

Salud sexual y reproductiva
y violencia de género

HACIA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

A la luz de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS, 2018)



Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)

Paula Antezana Rimassa

Evelyn Durán Porras

Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS)

Lizbeth Barrantes Arroyo

José Alberto Blanco Méndez

Asociación Latinoamericana de Mujeres con Discapacidad (ALAMUD)

Damaris Solano Murillo

Ericka María Álvarez Ramírez

Equipo consultor

Cristina Umaña Araya

Mariana Camacho Cordero

Revisión y análisis estadístico

Paola Omodeo Cubero

Diseño Gráfico

Ester Molina Figuls - TETEARTE -

346.013

I59 c Fondo de Población de Naciones Unidas

Salud sexual y reproductiva y violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a la luz de la Encuesta Nacional de Discapacidad (enadis, 2018) Salud sexual y reproductiva y violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a la luz de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS, 2018)

102 p.; 22x28 cm.

ISBN 978-9968-25-398-7

1. EMBARAZO ADOLESCENTE. 2. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. 3. CAPACITACIÓN. 4. MEDIOS DE ENSEÑANZA. 5. ADOLESCENTES. 6. SALUD SEXUAL. 7. SALUD REPRODUCTIVA. I. Fondo de Población de Naciones Unidas. II. Título.

**Fondo de Población
de Naciones Unidas, UNFPA CR**

<http://costarica.unfpa.org>

costarica.office@unfpa.org

Tel: (506) 2296-1265

UNFPA Costa Rica



Tabla de contenidos

PRESENTACIÓN	5
AGRADECIMIENTOS	6
INTRODUCCIÓN	7
1. Marco metodológico	9
A. Características de la Encuesta Nacional sobre Discapacidad	9
B. Componente cualitativo.....	11
2. Marco normativo para la protección de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de la violencia de género	15
A. Marco normativo internacional	15
B. El marco normativo nacional	20
C. Algunas políticas públicas	22
3. Caracterización de las personas con discapacidad en Costa Rica	27
A. Prevalencia de la discapacidad por sexo y edad	27
B. Nivel de instrucción	34
C. Lugar de residencia	36
D. Nivel de ingresos	40
E. Vivienda	43

4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD	49
A. Seguridad social y servicios de salud	50
B. Información, conocimiento y educación sobre salud sexual y salud reproductiva.....	60
C. Ejercicio libre de la sexualidad	63
D. Autonomía y toma de decisiones	66
5. VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN EN CONTRA DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD	71
A. Tipos de violencia.....	74
B. Factores de riesgo y personas perpetradoras de la violencia.....	79
C. Violencia en centros educativos	82
D. Discriminación	84
A MODO DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
BIBLIOGRAFÍA.....	93

PRESENTACIÓN

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) se complace en presentar el documento “Salud sexual y reproductiva y violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a la luz de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS, 2018)”, elaborado de manera conjunta con el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS) y la Asociación Latinoamericana de Mujeres con Discapacidad (ALAMUD).

Este estudio analiza la información recopilada por la Encuesta Nacional de Discapacidad (INEC, CONAPDIS, 2018), específicamente en las áreas relacionadas con salud sexual y reproductiva y violencia de género, con el objetivo de contribuir a cerrar la histórica brecha de invisibilización de las personas con discapacidad, en especial de las mujeres con discapacidad, en los programas, proyectos y políticas dirigidas a la salud sexual y reproductiva y la prevención de la violencia de género. La ENADIS brinda una oportunidad sin igual de contar con información en estas áreas, la cual es valiosa para el diseño de las intervenciones adecuadas que permitan garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva y a una vida libre de violencia y discriminación a las personas con discapacidad, en especial a las niñas, adolescentes y mujeres.

Este documento fue elaborado en la etapa previa a la pandemia COVID-19, que ha impactado, de manera muy importante, a las personas con discapacidad, pero que no ha sido analizado en este documento. No obstante, el análisis de la ENADIS brinda información importante, como línea de base, para analizar el impacto de la pandemia en el acceso a la salud sexual y reproductiva y a los programas de prevención y atención de la violencia de género, de las mujeres con discapacidad.

El UNFPA agradece, de manera especial, a CONAPDIS y ALAMUD por haber unido esfuerzos para contar con este documento y, muy particularmente, a todas las mujeres con discapacidad que contribuyeron a dibujar las imágenes reales de las personas y sus necesidades, detrás de los números de las estadísticas.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio no hubiese sido posible sin el apoyo de un grupo importante de lideresas con discapacidad de todo el país. Ellas son:

- ▶ Carmen Anneth Obando Briceño, Vicepresidenta, Asociación de Personas Sordas de Guanacaste.
- ▶ Rita Corea Erazo, Presidenta, Asociación Guanacasteca de Discapacidad, Autonomía y Comunidad Inclusiva (AGUDACI).
- ▶ Ana Patricia Ruiz Cambronero, Presidenta, Asociación Nicoyana de Personas con Discapacidad (ASONIPED).
- ▶ Elizabeth Chinchilla Fonseca, Integrante, Agrupación Lideresas de Occidente.
- ▶ Isabel Cristina Quesada Díaz, Secretaria, Asociación Nacional de Sordos de Costa Rica.

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS, 2018), aplicada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en coordinación con el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), busca llenar el vacío de información con respecto a las personas con discapacidad, ¿cuántas son? ¿dónde están? ¿cómo son sus condiciones de vida? La información que proporciona la ENADIS está pensada, también, para contribuir con el proceso de toma de decisiones en materia de políticas públicas. Ofrece a las personas tomadoras de decisiones evidencias sobre el entorno social en el que se desenvuelven las personas con discapacidad y sobre los desafíos que enfrentan en distintas esferas relevantes para su desarrollo humano. El diseño y elaboración de políticas públicas tiene en la ENADIS un insumo de alto valor técnico y político.

A partir del año 2006, con la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada en Costa Rica en 2008, se consolidó el modelo social de discapacidad y la afirmación de la perspectiva de los derechos humanos para todos los aspectos relacionados con las personas en situación de discapacidad, lo que abonó en la necesidad de información cuantitativa y cualitativa.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, suscrita por 193 Estados que conforman las Naciones Unidas en 2015, incluyendo Costa Rica, se sustenta en el principio de “no dejar a nadie atrás”. Las personas con discapacidad han sido históricamente dejadas atrás en los avances del desarrollo y la justicia social y la Agenda 2030 se ha propuesto cerrar esta enorme brecha. Es así como debe incluirse, de manera transversal, a las personas con discapacidad en el cumplimiento de los 17 objetivos de desarrollo sostenible y sus correspondientes metas e indicadores. Pero, además, se incluyen metas específicas relacionadas con personas con discapacidad en 5 de los ODS (4: educación de calidad, 8: trabajo decente y crecimiento económico, 11: ciudades y comunidades sostenibles, 10: reducción de las desigualdades y 17: alianzas para lograr los objetivos) y en todos aquellos en que se hace referencia a las personas en situación de vulnerabilidad.

El presente estudio se basa en tres insumos fundamentales: los principales hallazgos generados por la ENADIS (como fuente principal de información estadística), en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género de y hacia las mujeres con discapacidad; los resultados de los cinco grupos focales con mujeres con discapacidad en cuatro locaciones distintas del país; y la revisión documental.



#JovenesTicos
SumamosMas
cuando...

ME 
AMEN!

Ma José, 23 años

1. Marco metodológico

A. Características de la Encuesta Nacional sobre Discapacidad

El diseño muestral utilizado por el INEC se basó en el Marco Muestral de Viviendas del año 2011 y la cartografía preparada para el Censo de Población y Vivienda de ese año fue la fuente de información para la selección de las Unidades Primaria de Muestreo (UPM) de la ENADIS 2018. El diseño de la muestra es probabilístico por áreas, estratificado y de tres etapas. De áreas, porque las unidades de muestreo son áreas geográficas o UPM y las probabilidades de selección de las viviendas están asociadas a estas UPM. Estratificado, ya que para la distribución y selección de la muestra se definieron los estratos antes señalados. Y de tres etapas, ya que en la primera etapa se seleccionaron las UPM; en la segunda las viviendas o Unidades Secundarias de Muestreo (USM) dentro de las UPM; y en la tercera etapa se seleccionó una persona de la población de interés dentro de esas viviendas¹.

El marco muestral de la ENADIS incluye información correspondiente a 13.440 viviendas seleccionadas dentro de las 1.120 UPM de la muestra. Permite la realización de estratificaciones apropiadas estadísticamente, considerando siempre el tamaño de la muestra, para las seis regiones de planificación establecidas por el Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN) y para las zonas urbana y rural. Al aplicar el factor de expansión, el INEC logra llevar los hallazgos de la Encuesta al total de la población de Costa Rica de 18 años y más.

El cuestionario contiene dos módulos de información. En el primero se recaba información sobre la vivienda e integrantes del hogar. En este caso, la persona informante podía ser cualquiera con 15 años o más, con conocimiento de las características sociodemográficas y económicas de las personas integrantes del hogar (informante del hogar, informante de otro hogar misma vivienda o informante de otra vivienda). Este módulo está organizado en torno a tres ejes temáticos: i) Vivienda y hogar; ii) Características sociodemográficas; iii) Empleo e ingresos del hogar. El segundo módulo fue respondido por una persona de 18 años o más del hogar seleccionada por el Método de Kish e indaga sobre los 16 temas indicados en la siguiente tabla.

¹ Para información más precisa sobre el diseño muestral, véase: INEC-Costa Rica (2019), Encuesta Nacional sobre Discapacidad, 2018. Resultados Generales.

Tabla 1.

ENADIS 2018. Módulos y temas contenidos en el cuestionario

Módulo I: Vivienda y hogar	Módulo II: Individual	
Temas		
A. Características sociodemográficas	A. Características sociodemográficas	J. Productos de apoyo, servicios o animales de asistencia
B. Empleo e ingresos del hogar	B. Empleo e ingresos	K. Servicios
	C. Ambiente como barrera o facilitador	L. Calidad de vida
	D. Desempeño y funcionamiento	M. Participación política, social y tiempo libre
	E. Capacidad y salud	N. Acceso a la información
	F. Condición de salud	O. Percepción de discriminación
	H. Asistencia personal	G. Salud sexual
	I. Actitudes de otras personas	P. Violencia

Fuente: Elaborado con base en: CONAPDIS, INEC (2019). Encuesta Nacional sobre Discapacidad 2018, San José.

El factor de expansión se aplica a cada unidad de estudio en la muestra para obtener una estimación poblacional y se interpreta como la cantidad de unidades en la población que representa cada unidad en la muestra. El INEC, en esta encuesta, calculó dos factores de expansión: un factor de expansión por vivienda, que estima el total de viviendas y el total de población de Costa Rica y un factor de expansión de personas que estima el total de personas de 18 años y más en Costa Rica.

La representación de la encuesta es nacional, por lo tanto, pueden estimarse indicadores para el total de la población en situación o no de discapacidad, siendo que su análisis se puede generalizar a todo el país. Los dominios de estudio son subpoblaciones generalmente relacionadas con áreas geográficas para las cuales se requiere estimaciones con una precisión conocida. En los principales indicadores de la ENADIS, el diseño de la muestra considera como dominios de estudio el nivel nacional, las zonas urbana y rural y las seis regiones de planificación nacional: Central, Chorotega, Pacífico Central, Brunca, Huetar Caribe y Huetar Norte.



B. Componente cualitativo

Para la realización del estudio, se consideró necesario establecer un vínculo directo con las mujeres con discapacidad, con el objetivo de capturar el aporte de sus vivencias, experiencias y definiciones, relacionadas con la salud sexual y reproductiva y la violencia de género. En definitiva, el componente cualitativo se propuso ahondar en el conocimiento de la narrativa que las mujeres han elaborado acerca de sus experiencias.

Entre el 24 de octubre y el 01 de noviembre de 2019, se realizaron cinco grupos entrevistas colectivas o mini-talleres con mujeres con discapacidad residentes en las provincias de Alajuela, Heredia, San José Cartago y Guanacaste (Gráfico 1). La realización de los grupos focales contó con el apoyo del Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad (CONAPDIS), el Instituto Hellen Keller y de las siguientes organizaciones de personas con discapacidad:

- ▶ Asociación Guanacasteca de Discapacidad Autonomía y Comunidad Inclusiva (AGUDACI).
- ▶ Asociación Nicoyana de Personas con Discapacidad (ASONIPED).
- ▶ Asociación de Personas Sordas de Guanacaste.
- ▶ Grupo de Lideresas de Occidente² (Naranjo).

En el proceso de diseño de las propuestas metodológicas de las entrevistas colectivas o mini-talleres se brindaron los apoyos requeridos por las mujeres participantes y se intentó reducir al máximo las barreras de comunicación. Para el contenido de los ejes temáticos se consideró como documento base la Guía sobre derechos sexuales reproductivos y vida libre de violencia para personas con discapacidad, de Ecuador (CONADIS-Ecuador y UNFPA, 2019).

En el caso particular del mini-taller con mujeres sordas desarrollado en Liberia, se contó con la participación de tres intérpretes del Lenguaje de Señas Costarricense (LESCO). Las temáticas se abordaron a partir de preguntas generadoras para el debate (Véase Anexo 1) y presentación de casos -reales y ficticios-, que permitieron generar la discusión y participación activa de las mujeres asistentes.

Las temáticas abordadas en los grupos focales se orientaron a:

- ▶ Prejuicios y estereotipos.
- ▶ Salud sexual y reproductiva.
- ▶ Conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos.
- ▶ Violencia de género.

Los mini-talleres tuvieron una duración de 7 horas (de las 9 a las 16 horas), con excepción del realizado con mujeres con discapacidad cognitiva y psicosocial, que tuvo una duración de tres horas.

2 Un grupo de lideresas y mujeres en la zona de Naranjo que no está jurídicamente constituido pero que mantiene un nivel de incidencia y comunicación alta, mediante las redes sociales.

La programación inicial apuntaba a que cada temática tuviese una duración no mayor a las dos horas; no obstante, en todos los casos, la agenda se vio alterada porque las mujeres evidenciaron gran interés por abordar el tema de violencia, incluso desde la primera actividad de presentación de las personas participantes.

El promedio de edad de las mujeres participantes fue de 39 años. Por grupos de edad, 29 de ellas se encontraban entre los 18 y 35 años; 39 mujeres tenían entre 36 y 64 años y tres eran adultas mayores. Se contó, además, con la participación de dos mujeres adolescentes, con el permiso de la persona encargada. La edad mínima fue de 15 y la máxima de 69 años. Muchas de estas mujeres han participado en procesos de consulta y/o capacitación generados por distintas instituciones públicas y de la sociedad civil organizada.





Karina

2. Marco normativo para la protección de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de la violencia de género

A. Marco normativo internacional

Para analizar el marco normativo internacional relacionado con los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de la violencia de género de las mujeres y niñas con discapacidad, es necesario hacer referencia a los instrumentos internacionales generales, que son aplicables a todas las personas y posteriormente hacer énfasis en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que es el marco jurídico específico que se refiere a las personas con discapacidad y donde se puede encontrar la intersección entre género y discapacidad.

Entre los primeros instrumentos están los siguientes:

La **Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer** (CEDAW, 1979), que define la discriminación por razones género como: “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera” (CEDAW, 1979, art. 1).

La **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer**, aprobada por Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra las mujeres como “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” (art.1). Este instrumento definió otras categorías de violencia, como la violencia física, sexual y psicológica que se producen en la familia, la comunidad e instituciones públicas que incluye “los malos tratos, el abuso

sexual de las niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales perniciosas contra la mujer, la intimidación sexual, entre otras” (art. 2).

La **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer**, conocida como *Convención de Belém do Pará*. Este instrumento de derecho internacional se constituye en el primero, a nivel continental, para combatir las manifestaciones de la discriminación y la violencia contra las mujeres e insta a los Estados Parte a prestar una mayor atención y tomar medidas más ágiles a favor de la prevención, investigación y sanción de la violencia³. Además, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), se crea para el análisis de los avances en su implementación de este instrumento, genera informes hemisféricos de los Estados Partes y emite recomendaciones correspondientes mediante un Comité de Expertos (OEA, s.f.).

El **Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo** (CIPD), que define la salud reproductiva como “...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (Naciones Unidas, 1995 Párrafo 7.2, p.37). En el Programa de Acción de la CIPD se reconocen los siguientes derechos:

1. El derecho a decidir, de manera libre y voluntaria, sobre el número de hijos e hijas que se desea tener, sea en pareja o de manera individual.
2. El derecho a decidir el número de embarazos y su intervalo intergenésico.
3. El derecho a alcanzar el nivel más adecuado de salud sexual y reproductiva.
4. El derecho a la toma de decisiones sobre la reproducción, sin discriminación o coacción.
5. La obligación de los progenitores de atender las necesidades de sus hijos e hijas ya nacidos o futuros, incluyendo sus obligaciones en la comunidad.
6. El derecho de las y los adolescentes a acceder a información y educación sobre el ejercicio pleno de la sexualidad.

3 En materia de atención a mujeres con discapacidad, destacan los artículos 1, 2, 3, 7 y 8 de la Convención de Belém do Pará.

La expresión regional de la CIPD es el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013) que establece una serie de medidas prioritarias para avanzar, entre otros, los derechos sexuales y reproductivos. Así, por ejemplo:

- ▶ la promoción de políticas para el ejercicio de una sexualidad plena que incluya el derecho a la toma de decisiones informadas, voluntarias y responsables, para lo cual se requiere una mejora en el acceso a la información;
- ▶ la revisión de la legislación, las normas y prácticas restrictivas para el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva;
- ▶ la eliminación de la discriminación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por razones de género o violencia sexual; el acceso a los servicios de salud para la detección oportuna y tratamiento integral del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Esto incluye la eliminación de las causas prevenibles de la morbilidad y mortalidad materna mediante el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, los métodos anticonceptivos, la educación sexual integral, la prevención de las condiciones de un aborto inseguro que incluye la atención integral a posteriori y el acompañamiento en el caso de embarazos no deseados;
- ▶ la promoción de la salud sexual y reproductiva de los hombres y el acceso a servicios obstétricos de calidad con funcionarios capacitados y humanizados durante la atención prenatal, del embarazo y parto y posparto.

La **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**⁴ inauguró una nueva etapa en la concepción de la discapacidad desde la perspectiva de derechos humanos, alejándose de otras perspectivas paternalistas, asistencialistas o médicas. Esta Convención, además, marca un hito fundamental en los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, pues se refiere a ellos de manera clara.

Siguiendo el Informe “La salud y los derechos en material sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad”, de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (2017), se puede resumir de la siguiente manera los avances que trae la Convención en esta materia:

- ▶ rechaza todas las formas de adopción de decisiones sustitutivas en lo que atañe al goce de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (arts. 12 y 25);
- ▶ prohíbe las prácticas nocivas y discriminatorias contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las

4 Ratificada por Costa Rica mediante Ley 8661 del 29 de agosto de 2008.

relaciones personales, incluido el derecho a mantener su fertilidad y decidir el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro (art. 23);

- ▶ pide que se ponga fin a todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género (art. 16); y
- ▶ promueve el acceso a programas y atención de la salud sexual y reproductiva asequibles y de calidad (véase el art. 25).

Además, la Convención aborda, de manera transversal, los derechos de las niñas y de las mujeres. En el art. 6 se reconoce que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y se exige a los Estados que adopten medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de los derechos, y asegurar su pleno desarrollo, adelanto y potenciación. Los Estados deben incorporar sistemáticamente los intereses y los derechos de las niñas con discapacidad en todos los planes de acción, estrategias y políticas nacionales relativos a la mujer, la infancia y la discapacidad, así como en sus planes sectoriales. También deben adoptar medidas selectivas y supervisadas dirigidas específicamente a las niñas con discapacidad en las que se tengan también en cuenta su salud y derechos sexuales y reproductivos.

También señala el Informe de la Relatora que, aunque el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, han sido vitales para visibilizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos, “es en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad donde los Estados y el sistema internacional de derechos humanos reafirmaron su compromiso de promover y proteger los derechos de las niñas y las jóvenes con discapacidad en esa esfera” (Ibidem).

El derecho a vivir una vida libre de violencia parte del reconocimiento de que las mujeres y las niñas con discapacidad “suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación” (Preámbulo de la CDPD).

El art. 16 se refiere a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso. Los cinco párrafos de ese artículo señalan los deberes de los Estados en la atención y la prevención de la explotación, la violencia y el abuso de las personas con discapacidad, haciendo referencia a la importancia de atender los asuntos de género y de edad y especificando que la protección que el Estado debe proveer debe darse tanto en el seno del hogar como fuera de este.



La seña de placer en LESCO, Campaña EnSEÑANDO sexualidad, UNFPA, 2015.

- ▶ En primer lugar, el Estado tiene el deber de adoptar las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, de todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.
- ▶ Además, el Estado tiene el deber de impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, “que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso”. Se debe asegurar que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.
- ▶ El párrafo 3 del art. 6 establece el deber del Estado de supervisar, por parte de autoridades independientes, los servicios y programas dirigidos a prevenir la explotación, violencia y abuso.

- ▶ Los Estados deben tomar las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. “Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de las personas y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.
- ▶ Finalmente, el párrafo 5 del art. 16 se refiere al deber de los Estados de adoptar legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

B. El marco normativo nacional

A nivel nacional hay que citar, en primer lugar, la **Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**, Ley 7600 del 29 de mayo de 1996, que ha tenido una serie de importantes reformas para armonizarla con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada en el 2008. Si bien la Ley 7600 no se refiere, de manera expresa a los derechos sexuales y reproductivos, sí establece una serie de medidas que son relevantes, por ejemplo:

- ▶ Es obligación del Estado garantizar que las personas con discapacidad agredidas física, emocional o sexualmente, tratadas con negligencia, que no cuenten con una familia o se encuentren en estado de abandono, tengan acceso a los medios que les permitan ejercer su autonomía y desarrollar una vida digna (art. 4 inc. h).
- ▶ Los servicios de salud deben brindarse bajo los principios de igualdad y no discriminación, considerando los criterios de privacidad e incluso reconociendo las necesidades de transporte de las personas con discapacidad (Capítulo III, Art. 25, 35 y 40).
- ▶ Se deberá brindar protección particular a las personas con discapacidad en situación de violencia intrafamiliar, violencia a un menor de edad con discapacidad, hostigamiento sexual y acoso laboral (art. 59).

También está la **Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad** (Ley No. 9379 del 18 de agosto de 2016). Su objetivo es promover y asegurar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno y en igualdad de condiciones con los demás, del derecho a su autonomía personal. Para lograr este objetivo se establece la figura del garante para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad y, para potenciar esa autonomía, se establece la figura de la asistencia personal humana (art. 1). La Ley define el derecho a la autonomía personal como aquel, que tienen las personas con discapacidad, “a construir su propio proyecto de vida, de manera independiente, controlando, afrontando, tomando y ejecutando sus propias decisiones en los ámbitos público y privado” (art. 2 inc. d). Implica el respeto a los derechos patrimoniales y también a los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidad intelectual, mental y psicosocial.

La figura de garante para la igualdad jurídica de las personas con discapacidad, se constituye en uno de los elementos centrales de esta ley, y se define como aquella persona mayor de 18 años que, para asegurar el goce pleno del derecho a la igualdad jurídica de las personas con discapacidad intelectual, mental y psicosocial, le garantiza la titularidad y el ejercicio seguro y efectivo de sus derechos y obligaciones. Entre las obligaciones de la persona garante para la igualdad jurídica están las siguientes, que son muy relevantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos:

- ▶ Apoyar a la persona con discapacidad en la protección y promoción de todos sus derechos, “especialmente el derecho de la persona con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia, sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges y a tener acceso a información y educación sobre reproducción y planificación adecuada para su edad” (art. 11 inc. b).
- ▶ Garantizar “que la persona con discapacidad tenga acceso a información completa y accesible para que decida sobre sus derechos sexuales y reproductivos, en igualdad de condiciones con los demás. La esterilización será una práctica excepcional que se aplicará a solicitud de la misma persona con discapacidad o cuando sea necesaria e imprescindible para la preservación de su vida o integridad física” (art. 11 inc. d).
- ▶ Brindar apoyo a la persona con discapacidad en el ejercicio de su maternidad o paternidad, velando siempre por el resguardo del interés superior del niño y la niña, y apoyarla en las gestiones necesarias para solicitar el apoyo estatal para estos fines, cuando lo requiera (art. 11 inc. f).

La creación de Unidad de Autonomía Personal y Vida Independiente en el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), ente rector para la ejecución del Programa para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, es una acción de cumplimiento de las responsabilidades asumidas por el Estado costarricense al ratificar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En este programa, el otorgamiento de bienes y servicios a las personas con discapacidad en pobreza, es decir, los productos de apoyo y las posibilidades económicas y administrativas para establecer una persona garante para la igualdad jurídica y/o a la asistencia personal humana, contribuye con su participación activa y el ejercicio de sus derechos de las personas con discapacidad (Art. 4, 16 y 20).

La divulgación del ordenamiento jurídico entre las personas con discapacidad y sus familias es fundamental para la exigibilidad de estos derechos sobre todo en las zonas rurales y costeras donde las oportunidades son escasas⁵.

