidades y de las colectividades (p.e. participación en las AMPAS, asociaciones vecinales, trabajo de voluntariado, actividad política local, etc.).

Es importante no confundir el espacio doméstico con el **espacio privado**: Este es el espacio y el tiempo propio que no se da a otras personas, que se procura para sí misma, es el espacio en el que las personas se cultivan para proyectarse luego en el ámbito público. Diferentes autoras han puesto de manifiesto cómo la privacidad es una parcela de la que disfrutaban principalmente los hombres y que en el caso de las mujeres tiende a confundirse con lo doméstico, hurtándoles ese espacio para sí. Las mujeres tienen menos tiempo para el ocio, el descanso y el desarrollo personal en todo el mundo.

4.2. Transversalidad de género

Un análisis de la realidad desde la perspectiva de género, como veremos en las siguientes páginas, permite ver que, si bien gozamos de una igualdad formal en los textos jurídicos y legales a nivel nacional e internacional, la igualdad real aún está lejos de conseguirse.

El *mainstreaming* o transversalidad de género es la estrategia más reciente para abordar esta realidad y promover la igualdad efectiva entre mujeres y hombres desde las políticas públicas. Surge una vez que se constata la insuficiencia de las políticas específicas de igualdad, por sí solas, para conseguirlo, y se recoge de manera explícita en textos internacionales por primera vez en 1995, en el marco de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Beijing.

Supone, por tanto, no limitar los esfuerzos de promoción de la igualdad a la ejecución de medidas específicas a favor de las mujeres (políticas de acción positiva) sino **actuar de forma transversal en todas las acciones y políticas generales para que sean sensibles a género.**

En este sentido, la transversalización es una **estrategia de transformación** para conseguir la igualdad real. Sitúa las cuestiones sobre igualdad entre los géneros en el centro de las decisiones políticas más importantes, de las estructuras institucionales y de la asignación de recursos, incluyendo los puntos de vista y prioridades tanto de hombres como de mujeres en la toma de decisiones.

“Los gobiernos y otros agentes sociales deben promover una política activa y visible de integración de una perspectiva de género **en todas las políticas y programas**, a fin de que se analicen, antes de adoptar decisiones, sus posibles efectos en las mujeres y los hombres”.

Plataforma de acción de Beijing, 1995

Transversalidad de género y discapacidad

Tanto la variable género como la variable discapacidad han de ser incorporadas transversalmente en el diseño e implementación de políticas públicas.

La especial vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad hace imprescindible la incorporación de la perspectiva de género en las políticas dirigidas a reconstruir un equilibrio de sus necesidades y las exigencias de una justicia social. Los actos discriminatorios hacia las mujeres con discapacidad y la percepción de los mismos, se producen en todas las esferas de la vida social. Sin embargo, no se ejercen acciones legales para combatirlos debido a la invisibilidad, a las nociones estereotipadas y erróneas, o a la falta de reconocimiento de sus derechos y libertades³⁴. Las mujeres con discapacidad además de ser discriminadas por razón de discapacidad, lo son por razón de género. Sin embargo, la variable de discapacidad puede llegar a eclipsar la discriminación sufrida por las mujeres con discapacidad por el hecho de ser mujeres, invisibilizando una situación de mayor vulnerabilidad. Además, ambos factores interaccionan generando una discriminación múltiple. Esta discriminación no es consecuencia de la suma de ambos factores sino de su efecto multiplicador.

La visibilidad de la situación de la mujer con discapacidad y la inclusión de un enfoque transversal de género en las medidas destinadas a mejorarla, evitaría la discriminación directa o indirecta y generaría un valor añadido, al incluir la diversidad como un elemento indispensable de convivencia.

³⁴ Curso online avanzado sobre discapacidad y desarrollo. Módulo 02: Discapacidad y género. COCEMFE.

En definitiva, abordar transversalmente el género significa **promover una redistribución del poder**. En este sentido Irene López nos recuerda que esto puede ser especialmente difícil de aceptar, sobre todo cuando ello nos lleva a cuestionarnos nuestras propias vidas, por lo que hay en ello un ejercicio cierto de valentía y esfuerzo (López, 2007).

4.3. La teoría de la interseccionalidad como herramienta de análisis

El marco teórico feminista nos ofrece otro concepto clave para entender procesos de discriminación múltiple, como el que viven las mujeres con discapacidad, que es el concepto de interseccionalidad. El término surgió como resultado de las demandas de feministas negras que defendían la necesidad de una mirada que analizara la tríada ‘raza, clase y género’, pero posteriormente diferentes autoras han añadido las categorías específicas en las que estaban interesadas, tales como edad, discapacidad, sedentarismo o sexualidad.

En origen se enfocaba en estudios legales, pero su uso se ha extendido a un gran número de disciplinas, principalmente a través de los estudios feministas. Aunque no existe una definición fija del mismo, es comúnmente aceptado que el análisis interseccional es aquel que explora cómo los diferentes ejes de diferencia se articulan en niveles múltiples y simultáneos en la emergencia de modalidades de exclusiones, desigualdad y formación de sujetos específicos en un contexto.

La interseccionalidad es el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales.

Kimberlé Williams Crenshaw

Una de las primeras autoras en acuñar el término fue Kimberlé Crenshaw, quien resume la interseccionalidad como “la multidimensionalidad de las experiencias vividas por sujetos marginalizados”. De acuerdo con otras autoras como la socióloga Avtar Brah³⁵, podemos definir la interseccionalidad como “los complejos, irreductibles, variados y variables efectos que resultan cuando múltiples ejes de diferencia —económica, política, cultural, psíquica, subjetiva y experiencial— se intersecan en contextos históricos específicos”.

En este sentido, un análisis interseccional será aquel en el que integremos las experiencias de vida marginalizadas, al tiempo que subrayamos la importancia de **entender el poder y el privilegio en sus múltiples manifestaciones**. La teoría de la interseccionalidad, por tanto, permite el **análisis de relaciones complejas de desigualdad**.

³⁵ Brah, Avtar y Phoenix, Ann (2004).

“Un enfoque interseccional es imprescindible para atender a todos los factores de discriminación y garantizar los derechos de todas las personas.

Las políticas públicas deben tener en cuenta a las mujeres con discapacidad de acuerdo a su discriminación interseccional y su efecto multiplicador de exclusión, y no simplemente teniendo en cuenta la discapacidad o el hecho de ser mujer como factores aislados y no relacionados entre sí”.

Marta Valencia

Secretaria de la Mujer e Igualdad

COCEMFE

A nivel práctico, es una herramienta de análisis que permite ver cómo dentro de un mismo colectivo se cruzan y superponen diferentes causas de opresión y exclusión, dependiendo del contexto de las personas. Por eso hablamos de múltiple discriminación y de mujeres en plural, ya que no todas viven realidades coincidentes.

Por ejemplo, mientras la variable género nos permite analizar cómo los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en general se ven vulnerados por el hecho de ser mujeres, un análisis interseccional permite analizar cómo algunas mujeres con discapacidad viven especial discriminación a la hora de, por ejemplo, formar libremente una pareja o ejercer de manera libre e informada su maternidad: En nuestro país aún siguen perpetrándose esterilizaciones forzadas a muchas mujeres del colectivo de la discapacidad.



Esta es una lucha particular de las mujeres con discapacidad, pero no debe entenderse como una separación de la lucha feminista en general, pues sin el enfoque feminista de género, el análisis perdería contenido político: La identidad de los sujetos que en este caso ven vulnerados sus derechos se ve atravesada por ambos ejes, género y discapacidad. Es decir, la reivindicación derivada del análisis interseccional sigue siendo partícipe del movimiento feminista en la lucha por la igualdad, pero sin olvidar las especificidades que caracterizan a las mujeres con discapacidad.

No tener en cuenta esta realidad implica dar por sentado que las políticas destinadas a fomentar la igualdad de género contribuyen automáticamente a reducir otro tipo de desigualdades que recaen sobre las mujeres de colectivos específicos. La perspectiva interseccional permite tener en cuenta la concurrencia de factores de exclusión, no porque la pertenencia a un colectivo específico conlleve una mayor vulnerabilidad intrínseca, sino porque socialmente se sitúa a las mujeres de estos colectivos en posición de mayor riesgo de quedar al margen.

La interseccionalidad como herramienta en textos internacionales

La discriminación múltiple e interseccional también ha sido objeto de análisis por parte de organismos internacionales, entre otros Naciones Unidas y la Unión Europea.

En el 2002, en la 58ª sesión de la **Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas**, la resolución acerca de los derechos humanos de la mujer en su primer párrafo declaraba que: “(...) Reconocía la importancia de examinar la intersección de múltiples formas de discriminación, incluyendo sus causas de raíz desde una perspectiva de género” (Resolución E/CN.4/2002/1.59).

Por su parte, el **Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer** también ha reconocido que “las mujeres nunca son solo mujeres” y que existen entre ellas “diferencias que hacen la diferencia”³⁶, por lo que considera la interseccionalidad un concepto básico para entender el alcance de las obligaciones generales básicas contraídas por los Estados partes en virtud del artículo 2 de la CEDAW. Así, en su Recomendación General no 28, establece que “los Estados partes deben reconocer y prohibir estas formas de discriminación entrecruzadas y su impacto negativo combinado en la vida de las mujeres”.

El **Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos**, en su Informe de 2017 titulado ‘Efectos de las formas múltiples e interseccionales de discriminación y violencia en el contexto del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas

³⁶ Crenshaw, 2002.

conexas de intolerancia sobre el pleno disfrute por las mujeres y las niñas de todos los derechos humanos³⁷ analiza cómo convergen motivos de discriminación diversos y las repercusiones que estos tienen en el pleno disfrute de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. También resume las prácticas comunicadas por los Estados, señala las carencias en materia de aplicación y formula recomendaciones³⁸.

En esta línea se pronuncia el **Informe del Consejo de la Unión Europea sobre la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing** al cumplimiento de 15 años de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, cuando plantea que “las políticas de igualdad entre los sexos tienen que prestar atención a las necesidades que tienen las mujeres pertenecientes a minorías. Es necesario estudiar más a fondo la discriminación múltiple de mujeres y niñas por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual y tenerla en cuenta en las políticas y programas”.

Recientemente la **Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad** de 2019, establece que “Las organizaciones adoptarán un enfoque interseccional para abordar las consecuencias estructurales y dinámicas de la interacción entre las formas múltiples e interseccionales de discriminación, entre otras cosas teniendo en cuenta todas las condiciones que pueden hacer que la experiencia de vida de las personas con discapacidad sea sustancialmente distinta, sobre la base de factores como el sexo, la edad, la identidad de género, la religión, la raza, el origen étnico, la clase social y otros motivos”.

4.3.1. Modelo o enfoque de género y discapacidad

Si hacemos una lectura inclusiva del modelo social visto en el epígrafe 2 y la teoría interseccional de género aquí descrita, podremos desarrollar un modelo de actuación más adecuado para responder a las especificidades vividas por las mujeres con discapacidad.

El primer paso para habilitar este nuevo enfoque es reconocer cómo el peso y la centralidad otorgadas tradicionalmente a la discapacidad en sí misma como factor generador de desigualdades ha invisibilizado cualquier otro factor o causa que confluye en la vida de las personas con discapacidad, resultando en una agravación de las situaciones específicas de inequidad que vive este colectivo, como es el peso del género sobre la vida de las mujeres.

El enfoque de género y discapacidad interpreta que **la discapacidad, entendida como social, se construye y afecta de un modo diferente a mujeres y hombres** con discapacidad, según

³⁷ Informe completo disponible [aquí](#).

³⁸ Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2018.

se conjugue con los roles y estereotipos de género. En función de estos factores, o bien se dificulta a la persona un desarrollo equitativo e igualitario con respecto al resto (en el caso de las mujeres con discapacidad será con respecto a todos los hombres -con discapacidad o sin ella- y al resto de mujeres), o bien se le permite un desarrollo tan sólo parcial, o directamente al margen de la sociedad, segregadamente. Este enfoque muestra que la discapacidad es el resultado de la estructuración o jerarquización de nuestra sociedad, que elabora un patrón único de lo que considera física, sensorial, cognitiva o mentalmente como hábil, válido, normal y estándar (normalismo) y que se ve atravesado por los roles y relaciones de poder de género (patriarcado).

En el momento del nacimiento se pronostica que las mujeres viven de media 5,8 años más que los hombres. Con una esperanza de vida en constante aumento, la triada **vejez, discapacidad y mujer** se convierte en un hecho sociodemográfico cada vez más común y que requiere de un abordaje interseccional específico.

Observatorio de la Discapacidad Física, 2018

Para dar contenido tanto experiencial como teórico y reivindicativo a este enfoque, desde el feminismo y los colectivos de mujeres con discapacidad se tejen los puentes necesarios para trabajar en torno a la especificidad de las mujeres y niñas con discapacidad y vencer los obstáculos, discriminaciones y desigualdades que pesan sobre ellas desde un enfoque ético-político. Las propuestas parten de no encasillarlas como víctimas pasivas de una sociedad androcéntrica, en la que el modelo médico aún vigente está claramente concebido y articulado para responder en mayor medida a las necesidades y comportamientos de los hombres, y en la que las vías de agencia y empoderamiento de las mujeres con discapacidad se ven especialmente invisibilizadas e inhabilitadas por estructuras múltiples de discriminación.

A nivel práctico, los esfuerzos se centran en dar voz a las protagonistas para visibilizar estas múltiples discriminaciones y ofrecer datos que reflejen la realidad diferente de unas y otros, para poder actuar adecuadamente con políticas específicas.



5. Las mujeres y niñas con discapacidad en España

Según el INE, un 6,3% del total de mujeres en nuestro país tiene reconocida una discapacidad. Son un 50,2% de las personas con discapacidad³⁹. Pero dentro de este grupo, **las mujeres con discapacidad no son un colectivo homogéneo**, configuran un grupo muy diverso que experimenta las múltiples desigualdades de diferente manera y desde la diversidad de sus vivencias. No existe una identidad única basada en la doble discriminación, sino que otras categorías como la raza, etnia, orientación sexual, edad, lugar de residencia, nivel económico o ideología política, intervienen también como factores que afectan a la desigualdad y que dan como resultado múltiples identidades.

Aunque no hay un perfil homogéneo, por la información estadística se puede establecer el **perfil más común entre las MCD**: Por término medio, tienen más de 65 años, tienen una discapacidad física con un grado de entre el 33% y el 65% y viven en entornos rurales.

Observatorio de la Discapacidad Física, 2018

En este sentido, es necesario un análisis exhaustivo de la realidad social e individual de las mujeres con discapacidad, teniendo en cuenta todos los elementos de intersección, de cara a una apropiada formulación y ejecución de políticas.

Si bien en los últimos años el avance de los derechos de las personas con discapacidad ha sido importante, la brecha de género se ha ampliado: Las mujeres con discapacidad son discriminadas en el ámbito familiar y en el educativo, tienen menor acceso al empleo, el sistema sanitario no responde a sus necesidades y la protección social que reciben no exime, a la mayoría, de la pobreza. Todo ello, impide el desarrollo de formas de vidas regulares y normalizadas.

