

**BERDINTASUNAREN ALDEKO EMAKUME
BATZORDEA**

**Gutxitasun Fisikoa Duten Pertsonen
Bizkaiko Federazio Koordinatzailea**



**COMISIÓN DE MUJER POR LA
IGUALDAD**

**Federación Coordinadora de Personas
con Discapacidad Física de Bizkaia**

Comisión de Mujer por la Igualdad de FEKOOR

ESTUDIO DE ACCESIBILIDAD A 70 CENTROS DE ATENCIÓN GINECOLÒGICA Y REPRODUCTIVA EN BIZKAIA

DICIEMBRE 2008

POR EL RESPETO DE NO DISCRIMINACIÓN EN EL DERECHO A LA ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

1. ORIGEN Y JUSTIFICACION

Los derechos sexuales y reproductivos se inscriben como parte de los derechos humanos, en esta última década, la ONU ha promovido una serie de conferencias internacionales que han permitido avanzar sobre la protección de los derechos sexuales y reproductivos como parte integral del desarrollo humano.

Por ello, todas las personas tienen derechos sexuales y reproductivos: los principios de dignidad e igualdad humanas son su fundamento.

La asistencia sanitaria de carácter universal en nuestro país, no se adecua a las necesidades y circunstancias de las mujeres con discapacidad. Las leyes dictadas para eliminar las barreras arquitectónicas, actitudinales y de comunicación, que fueron concebidas para mejorar el acceso al sistema público de salud de las personas con discapacidad se han mostrado incapaces de satisfacer las necesidades específicas de las mujeres de este colectivo. Así, por ejemplo, hay dificultades de accesibilidad a los servicios dirigidos a las mujeres (ginecología, obstetricia, planificación familiar) el instrumental utilizado en las consultas ginecológicas (camillas, equipamientos para la realización de las exploraciones, mamografías, etc.) no tiene en cuenta la presencia de una mujer con silla de ruedas.

La atención por parte del personal socio-sanitario, suelen ser con frecuencia, conductas inadecuadas y discriminatorias, como el no dirigirse directamente a ellas a la hora de hacer preguntas sobre lo que les ocurre, sino hablar con la persona acompañante. Otras veces, se quita importancia a las dolencias de estas mujeres, atribuyéndolas a sus deficiencias.

Las dificultades que encuentran las mujeres con discapacidad en el ámbito sanitario, les limita el ejercicio en igualdad, de derechos esenciales como el derecho a la maternidad, a la interrupción voluntaria del embarazo, o al desarrollo de su sexualidad.

El movimiento de mujeres con discapacidad viene alertando, desde hace años, de la alarmante situación de discriminación que padece este colectivo en el acceso a los servicios de salud pública.

Según reconoce expresamente el I Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad (Área de Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007), **existen “dificultades de accesibilidad a los servicios dirigidos a las mujeres** (ginecología, obstetricia, planificación familiar) y el instrumental utilizado en las consultas ginecológicas (camillas, equipamiento para la realización de las exploraciones, mamografías, etc.) no tiene en cuenta la presencia de una mujer con silla de ruedas”. El mismo texto continúa exponiendo la **existencia de conductas “inadecuadas y claramente discriminatorias” por parte del personal médico y sanitario**, tales como no dirigirse directamente a las propias mujeres con discapacidad o restar importancia a sus dolencias. Además, el citado Plan alude también a las **dificultades de este colectivo para acceder al disfrute de derechos esenciales, como la maternidad, el desarrollo de su sexualidad o la interrupción voluntaria del embarazo**.

En esta misma línea, el Informe del Parlamento Europeo sobre la situación de las mujeres con discapacidad en Europa, de 23 de marzo de 2007, en su punto 10 pide a los estados miembro que **“resuelvan la falta de atención médica suficiente para las mujeres con discapacidad, y que aseguren que se disponga de personal médico especializado y de infraestructuras adecuadas”**⁴⁷, al tiempo que reconoce que **este colectivo sufre discriminación “incluso en el acceso a los servicios (...) de salud”**.

En relación a todas estas cuestiones, cabe recordar que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, ratificada por el estado español el 23 de noviembre de 2007, en su artículo 25 obliga a los estados parte a adoptar las “medidas pertinentes para **asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género**”.

2. METODOLOGIA

Aunque en un primer momento se planteó la necesidad de la contratación de un equipo técnico formado por una técnica en igualdad de género, una auxiliar administrativa y una persona experta en el ámbito socio-sanitario con conocimiento en accesibilidad y en Igualdad de Oportunidades No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad, finalmente el proyecto se ha realizado gracias a la labor voluntaria de las mujeres que componen la Comisión de Mujer por la Igualdad de FEKOOR que se han repartido en parejas compuestas por mujeres con discapacidad física (motora y/u orgánica), en cada pareja una mujer usuaria de silla de ruedas, con el fin de realizar las visitas de inspección a las consultas de atención ginecológica y a las instalaciones de mamografías en el entorno del gran Gran Bilbao, para comprobar su nivel de accesibilidad para las mujeres con discapacidad física relativo a la:

- Accesibilidad en barreras arquitectónicas tanto en el interior como en el exterior de los edificios e instalaciones de ginecología.
- Adaptación de camillas, zonas de vestuarios, aseos...
- Formación del profesional a la hora de atender al paciente.
- Aparato de exploración mamográfica, si es accesible para realizarla desde la propia silla de ruedas.

Tras las visitas, se ha procedido a realizar la recogida de datos desarrollando la recepción de resultados, la elaboración de informes y conclusiones del Proyecto.

3. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Los objetivos que se han pretendido cumplir con este Proyecto han sido los siguientes:

- ✓ Conocer aspectos específicos de la salud de las mujeres con discapacidad.
- ✓ Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria pública y de las prestaciones dirigidas a las mujeres con discapacidad.
- ✓ Mejorar la atención ofrecida a las mujeres con discapacidad.

En un primer momento se realizó el envío del cuestionario, tanto vía correo ordinario como vía correo electrónico, a todos los Centros de la Comarca del Gran Bilbao, Públicos y Privados que cuentan con Consulta Ginecológica y con Servicio de Mamografía.

En este sentido, tuvimos grandes problemas para la obtención de los datos requeridos, ya que se hizo necesario ¹un envío repetido de circulares por parte de la administración de la Comisión de Mujer por la Igualdad de Fekoor, ²llamadas telefónicas recordando el envío de las circulares, ³llamadas telefónicas solicitando los datos requeridos en el cuestionario ya enviado, ⁴envío masivo de correos electrónicos, ⁵envíos directos a la Dirección de los centros.

Debido a la escasa respuesta obtenida tras un periodo largo de tiempo de espera, únicamente se recibieron 5 cuestionarios por parte de los Centros Públicos y 6 cuestionarios por parte de los Centros Privados, que corresponde un 1,6% y un 2,28% del total respectivamente, se procedió a marcar visitas a realizar por parejas formadas por una mujer usuaria de silla de ruedas y una mujer con discapacidad física u orgánica no motora.

Así, en primer lugar se han realizado visitas a los 32 Centros Públicos de la Comarca del Gran Bilbao, repartidas en las tres parejas resultantes. Y en segundo lugar, se ha procedido a la recogida de datos referentes a 38 Centros y/o Consultas Privadas de la Comarca.

4. RECURSOS EMPLEADOS

CUESTIONARIO/ GALDERA-SORTA

EL RESPETO DE LA NO DISCRIMINACIÓN EN EL DERECHO DE LA ATENCIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA/ SEXU- ETA UGALKETA-ARRETAREN ESKUBIDEAN DISKRIMINAZIORIK EZA ERRESPELATZEA

Entidad/ Erakundea: _____

Dirección/ Helbidea: _____

Localidad/ Herria: _____

ACCESIBILIDAD EN LAS INSTALACIONES/ INSTALAZIOEN IRISGARRITASUNA

1. ¿EL EDIFICIO (ENTRADA, ASCENSORES...) ES ACCESIBLE PARA PERSONAS DE MOVILIDAD REDUCIDA?/ ERAIKINA (SARRERA, IGOGAILUAK...) EGOKITUTA AL DAGO MUGIKORTASUN MURRIZTUA DUTEN PERTSONENTZAT?

2. ¿LA CONSULTA ES ACCESIBLE?/ KONTSULTARA BEREN KASA JOAN AHAL DAITEZKE?

3. ¿DISPONEN DE ASEOS ADAPTADOS?/ BA AL DAGO ELBARRITUENTZAT EGOKITUTAKO KOMUNIK?

SI

NO

BAI

EZ

4. ¿ESTÁN LOS ASEOS CERCA DE LA CONSULTA?/ KOMUNAK KONTSULTATIK GERTU AL DAUDE?

SI

NO

BAI

EZ

OBSERVACIONES/ OHARRAK:

**ADAPTACIÓN EN EL EQUIPO DE EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO/ MIAKETA- ETA
DIAGNOSTIKO-EKIPAMENDUEN EGOKITZEKO GAITASUNA**

1. ¿LA CAMILLA DE EXPLORACIÓN ES HIDRÁULICA?/ MIAKETARAKO OHATILA
HIDRAULIKOA AL DA?

SI

NO

BAI

EZ

2. ¿EXISTE PERSONAL PARA REALIZAR LAS TRANSFERENCIAS DE LA SILLA DE RUEDAS A
LA CAMILLA Y VICEVERSA?/ BA AL DA PERTSONARIK PAZIENTEAK GURPIL-AULKITIK
OHATILARA ETA ALDERANTZIZ MUGITZEKO?

3. ¿DISPONE LA CONSULTA DE GRÚA PARA LAS TRANSFERENCIAS?/ KONTSULTAN BA AL
DA LEKUALDATZE HORIEK EGITEKO GARABIRIK?

SI

NO

BAI

EZ

4. ¿DISPONEN DE MAMOGRAFO?/ BA AL DA MAMOGRAFORIK?

SI

NO

BAI

EZ

5. EN CASO AFIRMATIVO, ¿PERMITE REALIZAR LA EXPLORACIÓN A UNA MUJER QUE SE
ENCUENTRE EN UNA SILLA DE RUEDAS?/ ERANTZUNA BAI EZKOA BADA, ERABIL AL
DAITEKE MAMOGRAFOA GURPIL-AULKIAN DAGOEN EMAKUMEARI MIAKETA EGITEKO?

5. VALORACION Y CONCLUSIONES

Las tablas con los datos recogidos, se adjuntan al final de este documento.