C. Algunas políticas públicas

La Política Nacional en Discapacidad (PONADIS). El Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS) es el ente responsable de la formulación, ejecución y fiscalización de la Política Nacional en Discapacidad (PONADIS), para lo cual desarrollará una serie de coordinaciones interinstitucionales y el mismo tiempo velará por el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad según el ordenamiento jurídico vigente (Ley No. 9303, 2015 art. 2, incisos a y b & art. 3, incisos b y c). De acuerdo con el Decreto Ejecutivo No. 40635 -MP-MDHIS-PLAN-MTS la Política Nacional en Discapacidad (2011-2021) se armoniza con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030, por lo que su vigencia se amplía hasta el año 2030.

La Ponadis está diseñada bajo cinco enfoques:

- ▶ Enfoque de derechos humanos
- ▶ Enfoque de derechos de las personas con discapacidad
- ▶ Enfoque de equidad e igualdad de género
- ▶ Enfoque de desarrollo inclusivo

5 El Fondo de Población de las Naciones Unidas en Costa Rica en alianza con el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad elaboró la versión pedagógica de la Ley de Autonomía de las Personas con Discapacidad

► Enfoque de gerencia social por resultados

Además, cuenta con una serie de ejes y temas estratégicos, entre los cuales cabe destacar el eje estratégico “Mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad”, que agrupa una serie de posibles acciones en la búsqueda de una vida libre de violencia, discriminación, abuso o maltrato, que implica el establecimiento de medidas de restitución de derechos y protección hacia las personas con discapacidad, particularmente de las mujeres (CONAPDIS, 2016):

1. Diseñar y ejecutar programas y acciones destinadas a proteger y promocionar la unidad familiar, prevenir y tratar todos los tipos de violencia, promover el desarrollo y autonomía de todos los miembros del grupo familiar, incluyendo a las personas con discapacidad, las personas cuidadoras o asistentes personales.
2. El establecimiento de mecanismos eficaces para la erradicación, prevención, protección y tratamiento de la violencia, discriminación, abuso, explotación en cualquier manifestación, que afecten o puedan afectar potencialmente a las personas con discapacidad y sus familias, para el ejercicio de su autonomía y el desarrollo una vida digna.
3. La promoción de la recuperación (física, cognitiva y psicológica); la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de violencia, la discriminación, abuso o explotación, mediante acciones para el desarrollo de sus capacidades individuales o grupales en conjunto con la prestación de servicios de protección. Estas acciones se desarrollan en entornos accesibles e inclusivos que garanticen su salud, bienestar, autoestima, dignidad y la autonomía de la persona según las necesidades específicas por sexo y la edad.

De igual manera, se identifican aquellas acciones orientadas al acceso a la salud y la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva contemplando los mecanismos de exigibilidad, las condiciones de accesibilidad física e informativa y el respeto de su autonomía (CONAPDIS, 2016):

1. Eliminar toda práctica discriminatoria en la prestación de los servicios de salud contra las personas con discapacidad
2. Diseñar y ejecutar programas de salud sexual y reproductiva, dirigidos a la persona con discapacidad a lo largo de su ciclo vital, con enfoque de género y de derechos humanos en todas las zonas del país.

3. Diseñar los mecanismos de garantía de acceso al derecho a explorar gozar y disfrutar plenteramente de la sexualidad sin fines reproductivos, a manifestar libremente su diversidad sexual, incluyendo el reconocimiento como seres sexuados que requieren de información accesible sobre el funcionamiento de los sistemas reproductivos humanos, servicios de salud sexual dirigidos a la atención de infecciones y enfermedades de transmisión sexual y acceso a métodos de planificación seguros y asequibles. Del mismo modo, que garanticen el acceso a los servicios de salud reproductiva durante periodos de gestación, parto, posparto y lactancia.

La **PIEG** y el **PLANovi**. Desde 1998, el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) es responsable de la formulación de la política nacional para la igualdad y equidad de género en coordinación con las instituciones del Estado y la sociedad civil (Ley 7801, Art. 2 inciso a y Art. 3, inciso a). En la actualidad está vigente la Política de Igualdad de Efectiva entre Mujeres y Hombres 2018-2030 (PIEG), la cual cuenta con cuatro ejes de carácter político, cada uno de ellos con una serie de lineamientos, objetivos estratégicos y resultados esperados: 1) Cultura de derechos para la igualdad, Eje 2) Distribución del tiempo, 3) Distribución de la riqueza, y, 4) Distribución del poder.

La construcción de una cultura de derechos para la igualdad implica el reconocimiento de aquellos comportamientos discriminatorios y violentos. La capacitación de funcionarios institucionales y la sociedad en general generaría acciones transformadoras hacia las poblaciones más vulnerables como las mujeres con discapacidad. Sin embargo, este es un proceso a largo plazo que requiere un constante monitoreo y seguimiento, por lo tanto, las instituciones deberán desarrollar sistemas de registros administrativos que permitan la identificación de estadísticas según sexo. Es posible contar con alianzas estratégicas hacia la generación de información y conocimiento, mediante el desarrollo de investigaciones de tipo cualitativo y/o cuantitativo (PIEG, 2018-2030 pp. 69 y 70).

Las desigualdades entre mujeres y hombres respecto al cuidado de las personas en condición de vulnerabilidad son significativas, por tanto, es posible contar con una oferta de servicios de atención cuya responsabilidad sea compartida entre todos los actores sociales, para mejorar las condiciones de vida de aquellas mujeres que desarrollan continuamente esa labor (PIEG, 2018-2030).

Por último, la generación de las capacidades entre las organizaciones de mujeres y una cultura de sororidad implica el reconocimiento de sus propios derechos y los mecanismos de protección, que contrarresten la distribución del poder actualmente. Una mayor participación de las mujeres en la toma de decisiones es fundamental para la reducción de las brechas existentes, incluyendo las disparidades entre el colectivo, manifiestas en las múltiples discriminaciones (PIEG, 2018-2030, pp. 82-84).

En 2008, la creación del de Sistema Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar (Ley No. 8688), genera toda una estructura de articulación interinstitucional para el cumplimiento de la legislación nacional e internacional respecto a la atención prevención y protección de las mujeres ante situaciones de violencia. Este mecanismo está compuesto por instituciones públicas, redes locales y organizaciones que desarrollen acciones en la materia, entre ellas: el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social y el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad. El INAMU es el ente coordinador. Como parte del Sistema, se ejecuta la Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres (PLANOVI 2017-2032), la cual cuenta con los siguientes ejes estratégicos:

- ▶ Eje 1: Promoción de una cultura no machista.
- ▶ Eje 2: Promoción de masculinidades para la igualdad y la no violencia.
- ▶ Eje 3: Articulación de iniciativas público-privadas de desarrollo social para desvincular pobreza multidimensional, exclusión y violencia contra las mujeres.
- ▶ Eje 4: Protección efectiva, acceso real, debida diligencia, sanción y no re-victimización.
- ▶ Eje 5: Prevención, atención integral y no re-victimización frente a la violencia sexual.
- ▶ Eje 6: Prevención del femicidio.

Las mujeres con discapacidad están incluidas en los enfoques (enfoque de diversidad, acción afirmativa para el reconocimiento, valoración e inclusión de las diversidades), así como en los ejes transversales y en una serie de indicadores del Plan Quinquenal del PLANOVI. Además, el CONAPDIS forma parte de las subcomisiones encargadas de los diferentes ejes de la política, específicamente de los ejes 1 y 4.

3. Caracterización de las personas con discapacidad en Costa Rica

El conocimiento de las condiciones de vida de las personas es un requisito para la elaboración de políticas públicas efectivas, capaces de romper con los mecanismos de reproducción de la desigualdad y la exclusión social. Las evidencias científicamente respaldadas son una herramienta indispensable para el diseño de cualquier política pública y son especialmente necesarias en el campo de la discapacidad, debido a la falta de conocimiento sobre el tema y los prejuicios prevalecientes.

Ahondar en el conocimiento del perfil sociodemográfico de las personas con discapacidad es un paso necesario para avanzar en el análisis de sus condiciones de vida. El examen de los factores sociales y demográficos permite profundizar en el conocimiento del entorno en el que se desenvuelven las personas con discapacidad, derribar mitos y estigmas que han sido la base para las distintas expresiones de discriminación y ahondar en la comprensión de un fenómeno social sumamente complejo en su constitución y dinámica.

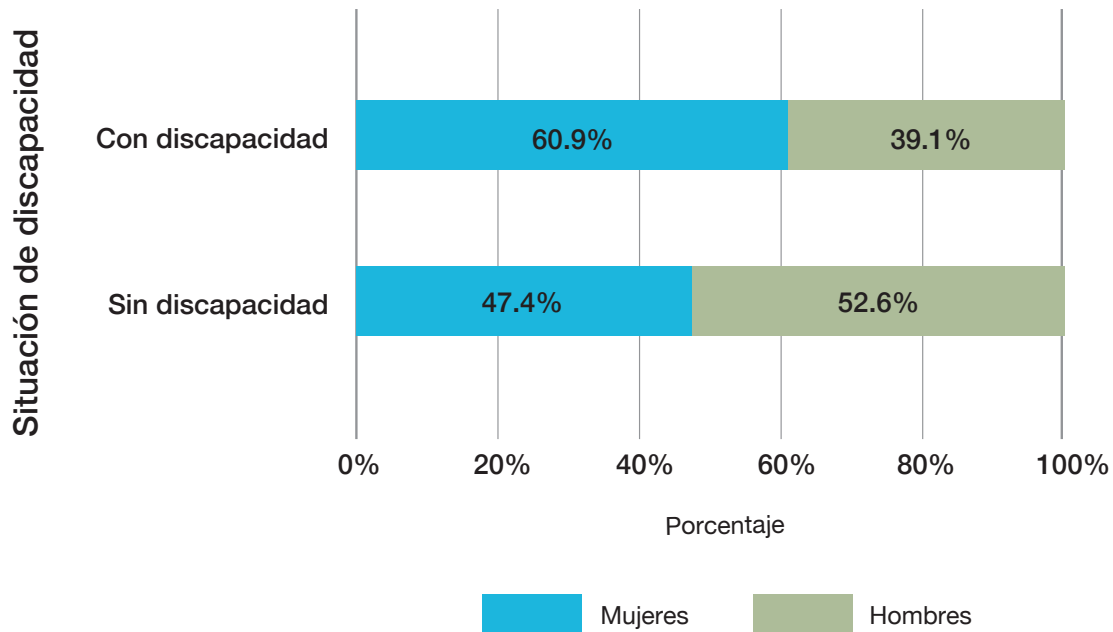
A. Prevalencia de la discapacidad por sexo y edad

Según la ENADIS 2018, en Costa Rica para ese año residían en el país 670.640 personas de 18 años y más con discapacidad, lo que representa 18,3% de la población total (para ese año la estimación de población total de 18 años o más en el país según el INEC era de 3.661.483 personas). Se destaca que seis de cada diez personas con discapacidad son mujeres (Gráfico 1).

Gráfico 1.

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años según situación de discapacidad y sexo.

2018



Nota: Los porcentajes se calculan con respecto a 3.007.082 personas sin discapacidad y 670.640 personas con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

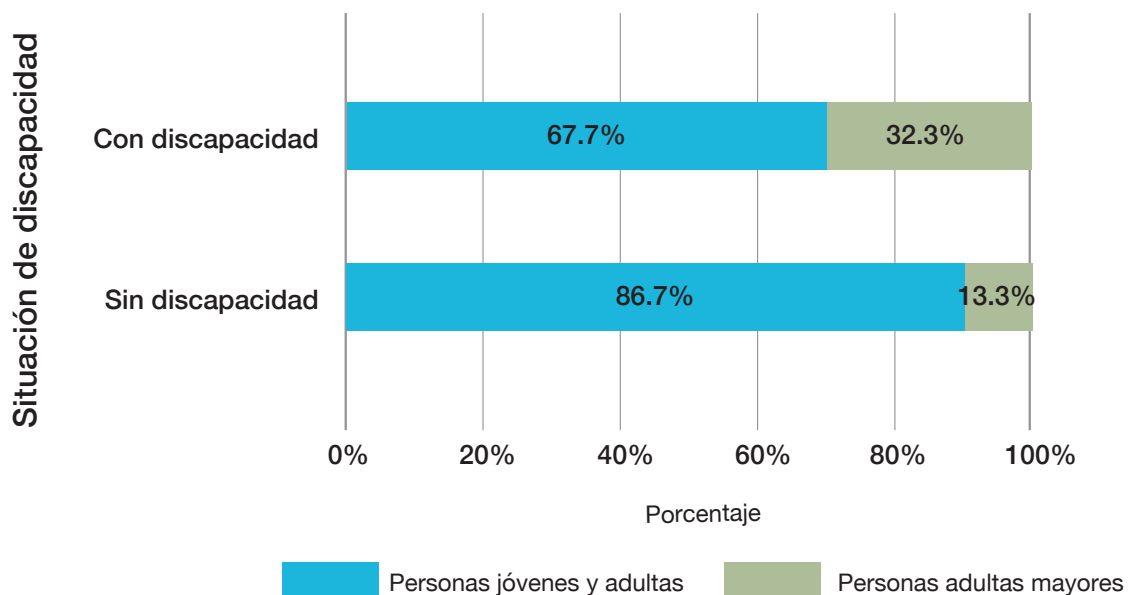
La edad es una dimensión determinante para comprender la estructura y dinámica de la discapacidad. Las afectaciones físicas, emocionales y mentales relacionadas con el envejecimiento de la población son factores determinantes de discapacidad. Las mediciones a nivel mundial estiman que casi 1 de cada 2 personas adultas mayores está en situación de discapacidad (46,0%) (Kyu, Hmwe Hmwe, et al., 2018). Esto, sin embargo, no debe ocultar el hecho de que otro 54,0% de la población en situación de discapacidad tiene menos de 60 años. Los accidentes de trabajo y de tránsito, así como enfermedades crónicas (diabetes y obesidad, por ejemplo), pueden afectar significativamente las capacidades de movilidad y comunicación, lo que eventualmente podría asociarse a la discapacidad.

Para el caso de Costa Rica, según la ENADIS 2018, había 216.884 personas adultas mayores de 65 años con discapacidad, lo que equivale al 32,3% de la población total con discapacidad, es decir, aproximadamente una de cada tres personas con discapacidad eran adultas mayores. Para el caso de la población sin discapacidad, se estiman 401.009 personas adultas mayores, lo que corresponde a un 13,3% (Gráfico 2).

Gráfico 2.

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según situación de discapacidad y grupo de edad.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 3.059.829 personas jóvenes o adultas y 617.893 personas adultas mayores.

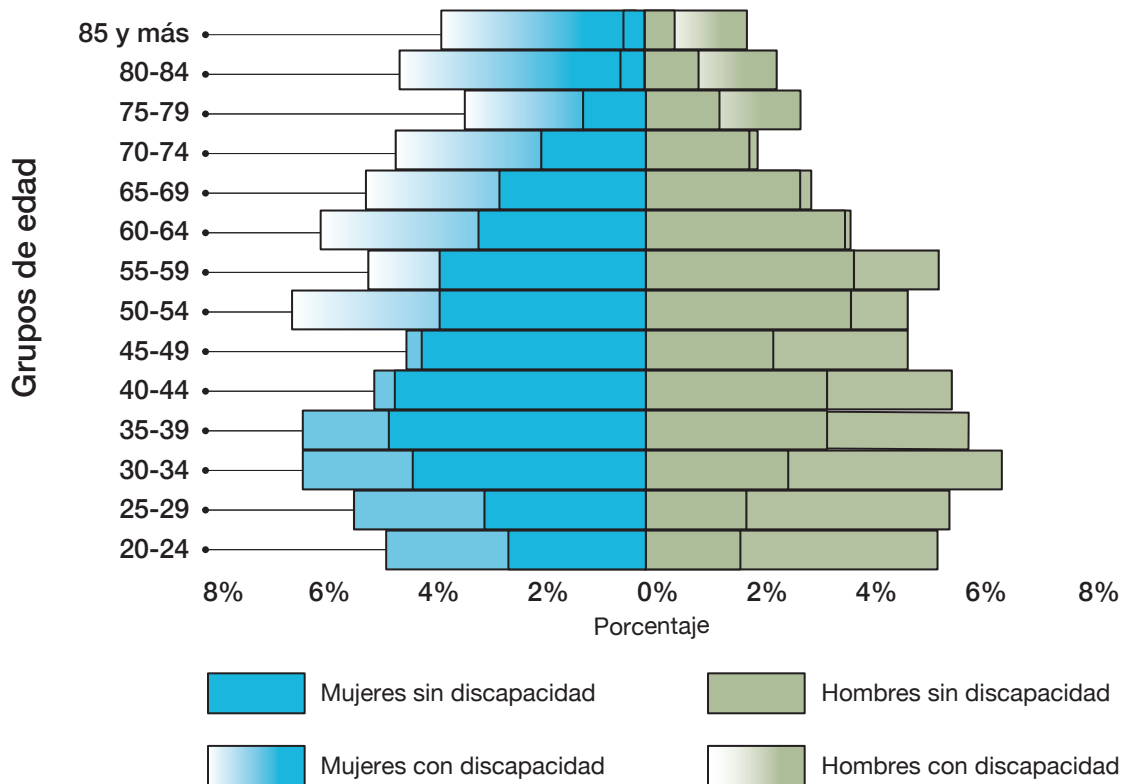
Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018

Teniendo en cuenta que los cambios sucesivos en la mortalidad y la fecundidad que se presentan en la dinámica demográfica del país han provocado importantes transformaciones en la composición por edad de la población, Costa Rica transita de un perfil demográfico joven a otro más envejecido.

Según la ENADIS 2018, la estructura por edad de la población sin discapacidad confirma esta tendencia; por el contrario, la distribución de la población con discapacidad presenta una forma de pirámide invertida, lo que significa una mayor concentración de personas con edades más altas en esta situación (Gráfico 3).

Gráfico 3.

Costa Rica. Pirámide poblacional de 20 años y más, según situación de discapacidad, sexo y grupo de edad.
2018



1/ Coeficiente de variación es mayor al 20% en los grupos de edad de 20 a 24 años, 25 a 29 años y 85 años y más, lo que hace la estimación poco confiable y se debe utilizar con precaución.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

En la medida en que la fecundidad continúe disminuyendo y por consiguiente la base de la pirámide de la población total se estreche, se generará un desbalance entre la población en edad activa y la población adulta mayor y, considerando la distribución de las personas con discapacidad según su edad, se esperaría también que el número y el peso relativo de estas personas incrementen.

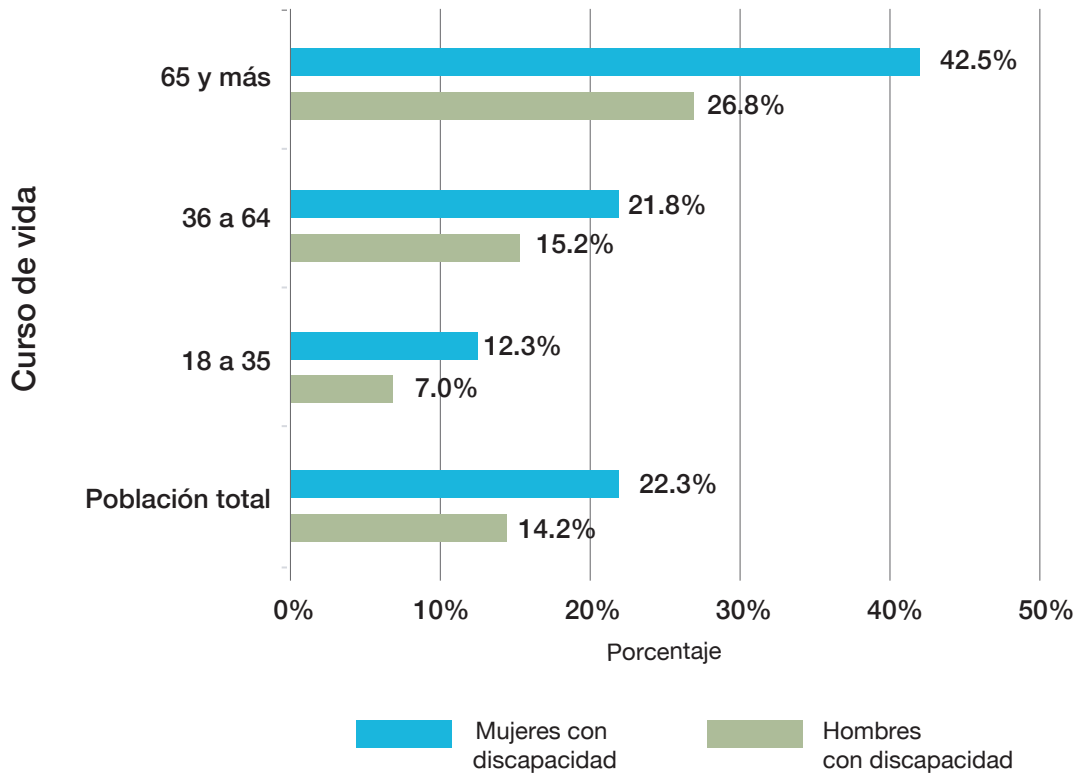
El curso de vida permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante distintas etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones clave en política pública.

En este sentido, es importante analizar la tasa de prevalencia de discapacidad según grupo de edad, para reconocer si existe una mayor posibilidad de experimentar discapacidad de acuerdo con la etapa en que se encuentre una persona: juventud, adultez o adultez mayor. En Costa Rica para el 2018 las tasas más bajas se alcanzan a edades más tempranas (Gráfico 4).



Gráfico 4.

Costa Rica. Prevalencia de la discapacidad entre la población de 18 años y más, según curso de vida y sexo. 2018



Nota: Porcentajes calculados con base en la población del curso de vida por sexo.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

En el gráfico anterior también se puede apreciar que la prevalencia de discapacidad en los diferentes cursos de vida es mayor en las mujeres. Estudios internacionales (WHO, 2011; UN, 2018) han revelado no solamente que más mujeres se encuentran en situación de discapacidad en comparación con los hombres, sino que también viven más tiempo en condiciones limitadas, lo que representa un dato importante para Costa Rica dada la alta esperanza de vida al nacer (para el 2018 según el INEC (2019), fue de 82,7 años para las mujeres y de 77,5 años para los hombres).

Por otro lado, la situación de discapacidad impone condicionamientos que afectan la comunicación, la movilidad y el desempeño social de las personas. Estos condicionamientos pueden tener distintos grados de severidad. La ENADIS clasifica tres grados de discapacidad: leve, moderada y severa. “Estos grados responden a la

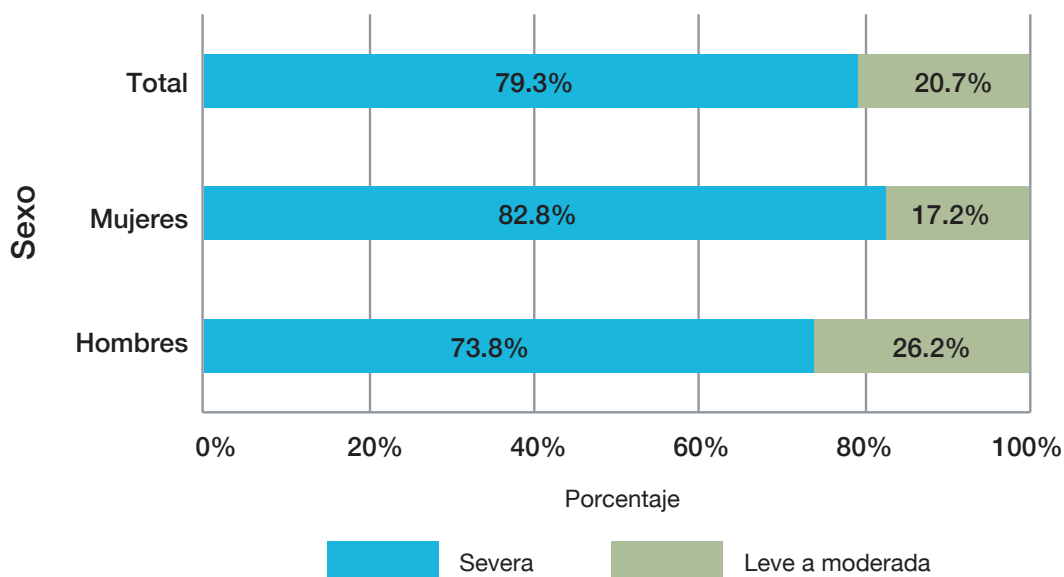
dificultad de realizar actividades cotidianas de acuerdo a su desempeño predicho, lo que demuestra el resultado de la interacción de la población a los diferentes factores ambientales presentes en nuestro país, expresado mediante la graduación de la discapacidad” (INEC, CONAPDIS, 2018, p. 95).

Las formas más severas de discapacidad, las que demandan mayores apoyos y una mayor atención por parte de los servicios sociales y las familias, tienen una prevalencia más elevada. La discapacidad severa afecta a un 79,3% de la población total de 18 años o más con discapacidad (Gráfico 5).

Gráfico 5.

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más con discapacidad, según sexo y grado de discapacidad.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018

Es importante resaltar entonces que la prevalencia de discapacidad no solo es mayor entre las mujeres, sino que también entre ellas son más frecuentes las formas más severas de discapacidad (82,8%).