La situación se ve agravada cuando las vulneraciones de derechos humanos afectan a la integridad física y la dignidad de las mujeres con discapacidad, especialmente en lo relativo a su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, por lo que se han incluido en este manual como ejes de especial relevancia, junto a la accesibilidad, el empleo y la pobreza.

Por encima de estos ámbitos, la violencia de género ejercida sobre las mujeres con discapacidad es especialmente preocupante, razón por la que se aborda en un epígrafe propio, más allá de los cinco ejes catalogados como especialmente relevantes.

Como apunte transversal a todos ellos, es importante recordar que ser mujer con discapacidad y ciudadana activa, tener relevancia y presencia en espacios de participación e incidencia política, es aún uno de los aspectos sobre los que es necesario trabajar de manera especial, debido a la multitud de dificultades y barreras que todavía obstaculizan su empoderamiento.

³⁹ Hablamos de personas con una **discapacidad reconocida oficialmente**, pues según la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*, realizada por última vez por el INE en el 2008, las mujeres son el 60,10% de las PCD, dato relevante si pensamos que para el ejercicio de derechos asociados, como recibir pensiones, subsidios y otros apoyos, es necesario que la discapacidad sea reconocida.

Desde la perspectiva de género y discapacidad, cabe preguntarse...

- ¿Por qué si las mujeres con discapacidad son más del 60% del colectivo, sólo reciben el 50% de los certificados de discapacidad?
- ¿Qué ocurre con quienes tienen una discapacidad menor del 33% - mujeres mayoritariamente -, y no tienen apoyos?
- ¿Por qué la presencia de las MCD en la universidad disminuye según se avanza en el nivel de estudios?
- ¿Por qué las MCD tardan más que sus pares hombres en acceder al mercado laboral? (ellos entre los 16-19 años, ellas entre los 20-24)
- ¿Por qué no hay apenas datos sobre la participación de las MCD en espacios de toma de decisiones y/o ejercicio de la ciudadanía?
- ¿Qué barreras internas y externas dificultan a las MCD víctimas de violencia acceder a servicios de atención y asesoramiento adecuados?
- ¿Por qué las MCD siguen siendo víctimas de esterilizaciones forzosas en nuestro país? (140 casos en 2016)
- ¿Tenemos información sobre enfermedades que afectan mayoritariamente a mujeres pero no siempre se tienen en cuenta para la valoración de la discapacidad⁴⁰?
- ¿Contamos con datos y herramientas para entender y abordar los casos en los que tres o más ejes de opresión y/o discriminación se cruzan?

Para saber más...



Puedes ver el vídeo sobre la tesis **“Mujeres y Discapacidad”**, de Liliana Concustell (2012), disponible en [este enlace](#).

⁴⁰ Como ejemplo, podemos pensar en la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica, así como otras enfermedades que afectan exclusivamente a las mujeres, como la endometriosis (Al respecto de esto último, se puede consultar [este artículo](#). Tribuna feminista, 2018).

5.1. Ejes de especial relevancia

5.1.1. Accesibilidad en clave de género⁴¹

Históricamente, el imaginario social ha elaborado y mantenido un binomio que relacionaba accesibilidad y discapacidad, entendidas como la imposibilidad de una parte de una población para desenvolverse libremente por las calles, edificios o transportes, dejando al resto de la ciudadanía al margen de esta realidad, no sólo en términos de disfrute de derechos, sino en términos de responsabilidad.

La accesibilidad hace alusión al derecho que todos los seres humanos tienen a acceder a los entornos, productos, servicios y transportes, en las mismas condiciones de igualdad, autonomía y seguridad.

Actualmente, el concepto de accesibilidad se ha ampliado para incluir no sólo aspectos de movilidad en el entorno físico, sino de derechos de acceso a bienes y servicios fundamentales como la salud, la educación o la información, así como de acceso a otros bienes y productos del entorno social, económico o cultural, como las tecnologías de la información y las comunicaciones. Por otro lado, el binomio accesibilidad-discapacidad, se ha roto, demostrándose que la accesibilidad supone comodidad a todas las personas.

Si unimos esto a una concepción actual de la discapacidad, donde todas las personas tendremos, potencial y/o transitoriamente, discapacidad y/o movilidad reducida, podremos entender cómo las barreras de acceso y uso del entorno pueden afectar no sólo a las personas con discapacidad sino a toda la población en su conjunto. Y si además sumamos una perspectiva de género, podremos comprender cómo estas barreras son diferentes para mujeres y hombres.



⁴¹ Además de otra documentación citada, para una parte de este epígrafe se ha utilizado un resumen adaptado de 'Accesibilidad en clave de género'. Federación LUNA Andalucía. 2008 (Sin publicar).

Tipos de Barreras

- **Físicas** (Arquitectónicas y urbanísticas): obstáculos físicos que impiden que determinados grupos de población puedan llegar, acceder o moverse por un espacio urbano, un edificio o una parte de él.
- **Transportes:** obstáculos impuestos por las condiciones físicas o sociales del entorno y del propio medio de transporte, o aquellos determinantes normativos que inducen a una actitud de rechazo que las personas con discapacidad perciben en el transporte. De este modo se pueden diferenciar:
 - **Barreras en los vehículos de transporte:** derivadas de la ausencia de medios adecuados que cumplan las características de accesibilidad.
 - **Barreras en infraestructuras de transporte:** todos aquellos obstáculos presentes en los espacios e instalaciones de transporte.
- **De la comunicación:** obstáculos que puedan surgir durante el proceso comunicativo y que impiden que el mensaje se interprete correctamente por el receptor.
- **Acceso a bienes y servicios:** barreras que se producen al acceder a bienes y servicios disponibles para el público en general, ofrecidos fuera del ámbito de la vida privada y familiar.
- **Cognitivas:** barreras de entornos, procesos, actividades, bienes, productos, servicios, objetos o instrumentos que no permiten la fácil comprensión y la fácil interpretación de los expresados.
- **Actitudinales, prejuicios y mitos:** aquellas conductas, palabras, frases, sentimientos, preconcepciones, estigmas, que impiden u obstaculizan el acceso en condiciones de igualdad de las personas a los espacios, objetos, servicios y en general a las posibilidades que ofrece la sociedad.

Todas ellas limitan las opciones para un **ejercicio pleno de la ciudadanía**, de modo que cualquier actuación o política orientada a alcanzar la Accesibilidad Universal, debe tener en cuenta, además, las barreras añadidas para el acceso y disfrute de la ciudadanía en igualdad de condiciones por parte de mujeres y niñas. Es decir, **analizar de qué manera otros factores interseccionan**, como por ejemplo la brecha salarial o la brecha digital, la diferente participación política y social, o el hecho de que haya determinados servicios, espacios y productos, que son más utilizados (o utilizados de manera diferente) por mujeres y niñas⁴².

⁴² Por ejemplo, las mujeres con discapacidad disponen de menores ingresos, menor participación en la vida laboral, mayores dificultades para la vida independiente y hacen un menor uso del transporte privado. Estos factores afectan al uso inclusivo y accesible del espacio público para todas las personas.

Esto incluye dos aspectos fundamentales: uno de **análisis crítico del impacto de género**, que tiene que ver con la constatación de que una misma barrera afecta de forma diferente a mujeres y a hombres con discapacidad, del mismo modo que el diseño de las ciudades afecta al diferente comportamiento y relaciones entre hombres y mujeres. Otro, de activismo y reivindicación de la reducción de este impacto, mediante la **plena participación** y toma en consideración del punto de vista de las mujeres en el diseño arquitectónico, urbanístico, de movilidad, de telecomunicación, así como de legislación, productos, bienes y servicios y de su control y seguimiento.

Mujeres y niñas con discapacidad en el entorno rural

Si en el análisis incluimos las características propias de las zonas rurales (dispersión geográfica y poblacional, etc.), la realidad de las mujeres con discapacidad en cualquiera de los ámbitos que detallamos más abajo, se agrava sobremanera. La producción científica y los estudios sobre la situación de las mujeres y niñas con discapacidad en el medio rural son escasos y poco visibles. A pesar de los avances en normativas y políticas públicas, el modelo de desarrollo de servicios públicos avanza sin atender a las características propias de esta población en estos entornos, con mayores dificultades de accesibilidad con respecto al medio urbano.

La merma en la oferta de servicios públicos en el entorno rural implica un déficit general en infraestructura civil y de transportes, al igual que en la cobertura de los servicios sociales, de salud, culturales o un menor acceso a las TIC. Por ejemplo, el gasto sobrevenido para costear la movilidad en medios privados provocado por un servicio público de transportes escaso y poco accesible, y la dependencia fundamentalmente del entorno familiar, genera grandes déficits de autonomía.

Accesibilidad y espacio público

Hoy entendemos que el espacio público no es neutro, sino que su diseño es un acto político y la expresión física del sistema económico e ideológico de cada sociedad, por tanto refleja las desigualdades sociales y responde a las necesidades de los grupos dominantes⁴³. En este sentido, el modelo urbanístico actual, especialmente en las grandes ciudades pero también en áreas rurales, expulsa a muchas personas hacia los márgenes, donde aparecen múltiples formas de discriminación estructural.

⁴³ Observatorio de Urbanismo con Perspectiva de Género de Asturias. <http://www.oug.es/>

Para abordar este ámbito, debemos hacer en primer lugar una interpretación amplia del derecho a la ciudad. Un urbanismo con perspectiva de género, permite percibir las desigualdades con especial claridad en dos ámbitos muy relacionados entre sí y también con la violencia de género: **movilidad y seguridad**.

Por un lado, las mujeres hacen un uso más diversificado del espacio público (especialmente evidente en la ciudad), afectado por el proceso de reterritorialización de las últimas décadas. La planificación urbana y el modelo de crecimiento han priorizado las tareas productivas y las actividades económicas, en detrimento de las reproductivas y de cuidados, que no se han valorado ni favorecido. Así, el espacio urbano ha ido perdiendo continuidad, fragmentándose en multitud de espacios cerrados, donde el triángulo “lugar de trabajo – centro comercial - lugar de residencia” marca el itinerario de la mayoría de la ciudadanía. Afortunadamente, la planificación urbana está cambiando, iniciándose procesos de reorganización, que apuestan por la escala humana de pequeño barrio, con soluciones urbanas como las ‘supermanzanas’ o peatonalizaciones de centros históricos que favorecen esta diversificación de usos y espacios socializadores.

El urbanismo feminista supone tomar en consideración y valorar el papel de las personas, sus vidas cotidianas, las tareas de cuidados y los fundamentos que el modelo hegemónico de ciudad ha ido olvidando”

Isabel Jiménez⁴⁴

Arquitecta y profesora de la Universidad de Sevilla

En este triángulo, los centros comerciales presentan muchas barreras para la accesibilidad universal y son diseñados desde una perspectiva capacitista, lo que tiene un claro impacto de género, más aún si los relacionamos con las necesidades de cuidado asumidas mayoritariamente por las mujeres (compra de vestimenta o alimentación, o la responsabilidad en el ocio de las/os menores, entre otras).

A esto se une que las distancias se dilatan, las circunvalaciones y autovías separa lugares, hasta hace poco tiempo muy cercanos. Las relaciones de vecindad y de apoyo mutuo se van difuminando, y un perfil especialmente vulnerable a esto es el de mujer con discapacidad, de bajos ingresos y/o dificultades para vivir de forma independiente, mayor uso del transporte público y mayor longevidad respecto a sus iguales masculinos.

Es necesario, por tanto, garantizar la incorporación de la perspectiva de género en el diseño, desarrollo, ejecución y seguimiento de las políticas urbanísticas de los espacios públicos y privados con **criterios de accesibilidad universal (autonomía, seguridad, sociabilidad, amabilidad y habitabilidad)** y contribuir a la proximidad vecinal, la rehabilitación de edificios y viviendas, la regeneración urbana, la movilidad activa y la reducción de las necesidades de desplazamiento a través del transporte privado, recuperando el espacio público como espacio de encuentro y relaciones sociales.

⁴⁴ Artículo ‘Urbanismo feminista: ellas son el espacio’ en El Salto Diario, 24/11/2018.

Por otro lado, en términos de seguridad, la violencia experimentada o percibida como amenaza, ejerce un efecto de restricción para el acceso, uso y apropiación del espacio público por parte de la ciudadanía y en especial de las mujeres, que se autolimitan en el uso de determinados lugares como parques, zonas mal iluminadas, aparcamientos, etc. (además de generar aislamiento, sobreprotección familiar, falta de asistencia sanitaria, restricción en el acceso a espacios públicos, falta de socialización o falta de movilidad personal).

Para la protección contra la violencia es fundamental el acceso a espacios y viviendas seguras, a servicios de apoyo y a servicios de salud. El entorno y el diseño urbanístico tienen que estar planteados con criterios de seguridad civil para ofrecer una deambulaci3n ciudadana protegida para que las poblaciones m1s vulnerables ante la violencia y abusos, se sientan protegidas.

¿Un ejemplo?

Muchos inmuebles antiguos, a pesar de los planes de eliminaci3n de barreras arquitect3nicas desarrollados, no son accesibles y no cuentan con un ascensor. De poder elegir, las mujeres en general se decantarían por un diseño de ascensor m1s seguro, bien iluminado, donde no haya recovecos y con mamparas transparentes que dejen el interior a la vista de todos. La exigencia de diseños donde prime la seguridad es una demanda mucho m1s presente en las mujeres que en los hombres, y en esto las mujeres con discapacidad no son una excepci3n. La demanda siendo com1n, sería diferente en su diseño y concepto. Lo mismo puede decirse en el diseño de cualquier ascensor de nueva obra.

Accesibilidad y movilidad

Este modelo urbano que prescinde de lo compacto y est1 aún muy vinculado al consumismo, afecta de manera muy directa a las personas con movilidad reducida. Con un sistema muy deficiente de transporte p1blico adaptado, recorrer largas distancias supone recurrir a un servicio especializado y lamentablemente, en casos en los que no existe ese servicio, exige disponer de vehícuo privado. Esto requiere contar con medios econ3micos suficientes, donde entra en juego el menor acceso a los recursos econ3micos por parte de las mujeres con discapacidad.

Adem1s, las dificultades en los desplazamientos diarios vinculados a los roles de g1nero que ponen la responsabilidad de cuidados de personas y del hogar sobre las mujeres (compras, traslados a centros educativos y de salud, etc.), hacen fundamental el diseño, desarrollo y evaluaci3n de polític1s de movilidad p1blica que garanticen la igualdad y no discriminaci3n de las mujeres con discapacidad y de las mujeres con hijas o hijos con discapacidad. Esto incluye la necesidad de formaci3n del personal de transporte, para facilitar un trato digno y especializado.

¿Un ejemplo?

La flota mayoritaria de autobuses de transporte público no es accesible, muy especialmente en ambientes rurales o en trayectos interurbanos, no sólo por la ausencia de rampa, sino por la falta de señalización auditiva y/o en braille de paradas e itinerarios, entre otras cuestiones. Las paradas son también inaccesibles y muchas ni siquiera cuentan con asientos o apoyos isquiáticos, que permitan el descanso de personas con movilidad reducida. Tampoco se informa sobre horarios de transportes adaptados, dejando a las personas usuarias en una interminable espera que reduce la participación social y las posibilidades de cumplir con horarios establecidos, como puede ser la jornada laboral.

