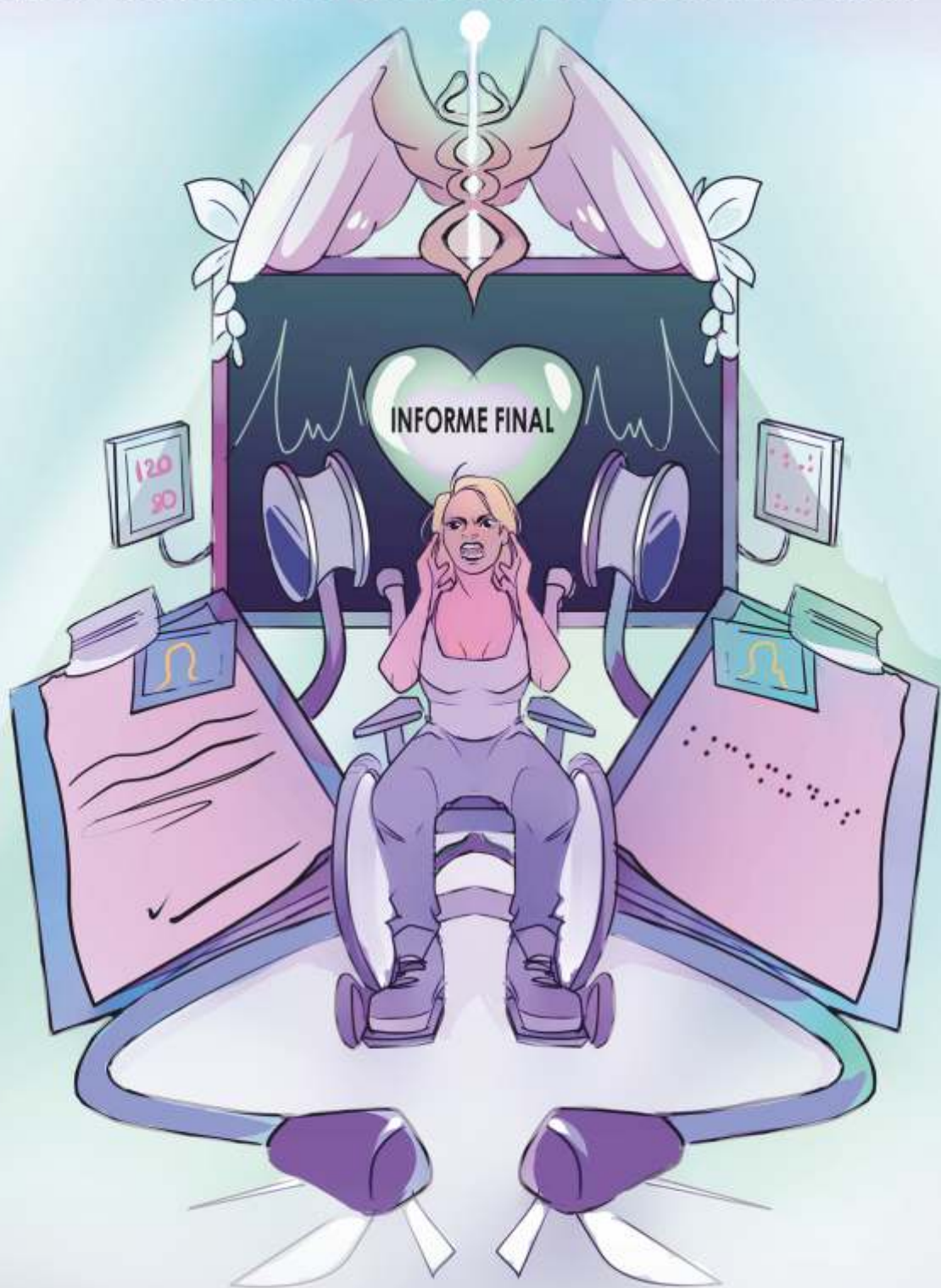


# ESTUDIO PARA LA PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD DESDE EL ÁMBITO SANITARIO



GOLDENMEANY

Estudio para la prevención e identificación  
de situaciones de violencia hacia las mujeres  
Informe final

Depósito legal: M-25741-2022

Imprime: Grafenco

Diseño Portada: Sabrina Rodríguez Castro

---

## Contenido

1. Presentación.....	3
2. Introducción .....	5
3. Marco normativo.....	7
3.1 Internacional .....	7
3.2 Normativa estatal .....	9
3.3 Normativa autonómica.....	10
3.3.1 Comunidad Foral de Navarra.....	10
3.3.2 Galicia.....	11
3.3.3 Cataluña .....	11
4. Marco teórico .....	12
4.1 El derecho de las mujeres a la salud.....	12
4.2. La magnitud de la violencia de género.....	15
4.3. La violencia de género en las mujeres y niñas con discapacidad .....	16
5. Investigación.....	23
5.1 Objetivo.....	23
5.2 Mujeres participantes .....	23
5.3 Metodología y técnicas .....	24
5.4 Ejes temáticos .....	26
6. Análisis de resultados: una aproximación cuantitativa.....	33
6.1 Perfil general .....	33
6.2 Análisis de datos por ejes de investigación .....	45
6.2.1 Necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad en cuanto a la accesibilidad de espacios, lugar de residencia, elección de dónde y con quién vivir.....	45
6.2.2 Necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito educativo y formación .....	57
6.3.3 Necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito de la salud: sexual, reproductiva, información en materia de sexualidad, derechos reproductivos y maternidad. ....	61
6.3.4 Necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito laboral. ....	79
6.3.5 Violencia sobre las mujeres con discapacidad .....	87