B. Nivel de instrucción

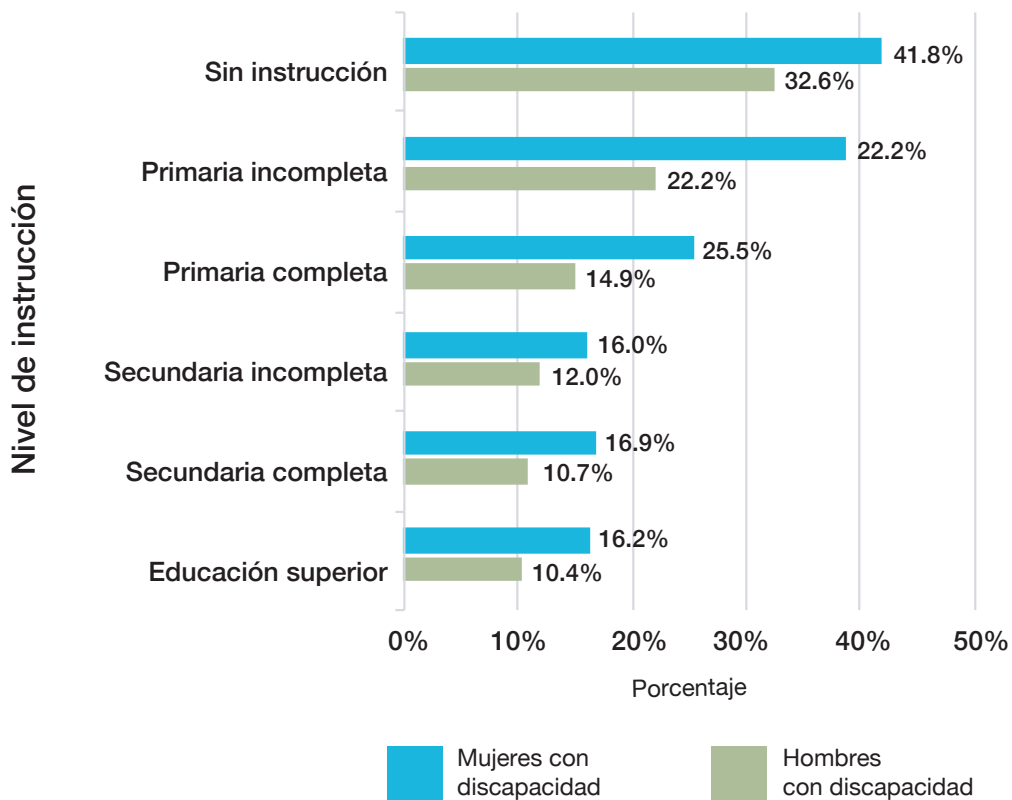
La adquisición de conocimiento y el desarrollo de las habilidades y destrezas que la vida social, el mundo productivo y el mercado de trabajo demandan, son aspectos determinantes de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad. La exclusión social a la cual están tempranamente expuestas estas personas, las priva de la adquisición de las competencias que posibilitarán una inserción social satisfactoria.

Analizando las tasas de prevalencia de discapacidad según el nivel de instrucción una relación clara emerge, las mayores tasas de prevalencia de discapacidad están asociadas con bajos niveles de logro educativo (Gráfico 6).

Gráfico 6.

Costa Rica. Prevalencia de la discapacidad entre la población de 18 años y más según nivel de instrucción y sexo.

2018



Nota: Porcentajes calculados con base en la población total para cada nivel educativo por sexo.
Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

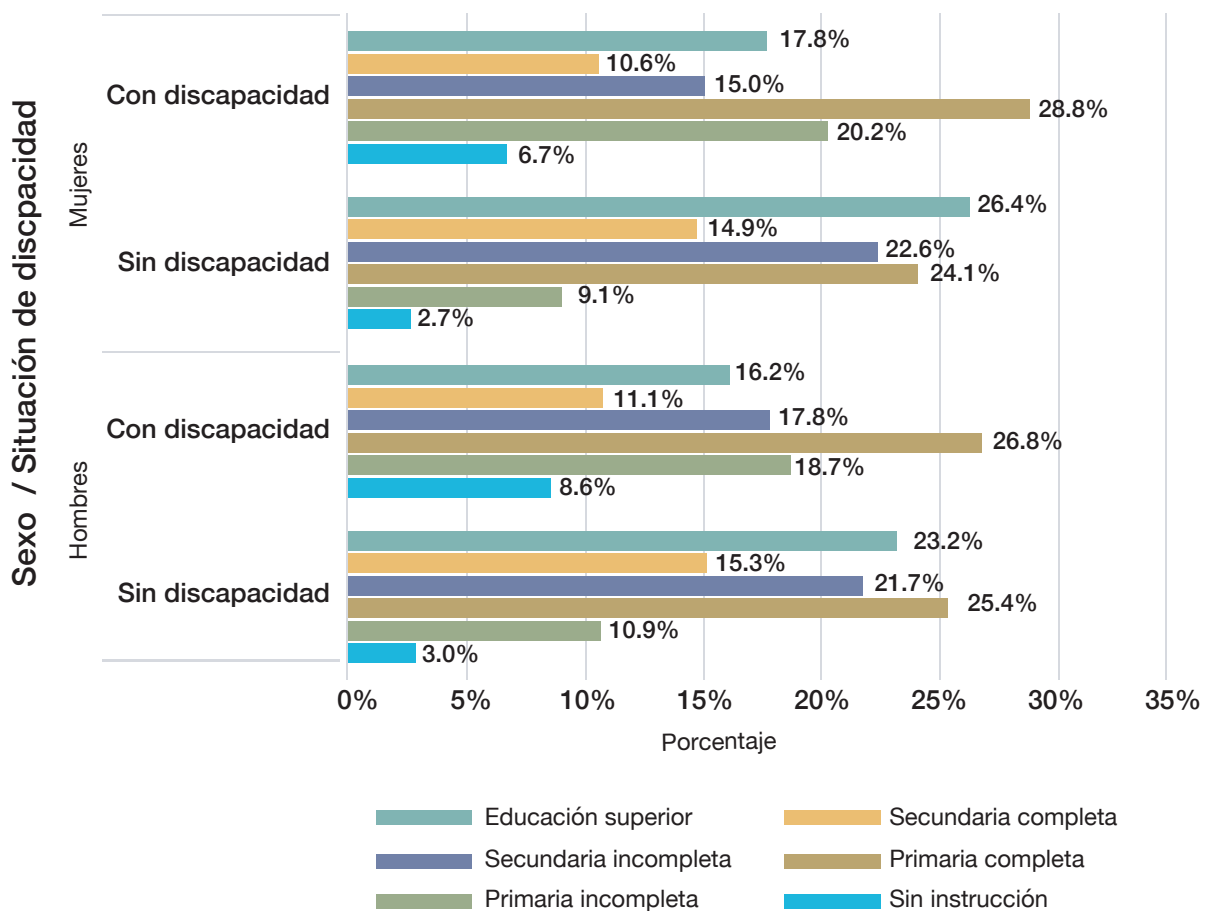
En todos los niveles de instrucción, la prevalencia de discapacidad de las mujeres es mayor que la de los hombres; sin embargo, estas tasas son particularmente elevadas en los niveles sin instrucción y de primaria incompleta donde aproximadamente 4 de cada 10 son mujeres con discapacidad.

Si el logro educativo de las personas con discapacidad se compara con el de las personas sin discapacidad, se hacen evidentes algunas brechas (Gráfico 7).

Gráfico 7.

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y nivel de instrucción.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Como se puede apreciar, las distribuciones de las personas con discapacidad, indistintamente del sexo son diferentes a las distribuciones de las personas sin discapacidad. Considerando que contar con un nivel de instrucción de secundaria completa o más permite ampliar las oportunidades de acceder a un empleo, para las personas con discapacidad, aproximadamente sólo 3 de cada 10 cuentan con un nivel de instrucción que cumple con esta condición, mientras que en el caso de personas sin discapacidad este valor aumenta a 4 de cada 10.

C. Lugar de residencia

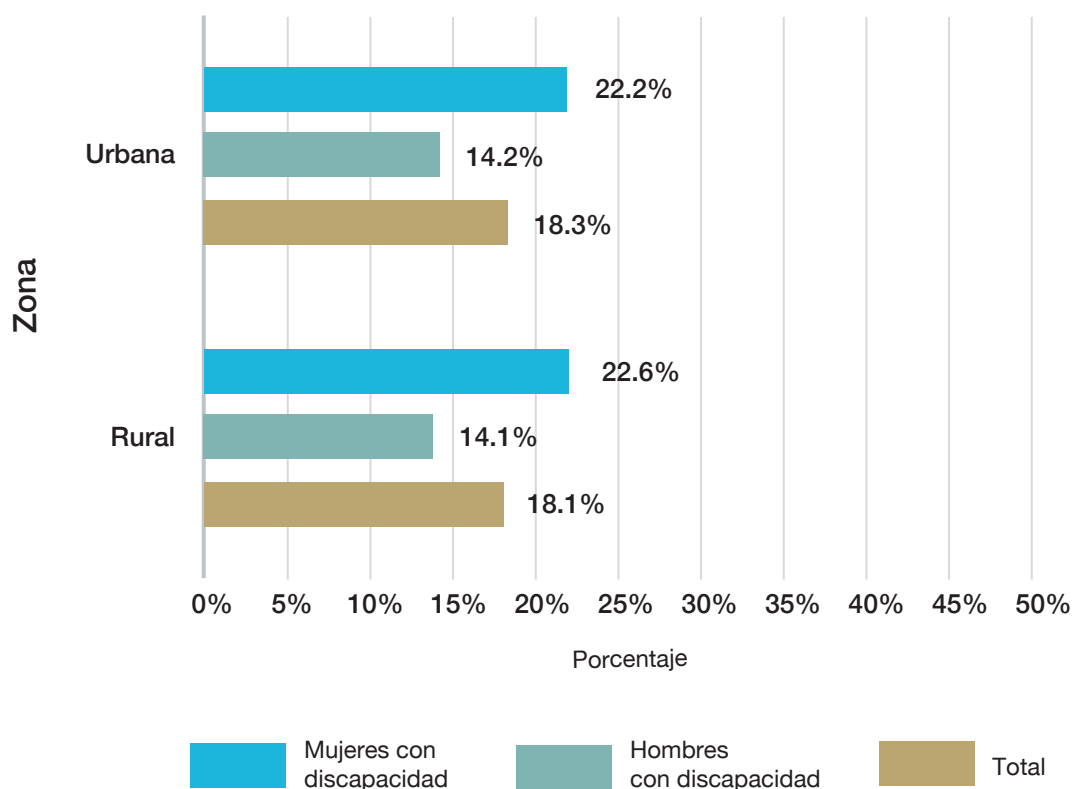
La distribución geográfica de la población en situación de discapacidad es un importante determinante para el acceso a servicios sociales y a oportunidades de desarrollo. Las personas residentes en zonas rurales, son las que probablemente enfrenten mayores dificultades para acceder a servicios institucionales y a infraestructura adecuada para la atención de sus necesidades (largas distancias, falta de aceras o calles accesibles y transporte deficiente, entre otras).

A nivel mundial, según el reporte de la Organización Mundial de la Salud, no se identifican grandes diferencias por zona de residencia. La prevalencia en zonas rurales es de 16,4% y en las zonas urbanas es de 14,6% (WHO, 2011, pág. 52). Costa Rica presenta una situación similar, ya que, según la ENADIS, la prevalencia de discapacidad en la zona urbana es de 18,3% y en la zona rural es de 18,1%, siendo de aproximadamente un 20% para mujeres en ambas zonas y de 14% para los hombres (Gráfico 8).

Gráfico 8

Costa Rica. Prevalencia de la discapacidad entre la población de 18 años y más por zona y sexo.

2018



Nota: Porcentajes calculados con base en la población total de cada zona por sexo.

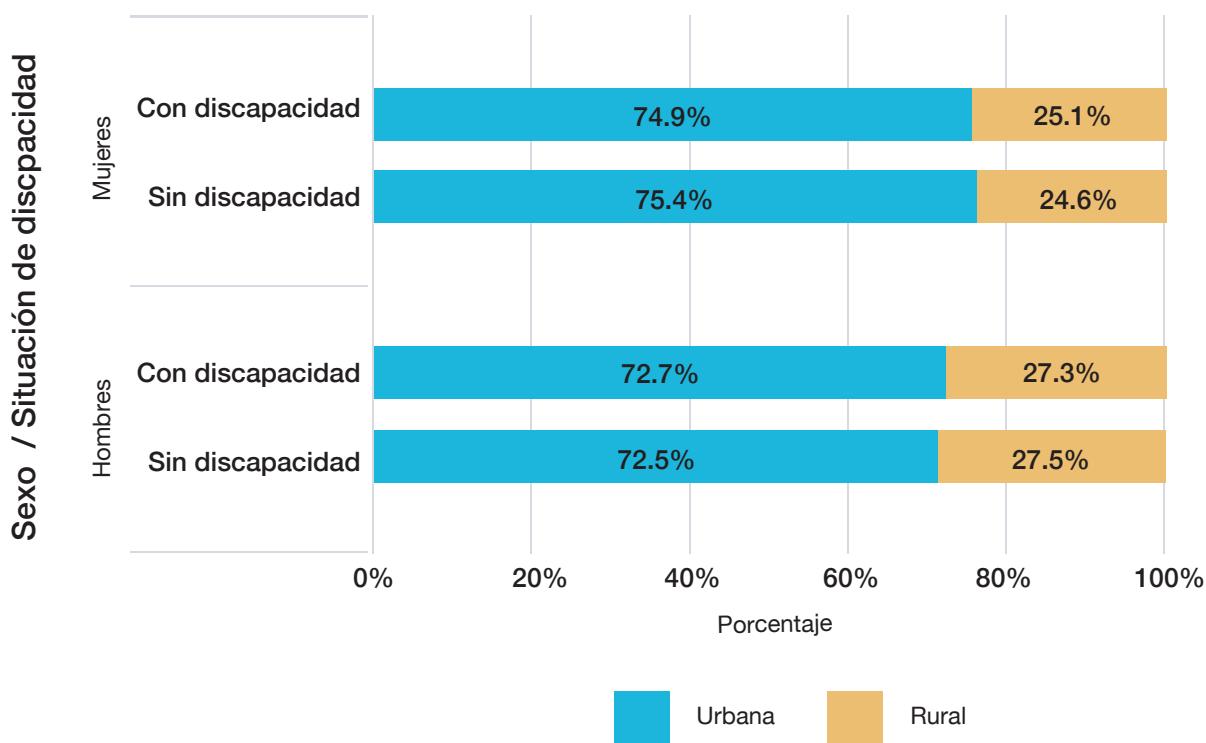
Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Cuando se analiza la distribución porcentual de las personas con discapacidad según su zona de residencia, no se muestra un patrón de distribución territorial distinto al de la población sin discapacidad (Gráfico 9).

Gráfico 9

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y zona de residencia.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

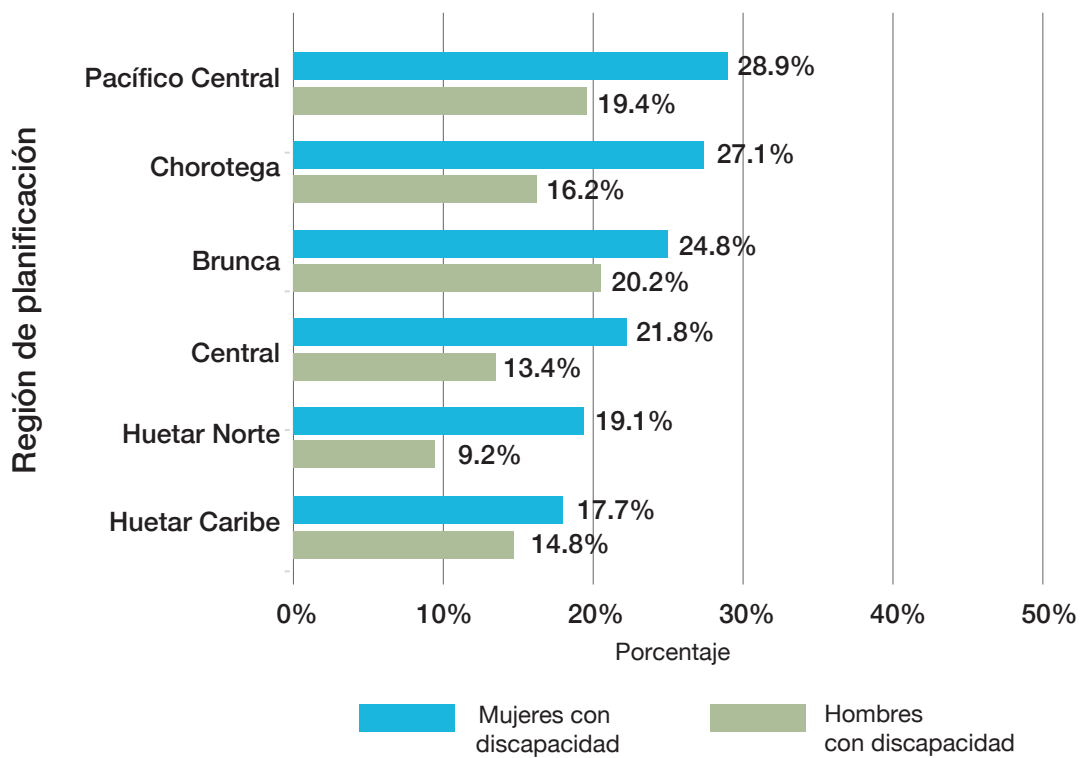
Al analizar la prevalencia de discapacidad según la región de planificación, se identifica una mayor variabilidad. Se presentan mayores valores de prevalencia para las mujeres en todas las regiones, pero a diferencia de las demás variables consideradas en este

capítulo, el comportamiento de acuerdo con el sexo no es igual para los hombres y las mujeres (Gráfico 10).

Gráfico 10

Costa Rica. Prevalencia de la discapacidad entre la población de 18 años y más por región y sexo

2018



Nota: Porcentajes calculados con base en la población total para cada región por sexo.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.



D. Nivel de ingresos

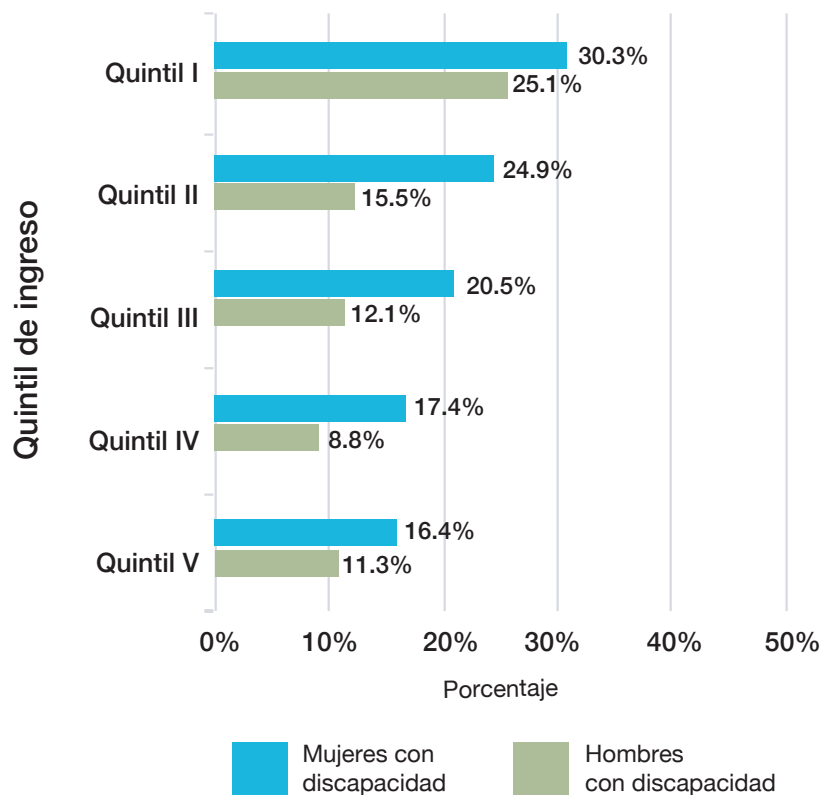
Los activos económicos de las personas son uno de los determinantes más importantes en sus condiciones de vida. Los ingresos generados por estos activos pueden originarse en el capital humano (salarios), en rentas (propiedades), transferencias públicas (derechos sociales) o transferencias privadas (remesas familiares), entre otras.

Las carencias materiales que afectan a la población con discapacidad se construyen desde lo social, en un largo proceso de exclusiones que comienza con la falta de oportunidades, la pobreza, la discriminación, una deficiente escolarización, las actitudes de otras personas y una atención de la salud precaria. En el plano laboral esto se traduce en largos periodos de inactividad o desempleo, precariedad en las condiciones laborales y bajos ingresos.

La alta prevalencia de la discapacidad en los estratos de bajos ingresos es visiblemente corroborada por la ENADIS 2018. Puede apreciarse una clara relación inversa para el caso de las mujeres, conforme aumenta el ingreso disminuye la prevalencia de discapacidad; para el caso de los hombres el comportamiento es similar a excepción del Quintil V donde hay un aumento (Gráfico 11).

Gráfico 11

Costa Rica. Prevalencia de la discapacidad entre la población de 18 años y más por quintil y sexo.
2018



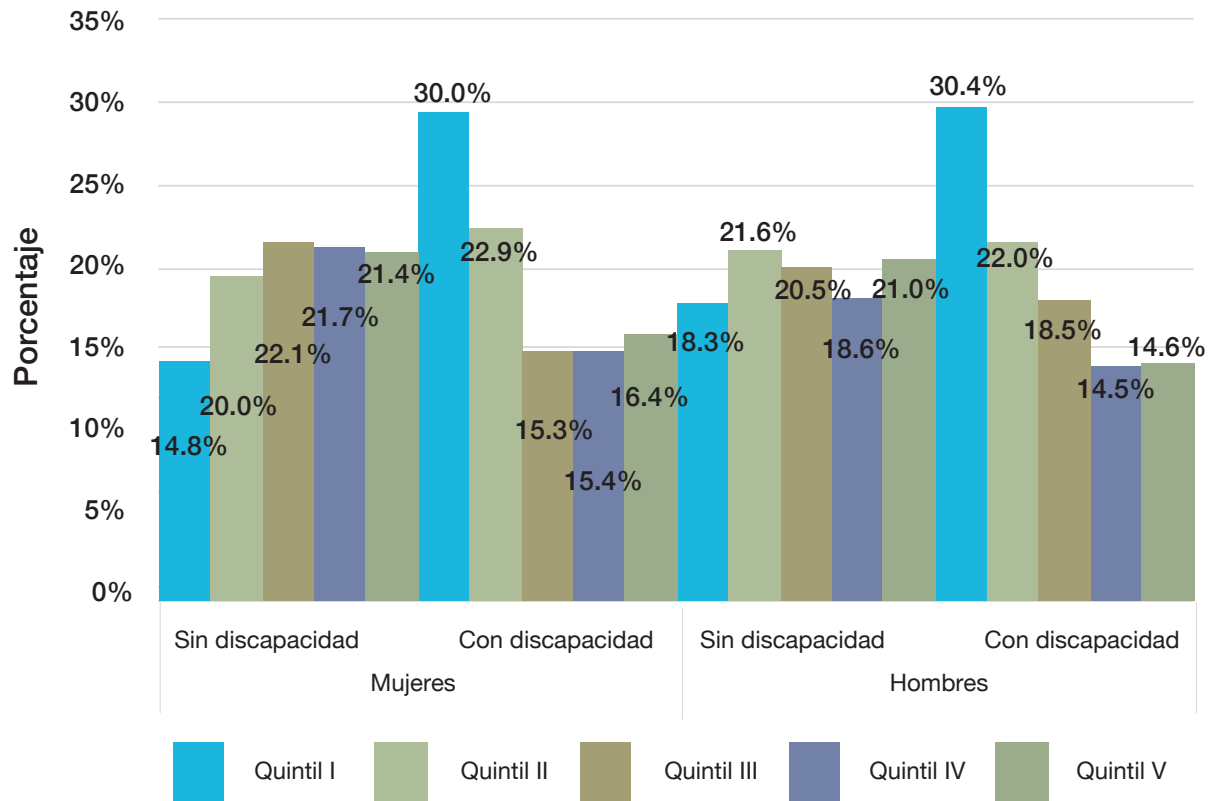
Nota: Porcentajes calculados con base en la población total para cada quintil por sexo.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Otro ángulo de aproximación a la relación entre situación de discapacidad y bienestar económico es comparando la distribución de las personas según quintil de ingreso considerando su sexo y situación de discapacidad (Gráfico 12).

Gráfico 12

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y quintil respecto al total de la población 2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Según la ENADIS 2018, es posible observar que más de la mitad de las personas con discapacidad para ambos sexos se concentran en los dos quintiles de menor ingreso, mientras que solo el 30% de las personas sin discapacidad aproximadamente se ubican en estos rangos.

Estos resultados confirman las desventajas que la población con discapacidad enfrenta en materia de activos e ingresos en comparación con las personas que no están en situación de discapacidad y motivan a profundizar en esta problemática.