Dado que las mujeres son usuarias mayoritarias del transporte público, el impacto de género es claro: Se dificulta en mayor medida su movilidad autónoma y se pone de relieve la importancia de la accesibilidad de los transportes públicos en clave de género, para garantizar el derecho al acceso a todos los lugares y servicios en igualdad de condiciones a las demás personas.

A mayor escala, esta diferencia de género también está presente en grandes viajes y otros medios de transporte como trenes o aviones.

Accesibilidad a los servicios de salud

Las barreras en este ámbito pueden ser tanto de tipo social, basadas en prejuicios, o de tipo legal, traducidas en la negación o limitación de derechos, así como la propia inaccesibilidad arquitectónica de los edificios. Esto es especialmente grave en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo en lo que respecta a la violencia de género. Tal y como denuncia el 2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea, no es frecuente el acceso de una mujer o niña con discapacidad víctima de violencia a los servicios sanitarios de urgencia, como consecuencia de los altos niveles de dependencia vital y emocional de ésta con respecto a la persona que le agrede, así como por la prevalencia de barreras infranqueables que impiden su desplazamiento autónomo (físicas, de comunicación e información y de transportes).

Los servicios de atención a la salud y aquellos relacionados con factores determinantes básicos de la salud, ya sean públicos o privados, deben ser asequibles económicamente y en términos de cercanía para todas las personas, en especial las de menores ingresos económicos.

Por otro lado, para poder diseñar políticas adecuadas, es indispensable que los datos relativos a la salud estén desagregados por sexo y tipo de discapacidad, para determinar y subsanar las desigualdades existentes.

¿Un ejemplo?

El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad, se ve limitado por la falta de accesibilidad en las consultas ginecológicas y de reproducción asistida, tanto en el acceso a la información, como por la falta de equipos adaptados, como aparatos de mamografías, camillas de exploración o herramientas de diagnóstico, al no ser consideradas usuarias de estos servicios.

Accesibilidad a bienes y servicios

Es necesario garantizar el acceso y el diseño universal para todas las personas de productos, objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Y sobre todo, es necesaria la participación de las mujeres con discapacidad en el establecimiento de los criterios para el diseño universal, en aras de garantizar que éste no se basa en modelos androcéntricos y que se prevén los ajustes necesarios para adaptarse a las necesidades y usos diferentes de mujeres y niñas con discapacidad.

Es decir, el diseño de los productos, objetos herramientas y dispositivos debe contemplar a todas las personas y no solo a los modelos masculinos. Además, deberán ser incorporados todos los modelos en los catálogos públicos y a precios asequibles para todas las personas, teniendo en cuenta a las mujeres con discapacidad.

Cobran especial importancia aquellos bienes y servicios relacionados con la salud, específicamente la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad. También servicios específicos como los de violencia de género u otros de mayor uso por las mujeres como los de atención a la infancia, han de ofrecerse en todos los lenguajes, formas y formatos posibles de manera fácil y segura.

Este ámbito también está relacionado con la sociedad de la información. Así, en el desarrollo de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), han de considerarse posibles brechas de género en relación a los aspectos económicos, la necesidad de formación y la igualdad de oportunidades para el acceso y el uso, sin importar la edad, evitando así que las niñas y mujeres con discapacidad puedan ser susceptibles de sufrir exclusión social. Para ello, no sólo es importante que las TIC se adapten a las necesidades individuales de las mujeres con discapacidad, sino que reflexionemos también sobre la capacidad de las TIC para generar mayor autonomía en las mismas.

¿Un ejemplo?

En una sociedad en la que internet y las redes sociales se han convertido en herramientas indispensables para la búsqueda de empleo, la brecha digital de género pone en desventaja a las mujeres con discapacidad, que encuentran mayores barreras para acceder a estos recursos.

Otro ejemplo es el uso del teléfono móvil. Según un estudio de la Fundación Vodafone de 2013, el 93,3% de los hombres con discapacidad de movilidad utilizan el teléfono móvil frente al 87% de las mujeres. Una diferencia que se incrementa hasta 9 puntos porcentuales en la discapacidad visual (el 93,5% de los hombres frente al 84,4% de las mujeres)⁴⁵.

Brecha de género de uso del teléfono tradicional según tipo de discapacidad %



En resumen...

- El diseño urbano no es neutro: favorece las actividades productivas.
- Los roles de género hacen que las mujeres sigan siendo mayoritariamente responsables de las actividades reproductivas.
- Las mujeres hacen un uso más diversificado de la ciudad, pues sus trayectos dependen de tareas reproductivas.
- Las mujeres con discapacidad tienen menor volumen de ingresos y por tanto, mayores dificultades en la movilidad.
- Las mujeres utilizan más el transporte público.
- Las MCD tienen menos acceso a servicios de salud adecuados, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y de la violencia de género.
- La brecha digital afecta en mayor medida a las MCD, que tienen menor acceso y uso de las TIC.

⁴⁵ Gomiz Pascual, 2016.

Para saber más...



Puedes consultar el **Estudio sobre impacto de género y Accesibilidad**, realizado por el Observatorio eEstatad de la discapacidad en 2016, disponible en [este enlace](#).



Puedes consultar el Estudio sobre la situación de las mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito rural en España, elaborado por el Observatorio de estatal de la discapacidad, disponible en [este enlace](#).

5.1.2. Derechos Sexuales y Reproductivos

La relación entre derechos sexuales y reproductivos (DSR) y discapacidad es uno de los ámbitos de análisis más invisibilizados, a pesar de que, de acuerdo con el Observatorio de la Discapacidad Física (2018), las mujeres y niñas con discapacidad están más expuestas a sufrir una vulneración de este tipo de derechos, en el momento en que no se consideran parte integrante de la sociedad como sujetos activos en relación a los mismos.

Los movimientos feministas tienen una larga trayectoria de trabajo e incidencia para conceptualizar estos derechos y posicionarlos como tema del debate público y político e incorporarlos al cuerpo de los derechos humanos. La conceptualización internacional de los DSR viene marcada por dos hitos:

- El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), que afirmó el *“derecho inalienable de las mujeres y los hombres al libre ejercicio de la sexualidad y reproducción como ámbitos de autonomía y autodeterminación, donde la violencia y la coerción no tienen cabida”*, y
- La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, que afirmaba que *“los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a coerción, discriminación y violencia”*.

Con esto como referencia, la defensa y definición de los DSR debe hacerse desde un enfoque de ciudadanía y derechos humanos, en los que el concepto de **autonomía** y el **derecho a decidir** sean elementos nucleares. Entendiendo el derecho a decidir como un derecho multidimensional, que incluye respetar la diversidad de formas alternativas de vivir la sexualidad y la maternidad.

Además, los DSR de las mujeres con discapacidad se ven cruzados por dos construcciones simbólicas contrapuestas: la interpretación social de las mujeres en general como objetos sexuales y la interpretación social de las mujeres con discapacidad como sujetos asexuales. Construcciones que, en conjunto, agudizan los tipos de violencia y vulneraciones de estos derechos que las mujeres y niñas con discapacidad sufren.

Esto tiene consecuencias sobre su propia autonomía y autopercepción, ya que al ser tratadas como asexuales, llegan a ignorar o reprimir los deseos sexuales y a creer que

no pueden ser deseadas. El imaginario social las coloca en una especie de ‘eterna infancia’ que dificulta su acceso a una educación sexual democrática y con perspectiva de género y el desarrollo de las habilidades, autonomía y autoestima necesarias para saberse, vivirse y autoafirmarse como sexuales, y a la vez cuidarse y protegerse como tales. Otro ejemplo es el caso en el cual la mujer o niña no posee herramientas para diferenciar cuándo se la está tocando a raíz de una práctica médica o cuándo se está abusando de ella⁴⁶.

A lo largo de los años, la agenda de los DSR se ha ido ampliando y enriqueciendo con los debates feministas. Un punto crucial dentro de los objetivos del movimiento feminista en general y de las MCD en particular, tiene que ver con el ejercicio de ciertos derechos individuales, como el derecho al ejercicio de su sexualidad, a la decisión acerca de su propio cuerpo (reproducción y aborto) y al ejercicio de la maternidad⁴⁷.

Los programas de educación sexual para jóvenes con discapacidad se centran en la prevención de ETS y en los embarazos no deseados, sin profundizar en los componentes afectivos y emocionales de la sexualidad, ni en el derecho de intimidad y placer sexual.

ODF (2018)



⁴⁶ Serra, 2014.

⁴⁷ Íbidem.

La Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos⁴⁸

- 1. Derecho a la igualdad:** Todas las personas son iguales en dignidad y derechos. Todas tienen derecho al reconocimiento social y a la protección legal de sus vidas sexuales y reproductivas.
- 2. Derecho a la autonomía sexual:** Todas las personas tienen derecho a expresar y manifestar sus deseos, placer, prácticas, orientación e identidad sexual; a decidir libremente sobre su vida sexual en un marco ético no discriminatorio y respetuoso con los derechos de otras personas y con la capacidad evolutiva de las y los niños.
- 3. Derecho a la libertad y a la integridad corporal:** Todas las personas tienen derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; a vivir libres de riesgo y de cualquier violencia, intimidación o coerción que atente contra su libertad y bienestar sexual y corporal.
- 4. Derecho a decidir sobre las distintas opciones reproductivas:** Todas las personas tienen derecho a adoptar decisiones relativas a su vida reproductiva, a determinar libremente si quieren o no tener hijos e hijas y, en su caso, su momento y frecuencia.
- 5. Derecho a la información:** Todas las personas tienen derecho a disponer y acceder a una información completa, clara y veraz, para tomar decisiones autónomas sobre su vida sexual y reproductiva y ejercer plenamente sus derechos.
- 6. Derecho a la educación sexual:** Todas las personas tienen derecho a recibir una educación sexual de calidad, libre de estereotipos y prejuicios morales, ideológicos o religiosos, que favorezca una vivencia positiva y saludable de la sexualidad.
- 7. Derecho a la atención y protección de la salud sexual y reproductiva:** Todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud sexual y de salud reproductiva como componentes centrales de su bienestar, y por tanto a acceder a servicios de salud que ofrezcan una atención integral y de calidad.
- 8. Derecho a la privacidad y la confidencialidad:** Todas las personas tienen derecho al respeto a su privacidad e intimidad, así como confidencialidad cuando proporcionan información sobre su vida sexual y reproductiva.
- 9. Derecho a optar por los diversos modos de convivencia:** Todas las personas tienen derecho a elegir la forma de convivencia que consideren más adecuada con la relación afectiva, igualitaria que hayan establecido, y a disfrutar de los mismos derechos sociales y legales.
- 10. Derecho a la participación y libertad de opinión:** Todas las personas tienen derecho a ejercer la libertad de pensamiento, opinión y expresión de sus ideas, así como de asociarse para participar en el desarrollo de las políticas que determinan su bienestar sexual y reproductivo.

⁴⁸ Elaborada por la Federación Española de Planificación Familiar, disponible [aquí](#).

En febrero de 2019, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) y el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), emitieron una Declaración conjunta que enfatiza que la protección de los DSR, en particular de las MCD, requiere que todos los servicios de salud [...] sean consistentes con los derechos humanos de las mujeres, incluidos los derechos a la autonomía, privacidad, confidencialidad, consentimiento informado y elección⁴⁹. La declaración hace especial mención al acceso al aborto seguro y legal y a la obligación de que todas las mujeres estén protegidas contra el aborto coercitivo, anticoncepción o esterilización forzosa o sin su consentimiento informado.

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo

Una de las principales manifestaciones del control sobre los cuerpos y los derechos de las mujeres tiene que ver con la falta de garantías para el ejercicio del derecho a un aborto libre, seguro y gratuito. En nuestro país, la Ley 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo⁵⁰, establece “la eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad”.

La ley, además, incorpora una serie de provisiones específicas para garantizar el acceso adecuado y adaptado de las MCD a los servicios y garantías previstas, cumpliendo con la obligación establecida por la CDPD de “respetar el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener [...] a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos”.

Pero a pesar de esto, los DSR de las mujeres con discapacidad siguen viéndose vulnerados: Primero, por la falta de garantías de acceso a la información y educación sexual completa, así como la no disponibilidad de programas y falta de acceso a servicios adecuados y adaptados. Segundo, por la arraigada presencia de estereotipos que se basan en la presunción de que las mujeres no están en condiciones de tomar decisiones autónomas sobre aspectos fundamentales de su vida y, en particular, sobre su sexualidad y reproducción. Estos estereotipos sustentan un enfoque paternalista, preventivo y estrictamente médico, donde los embarazos se entienden por defecto como “no deseados”, asociando discapacidad con

“Con el fin de respetar la igualdad de género y los derechos de discapacidad, los Estados partes deben despenalizar el aborto en todas las circunstancias y legalizarlo de una manera que respete plenamente la autonomía de las mujeres, incluidas las MCD”.

**Declaración conjunta,
CDPD -CEDAW, 2019**

⁴⁹ Disponible [aquí](#).

⁵⁰ Texto completo de la Ley disponible [aquí](#).

incapacidad para la maternidad, por un lado, e invisibilizando la posibilidad de que la mujer aborte como resultado del ejercicio consciente de su derecho, por otro.

Esto último, además, se vincula con la realización de abortos coercitivos, una práctica aún extendida y muchas veces realizada a instancia de las propias familias, que supone una de las vulneraciones más graves del derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo.

Maternidad y esterilización no consentida

El ámbito de la maternidad es uno de los que más evidencian los estereotipos contradictorios que enfrentan las mujeres con discapacidad: Se estima que no tienen la autonomía y capacidad necesaria para el cuidado de sus hijas o hijos, de modo que existe una dicotomía entre, por un lado, la idea de que todas las mujeres deben ser madres (estereotipos de género) y, por el otro, el hecho de que se suele desalentar a las MCD de asumir el papel de madre, e incluso rechazarlo independientemente de sus deseos personales⁵¹.

También sus DSR se ven vulnerados en los casos en los que deciden llevar un embarazo a término, ya que los servicios sanitarios muchas veces carecen de los conocimientos, bienes y productos necesarios para ofrecer una atención adecuada. Al respecto, el Informe de NU sobre Discapacidad y Desarrollo de 2018, denuncia que en países desarrollados casi 1 de cada 3 partos de MCD no son atendidos por personal sanitario cualificado y 1 de cada 5 mujeres no ven cubiertas sus necesidades de planificación familiar⁵².

La esterilización es una práctica médica mediante la cual se hace infecunda y estéril a una persona. La esterilización es forzosa cuando esa práctica se realiza a una persona sin su consentimiento y cuyas intenciones pueden ser de tipo eugenésica, punitiva o de anticoncepción forzosa.

A esto hay que sumar los casos en los que se practican esterilizaciones forzosas a las mujeres con discapacidad. Según los datos del Consejo General del Poder Judicial, en 2016 en España se resolvieron 140 casos de esterilización forzosa. (ODF, 2018).