---

7. Contextualización de cada territorio objeto del estudio en el marco del personal sanitario. Análisis en Galicia, Navarra y Cataluña.....	103
7.1 comunidad Foral de Navarra .....	104
7.1.1 Procedimiento de acogida.....	106
7.1.2 Protocolos de detección/atención para mujeres y niñas con discapacidad que puedan estar viviendo alguna situación de violencia	107
7.1.3 Accesibilidad a los recursos y servicios sanitarios.....	116
7.1.4 Detectar necesidades y propuestas de mejora .....	121
7.1.5 Indicadores de accesibilidad de Navarra .....	124
7.2 Galicia .....	138
7.2.1 Procedimiento de acogida.....	138
7.2.2 Protocolos de detección/atención a mujeres y niñas con discapacidad que puedan estar viviendo alguna situación de violencia .....	141
7.2.3 Accesibilidad de los recursos y servicios sanitarios.....	149
7.2.4 Detectar necesidades y propuestas de mejora .....	154
7.2.5 Indicadores de accesibilidad .....	156
7.3 Cataluña .....	169
7.3.1 Procedimiento de acogida.....	169
7.3.2 Protocolos de detección/atención para mujeres y niñas con discapacidad que puedan estar viviendo alguna situación de violencia .....	173
7.3.3 Accesibilidad de los recursos y servicios sanitarios.....	181
7.3.4 Detectar necesidades y propuestas de mejora .....	185
7.3.5 Indicadores de accesibilidad en Cataluña .....	188
8. Conclusiones.....	203
8.1 Conclusiones del análisis del cuestionario a mujeres y niñas con discapacidad .....	204
8.2 Conclusiones de los cuestionarios a los y las profesionales de la salud de navarra, Galicia y Cataluña .....	205
8.3 Conclusiones de los indicadores de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra, Galicia y Cataluña.....	206
9. Referencias bibliográficas .....	227
10 Anexo.....	230

---

# 1. Presentación

La ONU calcula que entre 1,5 y 3 millones de mujeres y niñas son asesinadas cada año en contextos de violencia de género. A su vez, se estima que el 35 % de las mujeres de todo el mundo ha vivido situaciones de violencia física o sexual en algún momento de su vida.

Cuando a esta desigualdad estructural común se unen otros rasgos de discriminación como la discapacidad, la desigualdad se agrava y se manifiesta la discriminación interseccional. No existe un solo factor de discriminación, sino que todas las características en su conjunto llevan a la invisibilización, que se traduce en una mayor vulnerabilidad para el ejercicio de derechos y la participación social.

Y es en esta realidad, en la que mujeres y niñas con discapacidad constantemente viven situaciones de violencia que afectan los distintos ámbitos de su vida diaria, entornos familiares, institucionales, educativos y laborales.

El ámbito sanitario es frecuentado por las mujeres y niñas con discapacidad, en algunos casos, ya sea por dependencia o sobreprotección, incluso con mayor asiduidad que otros entornos sociales o educativos. Por ello, es fundamental que los equipos sociosanitarios conozcan los indicadores de violencia, los procesos de intervención con mujeres con discapacidad, las prácticas nocivas para la salud y la integridad de las mismas, tanto como de los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad en el acceso a la salud.

Desde la Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad (CEMUDIS) desarrollamos nuestra actividad con la misión de representar institucionalmente a todas las mujeres con discapacidad en España, con el objetivo de alcanzar la plena participación de todas ellas en la sociedad. Para ello, ponemos en marcha diversas acciones necesarias para la defensa y el ejercicio de derechos, la denuncia de las discriminaciones y la visibilización positiva de nuestra realidad.

Siguiendo estos principios, desde CEMUDIS consideramos indispensable reforzar los mecanismos de identificación de violencia hacia las mujeres y niñas con discapacidad desde el ámbito sanitario.

El objetivo del presente informe es poner a disposición información actualizada sobre la situación de las mujeres con discapacidad, que nos permita identificar y conocer las herramientas necesarias para hacer frente a las discriminaciones y situaciones de violencia que vivimos y para detectarlas y, si es posible, abordarlas antes de que se produzcan.

---

Conocer nuestra realidad es la mejor herramienta para trabajar conjuntamente en la erradicación de cualquier forma de violencia. Somos responsables de generar redes que faciliten el acceso a recursos dirigidos a empoderar y garantizar el ejercicio de derechos de todas las personas en la sociedad, contribuyendo así a una sociedad más justa e igualitaria.

Desde CEMUDIS brindamos nuestro agradecimiento al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Fundación ONCE e Instituto de las Mujeres por el apoyo económico para desarrollar este proyecto.

---

## 2. Introducción

Hace años que el feminismo trabaja para la visibilización, actuación y prevención de la violencia de género en las mujeres con discapacidad. Así, se han elaborado estudios, guías y otros materiales, al tiempo que se han diseñado e implantado medidas y actuaciones específicas que, sin duda, han permitido no solo prevenir y detectar esta violencia, sino reforzar los recursos de información, asesoramiento, asistencia y recuperación de las víctimas.

En el ámbito sanitario, el sexo y la discapacidad se muestran como factores que multiplican la discriminación y que, ante la violencia de género, incrementan la vulnerabilidad y la invisibilidad de las víctimas.

En CEMUDIS (Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad), después de haber trabajado intensamente en programas para la detección de situaciones de violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito sanitario, hemos querido dar este salto desde la intervención directa hasta la investigación. Y lo hemos hecho con el objetivo de reforzar los mecanismos de identificación de estas situaciones de violencia de género en mujeres con discapacidad, tanto en los centros de salud, consultorios médicos y hospitales, como en centros residenciales, públicos y privados. Además, queríamos conocer la percepción, las demandas de las usuarias, sus necesidades, las carencias que detectan y la realidad de los centros sanitarios respecto a la accesibilidad, recursos de apoyo y atención especializada.

El presente estudio, realizado por un equipo multidisciplinar de nuestra entidad y financiado por el Ministerio de Sanidad, se ha apoyado, por un lado, en una metodología cuantitativa mediante una encuesta estructurada online a 1.080 mujeres mayores de 18 años y con discapacidad de las 17 comunidades y las dos ciudades autónomas. Los ejes temáticos de la encuesta fueron la accesibilidad; su educación y formación; su participación en el mercado laboral; la salud, con especial atención a la salud sexual y el acceso a servicios de planificación familiar o ginecológicos; la vida en pareja y sus relaciones familiares; los derechos reproductivos y la maternidad y, por supuesto, la violencia de género.

Por otro lado, siguiendo con la metodología cuantitativa, se hizo un cuestionario a personal de diversos centros sanitarios de Cataluña, Galicia y Navarra con preguntas cerradas y abiertas cuyas respuestas han sido imprescindibles para una detección precoz, para la identificación de las necesidades en los centros y para la evaluación de infraestructuras y recursos en el entorno sanitario.

---

Finalmente, se evaluaron diversos indicadores de accesibilidad en centros sanitarios de estas tres comunidades autónomas, como el acceso a los centros y en los centros, el material de información, la señalización, los sistemas de aviso y comunicación o la accesibilidad en las consultas.