E. Vivienda

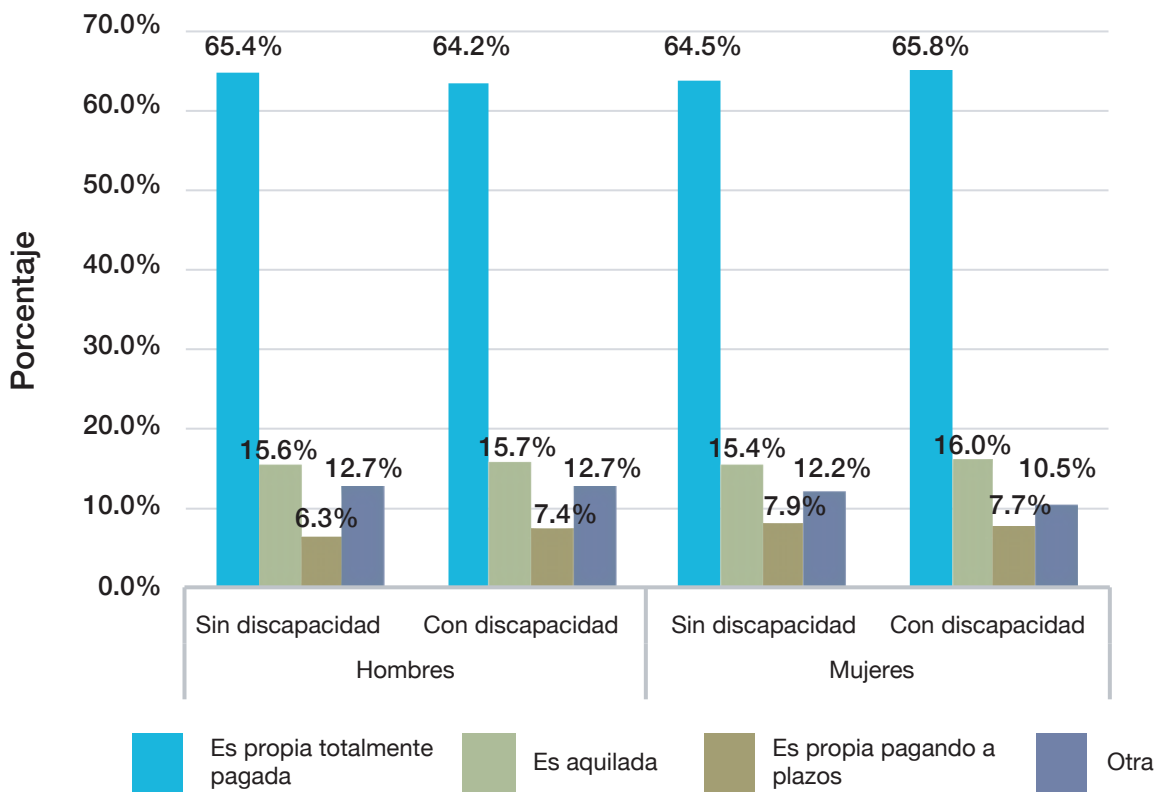
Las condiciones de la vivienda representan un tema de interés en el análisis de la forma en que viven las personas con discapacidad, especialmente es interesante conocer si esta población cuenta con características en su vivienda similares a las personas sin discapacidad y además verificar si existen barreras en cuanto a la accesibilidad a espacios esenciales.

Casi dos tercios de las personas con discapacidad cuenta con una vivienda ya pagada, aproximadamente el 15% y un 7%, habita en una vivienda alquilada o está en proceso de pago, respectivamente (Gráfico 13).

Gráfico 13

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y tenencia de vivienda.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

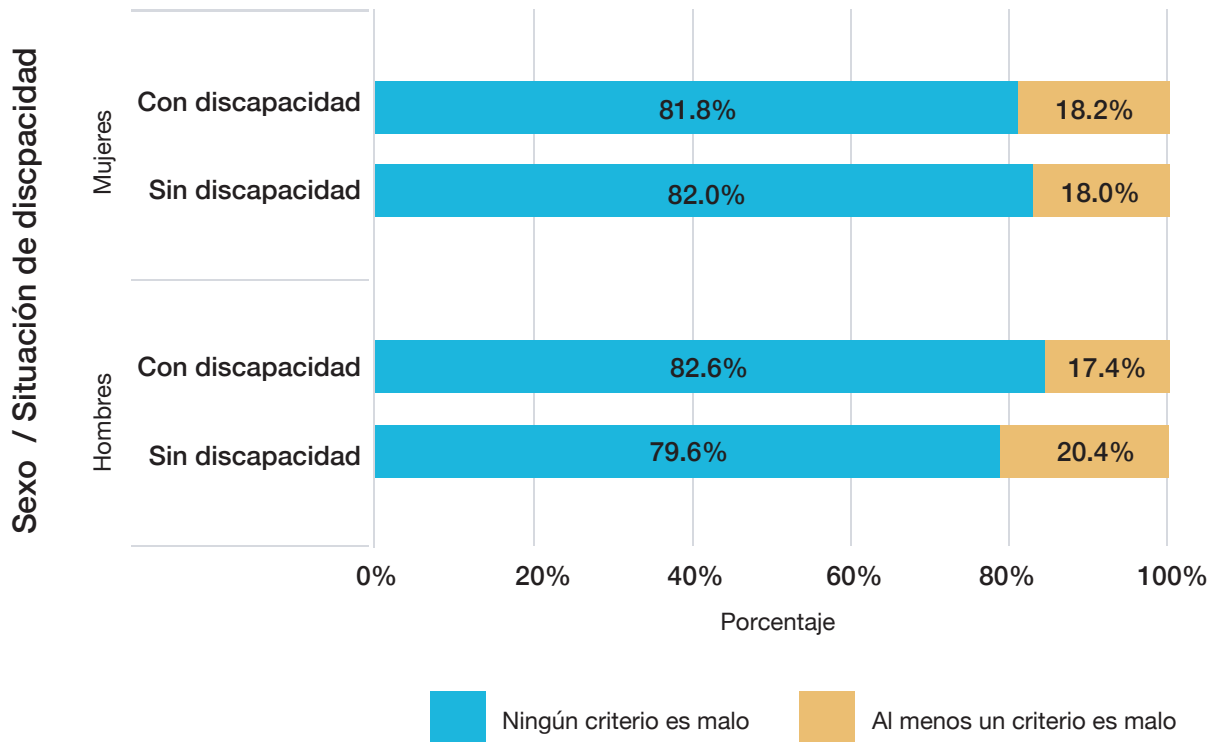
Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Al indagar sobre el estado de la vivienda donde habitan las personas según su sexo y situación de discapacidad considerando las paredes, el techo y el piso, se detecta que, en todos los casos aproximadamente 1 de cada 5 personas, habita en una vivienda en la que al menos uno de los criterios fue calificado como malo, pero no se visualiza una intensidad mayor en el caso de las personas con discapacidad (Gráfico 14).

Gráfico 14

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y criterio malo (paredes exteriores, piso, techo).

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

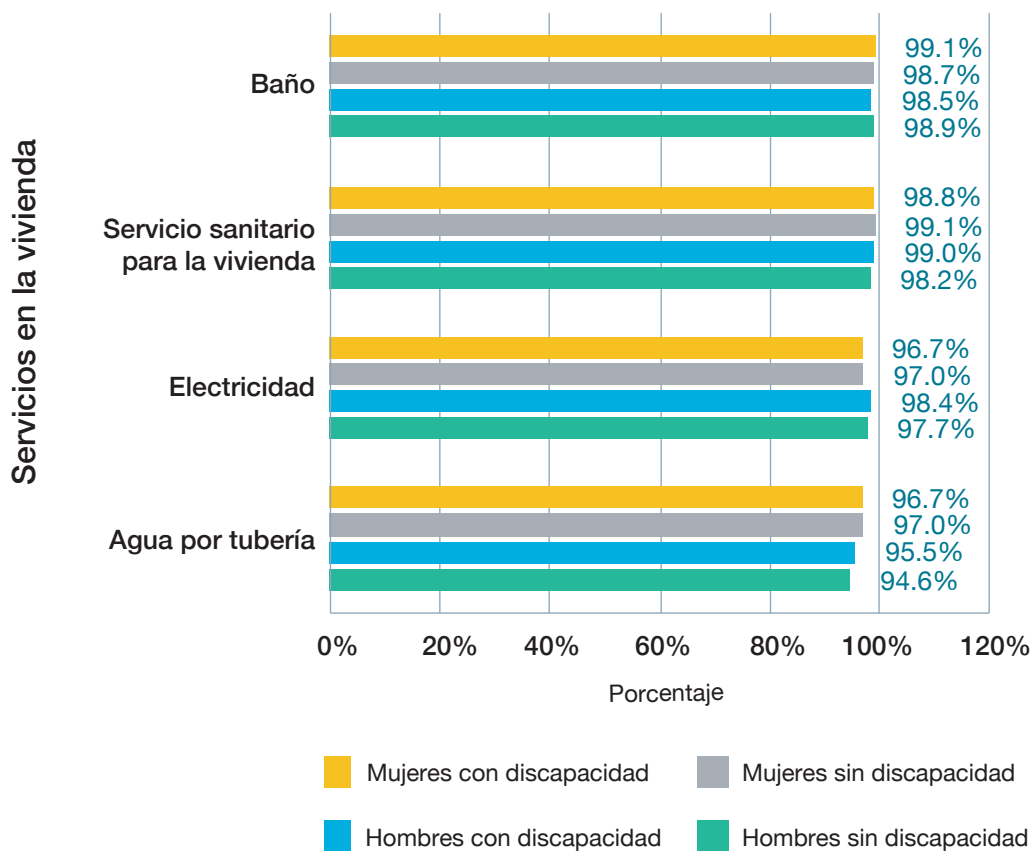
Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

En cuanto a los servicios con los que cuentan las personas en sus viviendas; es posible observar que la mayoría de las personas, indiferentemente del sexo y la situación de discapacidad, tienen en sus viviendas servicio sanitario exclusivo para su vivienda, baño, electricidad y abastecimiento de agua por medio de tubería (Gráfico 15).

Gráfico 15

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y servicios con los que cuenta.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

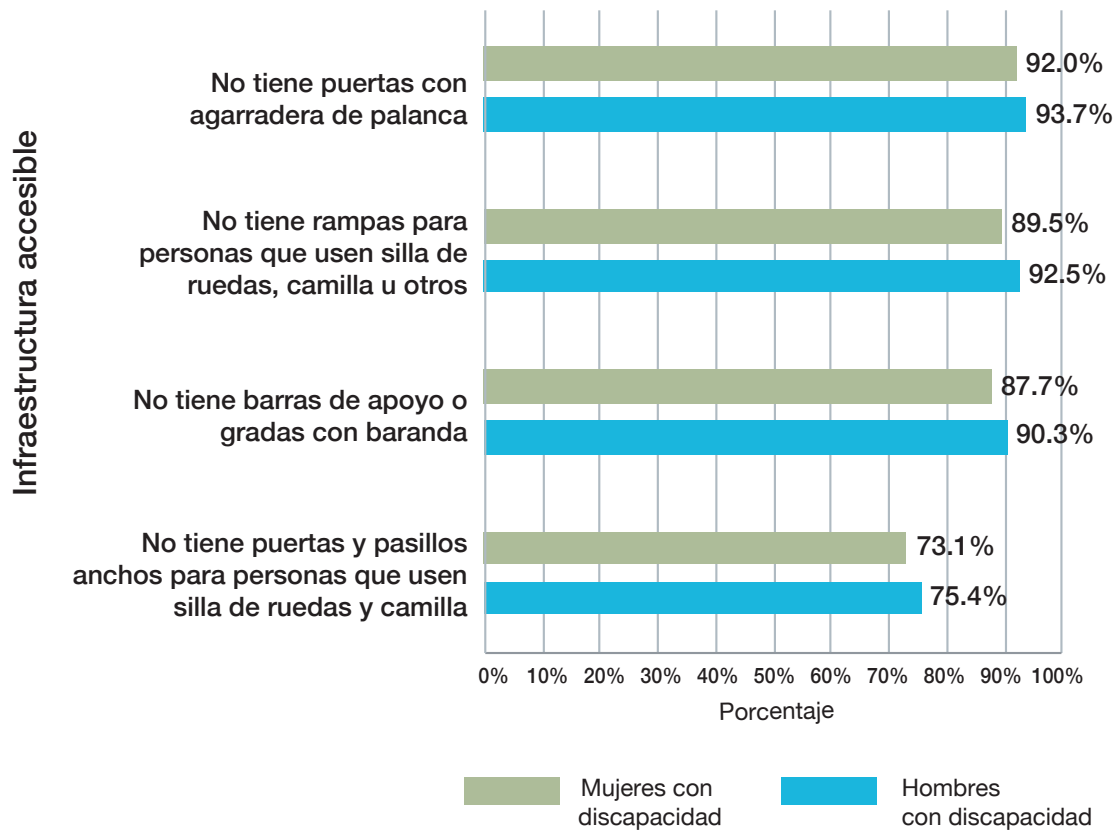
Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Por último y específicamente para las personas con discapacidad, es importante analizar la accesibilidad en su vivienda, ya que esto marca una diferencia importante en la calidad de vida de esta población. Es importante mencionar que la relevancia de cada uno de estos elementos depende de cada tipo de deficiencia, pero tal como es posible observar, se pueden detectar algunas carencias importantes en los hogares de las personas con discapacidad (Gráfico 16).

Gráfico 16

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y servicios con los que cuenta.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.



4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

En Costa Rica, en virtud a los compromisos adquiridos al ratificar la CEDAW (1979), la CIPD (1994) y suscribir el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013), la Agenda 2030 y también a la solidez del marco legal, institucional y de políticas, se han logrado avances importantes en el campo de la salud. Las capacidades institucionales (recursos humanos y materiales, reglas y culturas organizacionales) en el área de la salud, colocan al país en una buena posición para abordar los desafíos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en situación de discapacidad.

La ENADIS 2018 indagó ciertos temas relacionados con la salud sexual y reproductiva como la realización de exámenes médicos, la frecuencia con la que se estos se realizan, las relaciones sexuales y si han recibido o no información. Aunque la ENADIS no indaga temas muy importantes como fertilidad, conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, educación integral de la sexualidad, entre otros, es posible complementar la información que aporta, con los planteamientos de las mujeres en los grupos focales desarrollados, los cuales proporcionan elementos útiles para orientar la implementación y/o modificación de políticas públicas, así como de programas institucionales, que promuevan el conocimiento y pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad, enfatizando en la importancia que tienen estas personas como titulares de derechos, capaces de decidir de manera libre, con plena autonomía e independencia sobre su cuerpo y la forma de experimentar su sexualidad.

A. Seguridad social y servicios de salud

El análisis de la experiencia de las mujeres con discapacidad en los servicios de salud sexual y reproductiva debe primero enmarcarse en las características del sistema de salud de Costa Rica. Entre los aspectos positivos de este sistema, han sido señalados su estabilidad institucional, el grado de desarrollo de los servicios de atención primaria y el predominio del enfoque de salud pública y preventiva. Aunque el desafío de la cobertura ha sido en gran medida resuelto satisfactoriamente, todavía aquejan al sistema de salud problemas como las largas esperas para las citas programadas, el incremento del gasto de bolsillo, la importancia de una mayor atención a las necesidades de las personas usuarias, la necesidad de mejorar la calidad de los servicios y el incremento del número de personas profesionales de la salud (OCDE, 2017).

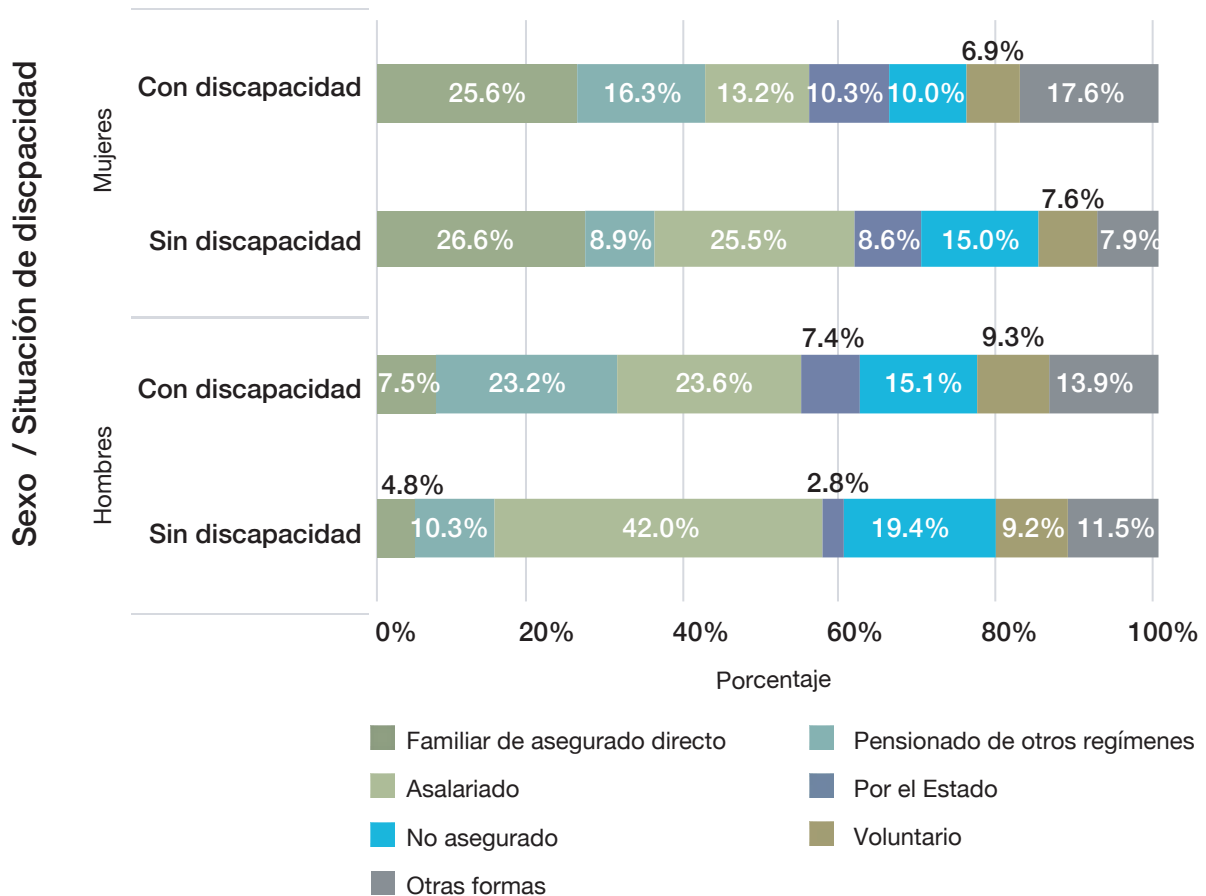
El perfil de y condición de aseguramiento de las personas con discapacidad presenta importantes variaciones según sexo y situación de discapacidad. En primer lugar, 15 por ciento de los hombres y 10 por ciento de las mujeres no están aseguradas (Gráfico 18). Aunque se trata de una proporción relativamente baja, las particulares necesidades de atención de la salud de las personas con discapacidad colocan a este grupo en una situación de particular vulnerabilidad. Alrededor de la mitad de los hombres está asegurados por distintos regímenes de pensiones o por su condición de asalariados. Entre las mujeres, la principal fuente de aseguramiento es la relación familiar a través de una persona asegurada activa.



Gráfico 17

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y tipo de seguro.

2018



1/ Coeficiente de variación es mayor al 20% en Familiar de asegurado directo, lo que hace la estimación poco confiable y se debe utilizar con precaución.

Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

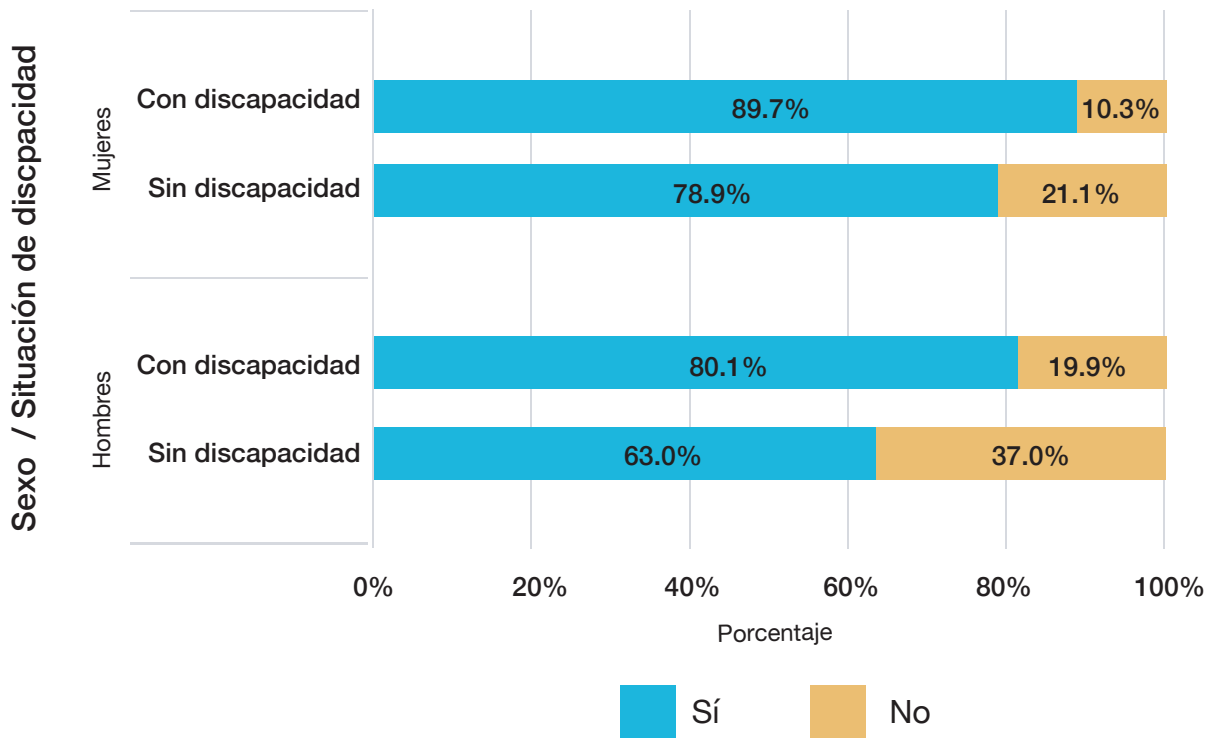
Según la ENADIS, cerca de nueve de cada diez mujeres con discapacidad han recibido atención de salud en los servicios de salud en los 12 meses previos a la aplicación de la encuesta, siendo el grupo poblacional con mayor acceso (Gráfico 18). Considerando

que es frecuente que, tanto hombres como mujeres con discapacidad, demandan mayores servicios que el resto de la población, los resultados sugieren un buen nivel de funcionamiento de los servicios de salud.

Gráfico 18

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y que recibió atención de salud.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

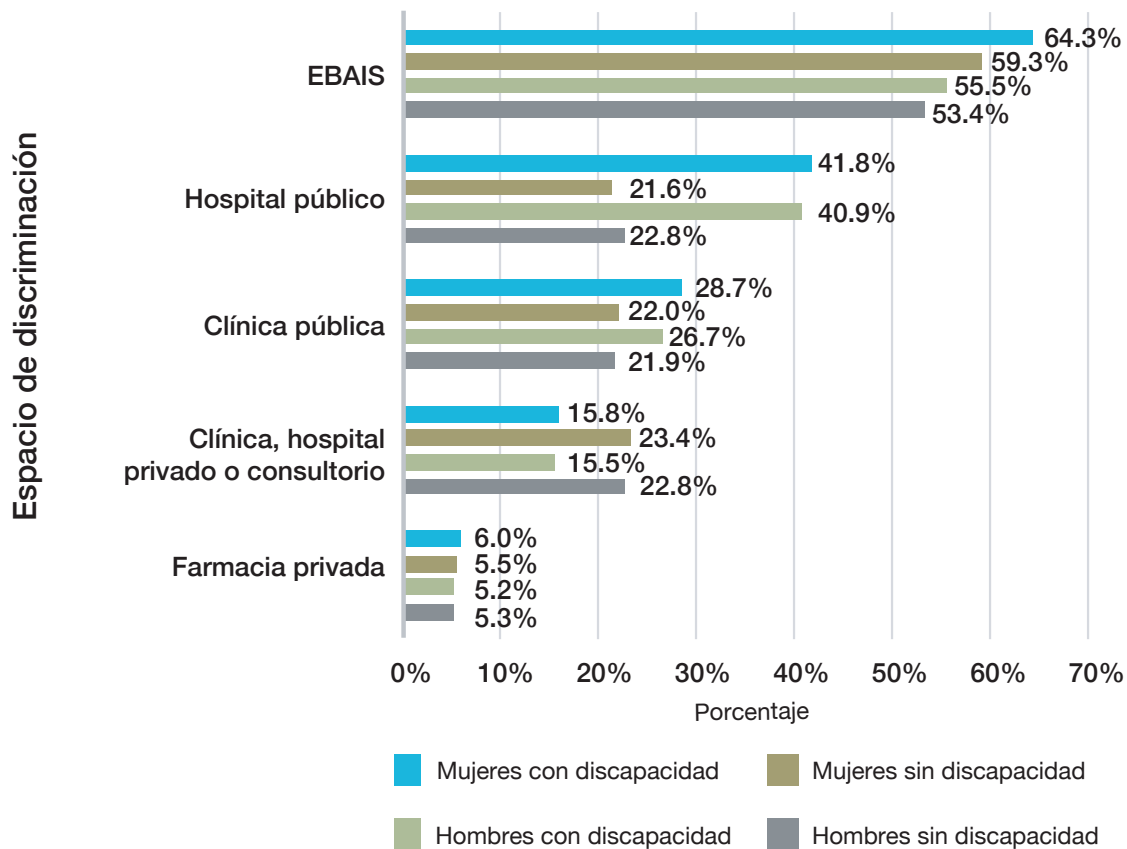
Por otro lado, un alto porcentaje de todos los grupos poblacionales estudiados afirma haber recibido atención en los EBAIS, específicamente las mujeres con discapacidad. Es importante denotar que, comparando las personas según su situación de discapacidad,

indiferentemente de su sexo, existen diferencias en la visita a centros médicos públicos y privados, siendo más frecuente que las personas con discapacidad acudan a los públicos y las personas sin discapacidad a los privados (Gráfico 19).