Estas esterilizaciones están muy vinculadas a los estereotipos descritos y se practican para evitar embarazos, al considerar a las mujeres con discapacidad jurídica y socialmente incapaces para ejercer la maternidad. Lo grave aquí es que el entorno familiar no sopesa si puede o no tener relaciones sexuales, sino que lo que se valora y consecuentemente cercena, es el derecho a decidir ser madre⁵³.

⁵¹ Tom Shakespeare et al., (2017).

⁵² "Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities. UN Flagship Report on Disability and Development, 2018". Resumen ejecutivo disponible [aquí](#) (en inglés).

⁵³ Serra, 2014.

Tanto el aborto coercitivo como la esterilización forzosa, pueden constituir, además de una violación de los derechos reproductivos, una violación del derecho a una vida libre de violencia y a no ser sometidas a tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes. En este sentido, CERMI Mujeres denuncia que la esterilización forzosa es la vulneración más grave de los derechos humanos de las personas con discapacidad vigente en nuestra legislación⁵⁴.

En resumen...

- Las mujeres con discapacidad están más expuestas a vulneraciones de sus derechos sexuales y reproductivos.
- La unión de los estereotipos sobre el género y sobre la discapacidad hace que las MCD sufran múltiple discriminación.
- Los estereotipos impiden ver a las MCD como personas con autonomía y capacidad de decisión sobre su cuerpo y su sexualidad.
- Los prejuicios impiden ver a las MCD como madres.
- Los servicios de salud no cuentan con información, bienes, productos, infraestructuras ni profesionales adecuados.
- Aún hay altos índices de abortos coercitivos y esterilizaciones forzadas entre las MCD.

Para saber más...



Puedes consultar el Dossier sobre la **Agenda 2030 y los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres con Discapacidad**, de COCEMFE (Murillo, 2019), disponible en [este enlace](#).



Puedes ver un vídeo sobre **'La experiencia de la maternidad'**, presentado en el IX Foro Mujer y Discapacidad de Bizkaia, disponible en [este enlace](#).



Puedes ver la presentación de Pilar Ramiro (Comisión de la Mujer del CERMI) sobre **'DSR de las mujeres con discapacidad. Prejuicios, mitos y realidad'**, 2012, disponible en [este enlace](#).

⁵⁴ Fundación CERMI Mujeres, noviembre 2018. Noticia completa [aquí](#).

5.1.3. Salud

La salud y el acceso a ella en igualdad de condiciones con el resto de la ciudadanía debe entenderse como un derecho fundamental amparado por los tratados internacionales de derechos humanos. En principio no debe asociarse de forma inmediata el ámbito de la salud y el de la discapacidad. Cuando hablamos de la salud de las mujeres de nuestro grupo social desde un enfoque de derechos humanos lo hacemos desde un modelo social, donde la salud no debe ser abordada como la causa unívoca y directa de la discapacidad⁵⁵.

Con esto como punto de partida, es necesario señalar cómo el ámbito de la salud es uno en los que más a menudo las mujeres con discapacidad ven limitado el ejercicio de sus derechos de ciudadanía como pacientes frente a otros grupos sociales y en el que su dignidad como personas se ve especialmente comprometida. En este sentido, hablar de la salud de las mujeres con discapacidad es poner uno de los más claros ejemplos de cómo los distintos ejes analizados interseccionan entre sí. Así, la salud es una de las claves principales cuando hablamos de accesibilidad a bienes y servicios, cuando hablamos de derechos sexuales y reproductivos (y por supuesto de violencia de género), o cuando hablamos de pobreza, si nos basamos en un modelo integral de la salud. ¿Qué significa esto?

Un **enfoque integral de la salud en clave feminista** permite trascender al enfoque tradicional y más limitado de la salud, basado en la ‘ausencia de enfermedad’, proponiendo un concepto integral de la misma: la salud como algo asociado al bienestar y a la calidad de vida, donde son claves los determinantes sociales, y en la que la sexualidad y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo son parte indisoluble de la misma.

Los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud engloban las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades”. Además de la atención de la salud sexual y reproductiva, abarca todos los factores determinantes básicos de la salud, incluido el acceso a agua segura y potable, saneamiento adecuado, alimentación y nutrición adecuadas, vivienda adecuada, condiciones de trabajo y medio ambiente seguros y saludables y educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, así como una protección efectiva frente a toda forma de violencia, tortura y discriminación y otras violaciones de los derechos humanos.

En este sentido, las desigualdades sociales y de distribución de poder basadas en el género y la discapacidad (y en la interacción de ambos factores) son determinantes sociales de la salud, de acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU⁵⁶.

⁵⁵ No está de más recordar que, como veíamos al describir el enfoque o modelo social de la discapacidad, ésta viene determinada fundamentalmente por el entorno en el que se desenvuelve la persona y las barreras que presenta ese entorno. La actuación sobre ese entorno físico y social debe ser la prioridad, huyendo de un enfoque puramente “rehabilitador” y orientado a considerar la salud de la persona como la causa de esa discapacidad.

⁵⁶ “El derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte integrante del derecho a la salud”. Observación general No 22, 2 de mayo de 2016, disponible [aquí](#).

El enfoque integral de la salud en clave feminista, incorpora estos determinantes en la definición de salud, y la aborda como un proceso complejo, determinado por **factores biológicos, socioculturales, del medio ambiente y de acceso a los servicios de la salud**, en el que las relaciones de género y discapacidad, por su interrelación con todos ellos, tienen un papel central.

¿Un ejemplo?

Podemos pensar en el acceso a métodos anticonceptivos por parte de las mujeres con discapacidad. Un enfoque integral de la salud permitiría tener en cuenta:

- **Factores ambientales:** por ejemplo, entornos urbanos o rurales no accesibles.
- **Barreras socioculturales:** por ejemplo, mitos y estereotipos en torno a la vida sexual de las MCD; relaciones de poder dentro de las familias; división sexual de las responsabilidades a la hora de usar métodos anticonceptivos,
- **Cuestiones biológicas:** efectos secundarios de los métodos anticonceptivos en los cuerpos sexuados,
- **Barreras en el acceso a los servicios de salud:** limitaciones en el acceso a bienes y servicios adaptados; falta de información.

A todo eso se sumaría la ausencia de políticas públicas y entornos sociales y familiares que favorezcan la promoción de la autonomía de las MCD.



Desde el feminismo, además, se reivindica la necesidad de una **ciencia de la morbilidad diferencial** para evitar sesgos androcéntricos inconscientes, que permita “revisar la literatura que rompa con los estereotipos y proponga bases que tener en cuenta en un diagnóstico diferencial de las enfermedades y del malestar de las mujeres, la formación de profesionales bajo enfoque bio-psico-social y sensible al género, y la atención primaria con derecho a la participación de las mujeres”⁵⁷. Este enfoque es el que nos permitirá hacernos preguntas clave sobre las diferencias en la salud de las mujeres con discapacidad y diseñar servicios de salud que sean justos y accesibles, de ‘calidad’ y ‘calidez’.

Para ello, y como ya establecía el II Plan Integral de Acción sobre Mujeres con Discapacidad⁵⁸, es imprescindible proveer a los y las profesionales de la salud de herramientas de actualización que les permita conocer las características que ciertos grupos sociales pueden presentar. Las mujeres con discapacidad reivindican un modelo de atención sanitaria basado en la cercanía, la igualdad, la participación y el respeto a la diversidad, así como el desarrollo de acciones dirigidas a empoderar a la ciudadanía en materia de salud.

Salud, dependencia y cuidados

La necesidad de cuidados, lejos de ser una cuestión accesoria o puntual, es un asunto absolutamente presente en la vida de todas las personas, de acuerdo a un modelo social de la salud y la discapacidad: en algún momento de nuestro proceso vital, todas las personas nos veremos afectadas por la dependencia, ya sea como necesitadas de cuidados o como cuidadoras. El acceso a los cuidados es, en este sentido, un determinante social de la salud.

Partiendo de aquí, es necesario abordar desde un doble enfoque la relación entre salud, dependencia y cuidados. Esta doble mirada implica, en primer lugar, analizar desde la perspectiva de género cuáles son las necesidades específicas de cuidados de las mujeres con discapacidad, y cuáles son sus especiales vulnerabilidades y barreras. A lo que hay que sumar, como factor de

Algunas preguntas clave...

¿Cuáles son las diferencias de trato y exposición a riesgos que afectan a la salud mental de las mujeres?

¿Qué actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas o de rehabilitación requieren atención especializada?

¿Por qué no hay datos suficientes sobre dolencias y patologías que afectan más a mujeres, o que ayuden a identificar diferencias en los procedimientos médicos?

⁵⁷ Valls Llobet, 2009.

⁵⁸ Texto completo disponible [aquí](#).

intersección, el nivel económico que determinará las posibilidades de la mujer de acceder a servicios especializados de cuidados. De acuerdo con un estudio realizado por la Asamblea Feminista de Madrid, el 69% de las personas receptoras de ayuda no remunerada son mujeres⁵⁹.

En segundo lugar, es necesario visibilizar cómo los estereotipos de género que imponen las tareas de cuidado mayoritariamente sobre las mujeres, también afectan a las mujeres con discapacidad. De modo que son ellas quienes, cuando viven en familia, se ocupan en mayor medida de cubrir las necesidades de cuidados de menores y otras personas en el hogar. Hay que tener en cuenta, además, que cuando el grado de discapacidad impide a las mujeres realizar estos trabajos, enfrentan factores psicológicos, además de los sociales, asociados a la sensación de culpa.

El trabajo de cuidados sin remunerar se realiza sobre todo en el ámbito familiar. En el 83,6% de los casos lo realizan mujeres, con el siguiente perfil: casadas, con estudios primarios y una edad de 53 años. En el 16,4% son hombres casados, pensionistas y mayores de 65 años. Esto nos indica que los hombres, a diferencia de las mujeres, cuidan tras abandonar el mercado laboral por jubilación.

¿Un ejemplo?

La esclerosis múltiple conlleva una pérdida de funcionalidad que suele evaluarse principalmente mediante parámetros físicos y de ambulación, pero de acuerdo con un estudio realizado en 2017⁶⁰, las repercusiones cognitivas, emocionales y sociales que el desarrollo de la enfermedad tiene sobre la calidad de vida, son tan importantes como las físicas y están estrechamente relacionadas con ellas.

La pérdida de funcionalidad que ocasiona el desarrollo de la enfermedad suele obligar al grupo doméstico a replantear los roles de género. Esto no es fácilmente admitido por la sociedad, lo que produce disociación y malestar en las personas afectadas. En este sentido, la progresión de la enfermedad desencadena un proceso de redefinición de los roles de género para el desempeño de las tareas domésticas, tanto en las personas enfermas como en sus familiares, sobre todo cuando las afectadas son mujeres. Ellas intentan desempeñar su rol de amas de casa y madres hasta el límite de sus posibilidades, dejando que los varones asuman paulatinamente las labores domésticas. Esta transferencia de responsabilidades es vivida como una pérdida de identidad de género, que produce sentimientos de culpa y fracaso (Bravo-González y Álvarez Roldán, 2017).

⁵⁹ “La ley de dependencia ante la crisis del trabajo de cuidados”. Amaranta, Cuaderno no2, disponible [aquí](#).

⁶⁰ Bravo-González y Álvarez Roldán, 2017. Artículo completo disponible [aquí](#).

La Ley de Dependencia, que prevé una prestación de apoyo a cuidadores no profesionales, ha tenido un “efecto perverso” sobre esta situación, consolidando la situación de discriminación de las mujeres, que en lugar de salir del ámbito doméstico del cuidado o de la difícil compatibilización de su vida profesional con el trabajo de cuidados, perpetúan ese rol con la solución legal de ser “compensadas” económicamente, generándose sujetos excluidos del ámbito laboral⁶¹.

En resumen...

- Un enfoque integral de la salud en clave feminista requiere interpretar desde la perspectiva de género los condicionantes sociales de la salud.
- La salud de las MCD se ve especialmente afectada por la falta de acceso adecuado a servicios de salud sexual y reproductiva.
- El menor nivel económico de las MCD condiciona sus posibilidades de obtener bienes y servicios de atención especializada.
- Los estereotipos de género hacen que las mujeres con necesidades de cuidado sean también cuidadoras en su grupo familiar.
- No existen datos para ayudar a comprender las diferencias de género en la salud y adaptar consecuentemente los servicios.

Para saber más...



Puedes consultar la **Guía sobre la salud en las Mujeres con Discapacidad** del Instituto de la Mujer, 2007, disponible en [este enlace](#).



Puedes ver el vídeo resumen de las **Jornadas sobre Mujer y Salud Mental**, celebradas por la Federación de Salud Mental de Castilla y León en abril de 2018, disponible en [este enlace](#).

⁶¹ Holgado González, 2019.

5.1.4. Empleo

El acceso al empleo es uno de los ámbitos en los que la desigualdad entre mujeres y hombres, especialmente mujeres con discapacidad, es más clara, lo que incide directamente en la percepción de ingresos económicos y en la menor posibilidad de llevar una vida independiente.

Tanto la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) reconocen el derecho a un trabajo digno como derecho inalienable. Ambos Tratados especifican la libre elección a un trabajo y las salvaguardas que el Estado parte debe de poner en funcionamiento a fin de proteger, garantizar y promover este derecho (Fundación CERMI Mujeres, 2019).

Tener menos recursos económicos derivados de la actividad laboral o procedentes del sistema público de protección social (pensiones), es una de las realidades a las que hacen frente las mujeres con discapacidad y a la que se suman mayores dificultades para el acceso a la educación, formación, empleo y al sistema sociosanitario, así como a una mayor incidencia de los diferentes tipos de violencia.

Para realizar un correcto acercamiento al estado de la cuestión es preciso aplicar un enfoque interseccional que permita conocer cómo se articulan los factores de exclusión. Sin embargo, la falta de datos, estudios e investigaciones disponibles sobre las mujeres y niñas con discapacidad, dificulta enormemente un análisis en profundidad, así como la posibilidad de interpretar a través de los mismos algunas de las situaciones y discriminaciones a mujeres, detectados a nivel testimonial desde las organizaciones que trabajan en el tema.

“Para guiar la planificación de políticas, debería establecerse un mecanismo para supervisar los avances y financiar la recopilación de datos, estudios e investigaciones sobre las mujeres y las niñas con discapacidad y la discriminación interseccional que sufren (...). Todas las investigaciones sobre los derechos de las personas con discapacidad deben tener en cuenta la perspectiva de género, y la investigación sobre las mujeres y las niñas debe integrar la perspectiva de discapacidad”.

Comité Económico y Social Europeo

Dictamen sobre La situación de las mujeres con discapacidad, 2018

Las mujeres con discapacidad y el empleo en los textos jurídicos y políticas públicas

A nivel Internacional

1948 - Artículo 23, Declaración Universal de los Derechos Humanos.



1979 - Art. 3 y 11, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.



2006 - Art.5, 6 y 27 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.



2018 - Apartados VII.A y VII.M Observación general núm. 6 sobre la igualdad y la no discriminación.



A nivel Europeo

2018 - Observaciones específicas 5.4. Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la situación de las mujeres con discapacidad.



A nivel del Estado Español

2007 - Apartado II L.O 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.



2019 - Eje 3. Plan Anual de Política de Empleo.