Como es lógico, el estudio finaliza con las conclusiones de cada aspecto analizado y las propuestas dirigidas a las administraciones responsables de poner en marcha las políticas de sanidad, igualdad, bienestar social, accesibilidad o transporte, entre otras.

El hecho es que las mujeres han sido ciudadanas de segunda durante milenios. En el caso de las mujeres con discapacidad, además, se las ha etiquetado de vulnerables y se las ha situado en un escenario de opresión y discriminación interseccional. Han sido vistas como objetos de cuidado, incomprendidas y juzgadas cuando se habla de maternidad, de derechos reproductivos o de la desprotección ante la violencia de género. Y es aquí, en estas distintas caras de la opresión, donde brotan los prejuicios más rancios, donde la mujer con discapacidad se queda sin un lugar propio en el mundo, suspendida en un territorio de irreflexiva compasión patriarcal.

Sin duda, estamos ante un trabajo que explora un tema insuficientemente investigado al que nos hemos acercado desde ambas miradas, la de las usuarias y la de las personas profesionales, con el objetivo de obtener la mejor información que nos permita seguir trabajando en una atención integral y especializada a todas las mujeres con discapacidad víctimas de la violencia de género.

Detrás de cada porcentaje, de cada cifra, de cada opinión de este trabajo, se esconde la historia personal de una mujer. Se esconde una situación vivida y enfrentada, desde una posición de desigualdad estructural, no solo al patriarcado sino a otros sistemas de opresión que limitan y discriminan. Detrás de cada gráfica presentada, hay profesionales que reclaman más medios humanos, materiales y económicos para garantizar todos los derechos a todas las mujeres. Detrás de cada conclusión, hay muchas horas de trabajo riguroso e implicado. Si ya éramos conscientes de la necesidad de esta investigación, ahora somos conscientes de la importancia de su divulgación para la sensibilización y la acción pública.

Ya sabemos, porque nos lo dejó escrito Virginia Woolf, que no hay barrera, cerradura ni cerrojo que se pueda imponer a la libertad de nuestra mente.



---

## 3. Marco normativo

### 3.1 Internacional

- **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). 18 de diciembre de 1979.** Adoptada por la Asamblea General de la ONU, que entra en vigor en 1981. Este documento define la discriminación contra las mujeres, pero no hace referencia expresa a las mujeres con discapacidad.
- **Recomendaciones Generales Adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación N.º 18. Décimo periodo de sesiones 1991.** Señala explícitamente la doble discriminación de las mujeres con discapacidad y las considera grupo vulnerable.
- **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. 30 de mayo de 1994.** Afirma que las esterilizaciones forzosas y los abortos coercitivos son violaciones graves del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- **IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing. Del 4 al 15 de abril de 1995.** Con la Plataforma de Acción de Beijing los Estados asumen el compromiso de patrocinar todas las medidas posibles para eliminar o restringir las distintas formas de violencia contra las mujeres. En el Capítulo IV se reconoce que las mujeres con discapacidad hacen frente a barreras adicionales que dificultan su igualdad «y por ello es necesario tener en cuenta y abordar sus preocupaciones en todas las actividades de formulación de políticas y programación» (párr. 10).
- **Directiva 2000/78/CE relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. 27 de noviembre de 2000.** Establece un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación que prohíbe la discriminación por motivos de religión, creencias, edad, discapacidad u orientación sexual.
- **Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades (2003). Informe sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea (2003/2109(INI)).** Señala que las mujeres y niñas con discapacidad están expuestas a una situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género y que «casi el 80 % de las mujeres con discapacidad es víctima de la violencia y tiene un riesgo cuatro veces mayor que el resto de las mujeres de sufrir violencia sexual».
- **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. 13 de diciembre de 2006.** Aprobada en la Sede de las Naciones Unidas

---

en Nueva York, y abierta a firma el 30 de marzo de 2007. Esta Convención, además de promulgar un cambio de enfoque de la discapacidad desde el prisma de los derechos humanos, reconoce 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 y enfatiza la necesidad de incorporar la perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad.

- **Resolución del Parlamento Europeo sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 26 de noviembre de 2009.** El texto insta a los Estados miembros a que se tengan en cuenta las circunstancias específicas de algunos colectivos de mujeres especialmente vulnerables a la violencia, entre ellas, las mujeres con discapacidad.
- **Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: Un compromiso renovado para una Europa sin barreras.** Es un compromiso para una Europa sin barreras, con el abordaje de distintas situaciones y poniendo especial foco en el empleo.
- **Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. 11 de mayo de 2011.** Adoptado en Estambul. Supone un importante avance en la lucha contra la violación de derechos humanos a las mujeres y niñas con discapacidad.
- **Consejo de Derechos Humanos (2012). Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General: Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad.** Reconoce que la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad abarca la violencia practicada en forma de fuerza física, coacción legal, coerción económica, intimidación, manipulación psicológica, engaño y desinformación.
- **Consejo de los Derechos Humanos (2014).** Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad: la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad.
- **Asamblea General de la ONU (2014). Informe del secretario general de la ONU: la situación de las mujeres y las niñas con discapacidad y la situación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.**

**2017: «Implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo opcional: situación de las mujeres y niñas con discapacidad»** de 21 de noviembre del 2017.

---

## 3.2 Normativa estatal

- **Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad**, conocida como LIONDAU. **2 de diciembre de 2003**. BOE N.º 289. Insta a los poderes públicos a adoptar medidas de acción positiva para las personas con discapacidad que objetivamente presentan menor igualdad de oportunidades, como las mujeres con discapacidad, entre otras.
- **Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género. 28 de diciembre de 2004**. BOE N.º 313. Señala que esta violencia es una «manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia». Respecto a las situaciones de discapacidad, a lo largo del articulado se recogen distintos aspectos que tiene que ver con la sensibilización e información accesible, planes que garantizan la situación especial de mujeres con discapacidad con respecto a la violencia de género y a la formación específica.
- **Plan de Acción para Mujeres con Discapacidad 2007**. Se basa en los principios de no discriminación, igualdad de oportunidades, acción positiva, transversalidad, vida autónoma, participación, normalización, accesibilidad universal y diseño para todos y todas. Cuenta con ocho áreas de intervención, y una de ellas es específica de violencia de género.
- **El Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2008** señala que para mejorar la respuesta contra la violencia de género y conseguir un cambio en el modelo de relación social debe prestarse una atención especial a aquellos grupos de mujeres que presentan mayor vulnerabilidad.
- **Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. 28 de diciembre de 2007**. BOE N.º 71.
- **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Ministerio de Sanidad y Consumo (2012)**. El documento informa sobre los aspectos que se deben mejorar en la actuación sanitaria para la detección de situaciones de violencia. Facilita diferentes pautas, como la importancia de realizar una intervención que abarque los factores físicos, psicológicos y sociales y elabora un listado de indicadores de sospecha con el objetivo de que el personal sanitario identifique las situaciones de violencia contra las mujeres. También informa sobre el itinerario para seguir en las intervenciones de urgencia, haciendo hincapié en la necesidad de coordinación entre los servicios de atención a la mujer. En último lugar, ofrece una serie de recursos disponibles a escala nacional, ante situaciones de violencia. El Protocolo tiene en