CENTROS PUBLICOS

De los 32 centros visitados

- 1 no es edificio accesible
- 16 disponen de consulta ginecológica, de las cuales:
 - 14 tienen consulta accesible y 2 accesibilidad reducida
 - 2 disponen de camilla hidráulica
 - 5 disponen de personal para realizar la transferencia silla-camilla-silla
 - 0 disponen de grúa para las transferencias
- 16 cuentan con aseos adaptados
- 8 cuentan con aseos cerca de la consulta ginecológica
- 5 disponen de mamógrafo, de los cuales:
 - 2 son adaptados
 - 1 necesita ayuda

Conclusiones

1. Aunque los edificios e incluso las consultas de ginecología sean accesibles para las mujeres con discapacidad, las consultas no están adaptadas para poder ofrecer un servicio de calidad a las mujeres con discapacidad: carecen de camilla hidráulica, de grúa de transferencia y de personal al que se le haya proporcionado una formación básica en transferencias, que les cualifique con seguridad y, garantizando el derecho a la intimidad y el respeto de las usuarias, para realizar la transferencia silla-camilla-silla recayendo esta tarea en personal del centro, en muchas ocasiones indeterminado.
2. Existe una carencia casi total de mamógrafos adaptados, con lo que las mujeres con discapacidad no pueden optar a disponer de este servicio.
3. Aunque los centros de salud y los hospitales dispongan de baños adaptados, no todos están ubicados cerca de las consultas de ginecología, por lo que las mujeres con discapacidad que acuden al servicio no siempre puede acudir a los baños.

CENTROS PRIVADOS

Las tablas con los datos recogidos, se adjuntan al final de este documento.

De los 38 centros visitados

- 19 no son edificios accesibles.
- Las 38 disponen de consulta ginecológica, de las cuales:
 - 18 tienen consulta accesible
 - 3 disponen de camilla hidráulica y 1 de silla hidráulica.
 - 3 disponen de personal para realizar la transferencia silla-camilla-silla.
 - 7 son las enfermeras quienes realizan la transferencia silla-camilla-silla
 - 2 disponen de grúa para las transferencias
- 8 cuentan con aseos adaptados
- 12 cuentan con aseos cerca de la consulta ginecológica
- 9 disponen de mamógrafo, de los cuales:
 - 6 permiten la exploración

Conclusiones

1. Dentro de los Centros Privados de Ginecología son muchas las consultas que se encuentran en edificios con barreras arquitectónicas por lo que no son accesibles a las mujeres con discapacidad.
2. Las mismas consultas, aun cuando se haya podido acceder al edificio, no son de fácil acceso. Ni tampoco cuentan con baños adaptados, aun cuando estos estén cerca de las consultas de Ginecología.
3. La adaptación del material necesario para la exploración es también escaso en las Consultas Privadas, tal y como lo demuestra la escasa cantidad de camillas hidráulicas y grúas para transferencias con las que cuentan. Aunque es de destacar el índice de consultas que cuentan con un mamógrafo accesible para la exploración a mujeres con discapacidad.
4. En relación al personal cualificado para las transferencias silla-camilla-silla, en los Centros Privados ocurre como en los Centros Públicos: carece de una formación básica en transferencias, que les cualifique con seguridad y, garantizando el derecho a la intimidad y el respeto de las usuarias, para realizar la transferencia silla-camilla-silla recayendo esta tarea en personal del centro, en muchas ocasiones indeterminado.



TABLA DE RESULTADOS CENTROS PUBLICOS Y CENTROS PRIVADOS

	CONSULTA ACCESIBLE		ASEOS ADAPTADOS CERCA CONSULTA		CAMILLA		PERSONAL CUALIFICADO		GRUA PARA TRANSFERENCIAS SILLA-CAMILLA-SILLA		MAMOGRFO ADAPTADO	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
32 CENTROS PUBLICOS	14	43,75	7	21,875	2	6,25	5	15,625	0	0,00	2	6,25
38 CENTROS PRIVADOS	18	47,37	12	31,58	3	7,90	3	7,90	2	5,26	6	15,79

Accesibilidad a los edificios donde se ubican las consultas:

CENTROS PUBLICOS: 96,88%
CENTROS PRIVADOS VISITADOS: 50%

La tabla arroja datos reales que nos llevan plantear la siguiente relación de

CONCLUSIONES FINALES:

- La accesibilidad a los edificios donde se ubican centros privados de atención ginecológica es muy deficiente. Esto implica un ejercicio absoluto de discriminación. Pensemos que muchas de esas personas, o sus familias, tienen contratados seguros médicos privados, mutuas,... Y sin embargo no tienen garantizado el mismo derecho de atención ni elección.
- No llegan a la mitad la cantidad de Centros, tanto públicos como privados, que tienen una consulta accesible a las mujeres con movilidad reducida. La falta de accesibilidad se debe, en gran medida a la existencia de escalones y/o escaleras en los interiores de los edificios con lo que el acceso a las consultas se hace difícil, sino imposible.