Las cifras de las Mujeres con Discapacidad y el Empleo

El 6,2%⁶² de la población total en edad de trabajar en España son personas con discapacidad, de las cuales el 42,5% son mujeres. La **tasa de actividad** de mujeres y hombres con discapacidad es prácticamente igual (35% en mujeres y 35,1% en hombres), algo similar a lo que ocurre con la **tasa de empleo**, aunque aquí comienzan a atisbarse diferencias, con un porcentaje de mujeres ligeramente inferior (25,6%, frente al 26% de hombres). Esta diferencia se amplía levemente si nos fijamos en la **tasa de paro**, que para las mujeres con discapacidad está en un 26,7% mientras que para los hombres con discapacidad es del 25,8%.

No obstante, es importante tener en cuenta que ninguna de estas tres tasas mide la **calidad** del empleo, asociada a la relación entre nivel de estudios, características del empleo y salario, por lo que hay que tener precaución y no considerar sólo estos datos para analizar la situación.

⁶² Todos los datos de 2017, publicados en 2018 por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Lamentablemente, el INE no ofrece datos desagregados por sexo sobre la situación profesional de las personas con discapacidad (por cuenta propia o ajena), ni sobre las diferencias en los sectores de actividad, que reflejarían el nivel de segregación horizontal e impacto de la división sexual del trabajo en el colectivo.

Lo que sí sabemos es que el **porcentaje de contratos a tiempo parcial** en mujeres con discapacidad es más del doble del porcentaje de estos contratos en sus pares varones: El 26,1% de las jornadas laborales de MCD son parciales, frente al 12,4% de ellos, lo que tiene un impacto directo en su situación económica y sus futuras pensiones.

Por otro lado, también en el salario hay una obvia desigualdad (influida entre otros aspectos por el tipo de contrato): El salario medio de las mujeres con discapacidad es un 15,8% inferior al de los hombres con discapacidad. La discriminación de género en este ámbito en nuestro país está por encima de la sufrida por la variable discapacidad, ya que incluso el salario medio de hombres con discapacidad es algo superior al salario medio de las mujeres sin discapacidad. Esta brecha salarial varía en función del sector de actividad, siendo especialmente aguda en el sector de Industria y Construcción.

El establecimiento de cuotas o la bonificación de determinados contratos son **acciones positivas**, justificadas en el contenido del art.9.2 CE y que permiten una visión activa dirigida a eliminar las diferencias sociales entre la ciudadanía.

Por último, si observamos el **nivel de estudios**, el porcentaje hombres con discapacidad que acceden al empleo con estudios primarios o secundarios como nivel máximo es ligeramente superior al de ellas (alrededor de dos puntos porcentuales), mientras que los datos se invierten cuando hablamos de estudios superiores: el 15,7% de los trabajadores y el 18,3% de las mujeres trabajadoras con discapacidad tenía estudios superiores como máximo nivel formativo alcanzado. Es decir, las mujeres con discapacidad ocupadas tienen un nivel de estudios superior al de los hombres, lo que, sin embargo, no parece tener impacto en su salario. En contra, si hablamos de analfabetismo, las cifras arrojan un 5,6% de MCD frente al 4,7% de hombres (05% y 0,4% si hablamos de mujeres y hombres sin discapacidad).

El INE no ofrece información cruzada que relaciones estos datos sobre nivel educativo con datos salariales u otras variables, pero de acuerdo al Informe realizado por la Fundación CERMI Mujeres en 2019⁶³, del análisis de todo lo expuesto hasta ahora, puede concluirse que **las mujeres con discapacidad se encuentran en el último escalafón en materia de derecho al trabajo digno**, apuntando una situación agravada para las mujeres jóvenes con discapacidad. En general, se observa una falta grave de acceso al empleo, indicador de que la desigualdad es estructural y basada en barreras sociales, asentadas en la pervivencia de altos niveles de prejuicios y estereotipos de género, en los que interseccionan el capacitismo y el sexismo.

⁶³ Ver apartado “Para saber más...”, más abajo.

Desde NU se corrobora esta afirmación, y la Asamblea General, en su Resolución de 19 de diciembre de 2017, expresa preocupación por “la baja tasa de participación en la fuerza de trabajo de las mujeres con discapacidad, que son objeto de formas múltiples e interrelacionadas de discriminación y se enfrentan a obstáculos estructurales, físicos, comunicacionales y actitudinales que dificultan su acceso al lugar de trabajo y su participación en él en igualdad de condiciones con los demás”⁶⁴.

Recomendaciones de actuación

En las Jornadas sobre derechos de las mujeres con discapacidad y Agenda 2030 organizada por COCEMFE en 2019, las mujeres con discapacidad hacen las siguientes recomendaciones⁶⁵:

Dirigidas al movimiento asociativo

- **Fomentar el empoderamiento de las mujeres con discapacidad** líderes del movimiento asociativo para erradicar la masculinización del liderazgo y promover su visibilización.
- **Vigilar** a las administraciones públicas y empresas en el **cumplimiento de la legislación vigente** para la efectiva y real ocupación de plazas reservadas para personas con discapacidad y denunciar el incumplimiento.
- Con respecto a la discapacidad psicosocial o intelectual, **impulsar el empleo con apoyo**, en el que se cuenta con la ayuda de un/a preparador/a laboral.

Dirigidas a a las mujeres con discapacidad y su entorno

- **Empoderarse**: tomar conciencia del valor propio, de lo que se puede aportar y de los propios derechos, dejar de verse como una carga; fortalecerse, formarse para mejorar la autoestima, participar en la comunidad y exigir el cumplimiento de los derechos de las mujeres con discapacidad.
- **Sensibilizar a la sociedad** para eliminar el paternalismo que perjudica la capacidad para desarrollarse y la autoestima de las mujeres con discapacidad.

Dirigidas a las administraciones públicas:

- Con respecto a la discapacidad física y orgánica, **garantizar el cumplimiento del diseño universal y la adaptación del puesto de trabajo** (tanto a nivel físico como con otras adaptaciones necesarias).
- **Formar al personal de la administración pública** en los enfoques de género y discapacidad e interseccionalidad (incluyendo a la Inspección de Trabajo).
- **Cumplir con la legislación vigente** a través de una vigilancia estricta y de la articulación de medidas sancionadoras efectivas, incluido el Plan Nacional de mujeres con discapacidad en las autonomías, concretamente el eje de empleo.

⁶⁴ <https://undocs.org/es/A/RES/72/162>

⁶⁵ Sistematización completa disponible [aquí](#).



Por último, en este punto es especialmente relevante señalar que no existen datos sobre trabajos no productivos (y por tanto no remunerados) y cómo estos condicionan el acceso al mercado laboral de las mujeres, también las mujeres con discapacidad. Sin embargo, estudios de carácter informal indican que las mujeres con discapacidad, incluso cuando ellas mismas precisan de asistencia personal en su vida diaria, continúan realizando **trabajos domésticos y de cuidados**, muchas veces no por elección, sino por el peso de los estereotipos o por imposición o dinámicas familiares.

Disponer de datos al respecto contribuiría a la elaboración y aplicación de medidas orientadas a fomentar la corresponsabilidad y al empoderamiento de las mujeres con discapacidad dentro y fuera del núcleo familiar.

En resumen...

- La tasa de paro de las MCD es ligeramente superior a la de los hombres (un punto porcentual).
- Ellas tienen más del doble de contratos a tiempo parcial.
- No hay datos sobre el nivel de segregación horizontal y situación profesional.
- Hay una brecha salarial del 15,8% entre mujeres y hombres con discapacidad.
- El mayor porcentaje de MCD que acceden al empleo con mayor nivel de estudios no se traduce en mejores condiciones laborales.
- No se analiza el impacto de la mayor carga de trabajo reproductivo y de cuidados de las mujeres.

Para saber más...



Puedes consultar el informe de la Fundación CERMI Mujeres **'DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD. Informe España 2018: Especial relevancia en cuanto a la protección, promoción y garantía del derecho al trabajo digno'**, de 2019, disponible en [este enlace](#).



Puedes ver [este vídeo](#) de Lorena Quintas sobre el **Derecho al Empleo** de las mujeres con discapacidad (2019).

5.1.5. Pobreza

Según el Informe AROPE⁶⁶ de 2019, para todas las variables de pobreza y/o exclusión, las personas con discapacidad registran valores mucho más elevados que aquellas que no tienen ninguna, y prácticamente una de cada tres PCD está en riesgo de pobreza y/o exclusión.

La doble dirección de la pobreza y la discapacidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la pobreza puede aumentar el riesgo de discapacidad por malnutrición, falta de acceso a la educación y atención de salud, o condiciones inseguras de trabajo, entre otras. A su vez, la discapacidad puede elevar el riesgo de pobreza por motivo de falta de oportunidades de empleo y educación, de salarios más bajos y costo de vida más alto por la discapacidad.

La variable género aquí es indispensable para entender el diferente impacto y vulnerabilidad de las mujeres ante la pobreza y exclusión social. Como hemos visto, los niveles de actividad laboral y desempleo de las mujeres con discapacidad son sensiblemente inferiores a los de los hombres. Además, en los últimos años se ha puesto de manifiesto cómo los efectos de la crisis han tenido un sesgo de género que han provocado la feminización de la pobreza.

En este sentido, la especial dificultad de acceso y de un recorrido continuado dentro del mercado laboral de las mujeres con discapacidad, tiene efectos directos sobre su autonomía y su situación económica, muy visible por ejemplo en el ámbito de las pensiones. Sometidas a los ingresos de una pensión fija, las mujeres mayores con discapacidad han aumentado su tasa AROPE en estos últimos años, cuando vuelve a crecer el umbral de pobreza.

Tipos de pobreza

Objetiva: Perspectiva externa, medida estadísticamente.

Subjetiva: Definida por las personas en situación de pobreza.

Coyuntural: situación en un momento dado, que puede desaparecer.

Persistente: Se prolonga en el tiempo.

Absoluta: Límite por debajo del cual no es posible cubrir necesidades básicas.

Relativa: Límite establecido en relación a la situación del resto de la población.

⁶⁶ Informe “El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2018”, elaborado por EAPN, 2019. Resumen ejecutivo disponible [aquí](#). El indicador o **tasa AROPE** mide el riesgo de pobreza y/o exclusión (de sus siglas en inglés: At Risk Of Poverty and/or Exclusion).

Junto al acceso al empleo, el tipo de trabajo y el salario, otros **indicadores que permiten medir la situación de pobreza** son:

- Las dificultades financieras e ingresos del hogar (por ejemplo, hogares que precisan ayudas económicas de amistades o familiares).
- El porcentaje de ahorro (incluyendo el disponer de cuenta bancaria propia).
- El acceso y control de prestaciones monetarias o de servicios.
- El acceso a la vivienda (por ejemplo, porcentaje que vive en viviendas de protección social, o que dispone de viviendas adaptadas).
- El nivel educativo.
- El acceso a productos, bienes y servicios.
- La calidad de vida (incluyendo, por ejemplo, el porcentaje de MCD que ostenta cargos públicos, o el porcentaje de víctimas de violencia).

Las cifras de la pobreza y las mujeres con discapacidad

En nuestro país, casi tres de cada cuatro personas con discapacidad que están bajo el umbral de pobreza extrema, son mujeres⁶⁷. Según el Informe Olivenza de 2017⁶⁸, editado por el Observatorio Estatal de la Discapacidad (ODE) el 15,7% de las mujeres con discapacidad se encuentra en situación de pobreza extrema y un 32,7% están en riesgo de padecerla, 5 puntos más que la población sin discapacidad.

Si atendemos al tipo de discapacidad, las mayores diferencias respecto a pobreza extrema se presentan entre mujeres y varones con discapacidades sensoriales, de hecho, los varones de este grupo presentan la tasa de pobreza más baja (9,9%), mientras que las mujeres la más alta (18,9%).

Si hablamos de la **tasa de riesgo de pobreza**, en las personas adultas con discapacidad ésta se ha mantenido prácticamente igual en los últimos cuatro años y en la actualidad es del 27,7%, la cifra más alta de la serie histórica. Por sexo, en la actualidad hay una diferencia de 1,2 puntos entre hombres y mujeres con discapacidad.

Por otro lado, es importante conocer la **fuentes principal de ingresos** de los hogares en los que viven personas con discapacidad: Para la mitad de la población, la fuente principal de ingresos proviene del trabajo y los ingresos de pensiones contributivas. Del total de personas inactivas con discapacidad que perciben una pensión contributiva, aproximadamente el 70% de los perceptores son hombres. A esto se suma que el 47% de las mujeres con discapacidad no recibe prestación alguna, frente al 40% de los hombres.

⁶⁷ Dato del Informe sobre pobreza y exclusión social de las MCD en España elaborado por Fundación CERMI Mujeres en 2013, con datos de 2008. El informe señala que cabe estimar que esta cifra se puede haber incrementado por efecto de la crisis económica y el aumento de la desigualdad en los últimos años.

⁶⁸ Informe completo disponible [aquí](#).

En cuanto a los **índices de analfabetismo**, estos ascienden a un 2,7% en el caso de las mujeres con discapacidad, frente a un 0,4% en las personas sin discapacidad.

Si observamos los hogares en los que viven personas con discapacidad solas, se evidencia una clara situación de desventaja para las mujeres, ya que más del 40% vive en hogares en los que se ingresan menos de 500 euros mensuales.

Por último, no hay que olvidar que el trabajo reproductivo y no remunerado realizado mayoritariamente por mujeres, supone también un obstáculo para la generación de ingresos y limita sus oportunidades para el acceso a otros recursos.

En resumen...

- La tasa de pobreza extrema de las mujeres con discapacidad en España triplica a la del resto de la población y es un 40% más alta que la de los hombres con discapacidad.
- Las barreras en el acceso al empleo, en el acceso a bienes y servicios específicos, o los índices de violencia de género, influyen en el nivel de pobreza de las MCD.
- Casi tres de cada cuatro PCD bajo el umbral de pobreza extrema, son mujeres.
- Las mujeres con discapacidad reciben proporcionalmente menos prestaciones que los hombres con discapacidad.
- Las pensiones contributivas y los salarios de las MCD son más bajos.
- El trabajo reproductivo no remunerado es un coste de oportunidad para las MCD que limita su acceso a recursos.

Para saber más...



Puedes consultar el informe **'Pobreza y Exclusión social de las Mujeres con discapacidad en España'**, 2013, de la Fundación CERMI Mujeres, disponible en [este enlace](#).



Puedes consultar el Informe sobre Discapacidad y Agenda 2030 **'Disability and Development Report'**, 2018, de Naciones Unidas, disponible en [este enlace](#) (en inglés).

5.2. Violencias hacia las mujeres y niñas con discapacidad

El problema de la violencia de género, dada su magnitud, gravedad y carácter transversal, no se ha tratado en este manual como un eje más, sino que se ha incluido como epígrafe propio con el objetivo de abordarlo con la importancia que requiere y desde un enfoque holístico e interseccional a todos los ejes anteriormente descritos.

El indiscutible punto de partida, reconocido por todos los Estados y tratados internacionales, es que **la violencia de género es una de las más graves violaciones de los Derechos Humanos y libertades fundamentales de las mujeres y las niñas** en el mundo, a pesar de lo cual, todavía hay grandes lagunas en la sensibilización, información y formación general al respecto, especialmente si hablamos de mujeres y niñas con discapacidad.