---

cuenta las características específicas de la actuación sanitaria en contextos de mayor vulnerabilidad, entre otros, la discapacidad, y señala que las mujeres con discapacidad se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad a la violencia de género. No obstante, carece de atención específica a las necesidades derivadas de cada tipo de discapacidad y no dispone de información sobre los servicios de atención a usuarias con discapacidad.

- **II Plan Integral de Acción de Mujeres con Discapacidad 2013-2016.** Cuenta con diez ejes organizadores: concienciación, medios de comunicación e imagen social; igual reconocimiento ante la ley y acceso efectivo a la justicia; violencia contra mujeres y niñas; vida en la comunidad; derechos sexuales y reproductivos; educación; salud, trabajo y empleo; nivel de vida adecuado y protección social y participación política.
- **Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016** de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recoge diferentes acciones y medidas dirigidas a la comunicación, a los servicios socioasistenciales y a la sanidad en el ámbito de la discapacidad.
- **Real Decreto Legislativo 1/2013 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. 29 de noviembre de 2013. BOE N.º 289.**

Pacto de Estado contra la Violencia de Género (2017). Los Grupos Parlamentarios, Comunidades Autónomas y Entidades Locales, representadas en la Federación Española de Municipios y Provincias, lo ratifican. El Pacto implica incidir en todos los ámbitos de la sociedad y se estructura en 11 ejes. Dentro de las medidas recogidas, se contemplan campañas de sensibilización específicas dirigidas a mujeres con discapacidad, para garantizarles la accesibilidad de los materiales de información, el perfeccionamiento y revisión de planes de atención, asistencia, ayuda y protección a víctimas de la violencia de género y a sus hijos e hijas con especial atención a mujeres con discapacidad y la elaboración de estadísticas teniendo en cuenta la discapacidad.

- **Ley Orgánica 2/2020 de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente, del 16 de diciembre de 2020. BOE N.º 328.**

### 3.3 Normativa autonómica

#### 3.3.1 Comunidad Foral de Navarra

- **Ley Foral 14/2015 para actuar contra la violencia hacia las mujeres del 10 de abril de 2015. BON N.º 71.**

- 
- III Acuerdo Interinstitucional para la Coordinación ante la Violencia contra las Mujeres en Navarra (2017).
  - II Protocolo de Actuación Conjunto (2018) cuyo objetivo es el incremento de la coordinación entre los recursos de atención y protección de las mujeres en situación de violencia, la prevención y la sensibilización de la misma, unido al desarrollo de actuaciones concretas de las administraciones públicas con competencias en la materia.

### **3.3.2 Galicia**

- Ley 11/2007 gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género, del 27 de julio de 2007. BOE N.º 226.
- Ley 10/2014 de accesibilidad del 3 de diciembre de 2014. BOE N.º 60.
- Decreto Legislativo 2/2015 por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales de la Comunidad Autónoma de Galicia en materia de igualdad. 12 de febrero de 2015. DOG N.º 32.
- Ley 12/2016 por la que se modifica la Ley 11/2007, del 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. BOE N.º 217.
- Protocolo de coordinación y cooperación institucional contra la violencia de género en la Comunidad Autónoma de Galicia (2018)
- Ley 15/2021 por la que se modifica la Ley 11/2007, del 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. 3 de diciembre de 2021. DOG N.º 237.

### **3.3.3 Cataluña**

- Ley Orgánica 6/2006 de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña del 19 de julio de 2006. BOE N.º 172.
- Ley 5/2008 del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista de Cataluña del 24 de abril de 2008. BOE N.º 131.
- Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña (2009).
- Ley 17/2015 de igualdad efectiva de mujeres y hombres de Cataluña del 21 de julio de 2015. BOE N.º 215.

---

## 4. Marco teórico

### 4.1 El derecho de las mujeres a la salud

Cuando se habla del concepto de salud, predomina la tendencia a pensar que una persona sana es aquella que carece de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedades».

Tal como lo contempla el artículo 25 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), los Estados parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Así, deberán 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, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular señala:

Proporcionarán los Estado Parte los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores.

De acuerdo con la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad (2019)<sup>1</sup>, en España hay 3 257 058 personas con reconocimiento de discapacidad con un grado igual o superior al 33 % de las cuales el 50 % son mujeres.

#### Salud sexual y reproductiva

A pesar de los avances y normalización de los últimos años las mujeres y niñas con discapacidad, siguen sin estar presentes en la agenda de las políticas sexuales y reproductivas. La información y comunicación es inaccesible, por ejemplo, en asuntos como la anticoncepción y continúan existiendo importantes carencias en las consultas ginecológicas.

En el IX Foro Mujer y Discapacidad celebrado en Bilbao en 2012, tuvo lugar la mesa de debate «¿Asexuadas? Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad». En aquel encuentro, hace más de 10 años, se llegó a conclusiones importantes como que

---

<sup>1</sup>Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] (2021). Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad.  
[https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd\\_2019.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2019.pdf)

---

la sociedad sigue considerando que las mujeres con discapacidad no pueden vivir su sexualidad, porque no entran en el canon de belleza femenino de la sociedad patriarcal o que las mujeres con discapacidad, desde niñas, están muy sobreprotegidas por sus familias, no les informan sobre el sexo, la planificación familiar o su propio cuerpo.

La atención a la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, que evita y resuelve los problemas relacionados con la salud reproductiva. Al mismo tiempo, el término implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de procrear y la toma de decisiones sobre cómo, cuándo y con qué frecuencia hacerlo.