- La escasa disponibilidad, tanto en los en los Centros públicos como en los privados, de baños adaptados cercanos a la consulta de ginecología no ayuda a que las mujeres con diversidad funcional acudan a realizarse los chequeos rutinarios. Máxime cuando las mujeres con discapacidad física severa precisan un lugar con espacio y apoyos y la suficiente intimidad para poder cambiarse, en muchas ocasiones con ayuda de tercera persona. En los Centros públicos esta escasez llama, si cabe, mucho más la atención por su carácter de servicio dirigido a toda la ciudadanía.
- El instrumental utilizado en las consultas ginecológicas de los Centros públicos y los privados (camillas, equipamientos para la realización de las exploraciones, mamografías, etc.) no tiene en cuenta la presencia de una mujer usuaria de silla de ruedas. Como así lo demuestra la inexistencia de camillas adaptadas, grúas para realizar las transferencias silla-camilla-silla y mamógrafos accesibles para realizar las exploraciones.
- En relación al personal, hay que decir que los números que reflejamos son apreciativos, ya que los centros, independientemente de su carácter público o privado, afirman tener personal disponible para realizar las transferencias de las mujeres de la silla a la camilla, y de esta a la silla. Sin embargo, no hay función asignada, este personal no es otro que el personal disponible en cada momento en las consultas como pueden ser el personal de enfermería, los y las celadoras o el propio personal médico ginecológico. Este personal, indeterminado, carece en su gran mayoría de una formación básica para llevar a cabo las transferencias silla-camilla-silla de personas con severa disfunción motora. Así como respecto a los apoyos que han de prestarles para su cambio de ropa o uso del aseo, en su caso.
- El deseo de esterilización suele justificarse por sí mismo por la circunstancia de que se considera razonable para las mujeres con discapacidad desde el punto de vista social. Hasta el momento la forma de tratar a las mujeres con discapacidad no es un tema que esté incluido en la formación del personal médico. Por ejemplo, con frecuencia se lamenta la falta de tiempo existente cuando se visita al/la ginecólogo/a, y la circunstancia de que la ayuda y el tratamiento a mujeres con discapacidad necesita más tiempo. Con frecuencia lo/as profesionales piensan que las mujeres con discapacidad son asexuales. Sin

embargo, la prevención, el embarazo y la maternidad son temas de consulta importantes para las mujeres con discapacidad; en las mujeres con discapacidad suele ignorarse el abuso sexual.

- Las dificultades que han de experimentar las mujeres con discapacidad física a la hora de utilizar estos servicios sanitarios especializados les obliga a demandar el apoyo de terceras personas, lo que no siempre les es posible, les genera problemas e incluso, no siempre será recomendable. Es importante garantizar la intimidad de la consulta médica en la interlocución con la propia usuaria. Que no sea necesaria la presencia de otras personas, ni la mujer sienta que es necesaria para su seguridad o su atención la presencia de acompañantes.
- Como se cita más adelante, la perspectiva de la discapacidad debe incorporarse al currículo de las especialidades del ámbito sanitario en las que se trate la violencia de género
- Las médicas y los médicos de familia, profesionales sanitarios más cercanos a la ciudadanía, deben recibir formación y ser provistos de pautas para la detección de signos de violencia sufrida por mujeres con discapacidad y, principalmente establecer en intimidad y personalmente la atención profesional-paciente. Esta relación muchas veces se suprime por la constante presencia de la persona que ejerce el cuidado habitual y por las dificultades de desplazamiento y de accesibilidad sobre las mujeres con discapacidad.

Los datos que se desprenden del estudio de los centros públicos y privados por separado (Ver tablas adjuntas), y del cruce de los datos en los campos más significativos y de mayor interés para las mujeres con discapacidad, demuestran que la asistencia sanitaria de carácter universal en nuestra comunidad autónoma, no se adecua a las necesidades y circunstancias de las mujeres con discapacidad.

En el seno del V Foro Mujer y Discapacidad de Bizkaia, celebrado en el 2008, se presentó la **“Propuesta de Transversalidad de Género y Discapacidad para el País Vasco”** fruto del análisis de los planes para la igualdad vigentes. Fundamentalmente el IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV (Emakunde, 2006) y su cruce o puesta en relación con otros instrumentos diseñados, específicamente, para profundizar en el cumplimiento de los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad, como el I Plan Integral de Acción para Mujeres con Discapacidad (CERMI, 2005-2008) o el Plan de acción para las Mujeres con Discapacidad (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007).

La citada Propuesta constata que el tratamiento de las necesidades del colectivo de mujeres con discapacidad casi exclusivamente desde el Área de Inclusión Social significa que la perspectiva de la discapacidad no está transversalizada.

Si bien es cierto que la situación de discriminación múltiple que sufre nuestro sector de mujeres aboca a un gran número de mujeres con discapacidad a una situación de riesgo de exclusión social, esto no significa que el abordaje de nuestras necesidades deba realizarse exclusivamente desde esta Área, que no consideramos la más idónea para dar respuesta a nuestras demandas en campos como la educación, el empleo, la cultura, la vivienda o la sexualidad.

Entendemos que todas las políticas, desde todas las administraciones, deberían contemplar, de manera sistemática, las peculiaridades y necesidades específicas de todas las personas. Actuación que provocaría, paulatinamente, la reducción del número de personas con discapacidad que sufren un riesgo de exclusión social.

Tenemos ante nosotras el reto de afrontar el cumplimiento de que las circunstancias específicas de las mujeres con discapacidad sean tenidas en cuenta a la hora de desarrollar cualquier política, esto es, que dichas circunstancias se consideren de manera sistemática y transversal. De hecho, es un mandato que ya emana de los principios de la Ley 4/2005 para la Igualdad de Mujeres y Hombres.

La **Propuesta de Transversalidad de Género y Discapacidad para el País Vasco**, estructurada de la misma forma que el IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV, es un compendio de pautas que pueden ayudar a integrar la doble perspectiva de género y discapacidad en los planes de igualdad venideros y en todas las políticas de actuación.

Estas pautas constituyen una filosofía que debe impregnar y empapar todas las áreas, acciones y objetivos de cualquier instrumento para la igualdad de género, integrando las necesidades específicas y las peculiaridades de las mujeres con discapacidad.