Gráfico 19

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y lugar donde recibió atención.

2018

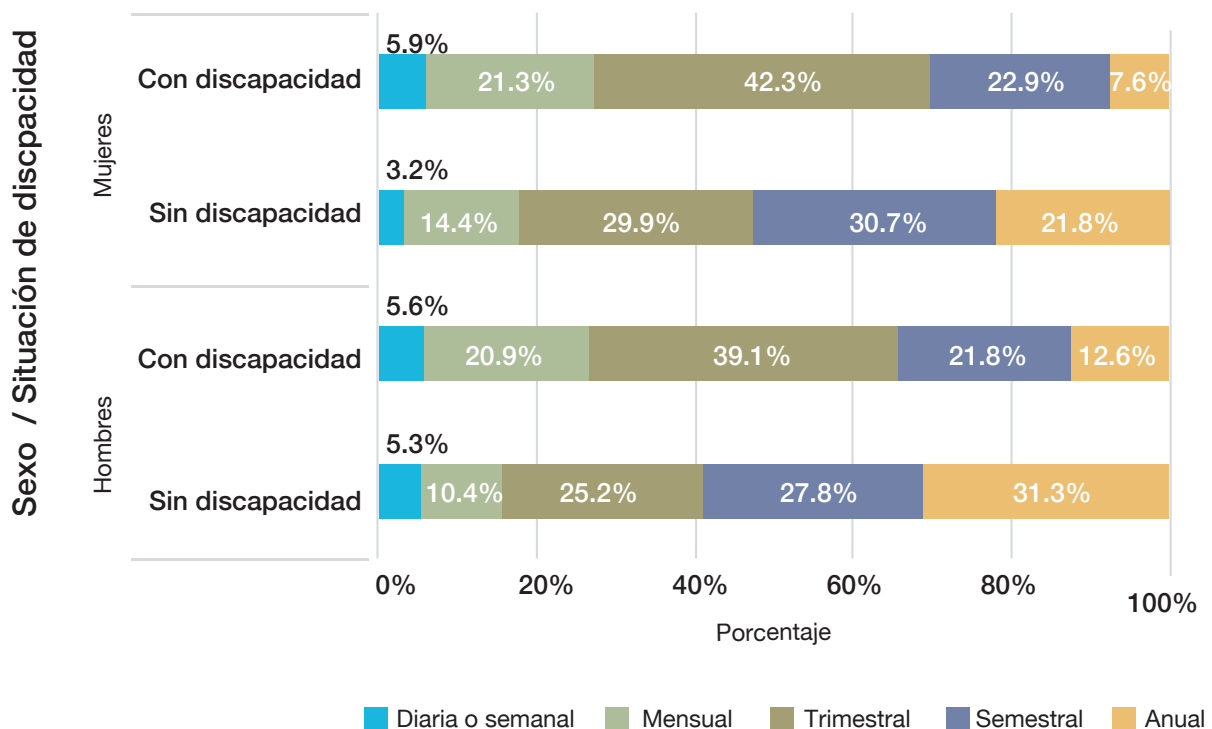


- 1/ Coeficiente de variación es mayor al 20% en hombre que asiste a farmacia con discapacidad, lo que hace la estimación poco confiable y se debe utilizar con precaución.
- 2/ A pesar de que en la ENADIS se incluyen también las opciones de “Fundación u organización” y “Otro lugar” no se incluyen en el análisis debido a que los coeficientes de variaciones del porcentaje de personas que acude a esos lugares son mayores al 0,2
- Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.
- Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

La frecuencia de visita a los servicios médicos de mujeres y hombres con discapacidad es muy similar, sin embargo, la población sin discapacidad parece frecuentar menos los centros de salud, estando más de la mitad de las poblaciones en las categorías de semestral o anual. Para el caso de las personas con discapacidad, aproximadamente dos tercios de las personas con discapacidad asisten a los servicios de salud con una frecuencia semanal, mensual y trimestral (Gráfico 20). La alta concentración de visitas trimestrales puede obedecer al esquema de atención de los servicios de salud, que programan las citas cada tres meses. Menos de un tercio de los hombres y mujeres tienen un régimen de visitas mensual o anual.

Gráfico 20

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y frecuencia con que recibió atención.
2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

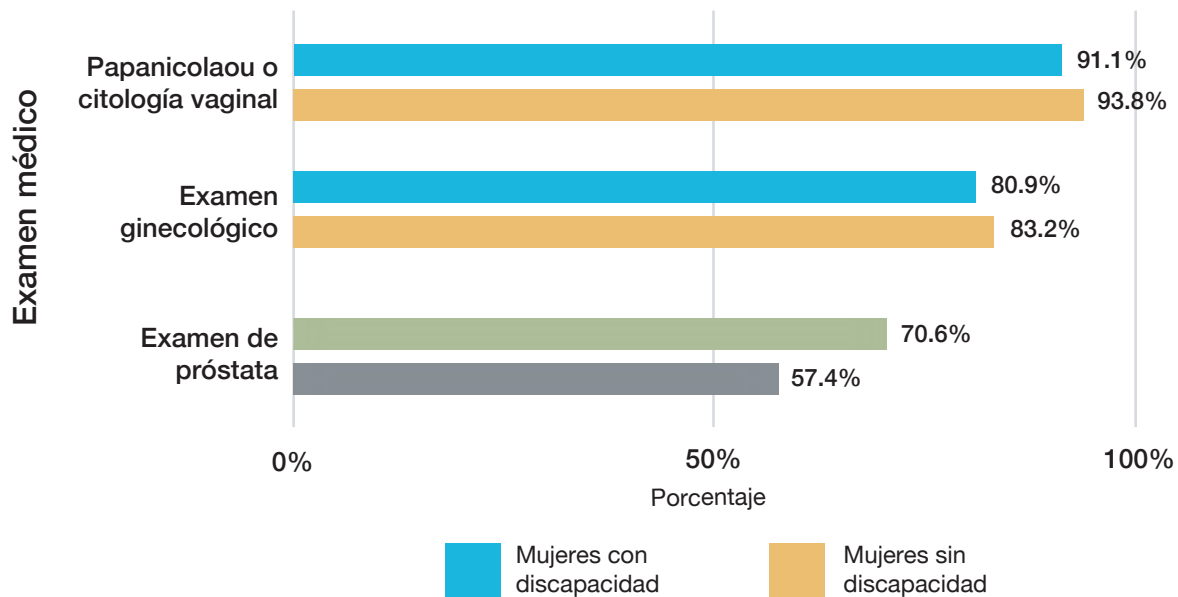
Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018

El derecho a la salud sexual y reproductiva protege a las personas frente a riesgos que pueden afectar seriamente su integridad. Por ser un derecho ampliamente reconocido, el Estado está obligado a garantizar la provisión de los servicios de salud. La exigibilidad de estos derechos requiere de un Estado activo en este campo. Cuando esto no ocurre, existe el riesgo que se incrementen los embarazos no deseados, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) así como la violencia y los abusos sexuales.

La solidez institucional del sistema de salud costarricense es el principal garante de la amplia cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva. Según la ENADIS, la proporción de mujeres con discapacidad que se hizo exámenes de citología (91,1%) es superior que la proporción de las mujeres sin discapacidad que se hicieron el estudio (80,9%) (Gráfico 21).

Gráfico 21

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y exámenes realizados en el último año. 2018



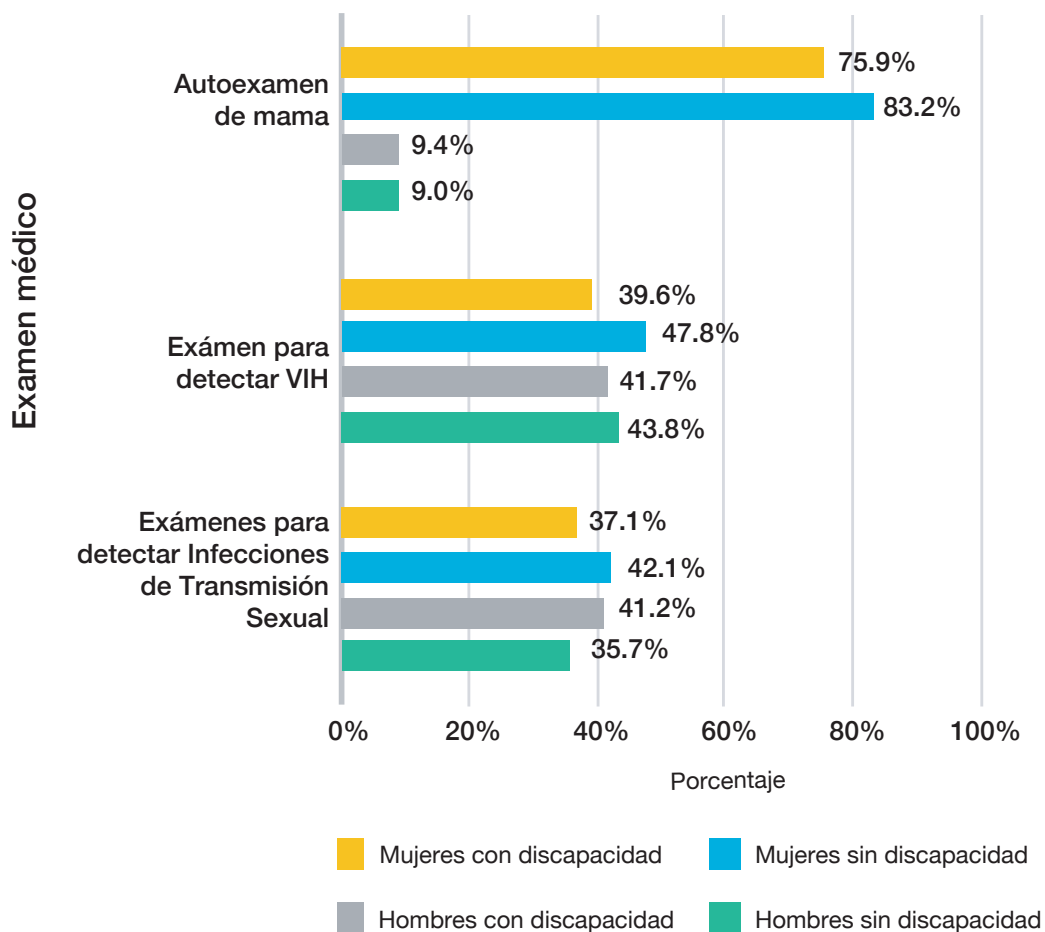
Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad. El examen ginecológico incluye: ultrasonidos, mamografía, entre otros.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Más de dos tercios de los hombres con discapacidad (67,3%) se hicieron estudios de próstata y de nuevo las medidas son mayores para esta población. Es importante agregar que aproximadamente 4 de cada 10 personas, se han realizado exámenes para detectar VIH e infecciones de transmisión sexual -ITS (Gráfico 22).

Gráfico 22

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y exámenes realizados en el último año.
2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018

El autoexamen de mama es realizado más frecuentemente por las mujeres, especialmente aquellas sin discapacidad por lo que sería importante considerar si esta baja en las mujeres con discapacidad está asociada a problemas de información, conocimiento y educación sobre el tema.

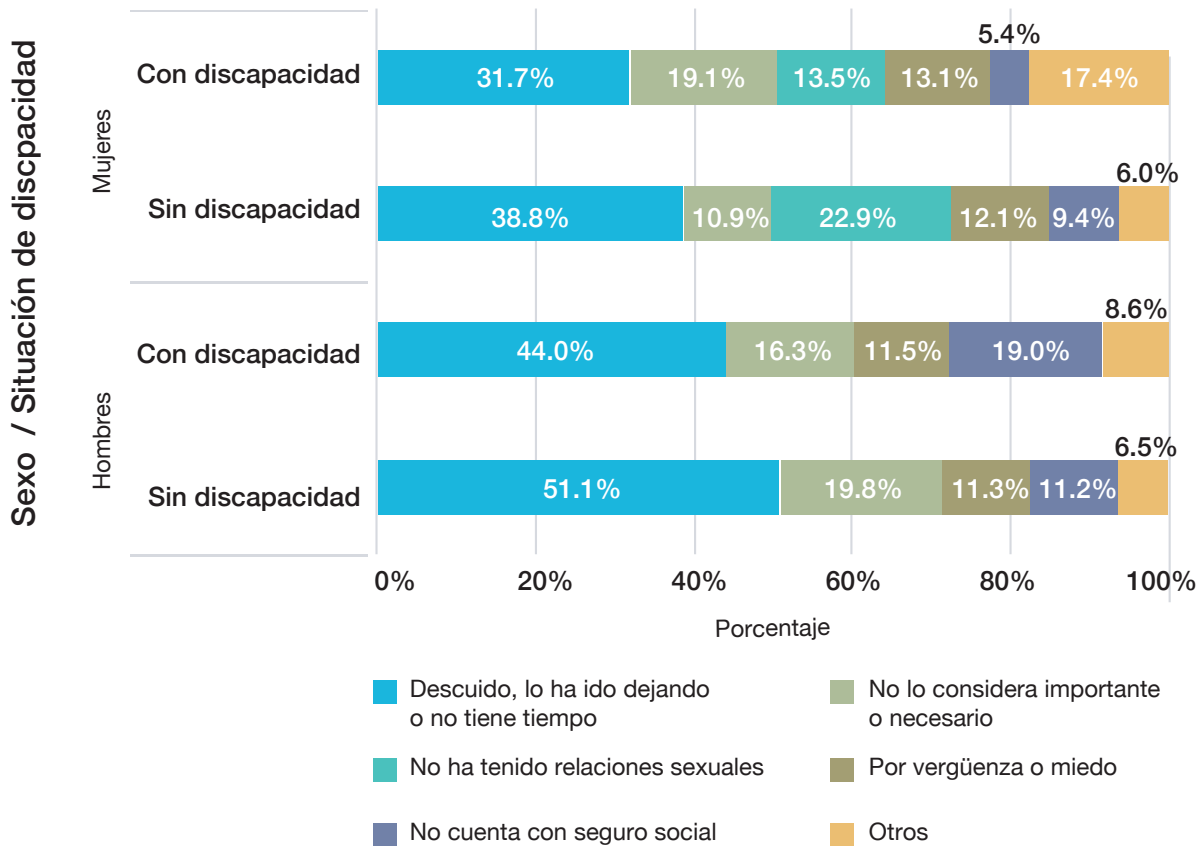
El descuido y la falta de tiempo son las principales causas por las que las personas con discapacidad no se realicen exámenes médicos. Casi un quinto de las mujeres y hombres no se realizan estudios porque no lo consideran importante o necesarios. Casi una de cada siete mujeres considera que los exámenes no son necesarios porque no tiene vida sexual activa. Más de una de cada 10 personas con discapacidad no se hace estudios por vergüenza. Entre los hombres, casi un quinto no se ha hecho exámenes porque no cuenta con seguro de salud (Gráfico 23).



Gráfico 23

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y motivo para no realizarse el Papanicolau o el examen de próstata.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018

Cabe señalar, que a pesar de que la ENADIS encuentra resultados positivos en términos de acceso, los grupos focales brindan información en relación con la calidad de los servicios y los prejuicios y estereotipos sobre la sexualidad que están aún muy arraigados entre las personas profesionales de la salud. Estos prejuicios, muchas veces vinculados a la desinformación, tiene consecuencias serias porque supone un desconocimiento de las necesidades que las mujeres con discapacidad buscan resolver en los servicios de salud. La discriminación por género y por discapacidad contribuye a la exclusión de las mujeres de los servicios de salud y a reforzar el aislamiento social que resulta de la alta dependencia en las familias.

Lo anterior además se refuerza con las menciones de las mujeres participantes en los grupos focales, en relación con las barreras que limitan la accesibilidad a las instalaciones, la información que se brinda en formatos inaccesibles o solo mediante audios (que limitan el acceso a personas sordas) o material impreso (que a su vez limita el acceso a personas ciegas), además de las carencias de equipos médicos adecuados, que fueron frecuentemente mencionadas como obstáculos.

Los problemas de comunicación con las personas profesionales y el maltrato percibido por parte de ellas fueron claramente señalados como los aspectos más deficientes de la atención. Una de las mujeres participantes lo expresa contando su experiencia “... *tuve problemas con un médico del EBAIS que era grosero. Me dijo que sólo tenía 15 minutos para atenderme. Además, me recomendó no tener hijos y que a mi marido que ni siquiera lo pulsee. Al tiempo me dijo que tenía pólipos y no me volvió a mandar pastillas anticonceptivas*” (Mujer de 43 años con discapacidad visual).

La violencia institucional ejercida por prestadores de servicios de salud es particularmente dañina por sus efectos duraderos sobre la integridad de las mujeres con discapacidad. Primero, el maltrato en los centros de salud se suma a las agresiones que las mujeres con discapacidad enfrentan en otros ámbitos sociales. Las acciones violentas se refuerzan para hacer más firmes los mecanismos de exclusión social. Segundo, el maltrato significa la negación de la prestación del servicio o la prestación en condiciones humillantes con el consecuente impacto negativo en la salud de las mujeres con discapacidad. Tercero, las agresiones por parte de los prestadores de servicio socavan la confianza de las mujeres, en unas instituciones que se presentan como sus aliadas. La calidad de este vínculo entre las mujeres y las instituciones de salud no sólo es relevante desde el punto de las necesidades médicas de las mujeres, sino también como mecanismo de acceso a otros servicios críticos para la integridad de las personas con discapacidad.

Las mujeres con discapacidad y sus familias presentan una serie de dificultades para la defensa de sus derechos ante las y los prestadores de servicios porque no conocen los mecanismos de protección existentes, o no cuentan con los recursos económicos necesarios para hacer frente a los procesos de denuncia, incrementado su vulnerabilidad. Muchas veces, las actitudes de las y los profesionales de la salud en los servicios de atención son discriminatorias, lo cual no facilita un ambiente de confianza para la solicitud de información o apoyo ante situaciones de violencia. Una participante indica que *“A mí no me gusta estar internada en los hospitales, ¿sabe por qué? Porque una vez, estuve internada en Pavas porque yo me tomé 40 pastillas y yo casi me muero, yo me había bañado y una paciente dijo: esa no se bañó. Y una enfermera me jaló el pelo y me metió con toda la ropa a la ducha. Y yo le dije a mi mamá y mi mamá estaba enojada. Por eso no me gusta estar internada en los hospitales, por lo que me hizo esa enfermera”* (Mujer con discapacidad cognitiva)

Otra menciona que *“en el EBAIS donde voy hay cada doctor ... le pregunta algo usted a él y no contestan. ¡Entonces a veces me dicen (...) Apúrese! ¡Muévase! Ya, o sea, ya (...) A mí mamá nunca le ponen atención porque ellos son los únicos que tienen la última palabra. Eso está muy mal. Fíjese que mi mamá le dice al doctor ella padece mucho dolor de oído, porque ella en las noches pasa a veces cimbrando los dientes y le contestan una grosería, entonces mi mamá no puede decir nada”* (Mujer de 32 años con discapacidad auditiva).

Finalmente, una mujer de 17 años con discapacidad visual señala que *“cuando estaba internada, ponían la bandeja en la mesa y no me avisaban, por lo que pasaba horas sin comer. Además, le había dicho al ginecólogo que tenía una pelota, pero no me revisa porque dice que lo único que quiero es que me toque”*.

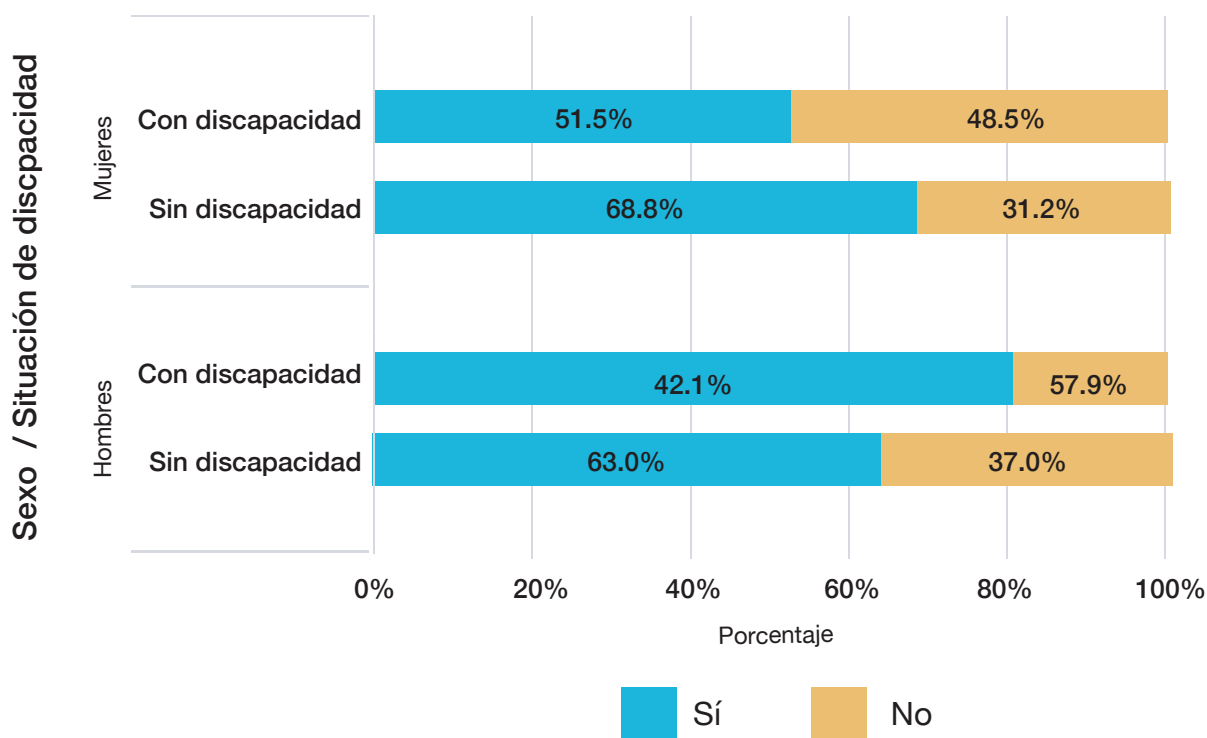
B. Información, conocimiento y educación sobre salud sexual y salud reproductiva

La información provista por la ENADIS en relación con la información y educación sobre salud sexual y reproductiva es limitada, pero reveladora de que las brechas persisten. La población sin discapacidad afirmó en mayor medida haber recibido información sobre salud sexual y reproductiva (Gráfico 24). Específicamente entre las personas con discapacidad, seis de cada diez hombres mencionaron que no han recibido información al respecto y en el caso de las mujeres, la proporción es ligeramente menor al 50%. Se trata de un rezago significativo tomando en cuenta los riesgos y vulnerabilidades que esta población enfrenta.

Gráfico 24

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y que ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Esta información refleja que muchas personas con discapacidad, especialmente las mujeres, carecen de los conocimientos mínimos y la información requerida para fomentar decisiones personales seguras con respecto a su sexualidad. Como se mencionó anteriormente, el nivel de escolaridad de las personas con discapacidad, en particular de las mujeres, es bajo, lo que podría estar relacionado también al poco acceso que han tenido a la información y educación sobre sexualidad.

La información, el conocimiento y la educación sobre los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para que las mujeres cuenten con las condiciones para exigir el acceso a la salud, a decidir sobre la reproducción y la maternidad y a tomar decisiones sobre el ejercicio libre de la sexualidad, entre otros. Cualquier afectación en el ejercicio de estos derechos merma severamente el bienestar de las mujeres y su capacidad para elegir su proyecto de vida.

El ejercicio del derecho a la información científica y a la educación integral de la sexualidad depende de la capacidad de los programas educativos para responder a los contextos culturales y lingüísticos de cada grupo social, el aprovechamiento de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Estos programas deberían considerar los mecanismos necesarios para que el acceso de las mujeres con discapacidad sea real.

Las mujeres participantes en los grupos focales aportaron varios ejemplos en los cuales se les ha limitado el derecho a la información en sexualidad. Una de ellas menciona que *“la información en la escuela y el colegio era muy poco accesible. Por ejemplo, hablaban de las diferentes manifestaciones de las ITS y del color de la vulva, pero ¿Cómo lo veo yo? Además, en el hogar fue nula la información”* (Mujer de 27 años con discapacidad visual). *“¿Cómo una persona con discapacidad visual puede verificar la fecha de caducidad (de los condones) y cómo usarlo porque no hay instrucciones en braille?”* (Mujer de 43 años con discapacidad visual).

La falta de información facilita que los mitos y prejuicios en torno a la sexualidad se mantengan en la sociedad. Las mujeres con discapacidad no están exentas de esta situación, ya que en los grupos focales también evidenciaron que su conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos era parcial, confuso y frecuentemente erróneo:

- ▶ *“Había escuchado que a veces no funciona (la vasectomía)”* Mujer de 32 años con discapacidad múltiple.

- ▶ *“Se necesita un tiempo de recuperación después de la operación, más de 40 días, hasta que el conteo de espermatozoides sea cero (...) la salpingectomía es más efectiva porque se cauterizan las trompas de Falopio, reduciendo el riesgo de embarazo”* Mujer de 58 años con discapacidad visual.
- ▶ *“Después de 7 años en algunos organismos las trompas se regeneraban y podía haber peligro de embarazo”* Mujer de 37 años con discapacidad física.
- ▶ *“...se dice que las inyecciones hormonales aceleran la menopausia”* Mujer de 43 años con discapacidad visual.