Además de la falta de información o la falta de accesibilidad a la educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas con discapacidad, hay importantes barreras físicas en los centros de salud o centros hospitalarios en relación con los servicios de ginecología u obstetricia.

Cuando a las mujeres y niñas con discapacidad se las sobreprotege y se las infantiliza, se acaba considerando que no tienen necesidad de recibir información sobre su salud sexual y reproductiva, por lo que no reciben ningún tipo de educación sexual.

Si no reciben educación sexual, no tienen la información necesaria sobre los conocimientos básicos precisos para protegerse de abusos sexuales, de embarazos no deseados, de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), etc. Ni tampoco cuentan con toda la información para mantener unas relaciones sexuales plenas, saludables y satisfactorias.

Los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales y son, entre otros<sup>2</sup>:

- El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual, que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.
- El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.
- El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad.
- El derecho a decidir tener hijos/as, el número y espaciamento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.

Por razones biológicas y sociales, las mujeres desarrollan patologías diferentes a los hombres que, socialmente construidas, marcan una diferencia en el reparto de roles.

---

<sup>2</sup>Asociación Mundial para la Salud Sexual (2009). Salud Sexual para el Milenio: Declaración y documento técnico <https://www.paho.org/es/documentos/salud-sexual-para-milenio-declaracion-documento-tecnico-2009>

---

Así, las mujeres y niñas con discapacidad parten desde una perspectiva condicionada por el patriarcado y el capacitismo, apartando o marginando a aquellas personas cuya funcionalidad física, sensorial o cognitiva se considera disfuncional<sup>3</sup>.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [CEDAW] (Recomendación General núm. 31) y el Comité de los Derechos del Niño (Observación general núm. 18) esclarecen las características de las consideradas prácticas nocivas<sup>4</sup>.

Son una negación de la dignidad o integridad de la persona y una violación de los derechos humanos y libertades fundamentales y comportan consecuencias negativas para sus destinatarias como personas o como grupos, incluidos daños físicos, psicológicos, económicos y sociales o violencia y limitaciones a su capacidad para participar plenamente en la sociedad y desarrollar todo su potencial.

Se trata de prácticas tradicionales, emergentes o reemergentes establecidas o mantenidas por unas normas sociales que perpetúan el predominio del sexo masculino y la desigualdad de mujeres y niñas, por razón de género, edad y otros factores interrelacionados. De esta manera, a las mujeres y las niñas se las imponen familiares, miembros de la comunidad o la sociedad en general, con independencia de que la persona preste o pueda prestar su consentimiento pleno, libre e informado.

La Comisión Internacional de los Derechos Humanos (2006) informa sobre los derechos de la salud de mujeres y niñas con discapacidad, que se listan a continuación:

1. Acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones y oportunidades.
2. No vivir discriminación o algún tipo de violencia en los centros de salud, ya sean públicos o privados.
3. Ser beneficiada por el Sistema de Protección Social en Salud, sin importar el origen étnico, condición socioeconómica y cualquier otro tipo de preferencia o ideología personales.
4. Ser atendida en instituciones y centros de salud que cuenten con infraestructura, insumos, medicamentos y personal médico adecuados.

La violencia de género deteriora gravemente la salud, la dignidad, la seguridad y la autonomía de las mujeres con discapacidad que pueden sufrir consecuencias relacionadas con su salud sexual y reproductiva, incluidos embarazos forzados o no deseados, abortos peligrosos, fístulas, ITS, como el VIH, o la propia muerte.

---

<sup>3</sup>Confederación Estatal de Mujeres con Discapacidad. (2020). Estudio para la detección de situaciones de violencia en el ámbito sanitario.

<sup>4</sup>Del Niño, C. D. L. D. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2014). Recomendación General núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta.



---

El *Informe final sobre la situación social y laboral de las mujeres con discapacidad* (CEMUDIS, 2021) refleja una realidad en la que sus derechos fundamentales se ven quebrantados. De hecho, un 30 % de las participantes manifestaron haber vivido algún tipo de violencia, aunque solo el 15,5 % lo denunció.

## 4.2. La magnitud de la violencia de género

La ONU calcula que entre millón y medio y tres millones de mujeres y niñas pierden la vida cada año como consecuencia de la violencia de género y la identifica como la primera causa de muerte de las mujeres entre 18 y 45 años a escala mundial. Así, estima que el 35 % de ellas ha sufrido violencia física o sexual en algún momento de su vida.

En Europa, una de cada diez mujeres declara haber sufrido ciberacoso desde los 15 años, lo que incluye haber recibido correos electrónicos o mensajes SMS no deseados, sexualmente explícitos y ofensivos, o bien, intentos inapropiados y ofensivos en las redes sociales. El mayor riesgo afecta a las mujeres jóvenes de entre 18 y 29 años de edad.

En la Unión Europea, con el objetivo de tomar medidas para la erradicación de la violencia contra las mujeres, la Agencia Europea de Derechos Humanos realizó en 2015 la Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres en Europa. Se realizaron entrevistas y cuestionarios a más de 42 000 mujeres de entre 18 y 74 años pertenecientes a los 28 Estados miembros, una media de 1500 entrevistas por país. Los datos no dejaron lugar a dudas: 13 000 000 de mujeres de la Unión experimentaron violencia física durante los últimos doce meses, previos a la entrevista, es decir, un 7 % del total de mujeres. Así, 3,7 millones experimentaron violencia sexual durante los últimos doce meses, lo que supone un 2 % de las ella. Una de cada veinte mujeres ha sido violada alguna vez durante su vida, lo que supone un 5 % del total.

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019, operación estadística más relevante que se realiza en España sobre violencia contra la mujer e incluida en el Plan Estadístico Nacional, se ha ampliado en esta edición con todos los requerimientos estadísticos del Convenio del Estambul para dar respuesta a varias medidas del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

Las entrevistas se han realizado a una muestra representativa de 9568 mujeres.

En ella, una de cada dos mujeres, el 57,3 % de las residentes en España de 16 o más años declara haber sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres y una de cada cinco, un 19,8 %, la ha sufrido en los últimos 12 meses. El 96,9 % de las mujeres que han sufrido violencia física o violencia sexual de alguna pareja, actual o pasada, manifiestan haber sufrido también algún tipo de violencia psicológica y el 22 % de las mujeres que

---

han sufrido violencia física, sexual, emocional o que han sentido miedo de alguna pareja, actual o pasada, ha denunciado alguna de estas agresiones en la policía o en el juzgado.