De forma concreta, a continuación citaremos las pautas enmarcadas dentro del Área de Salud, repartidas en los 4 ejes (Mainstreaming, Empoderamiento, Conciliación y Corresponsabilidad, Violencia contra las mujeres) que la Comisión de Mujer por la Igualdad de FEKOOR incluye en su Propuesta de Transversalidad de Género y Discapacidad para el País Vasco que hablan de manera directa, o indirecta, de nuestra reivindicación acerca de la eliminación de las barreras arquitectónicas, actitudinales y de comunicación.

El eje mainstreaming parte de la consideración de que existen numerosos problemas de salud que afectan exclusivamente a las mujeres o tienen sobre ellas una incidencia diferente.

Esta afirmación es igualmente pertinente en relación a las mujeres con discapacidad, si bien su posición ante el sistema sanitario resulta más compleja dada la multiplicidad de situaciones en las que se encuentran. Por ello, los esfuerzos para integrar la doble perspectiva de género y de discapacidad en el sistema de salud, de manera que este sector de mujeres vea adecuadamente atendidas sus necesidades, deberán tener en cuenta esta variedad de situaciones.

M-1

El primer programa de este eje se centra en la integración de la perspectiva de género en el sistema sanitario, para lo que propone, como primer objetivo, modificar las guías de práctica clínica existentes para adecuarlas a este prisma. El segundo objetivo pretende modificar los procedimientos administrativos, para avanzar en el mismo sentido que en el objetivo anterior.

*Hay que señalar como muy positiva la inclusión en ambos objetivos de sendas acciones para fomentar la participación de diferentes sectores en estos procesos, entre los que **se cita a las mujeres con discapacidad**.*

*Efectivamente, la complejidad en el abordaje de esta situación requiere del apoyo sistemático del propio sector, ya que **solamente partiendo de la experiencia cotidiana de las personas interesadas se pueden detectar las deficiencias del sistema y las necesidades y demandas que deben satisfacerse**.*

En relación a este programa, proponemos las siguientes pautas¹:

<p><u>PROGRAMA M-1:</u> INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SISTEMA SANITARIO</p>
<p><u>PAUTAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA DOBLE PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DE LA DISCAPACIDAD</u></p>
<p><i>-La perspectiva de género y de la discapacidad debe incluirse en las guías de práctica clínica y en la práctica cotidiana del personal médico y sanitario. Para ello, habría que desarrollar iniciativas en el siguiente sentido:</i></p> <ul style="list-style-type: none">○ <i>Debe realizarse un estudio para establecer la metodología más adecuada para integrar la doble perspectiva de género y de la discapacidad en la práctica sanitaria.</i>○ <i>La variable discapacidad, por sexo y tipo de discapacidad, debe desagregarse en todos los estudios y estadísticas que se realicen en el sistema sanitario.</i>○ <i>Deben elaborarse indicadores de salud que recojan las variables género y discapacidad.</i>○ <i>Deben realizarse encuestas y estudios que permitan conocer con detalle las necesidades y obstáculos que encuentran las mujeres con discapacidad en el sistema sanitario, así como sus expectativas y sugerencias.</i>○ <i>Las guías de práctica clínica deben incluir, sistemáticamente, consideraciones sobre las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad en todos los ámbitos en los que se considere necesario.</i>○ <i>Las guías de práctica clínica deben incluir contenidos sobre el trato que debe dispensarse a las mujeres con discapacidad,</i>

¹ Muchas de las propuestas para este programa proceden de las conclusiones del 'IV Foro sobre mujer y discapacidad en Bizkaia', organizado por Fekoor y celebrado en diciembre de 2007.

*que deben recibir el mismo tratamiento y consideración que cualquier otra persona. En este sentido, deben intensificarse los esfuerzos para **erradicar las conductas del personal médico o sanitario que invisibilizan o infantilizan a estas mujeres**, al no dirigirse a ellas personalmente o ignorar su criterio.*

- *El enfoque de la discapacidad debe tenerse en cuenta en todos los procesos existentes en la actualidad para incorporar la perspectiva de género a la práctica sanitaria.*

*-Deben fomentarse los **proyectos de investigación sobre la salud de las mujeres con discapacidad**, atendiendo especialmente a sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, así como al respeto de sus derechos en los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo.*

*-**Todo el instrumental y los aparatos de exploración deben ser accesibles para mujeres con cualquier tipo de discapacidad.***

*-Los currículos formativos de las carreras de Medicina y de Enfermería deben incluir créditos sobre discapacidad y género.
-Igualmente en el caso de las titulaciones de Auxiliares de Clínica.*

-El personal de atención directa que desempeñan puestos de celadoras o celadores, a quienes habitualmente les corresponde suplir la falta de accesibilidad a instalaciones y/o aparatos de exploración, ha de recibir formación y disponer de ayudas técnicas para asistir en las transferencias de las mujeres con discapacidad de forma que se preserve al máximo el derecho a la intimidad y dignidad, a la vez que se atienda su prevención en salud laboral.