La carencia de conocimientos desalienta la demanda por los servicios, impide a las mujeres tomar decisiones informadas, aumenta el riesgo de embarazos no deseados o de contraer ITS.

Una fuente importante de construcción de saberes sobre la sexualidad y la reproducción proviene de medios informales. Existe la posibilidad que las personas no puedan contrastar la calidad de la información con fuentes de mayor calidad, por lo que los circuitos informales de información pueden ser los únicos y, en esa medida, contribuyen a la reproducción de concepciones equivocadas sobre el tema.

C. Ejercicio libre de la sexualidad

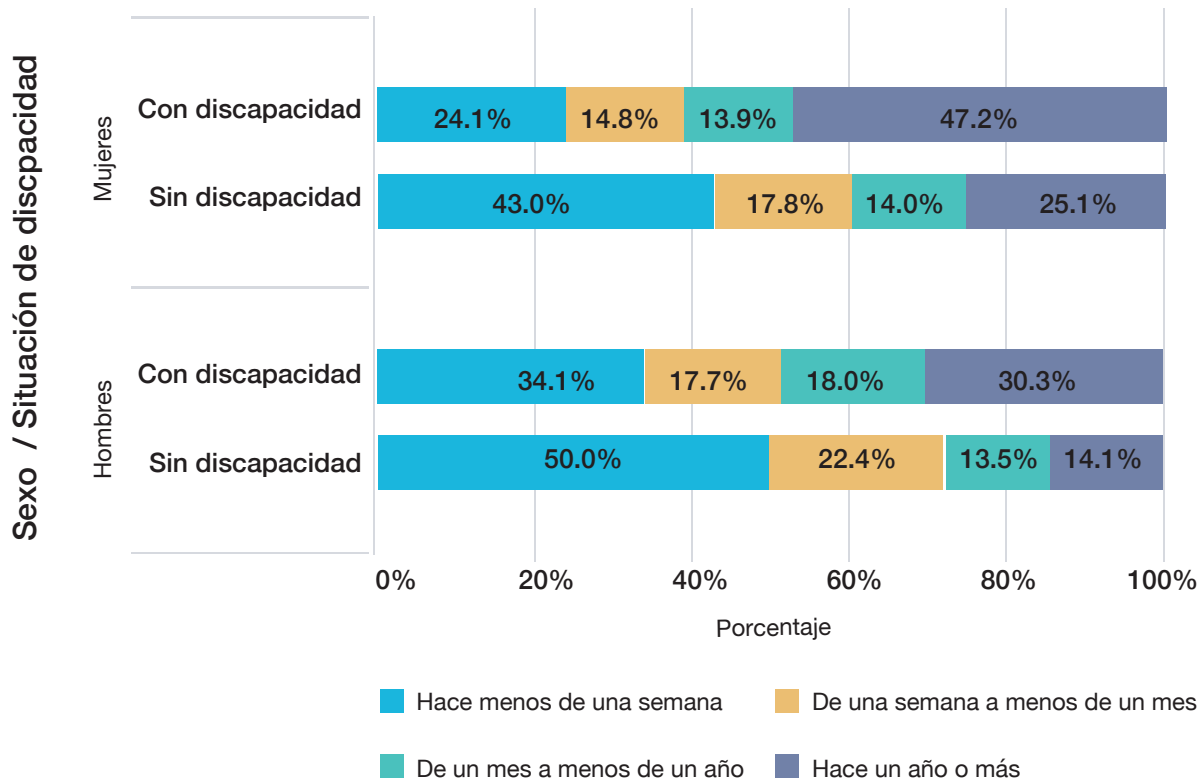
El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos ha contribuido a que la dimensión de la sexualidad sea considerada un aspecto fundamental del bienestar humano. En otros términos, el bienestar de las personas con discapacidad no depende sólo del acceso a las oportunidades de desarrollo en el ámbito público, sino también de la posibilidad de tener una vida privada satisfactoria (Shakespeare, 2000).

Una de las variables explorada por el ENADIS, es la frecuencia de relaciones sexuales. Sus resultados derriban, en primer lugar, el mito de que las personas con discapacidad son asexuadas. Poco menos del 40% de las mujeres con discapacidad indican haber tenido relaciones sexuales durante el último mes y casi la mitad respondieron que hace más de un año no tenían relaciones sexuales (Gráfico 25).

Gráfico 25

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y última relación sexual.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

No obstante, como se puede extraer de los resultados de los grupos focales, la vivencia de la sexualidad de las mujeres sin discapacidad y las mujeres con discapacidad es muy distinta. Por ejemplo, persiste el prejuicio relacionado con que las mujeres con discapacidad no están preparadas para tener una vida sexual, quedar embarazadas, parir y mucho menos para atender y educar a su descendencia.

Según las participantes, estas creencias, son ampliamente compartidas por sus familias, las personas de la comunidad con los cuales interactúan y por profesionales y prestadores de servicios, especialmente pertenecientes al sector salud. Una participante comenta que *“...hace tres años quedé embarazada y tuve un aborto espontáneo por los problemas de cadera. El doctor me dijo: Para que se mete en estas cosas si usted no puede. Pero hasta me recomendó que me operara si yo quisiera. Yo le dije que no. A pesar de todo quiero ser madre, pero a la vez pienso que no, porque me van a cuestionar de porqué me meto en eso”* Mujer de 41 años con discapacidad auditiva.

Otra mujer comenta *“Yo sí puedo (tener hijos), pero a la vez me da miedo. Porque al principio me habían dicho que sí podía, de hecho, a mi mamá, ... le empezó a decir a la doctora que por qué no le hacía el favor de operarme para no poder tener hijos. Yo no le dije nada a ella y la doctora la regañó. Le dijo que no era decisión de ella, sino decisión mía si yo me quería operar o no”* (Mujer de 32 años con discapacidad cognitiva). En este último ejemplo, se muestra una funcionaria del sistema de salud, que respeta la autonomía de la mujer con discapacidad para tomar sus decisiones, no obstante, las participantes afirmaron que sus familias toman distintas medidas para desalentar el interés en la vida sexual, evitar la formación de parejas y eventualmente impedir los embarazos y que muchas veces cuentan con el respaldo de la autoridad médica.

Según las participantes, la hostilidad frente a la madre con discapacidad apela a tres argumentos: el interés del niño o la niña (no recibirá los cuidados que merece), el interés de la madre (no puede cargar con la responsabilidad) y el interés de la sociedad (debe evitarse la transmisión de problemas hereditarios). Estos prejuicios llevaron en un pasado no muy lejano a promulgar leyes eugenésicas que fomentaban la esterilización y el aborto forzados. Una de las participantes comenta que para quienes son madres se generan obstáculos para construir una vida independiente y tomar decisiones sobre sus hijos e hijas, *“tengo 47 años, pero mi mamá se entromete porque no deja que mi hija salga y yo le digo que yo se lo permito porque es mi hija. Ella (madre) nos continúa tratando como bebés, yo insisto que ya soy una persona vieja”* (Mujer de 47 años con discapacidad auditiva).

Ante estos planteamientos de las mujeres, es posible pensar que los beneficios del progreso en materia de igualdad de género se han distribuido desigualmente. En particular, las mujeres con discapacidad han quedado rezagadas debido a las condiciones de discriminación y exclusión que enfrentan. El esfuerzo de la sociedad costarricense – incluido su gobierno– para cerrar la brecha de género ha sido insuficiente para extender los beneficios de la igualdad de género a las mujeres con discapacidad.

D. Autonomía y toma de decisiones

El derecho a tomar decisiones sobre la propia vida es una condición para el ejercicio de los demás derechos consagrados por las leyes. Las costumbres, los prejuicios y las leyes muchas veces desconocen esta libertad cuando se trata de las mujeres con discapacidad y cuando esto sucede, se pavimenta el camino para la negación de los demás derechos sexuales y reproductivos.

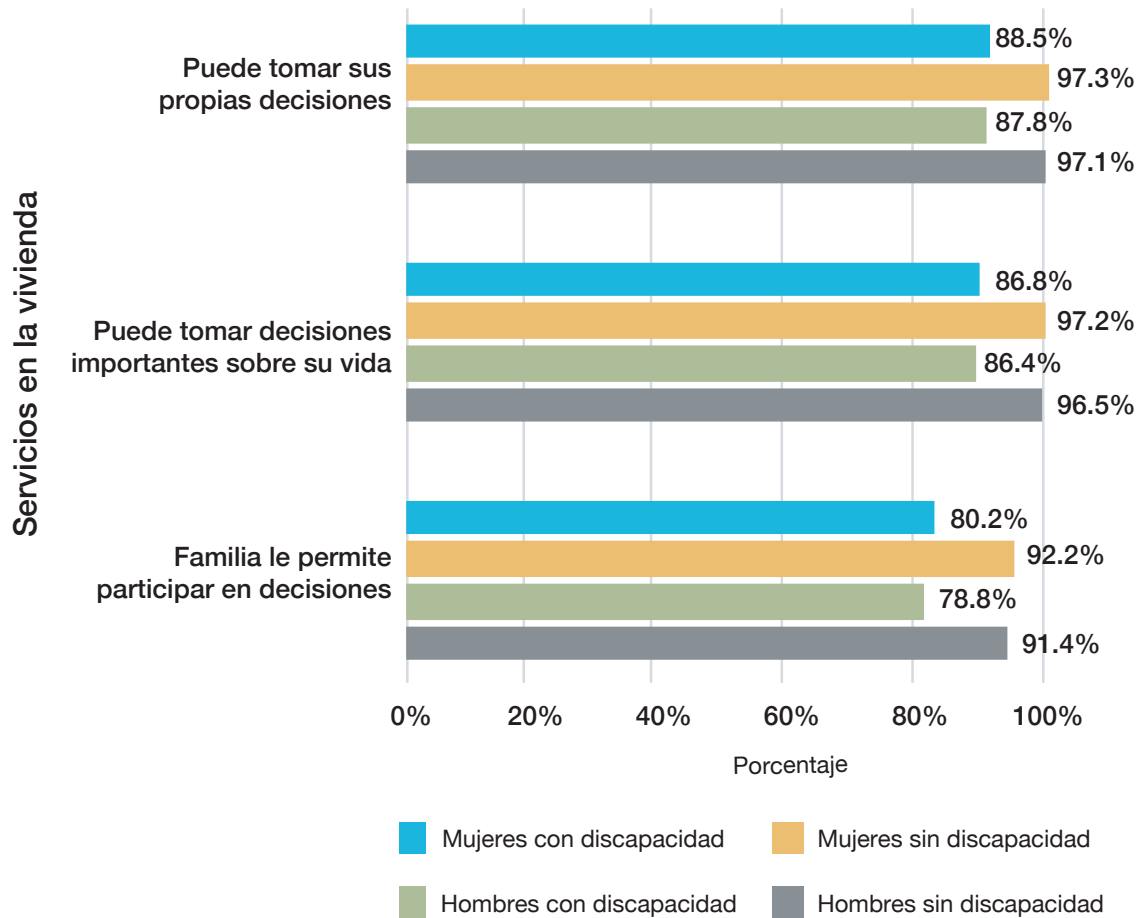
“Fui operada para no tener bebés para seguir adelante con los estudios y proyectos, tenía diecisiete o dieciocho años, en ese entonces estaba en el colegio. Mi mamá tomó la decisión para que pudiera superarme porque tengo seis hermanos de parte de mi mamá y diez de parte de mi papá. Por una parte, me gustaría, pero por otra no hubiera podido estar aquí, porque no tendría quien lo cuidara” Mujer de 32 años con discapacidad múltiple.

En la ENADIS, no se incluyeron preguntas puntuales acerca de la libertad de las personas para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva, sin embargo, se consultó sobre el grado de acuerdo con afirmaciones respecto a las actitudes de las personas frente a la posibilidad de tomar decisiones cotidianas, decisiones de mayor importancia o participar en el proceso de toma de decisiones familiares.

Gráfico 26

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y posibilidad de tomar decisiones.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

De acuerdo con el gráfico anterior, en todos los casos las personas con discapacidad, indiferentemente de su sexo, muestran una tendencia menor en la posibilidad de tomar decisiones en sus vidas con respecto a las sin discapacidad. Los datos que más difieren son los que responden a la frase “Familia le permite participar en decisiones”, resultando que en las mujeres con discapacidad la respuesta se reduce en 12 puntos porcentuales si las comparamos con las mujeres sin discapacidad.

Esto coincide con lo que las mujeres planteaban en los grupos focales, sobre como las limitaciones al ejercicio de estos derechos repercuten directamente en ámbitos tan dispares como el económico, la movilidad, la elección de pareja, la formación de familias y la crianza de la descendencia. Una de las participantes comenta que *“A una persona con discapacidad cuando se dan cuenta que tienen esa condición le dicen pobrecita usted no puede hacer esto, no puede ir a tal lado. Incluso se les para el pelo con la sexualidad. Una quiere informarse para tener un espacio seguro en este aspecto. Con respecto a mi familia, Dios guarde si hablo de matrimonio, pero ¿Cómo voy a hacer yo para informarme si son mi núcleo más cercano? Las personas que están cerca de una son las que más limitan, se lo dije a mi mamá. Con mi papá no hablo de estas cosas porque es muy machista”* (Mujer de 25 años con discapacidad visual).

En general, la experiencia de formar una pareja, las normas sociales sobre el cuerpo y la belleza juegan un papel importante. La oposición de sus familias cuando buscan formar una pareja se manifiesta a través de chantajes emocionales que tienen un efecto coercitivo sobre la mujer. *“Una mujer indica que, en su caso, “tengo que aprender sola, soy la única mujer de mis cuatro hermanos. Mi pareja me propuso matrimonio y tengo la firme idea de tener familia. Pero mi familia me dice que debo aprender sobre la discapacidad, empoderarme sobre mis derechos, pero luego me retienen y yo no entiendo”* (Mujer de 34 años con discapacidad psicosocial).

El papel de la familia muchas veces es ambiguo ya que, por un lado, alientan a las mujeres con discapacidad a realizarse personalmente mientras que, por otro lado, no dejan de recordarles las limitaciones derivadas de su discapacidad.



Situación similar se presenta cuando deciden romper un vínculo de pareja, ya que puede desencadenar una oposición igual de fuerte y es frecuente que cuando estas mujeres obtienen el divorcio, pierden el control de sus activos y en lugar de superar relaciones abusivas, violentas o simplemente dar por concluida una relación, por lo general se desencadenan fuertes confrontaciones con las familias (propias y del marido), miembros de la comunidad e incluso de representantes de la justicia. Esto es reflejado por lo mencionado por una de las participantes *“El papá de mis hijos nunca les pegó, pero gritaba, pateaba, golpeaba la mesa y las paredes. Cuando me quise separar nunca tuve el apoyo de mi familia, mi mamá que era cristiana decía que hasta que la muerte nos separe... La suegra apoyaba al hijo para quitarme a mis hijos, lo cual efectivamente pasó. El me pedía que no pidiera ayuda porque si no lo metían a la cárcel si yo contaba todo... Cuando fui a la consejería espiritual, el pastor me pregunto si yo mantenía relaciones sexuales con él, le dije que no, pero él me dijo que debía reforzar el vínculo matrimonial. Cuando exploté me dijo que si quería el divorcio me tenía que ir de la casa. Aunque no he podido divorciarme, él no permite que saque a mis hijos de su casa y no puedo estar a solas con ellos. El abogado comenzó a cuestionarme y me dijo: Si yo fuera el padre de sus hijos tampoco se los daría.”* (Mujer de 25 años con discapacidad visual).



#JovenesTicos
SumamosMas
cuando...

Comprendamos que
somos Diferentes
y nos brinden
Oportunidades de
acuerdo a nuestras
necesidades.

Yorlany, 33

5. VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN EN CONTRA DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

La perspectiva de género contribuye a cuestionar los estereotipos de género existentes y que impactan, de manera diferenciada, en la vida de mujeres y hombres, y por supuesto, visibiliza la desigualdad, la discriminación y la violencia que más frecuentemente afecta a las mujeres.

De ahí que el abordaje con perspectiva de género considere que la discriminación por género no es algo simple, aislado o lineal, sino que concurren varios motivos de discriminación que se interrelacionan y se retroalimentan, derivando en una discriminación múltiple.

Históricamente, las necesidades de las personas con discapacidad han sido invisibles para las agendas políticas de los Estados; por ello, los movimientos de las personas con discapacidad abogan por el reconocimiento de sus derechos, enfatizando la atención en sus condiciones de vida y las situaciones adversas que, cotidianamente, enfrentan para su desarrollo humano. El modelo social de la discapacidad abandonó la concepción de que las deficiencias y las limitaciones son el origen de los obstáculos y, en su lugar, ha puesto su atención en las barreras sociales, institucionales, culturales y económicas que operan como mecanismos generadores de exclusión social. En este marco, el Estado tiene un importante papel en la transformación de estas condiciones claramente desfavorables para las personas con discapacidad.

La discriminación y la violencia contra las personas con discapacidad tienen una relevancia central. Una revisión sistemática de estudios reporta una prevalencia de todas formas de violencia de 24,3% en las personas con distintas deficiencias mentales, 6,1% en personas con deficiencias intelectuales y 3,2% en personas con deficiencias no identificadas (Hughes, et. al., 2012).

El mismo estudio estima que la probabilidad de sufrir actos violentos entre las personas adultas con discapacidad es 50% mayor que entre las personas sin discapacidad. En particular, las personas con discapacidad intelectual tienen una probabilidad 60% mayor.

Las mujeres con discapacidad enfrentan, además, sistemáticas y generalizadas acciones de discriminación que las excluyen de distintas oportunidades decisivas para su desarrollo humano, impactan negativamente su salud física y mental, y aumentan los riesgos de estrés y depresión. La discriminación, además, está asociada con el bajo rendimiento escolar, el desempleo y la exclusión de servicios sociales fundamentales, como el sanitario.

La ENADIS ofrece evidencias sobre el impacto de la discriminación y la violencia en las condiciones de vida de las personas con discapacidad. En esta oportunidad, se consultó a las personas⁶ si habían sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida en un módulo específico, pero además se incluyó una batería de preguntas sobre percepción de discriminación y actitudes de otras personas, que serán analizadas en este capítulo.

El análisis de la información provista por la encuesta ha sido enriquecido y ampliado por la información obtenida en los grupos focales, que permitieron ahondar en la dimensión de las experiencias de violencia y discriminación que las mujeres con discapacidad viven cotidianamente.

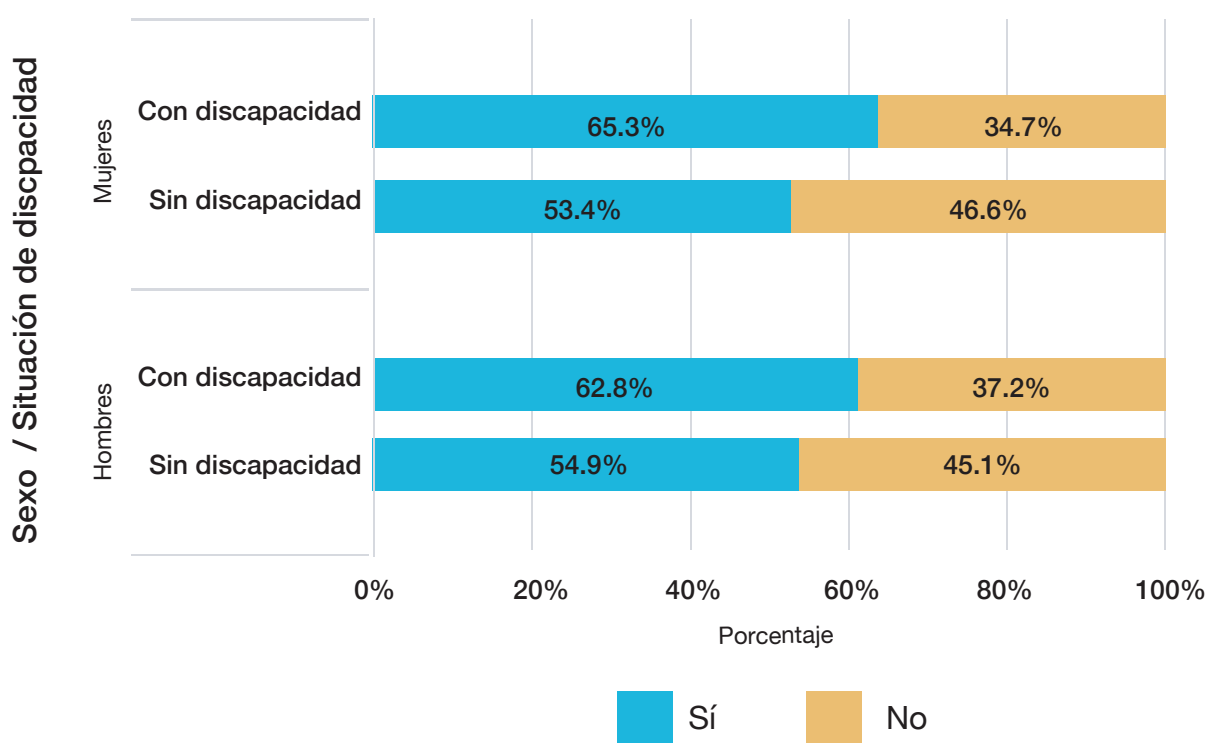
La ENADIS estimó un nivel elevado de prevalencia de violencia contra la población con discapacidad: alrededor de dos tercios de las personas consultadas respondieron que sufrieron algún tipo de acción violenta. Las mujeres reportaron una prevalencia de la violencia ligeramente mayor que los hombres (Gráfico 27). Estos resultados están en línea con los reportados por distintos estudios internacionales (Hughes et. al., 2012).

6 Estas preguntas no se realizaron si la persona informante era cuidador(a) o si se percibía alguna situación de riesgo para las personas.

Gráfico 27

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y que ha experimentado al menos una forma de violencia.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

A. Tipos de violencia

En la literatura se identifican varios tipos de violencia (García, Ortiz y Urban, 2019). La violencia psicológica y emocional se expresa en amenazas, burlas y ataques verbales. Estas agresiones afectan la autoestima de las personas, generando sentimientos de inferioridad que incrementa la vulnerabilidad frente a las agresiones y abre la puerta para expresiones de violencia más severas. En el contexto de alta dependencia que las mujeres con discapacidad establecen con sus familiares y personas que les brindan apoyos, las negligencias en el cuidado (salud, higiene, alimentación) pueden derivar en afectaciones a su salud e integridad. La violencia contra las mujeres con discapacidad tiene múltiples manifestaciones y puede ser ejercida por actores en el ámbito público y privado: familiares, personas cuidadoras o de asistencia o agentes estatales o personas funcionarias públicas.

Las mujeres con discapacidad están particularmente expuestas a la violencia física que provoca heridas o incluso la muerte. La violencia puede ser intencional o producto de una acción accidental. Por ejemplo, en los centros de salud, la limitada formación del personal que brinda los servicios y la ausencia del equipamiento adaptado pueden generar un mayor riesgo a la integridad física de las mujeres con discapacidad.

El abuso sexual es la manifestación de violencia sexual incluye cualquier contacto sexual no deseado por la persona. Los cuestionamientos a las personas con discapacidad para discernir sobre el consentimiento a mantener relaciones sexuales, se constituye en otra manifestación de violencia, ligada a los estereotipos y prejuicios en la materia.

La dependencia económica de las mujeres con discapacidad hacia sus familiares o parejas incrementa las condiciones de vulnerabilidad dadas las situaciones de violencia patrimonial.