La Macroencuesta apunta que la prevalencia de la violencia de género en mujeres con discapacidad es mayor que entre las mujeres sin discapacidad en todos los tipos de violencia analizados.

Las mujeres con grado de discapacidad acreditado han sufrido violencia sexual fuera de la pareja a lo largo de sus vidas, en mayor proporción que las mujeres sin discapacidad acreditada. Más del 40 % ha sufrido violencia de su pareja, frente al 32 % de mujeres que no tiene discapacidad.

También son mayores los porcentajes de familiares que han ejercido violencia física (40,2 %) o sexual (29,3 %) contra las mujeres con discapacidad.

### 4.3. La violencia de género en las mujeres y niñas con discapacidad

Para analizar la situación de las mujeres con discapacidad ante la violencia de género hay que partir del hecho de que todas son víctimas de la desigualdad estructural, ya sea colectiva o individualmente, por el hecho de ser mujeres.

Cuando a esta desigualdad estructural común se unen otros rasgos de discriminación como la discapacidad, la desigualdad se agrava y se manifiesta la discriminación múltiple e interseccional.

Las mujeres y las niñas con discapacidad tienen más probabilidades de ser objeto de discriminación que los hombres y los niños con discapacidad y que las mujeres y las niñas sin discapacidad. El Informe del Parlamento Europeo (14 de octubre de 2013), que tuvo como ponente a Angelika Werthmann, señaló que las mujeres y las niñas con discapacidad tienen más probabilidades de ser víctimas de abusos y agresiones sexuales que las que no la tienen.

En 2016, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad apuntó a un incumplimiento de las obligaciones con respecto a las mujeres y las niñas con discapacidad, al tratarlas, o permitir que se las tratara como «inútiles objetos de piedad, expuestos a la hostilidad y la marginación, en vez de empoderarlas para que puedan disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales».

En las últimas dos décadas se ha ido construyendo una importante arquitectura institucional y normativa que ha permitido dar pasos de gigante hacia una igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres, elaborando y desarrollando leyes para combatir la

---

desigualdad en todos los ámbitos de las esferas social, política, económica y cultural y prevenir su consecuencia más dramática que es la violencia de género. No obstante, y a pesar de la potencia de la Ley Orgánica 3/2007, del 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en el ordenamiento jurídico español faltan referencias a la desigualdad estructural de las mujeres.

La mayor vulnerabilidad de mujeres y niñas con discapacidad ante la violencia de género está ligada, además de a la desigualdad y a la dominación social de los hombres, a la percepción social de la discapacidad. Por tanto, una mujer con discapacidad tropieza con la discriminación y los obstáculos por razón de género, discapacidad y de ambas.

En el campo de las políticas públicas, algunas dirigidas a las mujeres han enmascarado la discapacidad del mismo modo que las enfocadas a la discapacidad han obviado cuestiones de género (Seara, 2021).

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género entiende la violencia contra las mujeres como un signo de desigualdad, una violencia que se dirige sobre ellas por el hecho mismo de serlo. La violencia de género se define como «todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad».

La violencia de género que se ejerce contra las mujeres con discapacidad no es distinta a la violencia ejercida contra las que no la tienen. Sin embargo, el riesgo se eleva y el modo de ejercer esa violencia adopta, en ocasiones, distintas formas.

El art. 3.3 de la Ley señala que «las campañas de información y sensibilización contra esta forma de violencia se realizarán de manera que se garantice el acceso a las mismas de las personas con discapacidad» y el art. 17.1 hace referencia a la garantía de que los derechos se apliquen sobre todas las mujeres víctimas de violencia de género, con independencia de cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

El art. 18. 2, que regula el derecho a la información, señala que

[...] se garantizará (...) que las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género tengan acceso integral a la información sobre sus derechos y sobre los recursos existentes. Esta información deberá ofrecerse en formato accesible y comprensible a las personas con discapacidad, tales como lengua de signos u otras modalidades u opciones de comunicación, incluidos los sistemas alternativos y aumentativos.

Por su parte, respecto a las ayudas sociales, se señala que las cuantías se incrementarán si la víctima tiene reconocida oficialmente una discapacidad. Así lo señala el art. 27.2.

---

El art. 32.4 establece que se considerará la situación de mujeres con riesgo más alto de sufrir violencia de género y cita en los grupos más vulnerables a las mujeres con discapacidad. Finalmente, el enfoque de la discapacidad en los cursos de formación de profesionales queda recogido en el art. 47.

La Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad afirma en su Preámbulo que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor de violencia, lesiones, abuso, abandono, trato negligente, malos tratos o explotación y son objeto de diversas formas de discriminación. Por ello, en el art. 16 se insta a los Estados parte a adoptar todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole, que sean pertinentes para proteger a las mujeres y niñas con discapacidad contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, tanto en el seno del hogar como fuera de él, asegurando formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta sus necesidades específicas.

La Observación núm. 3 de 2016 del Comité de la Convención apunta que

[...] la violencia contra las niñas con discapacidad es más prevalente que la violencia contra los niños con discapacidad o las niñas en general. La violencia contra las niñas con discapacidad comprende el descuido específico de género, la humillación, la ocultación, el abandono y el abuso, incluidos el abuso y la explotación sexuales, que aumentan durante la pubertad. Las niñas con discapacidad corren en particular el riesgo de sufrir violencia por parte de los miembros de la familia y los cuidadores.

El artículo 16.4 de la Convención mandata a los Estados parte a tomar todas 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. Tal recuperación debe tener lugar en un entorno favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas de género y edad.

El estudio *Mujer, discapacidad y violencia de género* (Federación de Mujeres Progresistas [FMP], 2020), elaborado a partir de entrevistas a 155 mujeres con discapacidad, alerta de que estas se sienten discriminadas por su sexo, por su discapacidad y por su aspecto físico y señala que la violencia puede contribuir a la aparición de una discapacidad.