*-**El personal médico y sanitario debe recibir formación específica sobre las necesidades particulares que tienen las mujeres con discapacidad**, en todos los niveles:*

- *Personal médico especializado.*
- *Personal médico de cabecera.*
- *Personal de enfermería.*

<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Personal psicológico.</i>▪ <i>Nutricionistas.</i>
<p><i>-El personal médico y sanitario debe recibir formación específica sobre la farmacología adecuada para las mujeres con diferentes tipos de discapacidades.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Debe evitarse la proliferación en la prescripción de medicamentos, y cuando sea posible sustituirlos por otras opciones, como la rehabilitación o las terapias no farmacológicas.</i>
<p><i>-Las mujeres con discapacidad deben recibir una información adecuada y comprensible sobre su estado de salud, sobre los efectos de los medicamentos que reciben y sobre los diferentes tratamientos que pueden aplicarse a su caso, con sus consecuencias.</i></p>
<p><i>-Es necesario incluir en los módulos de formación de Osakidetza, en las distintas especialidades, contenidos que incluyan un enfoque de género y discapacidad, sobre todo dirigidos a profesionales de la ginecología.</i></p>
<p><i>-Debe concienciarse a todo el personal sanitario de las discriminaciones que sufren habitualmente las mujeres con discapacidad en el sistema sanitario, y de cómo paliarlas.</i></p>
<p><i>-Deben establecerse protocolos médicos que tengan en cuenta la variedad de situaciones que viven las mujeres con discapacidad y que prevean incrementos, si es necesario, del tiempo de atención médica que reciben.</i></p>
<p><i>-Los recursos técnicos deben adecuarse a las necesidades de las mujeres con discapacidad.</i></p> <p>Las camillas deben estar adaptadas a las necesidades y circunstancias de las personas con movilidad reducida.</p>

M-2

El segundo programa de este eje pretende mejorar el abordaje de las enfermedades que tienen una especial incidencia en las mujeres.

En relación a esta temática, proponemos las siguientes líneas de trabajo:

<p style="text-align: center;"><u>PROGRAMA M-2:</u> MEJORA DEL ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES CON ESPECIAL INCIDENCIA EN LAS MUJERES</p>
<p style="text-align: center;"><u>PAUTAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA DOBLE PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DE LA DISCAPACIDAD</u></p>
<p><i>-Deben incluirse en los módulos de formación de Osakidetza relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y del cáncer de cerviz, consideraciones relativas a las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad.</i></p> <ul style="list-style-type: none">○ <i>El instrumental para realizar mamografías debe estar adaptado, así como las camillas de exploración ginecológica y para la realización de ecografías.</i>
<p><i>-Deben incrementarse los programas preventivos de enfermedades con una alta incidencia en las mujeres que pueden abocar a una discapacidad, como la osteoporosis y las enfermedades articulares.</i></p> <ul style="list-style-type: none">○ <i>Encuesta EDAD, INE 2008: En las mujeres destacan los problemas osteoarticulares, cuya presencia es más del doble que la de cualquier otro grupo de deficiencia. Más de un millón de mujeres tienen una discapacidad provocada por una deficiencia en huesos y articulaciones (el 5% de la población femenina).</i>
<p><i>-Debe estudiarse la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en las niñas y jóvenes con discapacidad.</i></p> <ul style="list-style-type: none">○ <i>Las personas con discapacidad representan el 15 % de la</i>

población activa de la Unión Europea, y los estudios realizados han demostrado que este grupo de personas está expuesto a un mayor riesgo de obesidad debido, entre otras causas, a mutaciones patofisiológicas del metabolismo de la energía, a la constitución corporal, a la atrofia muscular y a la falta de actividad física, etc.

- *Resolución del Parlamento Europeo, de 25 de septiembre de 2008, sobre el Libro Blanco "Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad" (2007/2285(INI)) que pide además a los Estados miembro, las entidades locales y las autoridades escolares que elaboren planes de construcción de nuevas instalaciones deportivas públicas, accesibles a las personas con discapacidades.*

*-Deben incluirse en los programas de educación para la salud dirigidos a la infancia y a la adolescencia en los que se analice la imagen corporal y los criterios de belleza socialmente establecidos contenidos en torno a la diversidad y a la discapacidad, que permitan **poner en cuestión los tópicos y estereotipos existentes sobre las mujeres con discapacidad.***

E-1

El único programa de este eje se centra en el incremento de la toma de decisiones de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva.

*Precisamente, esta es una problemática ampliamente debatida en el seno del movimiento de las mujeres con discapacidad, debido a los **importantes obstáculos que encuentran muchas de ellas en el sistema sanitario cuando manifiestan su deseo de ser madres, así como a la falta de indicaciones específicas y adaptadas a su situación personal en los servicios de planificación familiar.** En este sentido, el informe del Parlamento Europeo sobre la situación de las mujeres con discapacidad en la Unión Europea, destaca la necesidad de garantizar “el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres con discapacidad, prestando atención a aspectos como la planificación familiar, los servicios de salud y la información acerca de la maternidad, con el objetivo de que sean capaces de establecer relaciones equitativas, responsables y satisfactorias”², al tiempo que hace hincapié en la importancia que tiene que los Estados miembro “reconozcan el derecho inalienable de las mujeres con discapacidad a su propia sexualidad y a formar una familia”³.*

*Por su parte, el I Plan Integral de Acción para Mujeres con Discapacidad alerta sobre la **ausencia de estudios entre las mujeres con discapacidad que determinen la posibilidad de “transmitir genéticamente la deficiencia o si la vida de la madre corre peligro por la gestación y alumbramiento”**⁴ y recuerda que estas cuestiones continúan impregnadas socialmente de prejuicios y tabúes.*

² Informe del Parlamento Europeo sobre la situación de las mujeres con discapacidad en Europa, de 23 de marzo de 2007. Punto 34.

³ Ibídem. Punto 27.

⁴ I Plan integral para mujeres con discapacidad. CERMI, 2005. Área 7: sexualidad.