De acuerdo con el Informe sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea (2003-2009), **“casi el 80% de las mujeres con discapacidad es víctima de la violencia y tiene un riesgo cuatro veces mayor que el resto de mujeres de sufrir violencia sexual.** (...) Las mujeres con discapacidad, están más expuestas a la violencia de personas de su entorno, ya sea personal sanitario, de servicio o cuidadores”.

En este sentido, el II Manifiesto los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la UE, denunciaba que “las MCD conviven con actos de violencia de manera particular, llevados a cabo por miembros de la familia, por personas encargadas de su cuidado o incluso por desconocidos; todo ello bajo la privacidad de sus hogares o en el día a día de las instituciones”.



Causas de especial vulnerabilidad frente la violencia de mujeres y niñas con discapacidad

De acuerdo con el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2012)⁶⁹, las mujeres con alguna discapacidad física, sensorial o psicológica se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad a la violencia física, sexual y psicológica, por tener, con mayor probabilidad:

- Menor capacidad para defenderse.
- Mayor dificultad para expresarse.
- Menor credibilidad en su relato, especialmente en mujeres con trastorno mental grave.
- Menor acceso a la información, asesoramiento y a los recursos de forma autónoma.
- Mayor dependencia de terceras personas.
- Más dificultades de acceso al trabajo remunerado y a la educación.
- Menor autoestima y menosprecio de su propia imagen.
- Miedo a perder los vínculos que le proporcionan cuidados.
- Menor independencia y mayor control económicos.

Actualmente, el principal instrumento de lucha contra la violencia en Europa, es el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica⁷⁰, adoptado en Estambul el 11 de mayo de 2011, y que insta a los Estados miembro a la adopción de medidas legislativas contra las distintas manifestaciones de la violencia.

5.2.1. Concepto y tipos: ¿cómo reconocerla?⁷¹

La Violencia de Género es “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.” (Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, ONU, 1993).

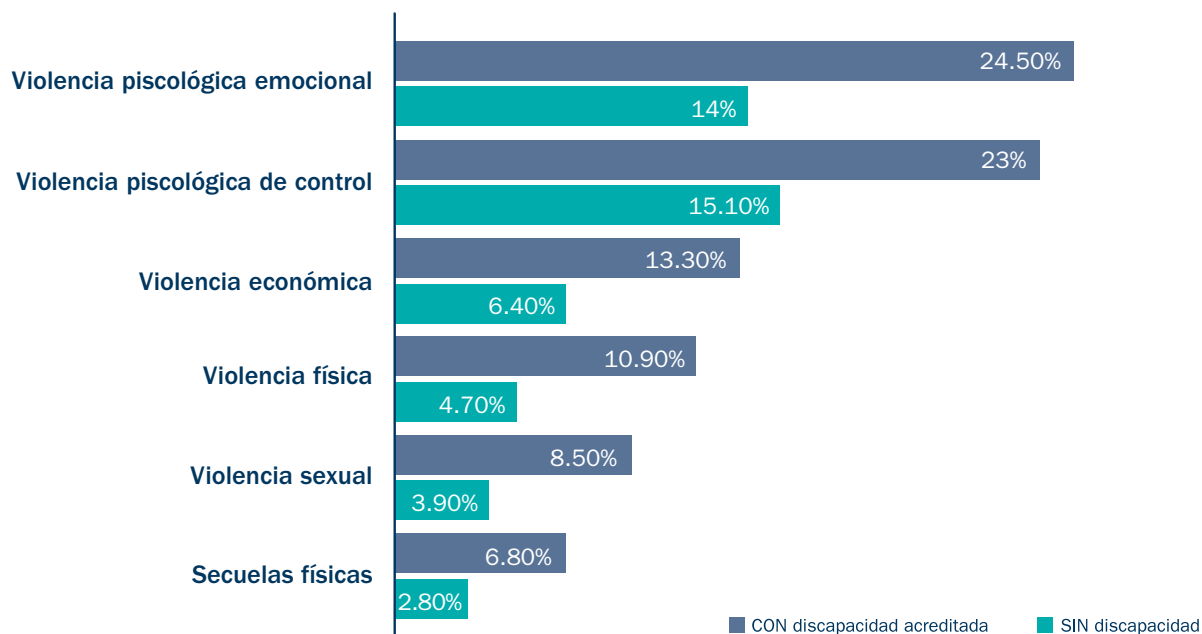
No existe un único tipo de violencia, sino que la misma puede revestir diferentes formas. La violencia abarca una amplia variedad de actitudes y actuaciones que pueden dañar a las mujeres, especialmente en aquellas que presentan una discapacidad.

⁶⁹ Protocolo completo disponible [aquí](#).

⁷⁰ Texto completo del Convenio de Estambul disponible [aquí](#).

⁷¹ Junto a otros documentos citados, este epígrafe se ha elaborado a partir del cuaderno didáctico “Violencia contra las Mujeres con Discapacidad. Ver y reconocer las señales”, ACADAR, 2015 (2a edición 2016), disponible [aquí](#).

Según los datos arrojados por la macroencuesta sobre violencia de 2015, **en todos los tipos de violencia la incidencia sobre las mujeres con discapacidad es superior a la ejercida sobre las mujeres sin discapacidad.** En la práctica totalidad el número de víctimas se duplica cuando entra en juego la variable discapacidad, tal y como ilustra el siguiente gráfico:



Si bien los datos de la macroencuesta se referían a la violencia ejercida por la pareja o ex-pareja de las mujeres⁷², la violencia de género puede ejercerse por cualquier persona y también por las instituciones. Podemos distinguir los siguientes tipos de violencia de género:

Violencia psicológica

Toda conducta, verbal o no verbal, que provoque en la mujer malestar o sufrimiento. Puede ser ejercida por figuras cuidadoras o de apoyo, familiares, pareja, amistades o profesionales de referencia. Se manifiesta en un proceso de culpabilización. Puede ser:

- **Emocional:** insultos, actitudes para hacerte sentir mal, menosprecio o humillaciones en público o en privado, asustar o intimidar, amenaza verbal de hacer daño, etc.
- **De control:** ignorar o tratar con indiferencia, insistencia en saber dónde estás, enfado por hablar con otra persona, pedir contraseñas de redes sociales, mirar los mensajes del móvil, criticar la forma de vestir, tratar de impedir relaciones de amistad o familiares, control del tiempo, etc.

⁷² Esto es debido a la definición restrictiva de la Ley 1/2004 de Protección Integral contra la Violencia de Género, que sólo contabiliza como violencia al efecto de la misma la ejercida por pareja o ex-pareja. Una interpretación más amplia, en base a los textos de NU o al Convenio de Estambul, permitiría contabilizar como violencia de género muchos otros casos que también lo son y actualmente no entran en las estadísticas ni en las medidas de protección y atención.

¿Cómo reconocerla? Indicadores básicos

Abandono de relaciones de amistad o familiares; abandono de cuidados o apoyos; culpa; indecisión; baja autoestima; actitud nerviosa, ansiedad o angustia; estrés; irritabilidad, cambios de humor / ánimo; ataques de ira dirigidos a otras personas; insomnio; inapetencia sexual; ganas de llorar sin motivos; tristeza por pensar que no vale nada; sentimiento de impotencia o inutilidad; fatiga permanente; dolores de espalda o articulaciones; dolores de cabeza; resfriados o catarros habituales; adicción a distintas sustancias; pérdidas de custodia de la descendencia.

Violencia física

- **En su forma ACTIVA:** Acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por otra persona. Incluye agresiones corporales (abofetear, golpear, lanzar objetos, empujar, agarrar, tirar del pelo, dar patadas, arrastrar, intento de asfixia, amenaza de usar o uso de arma, etc.), administración injustificada de fármacos o control de la movilidad.
- **En su forma PASIVA:** Negación o privación de los aspectos básicos necesarios para el adecuado mantenimiento del organismo en cuanto a la salud, higiene y apariencia.

Puede ser ejercida por figuras cuidadoras o de apoyo, familiares, pareja o amistades.

¿Cómo reconocerla? Indicadores básicos

Estado de sedación o nerviosismo; disfunción motora ajena a la discapacidad; señales como marcas en muñecas, rodillas o tobillos; mordeduras; quemaduras; desnutrición; vestimenta inadecuada con respecto al clima; frecuentes enfermedades ajenas a la discapacidad; ropa muy manchada o estropeada; arañazos; discapacidades no explicadas; dolores crónicos; fracturas de diversa índole; lesiones en órganos internos; perforaciones de tímpano; problemas dentales.

Violencia económica

Acto de privación del poder económico o patrimonial de la mujer, que es manejado por los poderes públicos y/o personas próximas a su entorno familiar. Se manifiesta a través del control abusivo del gasto. Incluye: impedir tomar decisiones relacionadas con la economía familiar y/o realizar las compras de forma independiente, negación a darle a dinero para los gastos del hogar (cuando la pareja sí tiene dinero para otras cosas), o no dejar trabajar o estudiar fuera del hogar.

¿Cómo reconocerla? Indicadores básicos

Incumplimiento de la ley para la retribución de pensiones (él); necesidad de justificar cualquier gasto; ausencia de información de los ingresos de la pareja; analfabetismo financiero; no disponer de cuenta bancaria propia; ausencia de capacidad de decisión sobre los ingresos y gastos familiares; venta de los bienes matrimoniales y/o materiales sin consentimiento informado de ella.

Violencia sexual

Acción de intimidación o imposición a la mujer o niña, mediante el chantaje, las amenazas, la fuerza o el abuso de posición de poder, de un comportamiento sexual contra su voluntad. Puede ser ejercida por figuras cuidadoras o de apoyo, familiares, pareja, amistades o profesionales de referencia.

Existen diferentes manifestaciones de violencia sexual:

- **Violencia sexual que no implica contacto corporal:** Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes obscenos por correo electrónico o telefónicos, gestos y palabras obscenos, insultos sexistas, acoso sexual, voyeurismo, proposiciones sexuales no deseadas. Agresión sexual (p.e. forzar a mantener relaciones con otra persona).
- **Violencia sexual con contacto corporal:** Tocamientos, la imposición de relaciones sexuales o prácticas no deseadas, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes. Agresión sexual y Violación.
- **Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:** Incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, afectando su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su derecho a la maternidad (abortos y/o esterilizaciones forzadas, matrimonio precoz, matrimonio forzado).

Un 7,6% de MCD declaran que su pareja o ex-pareja les ha obligado a mantener relaciones sexuales; un 5,3% las ha mantenido sin desearlo por miedo a las consecuencias si se negaba; a un 3,4% le han obligado a realizar alguna práctica sexual no deseada, degradante o humillante.

Otras formas de violencia sexual (que por su gravedad requieren protocolos específicos) son: la mutilación genital femenina, la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, la explotación de la prostitución ajena.

¿Cómo reconocerla? Indicadores básicos

- **Indicadores físicos:** desgarros vaginales o anales; eritemas, edemas o petequias en zona vaginal; paralización o dolor en esfínter; picor, erosión o laceraciones vaginales o anales; ruptura, perforación o dilatación del himen; embarazo no deseado; ETS; lesiones o moratones en muslos, mamas o nalgas; lesiones en cabeza, cara o alrededor de la boca, nariz, cuello, brazos; presencia de esperma o pelo púbico.
- **Indicadores emocionales o comportamentales:** Alteraciones del sueño, la alimentación o menstruación; inseguridad y desconfianza en algunas relaciones; aislamiento; agresividad; fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinar en la cama); dificultades de interacción social; pesadillas; problemas de atención, memoria y concentración; síntomas de ansiedad y depresión; rechazo al contacto físico; conocimientos sexuales inapropiados para la edad; agresión sexual de menores a menores; mala adaptación sexual; dependencia, etc.

Violencia estructural

Incumplimiento de la cobertura de las necesidades básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) basada en el diseño desigualitario de las estructuras. Es responsabilidad de los poderes públicos equilibrarlo.

La cobertura de las necesidades básicas incluye marcos legislativos de protección y garantía de derechos, por lo que los programas y políticas públicas (de prevención de la violencia de género u otras) que no tienen en cuenta las particularidades de las niñas y las mujeres con discapacidad, forman parte de la violencia estructural e institucional ejercida contra ellas.

En 2019, la proporción global de mujeres en parlamentos nacionales era del 24,3% y solo 11 mujeres son Jefas de Estado. Solo 3 países tienen un 50% o más de mujeres en el parlamento.

También, la falta de servicios públicos adaptados, formados y sensibles a género puede provocar doble victimización cuando una mujer acude a los mismos y no obtiene una atención profesional especializada.

¿Cómo reconocerla? Indicadores básicos

Diferencias salariales entre mujeres y hombres; espacios inaccesibles; dificultad del acceso al sistema sanitario; sexismo en publicidad y medios de comunicación; juguetes sexistas; negación del derecho y acceso a la educación; privación de la decisión sobre el propio cuerpo; techo de cristal, suelo pegajoso y limitación de acceso a puestos de responsabilidad; falta de representación en espacios de toma de decisiones; orientación laboral estereotipada; ausencia de transversalidad en los datos estadísticos; invisibilización legislativa; etc.

Violencia obstétrica

Todo acto que es ejercido sobre el cuerpo de la mujer durante la atención del parto, parto y postparto. Supone la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por el personal sanitario a través de la patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad e impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Un 50,7% de mujeres no son informadas de la intervención que se les va a realizar durante el parto y en un 76,6% de los casos no son informadas de las distintas opciones de actuación.⁷³

¿Cómo reconocerla? Indicadores básicos

Trato jerárquico deshumanizador; partos instrumentalizados; abuso de medicación; intervenciones médicas injustificadas; negación de derechos sanitarios; falta de atención; desinformación sobre las prácticas médicas; malas prácticas médicas; lenguaje inaccesible; falta de información; falta de habilidades en el personal sanitario; ausencia de mobiliario o aparatos accesibles; esterilizaciones forzadas; histerectomías; negación del carácter sexuado; etc.

Violencia cultural

Cualquier aspecto de la cultura (religión, etnia, ideología, lengua, tradición, etc.) que se emplea para justificar el uso de la violencia. Se sustenta en el ideario patriarcal que normaliza la socialización diferencial de género⁷⁴ y la falta de reconocimiento social de las mujeres como sujetos iguales en dignidad y derechos. Se mantiene a través de los estereotipos de género, que acentúan la discriminación contra las mujeres y la superioridad social de valores como la agresión, el dominio y la fuerza, culturalmente atribuidos a lo masculino.

“La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, en particular las derivadas de prejuicios culturales, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas”.

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia sobre la Mujer, 1993.

⁷³ Observatorio de la violencia obstétrica en España. “Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica”. 25 de noviembre de 2016. Disponible [aquí](#).

⁷⁴ Ver glosario.

¿Cómo reconocerla? Indicadores básicos

Ideario religioso; ideario patriarcal; lgtbi fobias; lenguaje desigualitario; invisibilización e indiferencia de la persona; falta de credibilidad al relato de las mujeres; juicio social a las mujeres incluso cuando ellas son víctimas; excesiva carga social a la tradición; normas estéticas establecidas; sobreprotección; lástima social; ocultación de la persona; invasión de la intimidad; etc.