#### **D. Manifestaciones de la violencia de género en mujeres y niñas con discapacidad. Activa y pasiva**

La discriminación contra mujeres y niñas con discapacidad puede adoptar muchas formas: discriminación directa o indirecta, discriminación por asociación, denegación de ajustes

---

razonables, discriminación estructural y sistémica. Independientemente de la forma que tome, el impacto de la discriminación viola los derechos de las mujeres con discapacidad y, como ya se ha señalado, incrementa el riesgo de sufrir violencia de género respecto a las mujeres sin discapacidad. Además de soportar las mismas formas de violencia de género hay otras manifestaciones específicas relacionadas con su situación de discapacidad y factores como la dependencia económica o de cuidados, desempleo, dificultades de acceso a la información o los estereotipos sociales.

La violencia que más se visibiliza es la física, pero es muy importante indicar las otras formas de la violencia de género como la violencia psicológica, sexual o económica y las formas de ejercer la violencia contra las mujeres con discapacidad.

#### Formas de violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad

Dado que no todas las formas de violencia son visibles o fáciles de identificar, es preciso diferenciar entre violencia activa y violencia pasiva.

La **violencia activa** son aquellos actos violentos visibles e identificables de la persona agresora contra una mujer o niña con discapacidad. Por ejemplo, abuso o daño físico, insultos, aislamiento, amenazas, chantaje, agresiones, administración injustificada de fármacos, restricción de la movilidad, acciones que suponen la privación o el control sobre las propiedades y el dinero propio o de toda la familia. Las agresiones, el abuso o la explotación sexual comercial son formas de violencia activa.

La **violencia pasiva** es más sutil y no se identifica con facilidad. Algunos ejemplos son la retirada de cuidados, abandono físico o la negación o privación de aspectos básicos necesarios para el mantenimiento correcto de la salud, la higiene y el aspecto físico. También la retirada de apoyos técnicos para la autonomía personal, rechazos, privación de información, silencios continuados y otros actos que niegan o privan de atención, consideración, afecto y respeto a la mujer con discapacidad.

El aislamiento social de las mujeres y niñas con discapacidad en centros especiales o centros educativos separados, en instituciones residenciales, hospitales y centros de rehabilitación, así como la falta de apoyos y ajustes en la comunicación y la movilidad aumentan su vulnerabilidad ante la violencia de género y los abusos sexuales y contribuyen a la impunidad de los actos de violencia.

Según la Asociación de Mulleres con Discapacidade de Galicia (ACADAR), existen siete tipos de violencia contra las mujeres con discapacidad que pueden ser ejercidos por sus parejas, familiares, amistades, personas cuidadoras o personas profesionales.

---

En la Guía «Violencia contra las mujeres con discapacidad. Ver y reconocer las señales» (ACADAR, 2015)<sup>5</sup> analizan los distintos tipos de violencia y sus indicadores, para conocerlos, detectarlos y abordarlos. Se enumeran y describen a continuación.

## **Tipos de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad**

### **• Violencia física**

Es un acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física, daño o muerte. La violencia física puede ser ejercida por familiares, pareja, amistades, figuras cuidadoras o de apoyo.

Según datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019)<sup>6</sup> una de cada seis mujeres con discapacidad ha vivido violencia física de alguna pareja o expareja a lo largo de su vida<sup>7</sup>.

- \* Violencia física activa: es un acto de fuerza contra el cuerpo de una mujer, con resultado o riesgo de producir una lesión física o daño, ejercida por otra persona.
- \* Violencia física pasiva: es la negación o privación de los aspectos básicos necesarios para el adecuado mantenimiento del organismo en cuanto a salud, higiene o apariencia.

### **• Violencia psicológica**

Toda conducta verbal o no verbal, que provoque en la mujer desprecio o sufrimiento. Junto con la violencia física es una de las más comunes y reconocibles en el imaginario social.

Según el estudio *Mujer, discapacidad y violencia de género*<sup>8</sup> (2020)<sup>9</sup>, el 96,4 % de las encuestadas ha vivido violencia psicológica de control, seguida de quienes han vivido la emocional (81,8 %).

### **• Violencia sexual**

Es la acción de intimidación o invasión no consentida sobre el cuerpo de la mujer con fines sexuales. Cuando no hay una conciencia de la intencionalidad de esa acción se habla de

---

<sup>5</sup>La guía se puede descargar del siguiente enlace: «Violencia contra las mujeres con discapacidad».

<sup>6</sup>Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad (2019). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta\\_2019\\_estudio\\_investigacion.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf)

<sup>7</sup>La muestra de la Macroencuesta es de 556 mujeres con discapacidad igual o superior al 33 %, lo que supone un 5,8 % del total, por lo que, para entender la realidad de mujeres y niñas con discapacidad es necesaria una muestra mucho mayor. De igual manera, que solo se tiene en cuenta la violencia activa ejercida por parejas o exparejas y a la luz de una serie e ítems específicos.

<sup>8</sup>*Mujer, discapacidad y violencia de género*. Ministerio de Igualdad. Federación de Mujeres Progresistas (2020). La muestra de este estudio es de 155 mujeres con discapacidad, por lo que no se puede hacer una inferencia estadística.

<sup>9</sup>La muestra de este estudio es de 155 mujeres con discapacidad por lo que no se puede hacer una inferencia estadística.

---

abuso sexual. La violencia sexual puede ser ejercida tanto por personas del entorno más próximo como del ajeno a la víctima.

La violencia sexual ejercida contra las mujeres y niñas con discapacidad es una de las formas de violencia más invisibles y desconocidas, entre otras razones, porque socialmente se ha visto a estas mujeres y niñas como pasivas, anidadas y dependientes de los cuidados de otras personas. No obstante, todas ellas tienen cuatro veces más riesgo de vivir violencia sexual que el resto de las mujeres.

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (Ministerio de la Igualdad, 2019) señala que un 12,8 % de mujeres con discapacidad ha vivido acoso sexual de un familiar hombre en mayor medida que las mujeres sin discapacidad (6,7 %). Asimismo, las mujeres con discapacidad que vivieron violencia sexual en la infancia (6,3 %) supone casi el doble que las que no tienen discapacidad (3,3 %). El 14,8 % de las mujeres con discapacidad han vivido violencia de una pareja o expareja a lo largo de su vida, en contraposición al 8,9 % de mujeres sin discapacidad.