Para este eje, proponemos las siguientes líneas de actuación:

<p><u>PROGRAMA E-1:</u> AUMENTO DE LA TOMA DE DECISIONES DE LAS MUJERES SOBRE SU SALUD REPRODUCTIVA</p>
<p><u>PAUTAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA DOBLE PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DE LA DISCAPACIDAD</u></p>
<p><i>-Debe mejorarse la importancia que el sistema sanitario concede a la sexualidad de las mujeres con discapacidad⁵:</i></p> <ul style="list-style-type: none">○ <i>Debe fomentarse la formación de personal especializado en la sexualidad de las niñas y mujeres con discapacidad.</i>○ <i>Es imprescindible realizar estudios para mejorar las posibilidades de disfrute sexual de las mujeres con diferentes tipos de discapacidad (lesiones medulares, discapacidades orgánicas, etc.).</i>○ <i>Toda la información sobre sexualidad y anticoncepción debe estar disponible en formatos accesibles a mujeres con cualquier tipo de discapacidad.</i>⁶○ <i>Las mujeres con discapacidad que lo requieran deben disponer de asistencia psicológica y sexológica para mejorar su capacidad de disfrute sexual.</i>○ <i>Desde el sistema público de salud, debe fomentarse la creación de grupos de debate sobre experiencias sexuales de mujeres con discapacidad, moderados por sexólogas o sexólogos, con el objetivo de eliminar miedos y tabúes.</i>○ <i>Deben desarrollarse iniciativas para cubrir las necesidades respecto a información sexual y anticoncepción de las mujeres que habitan en el ámbito rural.</i>

⁵ Muchas de las propuestas siguientes proceden de las conclusiones del 'IV Foro sobre mujer y discapacidad en Bizkaia', organizado por Fekoor y celebrado en diciembre de 2007.

⁶ I Plan integral para mujeres con discapacidad. CERMI, 2005. Área 7: sexualidad.

-Debe garantizarse el **respeto y la libertad de las relaciones sexuales de las mujeres con discapacidad, institucionalizadas o residentes en viviendas asistidas.**

-Debe garantizarse la **no discriminación** de las mujeres con discapacidad lesbianas y bisexuales **en razón de su orientación sexual.**⁷

-La perspectiva de género y de la discapacidad debe integrarse en el sistema de planificación familiar:

- Las mujeres con discapacidad deben recibir **una información sobre métodos anticonceptivos adecuada a su situación.**
- El currículo formativo de la carrera de medicina debe incluir créditos sobre **discapacidad, sexualidad y anticoncepción.**
- Debe incorporarse la variable discapacidad en todos los estudios que se realicen sobre el uso de anticonceptivos.
- Los centros de planificación familiar deben ser **accesibles arquitectónicamente**, al tiempo que deben ofrecer **información en formatos adaptados a cualquier tipo de discapacidad.**
- Los módulos de formación de Osakidetza deben incluir contenidos sobre sexualidad, anticoncepción y discapacidad.

-Deben adoptarse medidas para **garantizar el derecho a la maternidad de las mujeres con discapacidad:**

- El personal facultativo debe **recibir formación sobre las necesidades específicas que tienen las mujeres con distintos tipos de discapacidad** durante el embarazo, que haga hincapié en:
 - Los problemas que pueden surgir durante el embarazo.
 - Los riesgos específicos que corren las mujeres con discapacidad y cómo paliarlos.

⁷ I Plan integral para mujeres con discapacidad. CERMI, 2005. Área 7: sexualidad.

- *Las mujeres con discapacidad deben recibir una información **objetiva y libre de prejuicios** sobre los efectos de la medicación que reciben sobre el feto y de las alternativas existentes.*
 - *Deben incrementarse las **investigaciones sobre medicaciones** que minimicen los riesgos para el feto durante el embarazo.*
- *Deben incluirse en los módulos de formación de Osakidetza recomendaciones para eliminar prejuicios que inciten al personal sanitario a desaconsejar embarazos que podrían ser viables.*
- *Las mujeres con discapacidad deben disponer de las **pruebas de diagnóstico** necesarias para conocer la evolución del embarazo.*
- *Las mujeres con discapacidad deben disponer de **atención psicológica adecuada** durante el embarazo y después del parto.*
- *Todo el material informativo existente sobre el embarazo, la preparación al parto y el cuidado de bebés debe estar disponible en **formatos accesibles para mujeres con cualquier tipo de discapacidad**.*
- *Deben desarrollarse **servicios de preparación al parto** que atiendan las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad.*

-Deben desarrollarse estudios para determinar los riesgos de transmisión genética de los diversos tipos de deficiencias.⁸

*-Deben adoptarse medidas para garantizar el derecho de las mujeres con discapacidad a los **sistemas de reproducción asistida**:*

- *Realización de diagnósticos preimplantacionales.*

⁸ I Plan integral para mujeres con discapacidad. CERMI, 2005. Área 6: maternidad.

o Información **veraz y libre de prejuicios** sobre todas las opciones que la ciencia proporciona actualmente en reproducción asistida.

-Debe garantizarse la **no discriminación de las mujeres con discapacidad en los procesos de adopción.**

-Debe garantizarse la **no discriminación de las madres con discapacidad en los procesos de divorcio en lo relativo a la tutela de hijas e hijos.**

C-1

El único programa de este eje se centra en la reducción de la carga de trabajo en el ámbito doméstico derivado del cuidado de personas con problemas de salud, para lo que se propone el incremento de los servicios socio comunitarios.