Las violencias descritas pueden ser simultáneas. La discapacidad puede ser previa a la violencia de género o posterior y consecuencia de la misma. Puede tratarse de una discapacidad física (por ejemplo, es muy frecuente la sordera por golpes en el oído), o puede ser intelectual. La discapacidad también puede ser consecuencia de la violencia ejercida sobre la madre durante la gestación o el parto. En los casos en los que la discapacidad es previa, los factores que tienen que ver con la misma son a menudo utilizados por los victimarios para ejercer la violencia aún con mayor impunidad.

En cuanto al impacto sobre el estado de salud y sus síntomas en la vida de las mujeres, es relevante destacar que en todos los casos y tipos de violencia, las mujeres con discapacidad tienen peor percepción de su salud frente a las mujeres sin discapacidad que la han sufrido⁷⁵.

Es importante tener presente que cualquiera de las formas de violencia de género que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social.

5.2.2. La atención en situaciones de violencia

A la hora de realizar una atención integral ante la violencia, a pesar de encontrar elementos compartidos con el resto de mujeres, la realidad de las mujeres con discapacidad presenta manifestaciones y barreras específicas que deben ser tomadas en cuenta. La primera de estas barreras es la falta de datos, que persiste a pesar del aumento de programas y protocolos dirigidos a informar y asesorar, dificultando una atención adecuada y de calidad ante las especificidades necesarias para intervenir con mujeres y niñas con discapacidad.

La segunda barrera es que, en muchos casos, estas formas de violencia no son identificadas como violencia de género, sino que se excluye la variable de género en el análisis y se fundamentan como discriminación general ante la discapacidad, imposibilitando la atención especializada y sensible a los factores estructurales de género, e invisibilizando cómo la intersección entre ambas variables funciona como agravante.

⁷⁵ Informe sobre la Violencia de género hacia las Mujeres con Discapacidad a partir de la macroencuesta 2015, Fundación CERMI Mujeres, 2016. Disponible [aquí](#).

Considerar las barreras propias mencionadas en el punto anterior habilita una visión global sobre la situación (por ejemplo, entender que si la pareja y la figura cuidadora son la misma persona se reducen las posibilidades de denuncia, o qué ocurre en el caso de las mujeres que viven en contextos institucionales), así como sobre los tipos de violencia a los que se enfrentan (desatención, desinformación, control económico, etc).

Es prioritario, por un lado, contar con personal especializado, y por otro, garantizar el acceso real de las mujeres y niñas con discapacidad a la información sobre sus derechos y a los recursos disponibles.

Es preciso utilizar todos los soportes necesarios para que la información llegue a la persona (formatos accesibles de la comunicación como telecomunicación o braille) y trabajar por la eliminación de barreras físicas, de comunicación y, sobre todo, actitudinales.

Pautas de intervención

En cuanto a la intervención, es importante comprender que existen aspectos comunes a todas las discapacidades, pero también otros específicos de cada una de ellas, que habrá que tener en cuenta en cada caso concreto⁷⁶.

- Respecto a las pautas generales, los principios a seguir no difieren de los que se siguen en el caso de mujeres sin discapacidad, en concreto⁷⁷:
- Tomar un papel activo en la lucha para erradicar la violencia y en defensa de los derechos de la mujer.
- Trabajar para producir el cambio social imprescindible que elimine sus causas y mecanismos de mantenimiento.
- Incidir en la detección e intervención en las primeras fases de la construcción de la desigualdad.
- Tener en cuenta la globalidad del daño, ya que la violencia hacia las mujeres genera daños a la mujer que la está viviendo, así como a su familia y a la sociedad.

⁷⁶ Para conocer en detalle las pautas de intervención diferenciadas según sea el tipo de discapacidad, ver el Manual realizado por Edeka recomendado en el apartado “Para saber más”, al final de este epígrafe. (Editado por Emakunde, 2019).

⁷⁷ Asociación Internacional de Juristas INTER IURIS .“Manual 3: Intervención Profesional e Institucional contra la Violencia de Género”. 2014. Disponible [aquí](#).

En resumen...

- Las MCD tienen cuatro veces más riesgo que el resto de que se ejerza algún tipo de violencia sobre ellas.
- El porcentaje de secuelas físicas de la violencia es tres veces superior en MCD.
- La violencia puede ser ejercida por figuras cuidadoras o de apoyo, familiares, pareja, amistades, personas desconocidas, profesionales de referencia y/o instituciones.
- La violencia puede ser psicológica, física, económica, sexual, estructural, obstétrica y cultural.
- En todos los tipos de violencia la incidencia en las MCD es mayor, pero a ellas se les otorga menos credibilidad en el relato.
- Los diferentes tipos de violencia pueden darse simultáneamente.
- La violencia de género es una vulneración grave de los derechos humanos de las mujeres.

Para saber más...



Puedes consultar el **Informe sobre Violencia de Género hacia las Mujeres con Discapacidad a partir de la macroencuesta 2015**, de Fundación CERMI Mujeres en 2016, disponible en [este enlace](#).



Puedes consultar la guía **"Niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia machista. Pautas de intervención"**, del Instituto Vasco de la Mujer - Emakunde, 2019, con pautas de intervención según tipo de discapacidad, disponible en [este enlace](#).



Puedes ver los videos de la **campaña contra la violencia machista** realizada por Amanixer, 2019, disponible en [este enlace](#).



Puedes ver **los vídeos de la campaña "No me hagas vulnerable"** de Plena Inclusión, sobre Violencia de Género hacia mujeres con discapacidad intelectual, disponibles en [este enlace](#).



Puedes consultar la **Guía sobre Violencia Sexual hacia las Niñas y Mujeres con Discapacidad**, elaborada por ACADAR, Asociación de Mujeres con Discapacidad de Galicia, en 2018, disponible en [este enlace](#).

6. Hacia el empoderamiento y la plena participación

El reconocimiento de las diferencias, la exigencia del cumplimiento de derechos de las mujeres con discapacidad, la responsabilidad de visibilizar las barreras que enfrentan y promover actuaciones adecuadas... todo lo visto hasta ahora, es sólo el primer paso. Es el suelo de mínimos que recogen los convenios y tratados internacionales desde hace décadas, es sólo el resultado lógico de la defensa de la ética universal y la justicia social. Por delante, está el verdadero objetivo: caminar hacia empoderamiento y plena participación de las mujeres con discapacidad, donde éstas sean dueñas de su propia voz y protagonistas de sus vidas.

¿Qué significa esto y cómo lo conseguimos? La palabra empoderamiento viene del término inglés *empowerment* y significa facultarse, habilitarse, autorizarse. Según Naila Kabeer, se refiere a “la expansión de las habilidades de las personas para tomar decisiones estratégicas para sus vidas en condiciones en las cuales estas habilidades han sido rechazadas previamente”.

Pero hay que ir un paso más allá. El empoderamiento no se trata solo de abrir el acceso a la toma de decisiones, sino que también debe incluir **procesos que lleven a las personas a percibirse a sí mismas como capaces y con derecho a ocupar ese espacio de toma de decisiones** (Rowlands, 1995). Además de la capacidad de tomar decisiones, el empoderamiento debe implicar la capacidad de dar forma a las opciones que se ofrecen. En este sentido, no hay empoderamiento sin participación. Una de las claves para fomentar y sustentar los procesos de empoderamiento, es la generación de referentes y la práctica del reconocimiento.

“Todas las mujeres tienen el derecho a vivir en primera persona sin sentirse culpables”.

Somos las protagonistas, no pedimos favores, pedimos igualdad de trato.

Soledad Murillo

**Secretaria de Estado para Igualdad,
2019**



El enfoque de empoderamiento y la Plataforma de Acción de Beijing

El término empoderamiento se empezó a utilizar en el campo del desarrollo a mediados de los años 80, especialmente por feministas del Tercer Mundo, para superar enfoques estrictamente “bienestaristas” y antipobreza. Argumentaban que centrarse en el mejoramiento de las condiciones diarias de las mujeres restringe su conciencia a este respecto, así como su disposición a actuar en contra de las estructuras reforzadoras, menos visibles pero más poderosas, de subordinación y desigualdad.

Así, un enfoque de empoderamiento pretende la transformación de las estructuras de subordinación con cambios radicales en las leyes, los derechos de propiedad y las instituciones sociales y culturales que refuerzan y perpetúan la dominación masculina.

Este enfoque es recogido en la Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing (1995), como estrategia para aumentar la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y acceso al poder.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing explica que las vidas de las mujeres deben examinarse en el marco social, económico y político de la sociedad y no fuera de ese contexto, y reafirmó que “la participación igualitaria de la mujer en la adopción de decisiones no sólo es una exigencia básica de justicia o democracia, sino una condición necesaria para que se tengan en cuenta los intereses de la mujer. Sin su participación activa y la incorporación del punto de vista de la mujer a todos los niveles del proceso de adopción de decisiones, no se podrán conseguir los objetivos de igualdad, desarrollo y paz”.

Con un enfoque de empoderamiento y transversalidad, la Declaración establece la **necesidad de actuar en todas las esferas de la vida**, señalando 12 esferas de especial preocupación: la pobreza, la educación y la capacitación, la salud, la violencia contra la mujer, los conflictos armados, la economía, el ejercicio del poder y la toma de decisiones, los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, los derechos humanos de las mujeres, los estereotipos y medios de comunicación y difusión, el medio ambiente, y los derechos de las niñas.

El empoderamiento se basa en la toma de conciencia del poder individual y colectivo que ostentan las mujeres y que tiene que ver con la recuperación de su propia dignidad como personas. Requiere la construcción de un imaginario social donde se ponga en valor la capacidad de agencia y transformación de las propias mujeres y escape de enfoques que las colocan exclusivamente como víctimas. Está íntimamente relacionado con el liderazgo, si lo entendemos como una estrategia sociopolítica para liderar los cambios sociales y participar en la toma de decisiones. Implica, por tanto, un proceso de desafío de las relaciones de poder existentes, así como de obtención de un mayor control sobre las fuentes de poder.

Este proceso se articula en torno a dos elementos centrales: por un lado, el proceso individual, único y diferente para cada mujer en base a su propia experiencia de vida. Por otro, el proceso colectivo, fluido y dinámico, que cambia a medida que se modifican los contextos y las percepciones de las mujeres sobre sus propias necesidades e intereses vitales. Se infiere, entonces, que el empoderamiento es un proceso que, a su vez, va incorporando los resultados del mismo (Batliwala, 1997).

Así, el proceso se inicia en el ámbito personal, mediante el encuentro de cada mujer con sus capacidades y poderes personales y la toma de conciencia de tener el derecho a tener derechos, reconocer la propia autoridad y confiar en la capacidad de lograr propósitos, a través de una autoimagen positiva. La continuación está en las relaciones cercanas, a través de la habilidad para negociar e influenciar en el ámbito social y familiar, superando actitudes de sobreprotección y de limitación de su autonomía.

El empoderamiento es un proceso individual que sólo se sustenta colectivamente.

Marcela Lagarde

Finalmente se expande hacia una dimensión colectiva, que permite que muchas mujeres con discapacidad hagan frente a una sensación de soledad e inadecuación, asumiéndose como parte de un grupo mayor en el que se sienten comprendidas y escuchadas. En este sentido, el proceso de empoderamiento tiene que permitir a las mujeres organizarse en colectividades para que, de esta manera, rompan con el aislamiento individual y creen un frente unido por medio del cual puedan desafiar su subordinación.

A través del empoderamiento las mujeres obtienen acceso a un nuevo mundo de conocimientos que les permiten ampliar sus opciones, tanto en sus vidas personales como públicas.

Srilatha Batliwala

El resultado se manifiesta como una redistribución del poder. Para ello las metas del empoderamiento de las mujeres con discapacidad han de ser el desafío de la ideología patriarcal y la transformación de las estructuras e instituciones que refuerzan y perpetúan la discriminación de género y la desigualdad social.

Se trata, en definitiva, de alcanzar una participación plena en todos los ámbitos, adquiriendo o mejorando habilidades personales, desarrollando una conciencia de grupo y construyendo estructuras organizativas suficientemente fuertes para lograr cambios sociales y políticos que contribuyan a que instituciones y organismos orienten sus actuaciones hacia una igualdad real y generen el marco jurídico y social necesario para garantizar la sostenibilidad de los cambios.

Una de las claves para fomentar y sustentar los procesos de empoderamiento, es la **generación de referentes** y la **práctica del reconocimiento**. Afortunadamente, cada vez hay más mujeres con discapacidad levantando la voz, visibles en el ámbito público. Para seguir visibilizando y reconociendo su valor y autoridad, podéis ver:



El vídeo **“Discapacidad, poder distinto”**, de la charla de **Constanza Orbaiz**, psicopedagoga con parálisis cerebral, en las TED Talks de Río de la Plata de 2017, disponible en [este enlace](#).



El vídeo de **Marta Valencia**, Presidenta de CEMUDIS, realizado en el marco del conversatorio **‘Mujeres que impulsan el cambio’** (COCEMFE, 2019) donde explica la importancia de contar con mujeres con discapacidad en el movimiento asociativo para que puedan decidir por sí mismas. Disponible en [este enlace](#).



El vídeo **“También somos mujeres”**, realizado por Plena Inclusión Madrid y dirigido por Diana Nava, que consiguió en 2009 el Premio Nacional de Reportaje Social y Solidario. Disponible en [este enlace](#).



7. Glosario

Acción positiva: Estrategias destinadas a establecer la igualdad de oportunidades por medio de medidas que permitan contrastar o corregir aquellas desigualdades que son resultado de prácticas o sistemas sociales discriminatorios.

Androcentrismo: Sistema que se basa en los valores, los modelos y las formas de pensar masculina y que se imponen al resto de la sociedad. Se basa en la idea de que la mirada masculina es la única posible y universal por lo que se generaliza para toda la humanidad. El androcentrismo invisibiliza a las mujeres, sus experiencias, sus aportaciones y sus opiniones.

Brecha digital de género: Hace referencia a las desigualdades y barreras en el acceso, uso, conocimiento o impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación entre mujeres y hombres.

Brecha salarial: Es la diferencia entre las retribuciones salariales de mujeres y hombres, expresada como un porcentaje del salario masculino, es decir, es el porcentaje resultante de dividir dos cantidades: la diferencia entre el salario de los hombres y las mujeres, dividida entre el salario de los hombres. Según los últimos datos publicados en la encuesta Encuesta Anual de Estructura Salarial del Instituto Nacional de Estadística, de 2017, en España la brecha salarial es del 15,1%.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Tratado internacional que protege los derechos de las personas con discapacidad. Aprobada en 2006, pretende que los países firmantes asuman el compromiso de integración de las personas con discapacidad.

Discapacidad: Término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. La discapacidad es una construcción social y en función de cuál sea el modelo de sociedad en la que la persona vive y se relaciona, el concepto de discapacidad puede variar.