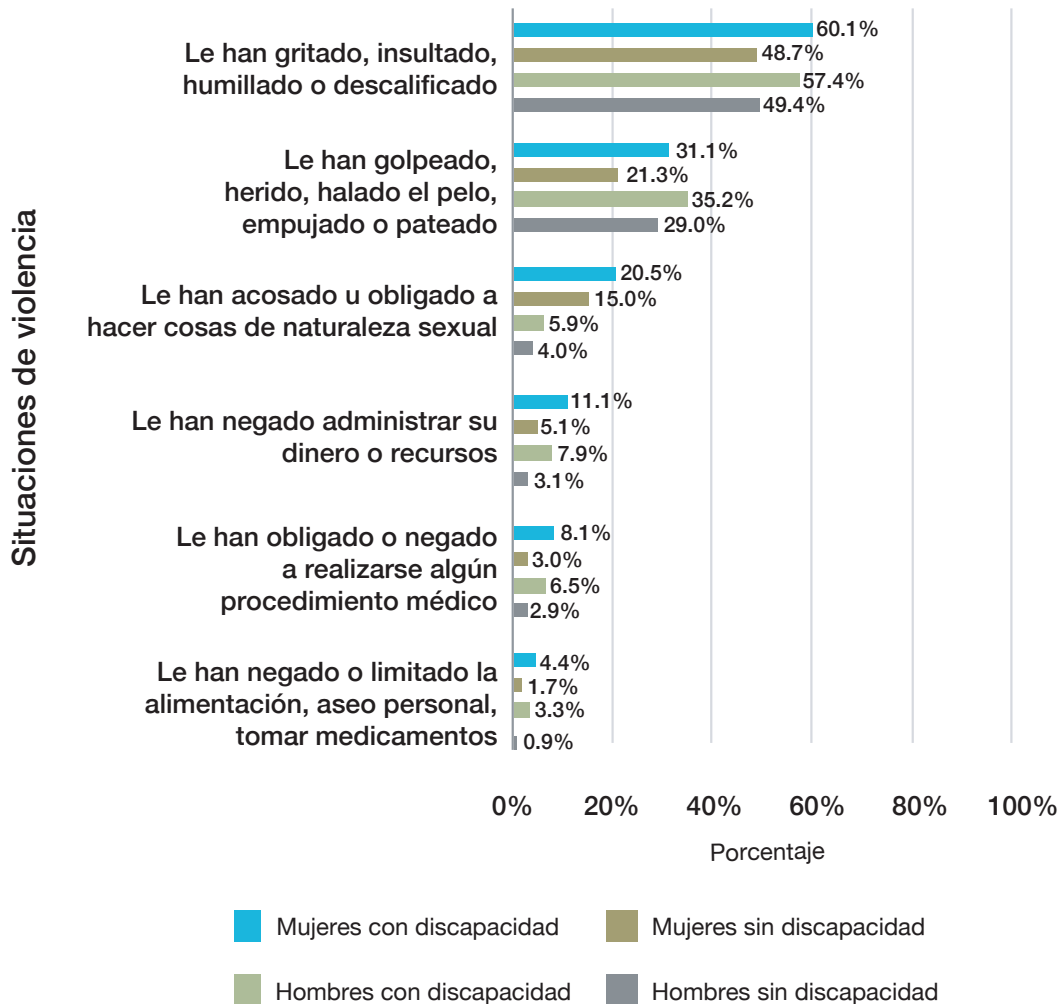
Las anteriores son formas activas de abuso y deben distinguirse de los abusos pasivos a los cuales están particularmente expuestas las personas con discapacidad. Estos incluyen la negligencia en la prestación de apoyos (alimentación, higiene, salud), la falta de supervisión y agresiones emocionales como la humillación y la descalificación (Arenas, 2015).

Según los resultados de la ENADIS, para hombres y mujeres la principal modalidad de violencia son los gritos, insultos, humillaciones y descalificaciones y, en segundo lugar, las personas reportan como la violencia más frecuente los golpes, heridas y empujones; estos porcentajes tienden a ser mayores en las personas con discapacidad (Gráfico 28)

Gráfico 28

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y tipos de violencia.

2018



1/ Coeficiente de variación es mayor al 20% en hombre con discapacidad que le han negado o limitado la alimentación, aseo personal, tomar medicamentos. lo que hace la estimación poco confiable y se debe utilizar con precaución

Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Las evidencias estadísticas y testimoniales recopiladas a través de la ENADIS y los grupos focales muestran que la violencia es mucho más elevada entre las personas con discapacidad que entre las que no se encuentran en tal situación y, en particular, las mujeres con discapacidad están más expuestas a actos de violencia que los hombres con discapacidad.

Las formas de violencia económica son vividas en un 11,1% por las mujeres con discapacidad, quienes sufren coacciones en la administración de sus activos. Algunas mujeres mencionan en los grupos focales, haber sido obligadas a ir a un banco a firmar papeles sobre préstamos sin mayor información. Una de ellas indica que *“mi hermana constantemente me quita el dinero para salir con sus amigas”* (Mujer de 56 años, sorda).

También, a 8,1% de las mujeres se les ha negado la prestación de un servicio médico y a 4,4% se le ha negado servicios de cuidados generales, incluida la higiene y la alimentación. Asimismo, la violencia psicológica, reflejada en gritos, humillaciones y descalificaciones, afecta en mayor medida a las mujeres con discapacidad, mientras que la violencia física, reflejada en golpes, heridas, empujones, etc., tiene un mayor porcentaje en hombres con discapacidad, seguidos de las mujeres con discapacidad.

La violencia sexual marca las diferencias más pronunciadas entre hombres y mujeres. Mientras que un 5,9% de los hombres con discapacidad reconoció haber sido objeto de un acto violento de naturaleza sexual, en las mujeres la proporción se eleva a 20,5%. En el caso de personas sin discapacidad, los hombres reportan este tipo de agresiones en un 4,0%, mientras que las mujeres en un 15,0%, resultando ser las mujeres con discapacidad quienes reportan una mayor vivencia.

En un estudio que analizó si la condición de discapacidad aumentaba el riesgo de ser víctima de algún tipo de violencia, se encontró que las personas con discapacidad no mostraban una probabilidad mayor que las mujeres sin discapacidad de sufrir algún tipo de violencia física. Pero, las mujeres con discapacidad sí tenían una probabilidad cuatro veces mayor que las mujeres sin discapacidad de sufrir ataques sexuales (Martin et. al., 2006).

La vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad muchas veces se incrementa como resultado de su desprotección. Este tema debe ser analizado con mayor detalle, pues fue uno de los temas más recurrentes en todos los grupos focales realizados para este estudio.

Una de las participantes indica que *“cuando estaba pequeña yo era toda preciosa y mis tíos y primos me veían de esa forma y un tío casi me viola, pero cuando se lo conté a mi mamá no me creyó. Él jugaba a amarrarme para quitarme la ropa. A la tercera vez todavía*

mi mamá no me creía. Ella me regañaba y me quedaron traumas. Yo estaba encerrada en la casa y no tenía amigos porque no podían ir a mi casa, simplemente mi mamá me aisló. No podía ir a pasear, sólo podía salir con ella” (Mujer de 42 años con discapacidad auditiva)

Otra participante menciona que “un vecino, donde antes yo vivía, ...yo fui violada por ese muchacho, hace muchos años, eso fue, tenía 16 años desde que estaba en el colegio. Y yo sufrí mucho porque el tipo me hizo daño. Mi mamá lo denunció y los policías, le dijeron que no debía acercarse a mí y lo metieron a la cárcel (luego) a mí me mandaron con una doctora. La Doctora me explicó varias cositas, tuve una pequeña charla con ella y con la trabajadora social. Me explicaron lo que me había pasado, lo que me hicieron...” (Mujer de 33 años con discapacidad cognitiva).

*Fotografía parte de la Campaña
EnSEÑANDO Sexualidad (UNFPA, 2015).
La seña que aparece significa Denunciar*



Otra menciona que *“Yo trabajaba y después afuera (él) me invitó a tomar en un bar. De pronto me sentí mal y abusó de mí. Le pregunté a mi mamá y mi abuela porque creía que estaba embarazada. Yo realmente no sabía quién era el hombre oyente. Una vez me pegó y lo denuncié. La abuela de mi hijo quería verlo, le regalaba cosas. La familia habla de cosas y tienen dudas de que el hijo sea de él”* (Mujer de 41 años con discapacidad auditiva).

Las agresiones sexuales contra las mujeres con discapacidad suelen ocurrir en un ambiente de tolerancia social hacia ese tipo de conductas. Las víctimas no buscan ayuda porque se sienten culpables, cuando la solicitan tienen que enfrentar cuestionamientos y muchas veces la descalificación. La precariedad económica inhibe a las víctimas frente al poder emocional que tienen las personas agresoras. En estos casos, las agresiones se viven en forma privada y silenciosa.

Una de las participantes menciona, *“todas hemos sufrido algún tipo de abuso, pero tenemos la fuerza para levantarnos. Yo me sentía culpable de maltrato. Yo me sentía culpable de haber tenido dos niñas. Ahora ellas son grandes, saben cuidarse porque se los enseñé. Tenemos que cuidarnos unas a otras. Vivimos en una sociedad patriarcal que busca que la mujer sea sumisa. Todos los tipos de abuso hay que denunciarlos ante las autoridades. Sin embargo, me trataron como una niña indefensa que hay que sobreproteger. Actualmente crecí para ser libre, para saber que no soy débil. Muchas veces da miedo denunciar, pero es necesario conocer los lugares dónde se pueden presentar las denuncias”* (Mujer 33 años con discapacidad visual).

Los testimonios mostraron, sin embargo, escenarios alentadores. Cuando las víctimas encuentran en las instituciones públicas un reconocimiento a sus demandas, cuando son escuchadas y cuando se toman acciones para garantizar la seguridad y la protección, se visibiliza el daño provocado y se pueden tomar medidas dirigidas al tratamiento y la recuperación. En algunos casos, los agresores fueron perseguidos y castigados por las instituciones de justicia y seguridad. En otros no fue posible, pero las mujeres denunciantes valoran positivamente que fueran escuchadas.

B. Factores de riesgo y personas perpetradoras de la violencia

La familia puede ser una gran fuente -emocional o económica- de apoyo para las personas con discapacidad, dadas sus necesidades en un contexto donde la disponibilidad de los servicios públicos es limitada. Sin embargo, los relatos de las mujeres con discapacidad participantes en los grupos focales, evidencian que los hogares son los entornos de mayor riesgo. Las mujeres con discapacidad comentaron una fuerte tendencia hacia la violencia sexual en sus hogares por personas de confianza y desde muy temprana edad, lo que visibiliza el aumento de la vulnerabilidad para las niñas y jóvenes con discapacidad.

En los relatos se destacan las características de estas relaciones familiares: el vínculo existe con sus familiares directos (madres, padres, hijos o hermanos); sus parejas sentimentales (hombres) y personas integrantes de la familia extendida (abuelos, primos o tíos). La falta de cuidados y la desprotección también es recordada por las mujeres como una forma de violencia familiar, sobre todo cuando no recibían ayuda frente al acoso sexual de un pariente.

La violencia por parte de la pareja masculina fue ampliamente mencionada por las mujeres. Los hechos violentos más frecuentemente mencionados fueron golpes, humillaciones y el maltrato a ellas y a sus hijos e hijas. La vulnerabilidad de las mujeres, en muchos casos, comenzaba a construirse desde el momento de la unión. En los relatos las mujeres con discapacidad se referían a uniones forzadas debido, por ejemplo, a un embarazo no deseado, o a la apuesta por el matrimonio como posibilidad de escapar de sus hogares de origen, también violentos. La falta de autonomía al comienzo de las relaciones de pareja, en muchos casos, fue el inicio de una vida familiar marcada por la subordinación y la dependencia.

Las niñas y mujeres con discapacidad están particularmente expuestas a la violencia ejercida por miembros del grupo familiar ampliado. En este caso los abusos incluyen tocamientos, violaciones sexuales y amenazas de distinto tipo. Los temores de las niñas y adolescentes con discapacidad, quienes viven situaciones de violencia sexual y amenazas, aunado a la falta de credibilidad por parte de las personas de confianza, solo incrementan la duración de estos actos en el tiempo, llevándolas a un aislamiento social.

Este aislamiento genera que muchas actividades domésticas sean transferidas a las niñas y mujeres con discapacidad. Los roles de género relacionados con las labores domésticas y el cuidado de otras familiares, limita la participación social de las mujeres con discapacidad, ya que implica un abandono de la formación escolar o el desarrollo de relaciones interpersonales con las demás personas, lejos de su entorno familiar.

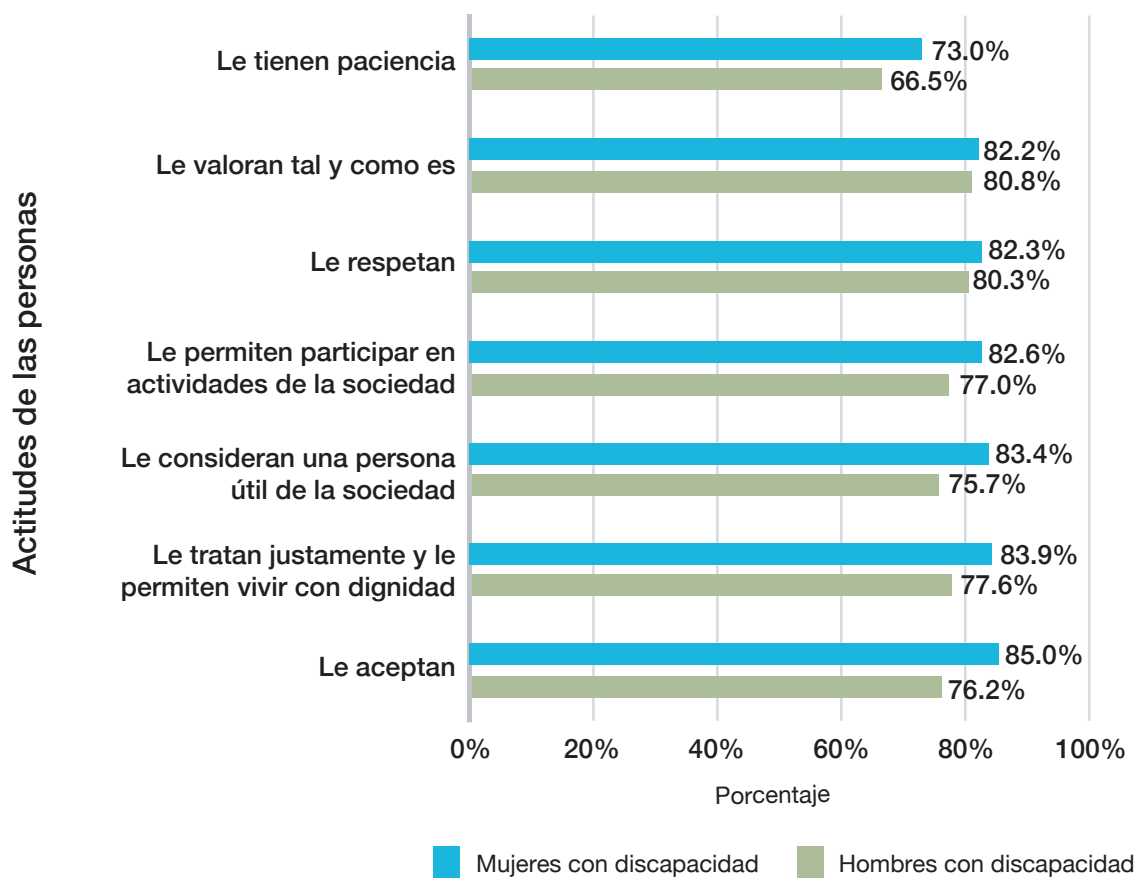
En las comunidades, las barreras relacionadas con la accesibilidad física (los espacios recreativos o destinados a la movilización, como el transporte público) aunado a las actitudes discriminatorias de las demás personas, representan una violencia social que disminuye las oportunidades de participación de las mujeres con discapacidad en la vida comunitaria y de forma independiente. No obstante, pareciera ser que las mismas mujeres con discapacidad no reconocen estas situaciones como violencia. Al ser consultadas en la ENADIS sobre la percepción que tienen otras personas sobre ellas, en la mayoría de los casos, ocho de cada diez mujeres con discapacidad (incluso en muchos casos con mayor intensidad que los hombres) perciben que las personas las aceptan, las tratan justamente, las consideran útiles, les permiten participar en actividades de la sociedad, las respetan, las valoran y les tienen paciencia (Gráfico 29), lo cual se confronta con los testimonios dados en los grupos focales y con los mismos indicadores de percepción de la discriminación y violencia.



Gráfico 29

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y trato.

2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Los servicios públicos y sociales (educación, salud, entre otros) también fueron señalados reiteradamente como fuentes de agresiones. Las modalidades más frecuentes de maltrato incluyen las humillaciones, la desatención y la negación de los servicios. El maltrato institucional tiene dos claras dimensiones interrelacionadas. Por un lado, las deficiencias de infraestructura que incluyen la falta de señalamientos, los problemas de accesibilidad y las carencias en materia de equipamiento, entre otros. Por otro lado, las notorias deficiencias en la capacitación y formación de prestadores de servicios, como los maestros, médicos y enfermeras, que fueron reiteradamente señalados como agentes poco solidarios y mal preparados para atender las demandas de las mujeres con discapacidad.

Las mujeres con discapacidad no sólo están expuestas a una mayor ocurrencia de hechos violentos, sino que también tienen mayores dificultades para buscar y encontrar ayuda. Según un estudio (Milberger, 2003), una proporción elevada de las mujeres con discapacidad que sufrieron situaciones de violencia (principalmente de sus parejas) no buscaron ayuda externa (Milberger, et al., 2003). Algunas de las razones claramente se vinculan con las instituciones que deberían brindar servicios de apoyo. Según los testimonios de las mujeres en los grupos focales, cuando experimentaron una situación de violencia no sabían a quién dirigirse ni a dónde ir o no estaban seguras de que sus acusaciones sobre violencia sexual serían consideradas ciertas. Es evidente, además, el desconocimiento de los distintos mecanismos de denuncia. Otros motivos tienen más que ver con aspectos personales. Algunas mujeres no buscaron apoyo porque confiaban en su capacidad para manejar la situación o debido al sentimiento de vergüenza y de culpabilidad (por considerarse una carga para sus parejas y familias) que las invadía. Finalmente, las mujeres no denuncian su situación por temor a represalias por parte de sus parejas.

C. Violencia en centros educativos

La violencia está presente en la vida de las mujeres con discapacidad desde las más tempranas edades. Anteriormente se ha señalado el hogar como el espacio que perpetúa diversas manifestaciones de violencia contra las mujeres con discapacidad, sin embargo, existen otros ámbitos de socialización. En ocasiones los centros educativos son un espacio de reproducción de relaciones violentas contrario a la lógica de una educación en ambientes protegidos y seguros. Los prejuicios de la comunidad escolar (pares,

docentes y autoridades) afectan negativamente el desarrollo emocional de las mujeres con discapacidad con diferentes situaciones de agresión directa o indirecta, por ejemplo, el uso constante de sobrenombres.

En el grupo focal con mujeres con discapacidad cognitiva y psicosocial, salieron a luz ese tipo de experiencias. Ante la pregunta de si en la escuela recibieron algún tipo de agresión, la mayoría respondió afirmativamente. *“A mí en el colegio, yo salía a recreo, me escondían y me pegaban sustos. En veces cuando estaba en clases, ninguno quería trabajar conmigo, solo una compañera”* (Mujer de 40 años con discapacidad cognitiva).

La pasividad, y hasta complicidad en algunos casos, del personal docente con el abuso verbal en contra de las personas menores de edad con discapacidad deja huellas profundas en la construcción de sus trayectorias de vida, porque una palabra autorizada por la persona docente está ratificando las descalificaciones de los compañeros(as). Las niñas y los niños con discapacidad aprenden y normalizan las relaciones abusivas y las demás personas menores de edad aprenden que lastimar a una persona con discapacidad es un acto que, por lo menos, no trae consecuencias. En estas experiencias a temprana edad, se anudan trayectorias de vida que más adelante serán difíciles de revertir.

La falta de motivación y competencias didácticas por parte del personal docente para conducir un proceso de enseñanza-aprendizaje con personas menores de edad con discapacidad, sienta las condiciones para un bajo rendimiento escolar. El desdén y la desatención son desapercibidos por las niñas, que recuerdan el trato diferenciado y descalificador que recibieron. Las participantes del mismo grupo focal recordaban que el personal docente no hacía esfuerzos por acompañarlas en su proceso de aprendizaje. Según lo expresa una participante, *“a mí me explicaron las primeras veces, me explicaban y ya si no entendía lo tenía que hacer a como ellos me decían”* (Mujer de 32 años con discapacidad cognitiva y psicosocial).

Otra participante menciona que en su centro educativo *“contrataron una empresa para que diera un curso de inglés y la profesora estuvo una semana afónica, entonces solamente escribiendo daba la clase. La acusé porque había dicho que no había sido contratada para darle clases a una ciega. Se llamó al Instituto Helen Keller y se llevó un perro guía para hacer una capacitación. Ella dijo que era alérgica a animales. Aunque me cambiaron de curso, puse un recurso de amparo que gané”* (Mujer de 17 años con discapacidad visual).

D. Discriminación

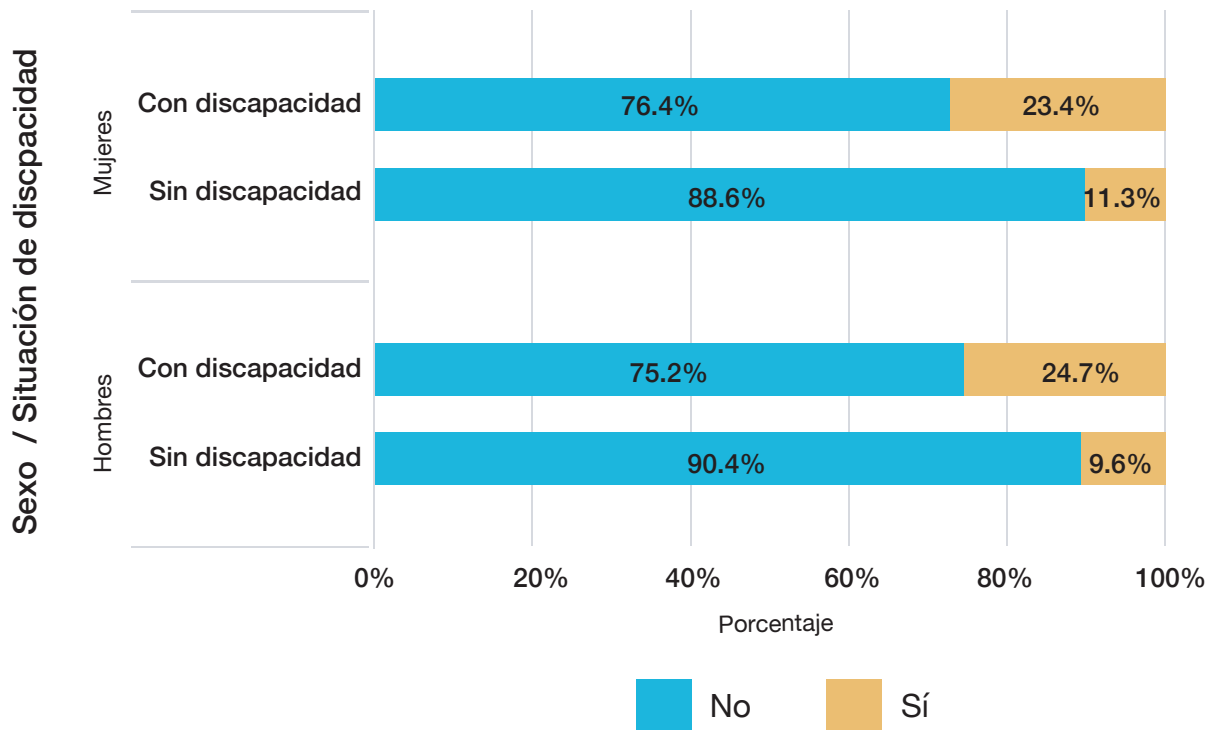
La discriminación por discapacidad está ampliamente extendida en la sociedad. La descalificación de las personas con discapacidad se apoya en creencias basadas en prejuicios y en estereotipos que tienen un amplio arraigo en la sociedad. Las diversas formas de exclusión social colocan a las personas con discapacidad en una situación de desventaja frente al resto de la sociedad. A lo largo de la vida, por lo tanto, las personas con discapacidad acumulan menos activos, recursos y capacidades como resultado de la discriminación. Así entendida, la discriminación es una barrera que excluye a las personas con discapacidad del aprovechamiento de los bienes, servicios y derechos disponibles para el resto de la sociedad.

La ENADIS preguntó a las personas entrevistadas si se habían sentido discriminadas (Gráfico 30).



Gráfico 30

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y que ha vivido situaciones de discriminación.
2018



Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

La información mostrada en el gráfico anterior contrasta con los relatos de las mujeres en los grupos focales, donde las mujeres con discapacidad tuvieron la oportunidad de expresar los múltiples actos de discriminación cometidos por una gran diversidad de actores y en todos los ámbitos de la vida social. La sociedad discapacitante no solo impone restricciones a las posibilidades de que las personas con discapacidad puedan llevar la vida que quieren, también debilita el bienestar psicológico y emocional de las personas con discapacidad, normalizando su situación de exclusión social (Reeves, 2012). Un aspecto central de esta operación es la normalización de las pautas sociales de discriminación que la sociedad impone a las personas con discapacidad. Las consecuencias, en el caso de las mujeres con discapacidad, son más graves porque se suman las exclusiones basadas en el género.