Aunque somos conscientes de que toda la problemática relacionada con los cuidados concierne no sólo al Área de Salud, sino también a otras, entre las que destaca la de Inclusión Social, deseamos realizar algunas sugerencias:

PROGRAMA C-1:

**REDUCIR LA CARGA DE TRABAJO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO
DERIVADO DEL CUIDADO DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE
SALUD**

**PAUTAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA DOBLE PERSPECTIVA DE
GÉNERO Y DE LA DISCAPACIDAD**

*-Deben arbitrarse **medidas adicionales de conciliación de la vida familiar, personal y laboral para las madres y padres con discapacidad:***

- o Las madres con discapacidad deben disponer de una **baja maternal similar a la otorgada en casos de parto múltiple.***
- o Las madres y padres con discapacidad deben recibir apoyos económicos que les permitan la contratación de una **persona cuidadora de apoyo.***
- o Las madres y padres con discapacidad deben disponer de una **persona asistente personal.***
- o Las familias de niñas y niños con discapacidad deben recibir ayudas que les permitan contratar personal cuidador, en los casos en que así se requiera.*

V-1

El único programa de este eje tiene por objetivo garantizar una atención adecuada a la salud tanto física como psicológica a las mujeres víctimas de la violencia.

Después del ámbito residencial, es el ámbito de los servicios de atención a la salud donde las mujeres con discapacidad expresamos haber sufrido mayores situaciones de maltrato tanto físico como psicológico. Situaciones de violencia ejercidas indistintamente tanto por el estamento médico, como de enfermería, auxiliares o celadores.

Este aspecto fue uno de los temas que mayor participación generó, en las sesiones de trabajo que se desarrollaron a lo largo de las tres jornadas en las que se celebró el IV Foro de Mujer y Discapacidad de Bizkaia en el 2007.

Vivencias expresadas de forma dolorosa, aún transcurrido el tiempo, y largamente calladas, tras cuya exposición y reflexión, nos permitieron adoptar las siguientes propuestas:

PROGRAMA V-1:
**ATENCIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE
LA VIOLENCIA**

**PAUTAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA DOBLE PERSPECTIVA DE
GÉNERO Y DE LA DISCAPACIDAD**

-Debe **redefinirse el concepto de violencia de género para adecuarlo a la perspectiva de la discapacidad:**

- El concepto de violencia de género debe integrar el **abandono físico, la dejación, los actos de omisión o la falta de atención respecto a las mujeres con discapacidad.**
- El concepto de violencia de género debe incluir también las **vulneraciones de la intimidad y de la dignidad** de las mujeres con discapacidad en centros sanitarios o residenciales.
- La falta de formación y sensibilidad de algunos agentes de los servicios de atención sanitaria, tanto públicos como privados, en la atención a mujeres con discapacidad, provoca actitudes de falta absoluta de respeto y deshumanización en el trato.
- Es necesario implantar servicios de recepción de sugerencias y atención de reclamaciones accesibles, cercanos y eficaces en la detección y adopción de medidas correctoras.
- Así como incorporar parámetros de detección y erradicación de este tipo de comportamientos entre los procedimientos para la acreditación de la calidad o la excelencia de los servicios de atención sanitaria.
- El concepto de violencia de género debe incluir **la ejercida en instituciones y hospitales de larga estancia.**
 - Debe crearse un **servicio de detección de situaciones de violencia en instituciones**, que permita a las mujeres institucionalizadas expresar libremente cuáles son las situaciones de violencia que padecen. Este tipo de servicio debe proceder de un **órgano externo** a la propia institución.

<ul style="list-style-type: none">▪ El concepto de violencia de género en instituciones debe incluir aspectos como la atención insuficiente para cubrir adecuadamente las necesidades fisiológicas de las mujeres.▪ El concepto de violencia de género ejercida contra las mujeres con discapacidad debe integrar la violencia emocional.
<p>-El personal de los servicios de atención a víctimas de violencia de género debe recibir formación específica sobre las situaciones y necesidades de las mujeres con discapacidad frente a la violencia.</p>
<p>-La perspectiva de la discapacidad debe incorporarse a todos los programas de formación de las personas que trabajan en el ámbito de la prevención y eliminación de la violencia hacia las mujeres.</p>
<p>-La perspectiva de la discapacidad debe incorporarse al currículo de las especialidades del ámbito sanitario en las que se trate la violencia de género.</p>
<p>-Las médicas y los médicos de familia, profesionales sanitarios más cercanos a la ciudadanía, deben recibir formación y ser provistos de pautas para la detección de signos de violencia sufrida por mujeres con discapacidad y, principalmente establecer en intimidad y personalmente la atención profesional-paciente. Esta relación muchas veces se suprime por la constante presencia de la persona que ejerce el cuidado habitual y por las dificultades de desplazamiento y de accesibilidad sobre las mujeres con discapacidad.</p>
<p>-Se deben implantar medidas de acción positiva para alcanzar la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud mental para las mujeres con discapacidad que han sufrido maltrato.</p>

**BERDINTASUNAREN ALDEKO EMAKUME
BATZORDEA**

**Gutxitasun Fisikoa Duten Pertsonen
Bizkaiko Federazio Koordinatzailea**



FEKOOR

**COMISIÓN DE MUJER POR LA
IGUALDAD**

**Federación Coordinadora de Personas
con Discapacidad Física de Bizkaia**

“Las mujeres con discapacidad que han sufrido maltrato tienen menos probabilidad de acceder a servicios especializados de salud mental para superar traumas y angustia”. (“Mujer, discapacidad y violencia. Hilary Brown. Universidad de Canterbury Christ Church. 2007).