División sexual del trabajo: Es la división del trabajo remunerado y no remunerado entre mujeres y hombres, tanto en la vida privada como en la pública, en función de los roles de género cultural y tradicionalmente asignados. Resulta en la asignación de los trabajos productivos a los hombres y los trabajos reproductivos a las mujeres, así como en la valoración social diferente de unos y otros, siendo los trabajos reproductivos normalmente invisibilizados y menos valorados. Este reparto tradicional de las tareas produce relaciones jerárquicas de poder y aprendizajes diferentes para hombres y mujeres, que también se valoran de manera desigual dentro de la sociedad.

Discriminación Múltiple: Desventaja social producida en una persona o en un grupo por la suma de más de un factor que puede dar lugar a discriminación. En el contexto de la igualdad entre mujeres y hombres, la discriminación múltiple está relacionada con la conexión entre el género y factores como la etnia, la edad, el estatus socioeconómico, la orientación sexual, la diversidad funcional y tipo de discapacidad, la localización geográfica, el nivel educativo o los modelos de socialización en el país de origen.

Enfoque de género: Es una forma de observar la realidad en base a las variables sexo y género y sus manifestaciones en contextos determinados; Se basa en el reconocimiento explícito del género como construcción social y cultural de procedencia histórica, que estructura jerárquicamente las relaciones entre mujeres y hombres y que puede y debe ser transformada. Permite reconocer las relaciones de poder y de subordinación que se estructuran en base a esa construcción social y analizar las desigualdades desde un enfoque crítico feminista.

Enfoque basado en los Derechos Humanos: es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de DDHH y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y protección de los DDHH. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculiza el progreso en materia de desarrollo.

Empoderamiento: proceso mediante el cual las mujeres, individual y colectivamente, toman conciencia sobre cómo las relaciones de poder operan en sus vidas y ganan la autoconfianza y la fuerza necesarias para cambiar las desigualdades de género en el hogar y en la comunidad, el mercado y el Estado a los niveles nacional, regional e internacional. Una definición completa del empoderamiento incluye componentes cognitivos, psicológicos, políticos y económicos, todos ellos interrelacionados entre sí.

Estereotipo. Visión generalizada o preconcepción sobre los atributos o características de los miembros de un grupo en particular o sobre los roles que tales miembros deben cumplir. En base a esta visión, se considera que una persona, por el sólo hecho de pertenecer al grupo, poseerá esos atributos y características o cumplirá ese rol. De esta manera, todas las dimensiones de la personalidad que hacen que una persona sea única, serán filtradas a través de esa lente o preconcepción sobre el grupo con el cual se le identifica.

Los **estereotipos de género** son el conjunto de creencias o ideas preconcebidas sobre las características consideradas apropiadas para mujeres y hombres. Determinan las conductas, comportamientos y actitudes que deben tener las personas según su grupo de pertenencia, es decir, son atributos de feminidad para las mujeres y de masculinidad para los hombres. Con el tiempo, estas características se naturalizan y se asumen como verdades.

Exclusión Social: Proceso de pérdida de las capacidades básicas para alcanzar niveles de funcionamiento mínimamente aceptables, en el que las personas pueden verse implicadas de forma temporal o permanente. Incluye dificultades o barreras en al menos el eje económico (empleo, ingresos, privación), el eje político de la ciudadanía (derechos políticos, educación, vivienda o salud) y el eje de las relaciones sociales (aislamiento, desestructuración familiar). La exclusión es un fenómeno de causas estructurales.

Feminismo: Es tanto una corriente de pensamiento como un movimiento social en permanente evolución, cuyo objetivo es la transformación de la realidad, la abolición de los sistemas patriarcales de dominación y la defensa de la igualdad de derechos y de oportunidades entre mujeres y hombres.

Constituye una forma diferente de entender el mundo, las relaciones de poder, las estructuras sociales y las relaciones entre los sexos. Según Carmen Castells, es lo “relativo a todas aquellas personas y grupos, reflexiones y actuaciones orientadas a acabar con la subordinación, desigualdad, y opresión de las mujeres y lograr, por tanto, su emancipación y la construcción de una sociedad en que ya no tengan cabida las discriminaciones por razón de sexo y género.”⁷⁸

Feminización de la pobreza: Existe cuando los niveles de pobreza muestran una tendencia en contra de las mujeres o los hogares a cargo de mujeres. Es un concepto acuñado a finales de los 70 por Diana Pearce para dar nombre a una situación generalizada en la mayoría de los países y que visibiliza a las mujeres como colectivo que constituye la mayoría de la población pobre del planeta.

Interseccionalidad: Superposición, en un individuo o colectivo, de situaciones o condiciones en las que se puede apoyar la exclusión, como el género, la etnia, la diferencia fenotípica, la clase social, la orientación sexual, la discapacidad, o cualquier otro rasgo diferenciador.

Modelo Social: Modelo que reconoce que la discapacidad es un concepto que está en constante evolución y, por ende, ya no se considera una característica física o un estado definitivo de la persona, sino el resultado de la interacción entre las personas con un déficit funcional y las barreras del entorno, las cuales evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. La discapacidad no es una “condición” del individuo, sino una “situación” frente a un entorno.

Organización Mundial de la Salud: es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

Patriarcado: Sistema que organiza las desigualdades de género desde el punto de vista social, político, económico, religioso y cultural, basándose en la idea de predominio de los hombres sobre las mujeres. El patriarcado transforma la jerarquía de género en poder en mano de los hombres para subordinar a las mujeres.

Roles de género: Pautas de acción, comportamiento, tareas y actividades que son percibidas como apropiadas para hombres y mujeres, inculcadas y perpetuadas según los criterios vigentes de nuestra sociedad patriarcal. De manera que las personas se desarrollan como mujeres o como hombres identificándose con los roles que por su sexo le han sido asignados. Esta diferenciación implica el lugar que ocupa cada una/o en la estructura social atendiendo a su papel y contribución social.

⁷⁸ Castells, Carmen (1996). Perspectivas feministas en teoría política. Paidós, Estado y Sociedad, Barcelona, pág. 10.

Segregación en el mercado laboral: concentración de las mujeres y de los hombres en determinadas ocupaciones y sectores económicos. Los femeninos se caracterizan por tener peores condiciones de empleo, salarios más bajos y menor prestigio social.

- **Segregación horizontal:** cuando la concentración se produce en determinadas ocupaciones o sectores profesionales.
- **Segregación vertical:** cuando las mujeres se concentran en puestos de menor responsabilidad.

Sesgos de género: Predisposición, parcialidad o inclinación sesgada hacia una persona o colectivo en función del género. Es importante visibilizarlos por su carácter inconsciente.

Sexismo: Comportamiento individual o colectivo que desprecia, minusvalora o invisibiliza a un sexo en virtud de su biología, perpetuando la dominación de los hombres y la subordinación de las mujeres. Puede estar presente tanto en hábitos cotidianos como en prácticas institucionales, o en el uso de la lengua, por ejemplo. Mientras que el machismo es una actitud de prepotencia evidente con respecto a las mujeres, el sexismo puede ser más sutil o no tan evidente.

Socialización diferencial de género: Sistema que establece actividades, funciones, relaciones y poderes específicos para mujeres y hombres, creando identidades subjetivas desiguales y relaciones de poder tanto entre ellas y ellos como en la sociedad en su conjunto.

Suelo pegajoso: Dificultades que enfrentan las mujeres para abandonar la esfera doméstica y acceder a la pública, y por ende al espacio productivo y laboral, o bien, dificultades que enfrentan una vez que acceden al espacio productivo, donde una gran masa de mujeres permanece condenada a ocupar los últimos escalafones de la pirámide ocupacional: empleos temporales, a tiempo parcial, de bajos salarios, considerados “no cualificados”, etc. En otros ámbitos como el educativo, también se habla de suelo pegajoso para hacer referencia a las dificultades a las que se enfrentan las mujeres graduadas para acceder a los primeros niveles de la carrera académica.

Techo de cristal: Barrera invisible que encuentran las mujeres para el desarrollo de su carrera profesional y el acceso a los puestos de dirección y toma de decisiones. Las causas provienen tanto de los prejuicios y sesgos sobre la capacidad de las mujeres para desempeñar puestos de responsabilidad, como de las dificultades de conciliación de la vida laboral y familiar. La maternidad implica en muchos casos la interrupción de la carrera profesional, con la consiguiente pérdida de reconocimiento y oportunidades a efectos del desarrollo profesional.

Referencias bibliográficas

ACADAR (2015). Violencia contra las Mujeres con Discapacidad. Ver y reconocer las señales. (2ª edición 2016). Disponible [aquí](#).

ACADAR (2018). Guía sobre Violencia Sexual hacia las Niñas y Mujeres con Discapacidad,. Disponible [aquí](#).

Amorós, Celia (1998). El punto de vista feminista como crítica. En Carmen Bernabé (dir.), Cambio de paradigma, género y eclesiología. Verbo divino, Navarra, 1998, p.22.

ARJONA JIMENEZ, Gonzalo (2015). “La accesibilidad y el diseño universal entendido por todos. De como Stephen Hawking viaja por el espacio”. Colección Democratizando la Accesibilidad Vol. 4. La Ciudad Accesible. Disponible [aquí](#).

Asamblea feminista de Madrid (2014). La ley de dependencia ante la crisis del trabajo de cuidados. Cuaderno feminista Amaranta, nº2. Disponible [aquí](#).

Batliwala, Srilatha (1997). El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. En Magdalena León, Poder y empoderamiento de las mujeres. T/M Editores, pp. 187-211.

Brah, Avtar y Phoenix, Ann (2004). Ain't I a Woman? Revisiting intersectionality. En: Journal of International Women's Studies, 5(3), pp. 75-86. Disponible [aquí](#).

Bravo-González, Félix y Álvarez-Roldán, Arturo (2019). Esclerosis múltiple, pérdida de funcionalidad y género. Gaceta Sanitaria Volumen 33, Número 2, Pag 177-184. Disponible [aquí](#).

CERMI (2019). Objetivos de Desarrollo Sostenible y promoción de los derechos de las personas con discapacidad. Colección CERMI.es no79. Disponible [aquí](#).

CERMI y Fundación Derecho y Discapacidad (2016). La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad - 2006/2016: Una década de vigencia. Colección Convención ONU nº18. CERMI. Disponible [aquí](#).

COCEMFE (2013). Guía sobre discapacidad y desarrollo. Disponible [aquí](#).

CRENSHAW, Kimberlé (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989, Iss.1, Art. 8. Disponible [aquí](#).

Díaz López, María del Pilar. y Renom Sotorra, Ma dels Àngels (2019). Baskin for all: un deporte inclusivo como estrategia educativa (275-292) en Dos Santos, Graça; Rajadell, Nuria y Pinto, Cláudio. (coord.) *Educación e Inclusión: desafíos formativos y curriculares*. Barcelona: Edicions Saragossa.

EAPN (2019). Informe sobre el estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2018. Resumen ejecutivo. Disponible [aquí](#).

EDEKA (2019), Niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia machista. Pautas de intervención. Emakunde - Instituto Vasco de la Mujer. Disponible [aquí](#).

Fundación CERMI Mujeres (2016). Informe sobre violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a partir de la macroencuesta 2015. Colección Generosidad - Género y Discapacidad n°5. Disponible [aquí](#).

Fundación CERMI Mujeres (2013). La transversalidad de género en las políticas públicas de discapacidad. Manual Volumen II. Colección Generosidad - Género y Discapacidad n°4. Disponible [aquí](#).

Gomiz Pascual, María del Pilar (2016). TIC y mujeres con discapacidad: una ventana al mundo. Revista de Estudios de juventud n°111. Disponible [aquí](#).

Holgado González, María (2019). Dependencia y derecho a los cuidados desde una perspectiva de género. Lex Social, vol. 9, núm. 1. Disponible [aquí](#).

Huete García, Agustín (2013). Pobreza y exclusión social de las mujeres con discapacidad en España. Colección Generosidad - Género y Discapacidad n°2. Fundación CERMI Mujeres. Disponible [aquí](#).

López, Irene (2007). El enfoque de género en la intervención social. Cruz Roja. Disponible [aquí](#).

Minieri, Sofía (2017). Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad. Aportes teóricos para una agenda de incidencia inclusiva, Buenos Aires: Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI). Disponible [aquí](#).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Observatorio de Salud de las Mujeres, MSSSI, Gobierno de España. Disponible [aquí](#).

Murillo, Iris (2019). Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres con Discapacidad. Jornadas Derechos de las Mujeres con Discapacidad y Agenda 2030. COCEMFE. Disponible [aquí](#).

Naciones Unidas (2018). Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities. UN Flagship Report on Disability and Development, 2018". (Resumen ejecutivo). Disponible [aquí](#).

Observatorio de la Discapacidad Física (2018). Mujeres con Discapacidad. Doble discriminación. Monográfico #12. Disponible [aquí](#).

Observatorio de la violencia obstétrica en España (2016). Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica. Disponible [aquí](#).

Observatorio Estatal de la Discapacidad (2018). Informe sobre el Movimiento Asociativo de las Mujeres con Discapacidad en España. Disponible [aquí](#).

Parlamento Europeo (2013). Informe sobre las Mujeres con Discapacidad. Documento de Sesión. Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género. Disponible [aquí](#).

Rowlands, Jo (1995). Empowerment examined, *Development in Practice* 5 (2), Oxfam, Oxford.

Serra, M^a Laura (2019). Derechos Humanos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad. Informe España 2018. Colección Generosidad - Género y Discapacidad nº10. Fundación CERMI Mujeres. Disponible [aquí](#).

Serra, M^a Laura (2014). Feminismo y Discapacidad. *Derechos y Libertades: Revista de filosofía del derecho y derechos humanos*, n.31, pp. 251-272. Disponible [aquí](#).

Shakespeare, Tom, et al. (1996). *The sexual politics of disability: untold desires*. London: Cassell. Introducción y capítulo 1 disponible [aquí](#), Capítulo 4. Disponible [aquí](#) (en inglés).

Urien Ortiz, Tatiana (2016). Del reconocimiento legal al reconocimiento efectivo de la igual dignidad como un derecho de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo. Un proceso que nos interpela. Ediciones Universidad de Salamanca, Siglo Cero, vol. 47 (2), n.o 258, 2016, pp. 43-62. Disponible [aquí](#).

Valls Llobet, Carme (2009). *Mujeres, Salud y Poder*, Ed. Cátedra.

Créditos

Manual básico sobre género y discapacidad.
Diciembre 2019

- Coordinación** Isabel Jiménez Duarte, Igualdad COCEMFE
Elena Antelo García, Dirección COCEMFE
Marta Valencia Beltrán, Presidencia CEMUDIS
- Redacción** Lorena Pajares Sánchez, consultora en género y desarrollo.
Pilar Díaz, profesora asociada de la Universidad de Barcelona (Epígrafe 2)
- Revisión** Equipo técnico de COCEMFE
CEMUDIS
Jennifer Stefanía Simbaña Torres, trabajadora social experta en género
- Financiación** Instituto de la Mujer



COCEMFE

Confederación Española de Personas
con Discapacidad Física y Orgánica



Subvencionado por:



c/Luis Cabrera, 63, 28002 Madrid | +34 917 443 600 | cocemfe@cocemfe.es

www.cocemfe.es