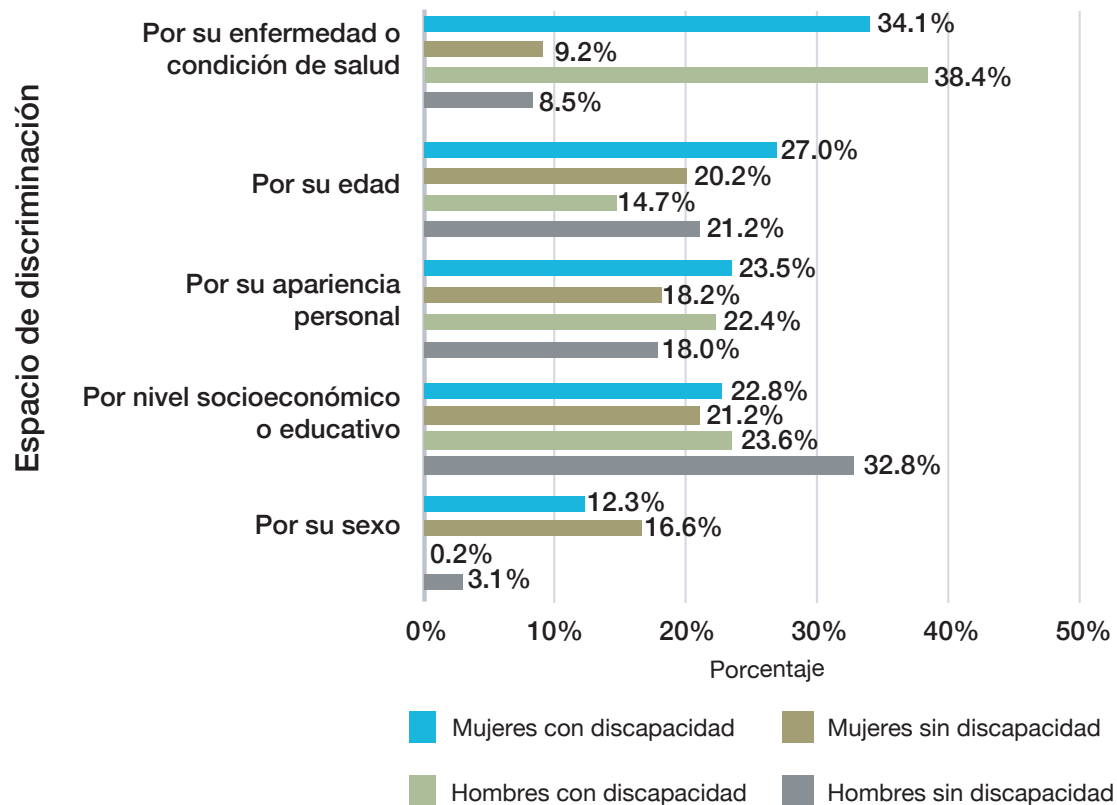
La percepción sobre los factores que motivan la discriminación se construye a partir de las experiencias de las personas en su vida cotidiana. La experiencia siempre es una construcción en la que se combinan la posición de las personas en la sociedad y la subjetividad. Por ese motivo, las personas con discapacidad tienen un entendimiento muy distinto de la discriminación que las personas que no tienen discapacidad y, entre las personas con discapacidad, las percepciones de hombres y mujeres también difieren.

Aunque una similar proporción de mujeres y hombres se ha sentido discriminada, la exploración de las motivaciones permite intuir que mujeres y hombres experimentan la discriminación en forma distinta.

Gráfico 31

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y motivo de discriminación.

2018



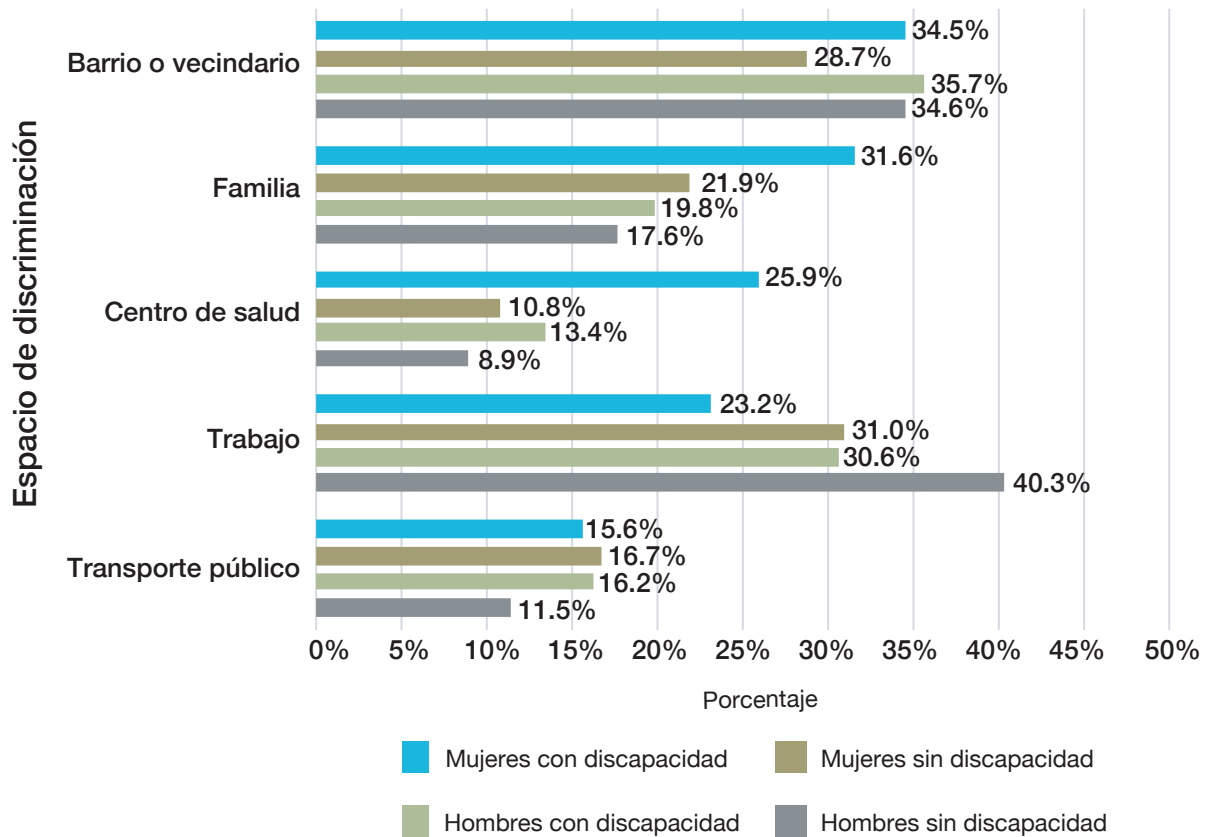
- 1/ Coeficiente mayor a 0,2 para el caso de discriminación por sexo en el caso de los hombres en general y en el caso de discriminación por edad en el caso de hombres con discapacidad, lo que hace la estimación poco confiable y se debe utilizar con precaución
- 2/ Aunque en la ENADIS se incluyen otros motivos de discriminación, los coeficientes de variación son altos por lo que no producen estimaciones confiables. Estas otras consultas hacen referencia a Origen étnico, orientación sexual e igualdad de género, nacionalidad, discapacidad, religión y otros motivos.
- Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.
- Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

Un 38,4% de los hombres y 34,4% de las mujeres con discapacidad afirmaron haber experimentado discriminación por enfermedad o condición de salud siendo este el motivo más frecuente. Además, en niveles similares las mujeres y hombres coinciden en atribuirle al nivel socioeconómico o educativo, a la apariencia personal y a la edad un peso similar como fuente de discriminación, sobresaliendo únicamente el caso de hombres sin discapacidad en la primera. Por último, las mujeres atribuyen al sexo un motivo de discriminación mucho más relevante para ellas.

Los ámbitos sociales donde ocurren los hechos de discriminación capturan el efecto de la posición social que las personas ocupan en la sociedad y los espacios que más valoran. Para las personas con discapacidad, el espacio comunitario es el principal ámbito de discriminación que hombres y mujeres señalan. Es relevante que la familia haya sido identificada como el segundo ámbito donde más frecuentemente experimentan discriminación, porque ambos espacios constituyen fuentes muy importantes de recursos y apoyo social, económico y emocional. Si estos espacios son percibidos de este modo, es un indicador de las dificultades que las personas con discapacidad estarían enfrentando en estos ámbitos.

Gráfico 32

Costa Rica. Distribución porcentual de la población de 18 años y más según sexo, situación de discapacidad y situación de discriminación
2018



1/ Coeficiente mayor a 0,2 para el caso transporte público y centro de salud, lo que hace la estimación poco confiable y se debe utilizar con precaución

2/ Aunque en la ENADIS se incluyen otras situaciones de discriminación, los coeficientes de variación son altos por lo que no producen estimaciones confiables. Estas otras consultas hacen referencia Tribunales de Justicia, Instituciones de ayudas sociales, Municipalidades, Bancos u otras entidades bancarias, Entidades de servicios públicos, Tiendas o comercios, Centro educativo, Iglesias o lugares relacionados u Otro lugar

Nota: Los porcentajes corresponden a 1.425.561 mujeres y 1.581.521 hombres sin discapacidad; 408.689 mujeres y 261.951 hombres con discapacidad.

Fuente: Costa Rica, Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). CONAPDIS-INEC. 2018.

En los grupos focales, las participantes manifestaron varios ejemplos de situaciones de discriminación que han vivido. Una de ellas menciona que *“estudí en la Universidad de Costa Rica y decidí irme porque viajar en bus todos los días era muy cansado. Mis padres me dijeron que yo no podía. No me quisieron ayudar en nada. Me preguntaban cómo iba a vivir en el mismo edificio donde hombres y mujeres están revueltos. Mamá estaba muy enojada y papá dejó de darme dinero tres meses después. Por el contrario, mi hermano se fue a estudiar a Puntarenas y hasta casa le buscaron. Yo no podía andar con alguien en el carro, pero a mi hermano si se lo prestaban. Él podría dejar embarazada a una persona al igual que otro podía hacerlo conmigo. Después de cuatro años ya no pude volver a la casa”* (Mujer de 37 años ciega).

Otra participante señala que *“en siete ocasiones he ido a las entrevistas del Servicio Civil, pero aún estando primera en la nómina, le han dado el trabajo a otra persona, quienes no tienen los atestados o incluso llegan tarde. La única razón por la que asisto a las entrevistas es porque de lo contrario me sacan de la lista de personas interesadas. En una institución me dijeron que ocupaban a alguien proactivo y que no había presupuesto para los ajustes necesarios. En estos momentos me siento poca cosa y me da miedo enviar el CV porque no veo el propósito. En el 2004, después del accidente donde perdí la vista, me quitaron del puesto cuando lo que correspondía era la reubicación laboral. Mi jefa solo me dio la opción de la pensión por el régimen de Invalidez Vejez y Muerte, no me brindaron el apoyo psicológico necesario y ni recuerdo cuando firmé el documento. En ese momento solo pensaba en el suicidio”* (Mujer de 43 ciega).

A MODO DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La información aportada por la ENADIS arroja luz sobre aspectos críticos que inciden en las condiciones de vida de la población con discapacidad y brinda insumos para el diseño de políticas públicas. Los grupos focales, por su parte, abrieron la oportunidad para explorar el mundo de las representaciones que las mujeres con discapacidad han construido en torno a sus vivencias y a su posición en la trama social.

Las personas con discapacidad representan una proporción muy significativa de la sociedad costarricense. La mayoría son mujeres y se concentran principalmente en los estratos de mayor edad. La discapacidad implica una condición de exclusión social que limita el disfrute de las oportunidades ofrecidas por el desarrollo socioeconómico. El rezago educativo –que comienza a construirse a temprana edad– merma el desarrollo de la persona a lo largo del curso de vida. Los bajos niveles de actividad laboral, el desempleo y los bajos ingresos, junto con la discriminación y la violencia, son los factores de exclusión que más profundamente afectan las condiciones de vida de las personas con discapacidad, especialmente las mujeres.

La familia y las relaciones familiares son un recurso fundamental para el desarrollo de las mujeres con discapacidad. En un contexto de debilidad de las políticas e instituciones sociales, el apoyo emocional y material que la familia brinda son decisivos para el desarrollo humano. Los grupos focales hicieron visibles las múltiples y variadas formas en que este apoyo puede materializarse. La ayuda económica, el apoyo frente a servicios sociales hostiles, el respaldo a una vida autónoma, el respeto a las decisiones individuales, son manifestaciones de solidaridad que contribuyen positivamente al desarrollo humano de las personas con discapacidad.

Los grupos focales también permitieron registrar otra faceta de la familia. En el entorno comunitario y familiar también predominan prejuicios y visiones estigmatizantes de las mujeres con discapacidad. Estas representaciones de la discapacidad tienen efectos limitantes sobre la autonomía de las mujeres con discapacidad. Los cuestionamientos al libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, el control sobre decisiones vitales como la elección de la pareja, la crianza de hijos e hijas y la administración del patrimonio, unido a los patrones socioculturales asociados a la “misericordia”, la

“caridad” y la “lástima”, exponen a las mujeres con discapacidad a situaciones de diversas manifestaciones de violencias, a la vez que limitan su desarrollo pleno.

Se requiere trabajar arduamente con las familias y las comunidades, para concientizar sobre los derechos de las personas con discapacidad y también para darles a ellas herramientas para denunciar las situaciones de violencias.

Los espacios institucionales de la salud y la educación cumplen parcialmente con su función de inclusión social cuando se trata de las mujeres con discapacidad. Los relatos y debates que los grupos focales coincidieron en definir a esos espacios como inseguros e intolerantes. Los obstáculos físicos dificultan de manera importante la accesibilidad a los servicios (transporte, instalaciones, equipamiento), pero la falta de trato humano y profesional fue señalada como principal factor de discriminación. En ausencia de una formación adecuada, las personas profesionales en los servicios públicos reproducen los estereotipos y prejuicios que prevalecen en la sociedad. La discriminación y la violencia en estos ámbitos excluyen a las mujeres del acceso a oportunidades determinantes para su desarrollo.

La ENADIS ha contribuido positivamente a la construcción de un conocimiento mejor fundamentado sobre las condiciones de vida de las personas con discapacidad. Por eso es imprescindible ampliar el sistema de información estadística de personas con discapacidad. El país ya tiene camino recorrido hacia la unificación de un sistema integrado de datos, procedentes de censos nacionales, registros administrativos y otros instrumentos de recolección de información relevantes, que apuntan a visibilizar lo invisible.

En materia de investigación, no sólo se observa la necesidad de realizar un estudio integral de la ENADIS, sino también profundizar en los siguientes ejes temáticos, siempre atendiendo la voz de las mujeres: pobreza; seguridad social, exigibilidad de derechos; derechos sexuales y reproductivos, sistema de pensiones; empleo e ingresos; educación; autonomía personal y participación política. Además, se hace urgente un estudio sobre la institucionalidad costarricense y su rol en el desarrollo de las mujeres con discapacidad. Para tales fines, es necesaria la participación activa no solo del CONAPDIS, como ente rector de la discapacidad en Costa Rica, sino de la institucionalidad, particularmente en las áreas de salud, educación, género.

BIBLIOGRAFÍA

- Angelino, María Alfonsina y María Eugenia Almeida (Comps.), (2012). Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina. Paraná, Argentina, Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Alhabib, Samia, Ula Nur, & Roger Jones, (2010). Domestic violence against women: Systematic review of prevalence studies. *Journal of Family Violence*, 25(4), pp. 369-382.
- Arenas Conejo, M., (2015). Una mirada interseccional a la violencia contra las mujeres con diversidad funcional. *Oñati Socio-legal Series*, 5(2), pp. 367-388.
- Asamblea General, Naciones Unidas, (1979). Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Ginebra, Suiza: Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas.
- Asamblea General, Naciones Unidas, (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución 48/104. Ginebra, Suiza: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.
- Asamblea General de las Naciones Unidas, (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas
- Asamblea Legislativa, (1996a). Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad Diario Oficial La Gaceta No. 102 San José. Costa Rica. Sistema Costarricense de Información Jurídica.
- Asamblea Legislativa, (1996b). Ley contra la Violencia Doméstica (No. 7586) Diario Oficial La Gaceta No. 83 del 2 de mayo de 1996. Sistema Costarricense de Información Jurídica.
- Asamblea Legislativa., (1998). Instituto Nacional de las Mujeres (Ley 7801). Artículos 2 inciso a y artículo 3 inciso a. Diario Oficial La Gaceta No. 94 del 18 de mayo de 1998. San José, Costa Rica. Sistema Costarricense de Información Jurídica.
- Asamblea Legislativa, (2006). Adición del artículo 46 Bis y el Transitorio VIII a la Ley 7600, Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad (Ley No. 8556) Diario Oficial La Gaceta No. 227, San José. Costa Rica. Sistema Costarricense de Información Jurídica.

- Asamblea Legislativa, (2008). Creación del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar. Diario Oficial La Gaceta N° 246 del 19 de diciembre de 2008. Sistema Costarricense de Información Jurídica.
- Asamblea Legislativa, (2014). Reforma Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley No. 9207) Diario Oficial La Gaceta No. 56 del 20 de marzo del 2014. San José. Costa Rica. Sistema Costarricense de Información Jurídica.
- Asamblea Legislativa, (2016). Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (Ley No. 9379). Diario Oficial La Gaceta No. 166 del 30 de agosto de 2016. San José, Costa Rica. Sistema Costarricense de Información Jurídica.
- Asamblea Legislativa, (2018). Reforma Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley No. 9616) Diario Oficial La Gaceta No. 5 del 8 de enero de 2019. San José. Costa Rica. Sistema Costarricense de Información Jurídica
- Brownridge, Douglas A., (2006). Partner violence against women with disabilities: Prevalence, risk, and explanations. *Violence Against Women*, 12(9), pp. 805-822
- Casebolt, M. Tara, (2020). Barriers to reproductive health services for women with disabilities in low-and middle-income countries: A review of the literature. *Sexual & Reproductive Healthcare*.
- Cavalcante Carvalho, Alana Micaelle (2018) Discriminación interseccional: concepto y consecuencias en la incidencia de violencia sexual contra mujeres con discapacidad. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 7, pp. 15-25.
- CEPAL, (2014). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, Uruguay: Naciones Unidas, pp. 20-26.
- CEPAL, (2018). Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Lima, Perú: CEPAL, pp.3-5
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Naciones Unidas, (2016). Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y

- reproductiva (artículo 12 del Pacto), E/C.12/GC/22 Nueva York. Estados Unidos: Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.
- CONAPDIS, (2016), Política Nacional en Discapacidad 2011-2030: Anexo 3 Guía para la operacionalización de la PONADIS y su Plan de Acción. Heredia, Costa Rica: CONAPDIS, págs. 16-23.
- CONADIS-Ecuador y UNFPA (2019). Guía sobre derechos sexuales, reproductivos y vida libre de violencia para personas con discapacidad, Ecuador.
- Devandas Aguilar, Catalina. (2017). La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas, págs. 23-25.
- Department of Economic and Social Affairs. (2018). Disability and Development Report: Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities. New York. United States: United Nations.
- Filmer, Deon, (2008). Disability, poverty, and schooling in developing countries: Results from 14 household surveys. *The World Bank Economic Review*, 22(1), pp. 141-163.
- Frohman, Carolyn y Stephanie Ortoleva, (2014). The sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities. International Conference on Population and Development Beyond.
- Gamboa Barboza, Isabel (2019), ¿Qué hacemos con el odio?: daño y afrontamiento ante el matonismo contra la diversidad sexual y de género, Universidad de Costa Rica, Escuela de Sociología, San José, Inédito. Con la autorización de la autora, la idea de los nombres asociados a los metales preciosos fue retomada de este estudio
- García O., Luana M., Diana Ortiz y Anne-Marie Urban, (2019). Violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad: América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo.
- González Rams, Pilar, (2010). Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional, XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles: congreso internacional, septiembre 2010, Santiago de España.
- Greenwood, Nechama W. & Joanne Wilkinson, (2013). Sexual and reproductive health care for women with intellectual disabilities: a primary care perspective. *International journal of family medicine* 2013.

- Haegele, Justin Anthony & Samuel Hodge, (2016). Disability discourse: overview and critiques of the medical and social models. *Quest*, 68(2).
- Hughes, Karen, Mark Bellis, Lisa Jones, Sara Wood, Geoff Bates, Lindsay Eckley, Ellie Hughes, Rosemary B., Emily M. Lund, Joy Gabrielli, Laurie E. Powers, and Mary Ann Curry, (2011). Prevalence of interpersonal violence against community-living adults with disabilities: a literature review. *Rehabilitation Psychology*, 56(4), pp. 302.
- Hughes, Bill & Kevin Paterson, (1997). The social model of disability and the disappearing body: Towards a sociology of impairment. *Disability & Society*, 12(3), pp. 325-340
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos, (1999). El protocolo facultativo de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: análisis de los casos ante el comité de la CEDAW. San José, Costa Rica: IIDH.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2008). Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas), 1950 -2100, Área de Estadísticas Continuas, Unidad de Estadísticas Demográficas, San José-Costa Rica, septiembre.
- Instituto Nacional de las Mujeres, (2018). Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres 2018-2030. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 69-84.
- Instituto Nacional de las Mujeres, (2019). Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades Costa Rica 2017-2032. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 86-142.
- Kyu, Hmwe Hmwe, Degu Abate, Kalkidan Hassen Abate, Solomon M. Abay, Cristiana Abbafati, Nooshin Abbasi, Hedayat Abbastabar et al. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392, pp. 1859-1922.
- Martin, Sandra L., Neepa Ray, Daniela Sotres-Alvarez, Lawrence L. Kupper, Kathryn E. Moracco, Pamela A. Dickens, Donna Scandlin, & Ziya Gizlice, (2006). Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence Against Women*, 12(9), pp. 823-837.

- McCoy, Christopher Mikton, Tom Shakespeare, Alana Officer, (2012). Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 379(9826), pp. 1621-1629
- McLaughlin, Janice, (2012). Understanding disabled families: replacing tales of burden with ties of interdependency. En Nick Watson, Alan Roulstone & Carol Thomas *Handbook of disability studies*. London & New York, Routledge.
- Mégret, Frédéric, (2008). The Disabilities Convention: Human Rights of Persons with Disabilities or Disability Rights? *Human Rights Quarterly*, 30(2), pp. 494-516.
- MIDEPLAN, (2015). Costa Rica: Objetivos de desarrollo del milenio, III informe País. San José, CR, Ministerio de Planificación y Política Económica.
- MIDEPLAN, INEC, UNFPA, (2017). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo: Informe país Costa Rica. San José, CR: Ministerio de Planificación y Política Económica.
- Ministerio de Salud Pública, (2010). Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. Análisis de la situación: propósitos, enfoques y áreas de intervención de la política de sexualidad. Capítulo VII. Asuntos críticos frente a la garantía del derecho a vivir una sexualidad segura, informada y corresponsable. San José: Costa Rica: Ministerio de Salud, pp. 25-28.
- Ministerio de Salud Pública, (2010). Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. Análisis de la situación: propósitos, enfoques y áreas de intervención de la política de sexualidad. Capítulo IX Lineamientos de Política y sus Estrategias. San José: Costa Rica: Ministerio de Salud, pp. 30-39.
- Naciones Unidas. (1995), Informe de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2015), Objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas
- Naciones Unidas, (2015) Objetivo 3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas

- Naciones Unidas, (2015). Objetivo 4 Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas
- Naciones Unidas, (2015). Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York, Estados Unidos Naciones Unidas
- Naciones Unidas, (2015). Objetivo 10: Reducir las desigualdades en y entre los países. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York, Estados Unidos Naciones Unidas
- Mikton, Christopher, Holly Maguire, and Tom Shakespeare, (2014). A systematic review of the effectiveness of interventions to prevent and respond to violence against persons with disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(17), pp. 3207-3226.
- Milberger, Sharon, Nathaniel Israel, Barbara Le Roy, Angela Martin, Linda Potter & Pam Patchak-Schuster, (2003). Violence against women with physical disabilities. *Violence and Victims*, 18(5), pp. 581-591.
- Mitra, Sophie, (2018). Disability, health and human development. New York, Palgrave Studies in Disability and International Development.
- Organización Mundial de la Salud, (2011). Informe Mundial sobre Discapacidad (Resumen) Malta: Organización Mundial de la Salud, pp. 12 y 22.
- Organización de Estados Americanos, (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención De Belem Do Para: Departamento de Derecho Internacional, OEA.
- Organización de Estados Americanos, (s.f). Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI): ¿Qué es MESECVI? Organización de Estados Americanos.
- Palmer, Michael, (2011). Disability and poverty: A conceptual review. *Journal of Disability Policy Studies*, 21(4), pp. 210-218.
- Palacios, Agustina, (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 1 edición, Madrid, España: CERMI, págs. 37-101.
- Pérez, Cruz, María del Pilar, (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y Cultura*, 22, pp. 147-160.

- Pinilla-Roncancio Mónica, (2015). Disability and poverty: two related conditions. A review of the literature. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3).
- Plummer, Sara-Beth & Patricia A. Findley, (2012). Women with disabilities' experience with physical and sexual abuse: review of the literature and implications for the field. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(1), pp. 15-29.
- Poder Ejecutivo, (2017). Armonización de la Política Nacional en Discapacidad (PONADIS) y establecimiento de su plan de acción conforme a los compromisos país para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible. Decreto Ejecutivo No. 40635 -MP-MDHIS-PLAN-MTSS. Diario La Gaceta No. 193 del 12 de octubre de 2017. San José, Costa Rica. Sistema Costarricense de Información Jurídica
- Reeve, Donna, (2012). Psycho-emotional disablism. The missing link? En Nick Watson, Alan Roulstone and Carol Eds. *Thomas Routledge Handbook of Disability Studies*. London & New York, Routledge Taylor & Francis Group.
- Servais, Laurent, (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), pp. 48-56.
- Shakespeare, Tom (2000) Disabled sexuality: Toward rights and recognition. *Sexuality and Disability*, 18(3), pp. 159-166.
- Tepper, Mitchell S. (2000) Sexuality and disability: the missing discourse of pleasure. *Sexuality and Disability*, 18(4), pp. 283-290.
- United Nations (2019) Disability and development report. New York, United Nations.
- Vargas Porras, Fiorella y Daniela Brenes León (2019) Derechos Humanos: Métricas y mediciones en discapacidad. San José, Costa Rica, Observatorio del Desarrollo, Universidad de Costa Rica, Serie de índices y métricas en discapacidad.
- UNFPA, (2018). Mujeres y jóvenes con discapacidad. Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. New York, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- WHO & UNFPA, (2009). Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note.
- WHO, (2011), World report on disability, 2011. World Health Organization & The World Bank.



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Correo electrónico:
costarica.office@unfpa.org
Teléfono: 2296-1265
<https://costarica.unfpa.org>

UNFPA Costa Rica