- **Violencia obstétrica**

Todo acto ejercido por el conjunto de profesionales sanitarios sobre el cuerpo de la mujer durante la atención en el parto, parto y posparto. En ocasiones, esta violencia forma parte de los protocolos de actuación. Se tiene conocimiento de su existencia, gracias a los testimonios de mujeres y también a los datos estadísticos que muestran que España es el primer país en Europa atendiendo a partos instrumentalizados<sup>10</sup> y se encuentra muy por encima de otros países en inducciones<sup>11</sup> y en episiotomías<sup>12</sup>.

Cuando hablamos de mujeres con discapacidad es preciso añadir factores específicos como el trato deshumanizado, actitudes paternalistas ante la manifestación del deseo de una mujer de ser madre, información inaccesible, falta de consultas adaptadas, desconocimiento sobre prácticas médicas, falta de habilidades del personal sanitario, etc.

Cabe señalar que en diciembre de 2020 entró en vigor en España la ley para la erradicación de la esterilización forzada en mujeres con discapacidad<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup>Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. (2018). Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. [https://www.europeristat.com/images/EPHR2015\\_web\\_hyperlinked\\_Euro-Peristat.pdf](https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf)

<sup>11</sup>European Perinatal Health Report. (2011). *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. [https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010\\_w\\_disclaimer.pdf](https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf)

<sup>12</sup>Euro-Peristat Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. (2008). *European Perinatal Health Report*. <https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf>

<sup>13</sup>Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente. (2020). BOE N.º 328 [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-16345](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-16345)

---

- **Violencia económica**

Es el acto de privación, limitación o control abusivo del poder económico de la mujer. Es una violencia difícil de reconocer, ya que no siempre es palpable la privación, limitación o control de la economía de una persona.

Según datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019), las mujeres con discapacidad viven situaciones de violencia económica a manos de una pareja en mayor medida que las mujeres sin discapacidad (18,1 % de las que tienen o han tenido pareja en alguna ocasión con respecto al 11,6 %).

Es ejercida por las personas próximas al entorno familiar como por los poderes públicos.

- **Violencia estructural**

Hace referencia a la obstaculización y olvido del desarrollo de las mujeres y niñas, sobre todo de aquellas que tienen discapacidad, dentro de una sociedad, así como al incumplimiento de la cobertura de las necesidades básicas basado en el diseño no igualitario de las estructuras. Es responsabilidad de los poderes públicos equilibrarlo.

- **Violencia cultural**

Aspectos culturales de la etnia, religión, ideología, lengua u orientación sexual que se emplean para justificar el uso de la violencia o el ejercicio de cualquier conducta discriminatoria.

Estos siete tipos de violencia que se han señalado confluyen diariamente en la vida de las mujeres y niñas con discapacidad y son casi imperceptibles para el resto de las personas, lo que aumenta el riesgo de exclusión social, ya que la vulnerabilidad se ve multiplicada, con menos acceso a la información y a los recursos.



---

## 5. Investigación

### 5.1 Objetivo

Partiendo de la situación de discriminación interseccional a la que se ven sometidas las niñas y mujeres con discapacidad, el objetivo general del estudio es visibilizar y detectar las diferentes situaciones de violencia que viven las mujeres y niñas con discapacidad, en distintos ámbitos de su vida diaria, entornos familiares, institucionales, educativo, laboral, etc., en especial, el sanitario. Para ello, hay que conocer las demandas y reivindicaciones desde la diversidad de las mujeres con discapacidad y, precisamente, este estudio describe los principales resultados obtenidos en la investigación que se realizó desde el 22 de agosto de 2019 hasta el 30 de noviembre de 2021, acerca de la realidad de las mujeres con discapacidad.

### 5.2 Mujeres participantes

En cuanto a la muestra, han sido mujeres con discapacidad de nacionalidad española o no, residentes en cualquiera de las 17 comunidades autónomas y dos ciudades que han participado en el estudio.

Han existido claras diferencias entre mujeres según factores como tipo de hogar, situación familiar, laboral, nivel de ingresos, tipos de discapacidad, etc. Esta heterogeneidad de la muestra ofrece un elemento enriquecedor a la hora de promover un diagnóstico omnicomprendivo de la situación de las mujeres con discapacidad.

Las mujeres con las que se ha trabajado presentaban, fundamentalmente, algún tipo de discapacidad, en función de los distintos grados y porcentajes reconocidos de forma oficial.

En los casos en los que la valoración de la discapacidad no se realizó por alguna causa (proceso de valoración sin concluir, desconocimiento de la información para realizar el trámite, cuidado de un familiar o sin relación de parentesco, porcentaje inferior al 33 %), se optó por trabajar también con estas mujeres, ya que podrían aportar información relevante a la investigación a partir de su experiencia como mujeres con discapacidad no reconocida por otras circunstancias.

**Las horquillas clasificatorias** empleadas han sido, (con base en el Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, del 23 de diciembre:

- 
- ▶ Mujeres con solicitud en proceso de reconocimiento: todos aquellos casos en los que la discapacidad está en proceso de valoración o reclamación.
  - ▶ Clase 3: discapacidad moderada (25 % y 49 %): aunque se les reconoce su discapacidad, el grado de funcionalidad y afectación es media o regular y necesitan apoyo puntual para realizar tareas básicas de la vida diaria.
  - ▶ Clase 4: discapacidad grave (entre el 50 % y el 74 %): necesitan apoyo de tercera persona para realizar las tareas básicas de la vida diaria.
  - ▶ Clase 5: discapacidad muy grave (más del 75 %). Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria, y necesitan el apoyo de una tercera persona.

Pese a esta gradación, hay algunos porcentajes concretos como el 33 % y el 65 % que se usan para establecer beneficios que representan, sociales y fiscales, pero también económicos, según aumenta el porcentaje.

### 5.3 Metodología y técnicas

La metodología empleada ha sido de tipo cuantitativo utilizando instrumentos de recogida de información por medio de una encuesta online para detectar situaciones de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad.

En segundo lugar, con cuestionarios al personal sanitario de distintos centros sanitarios de las Comunidades Autónomas de Galicia, Cataluña y Navarra.

Por último, la evaluación, mediante la aplicación de una matriz de indicadores de accesibilidad en centros de salud, hospitales y consultorios de las tres comunidades autónomas con el objetivo de extraer información que suponga un acercamiento tanto desde el punto de vista de las mujeres, autodiagnóstico, como a nivel interno, contexto social, personal sanitario e infraestructuras accesibles y conocer con mayor profundidad de qué manera viven y qué estrategias ponen en práctica en su vida cotidiana en diferentes contextos o escenarios sociales.

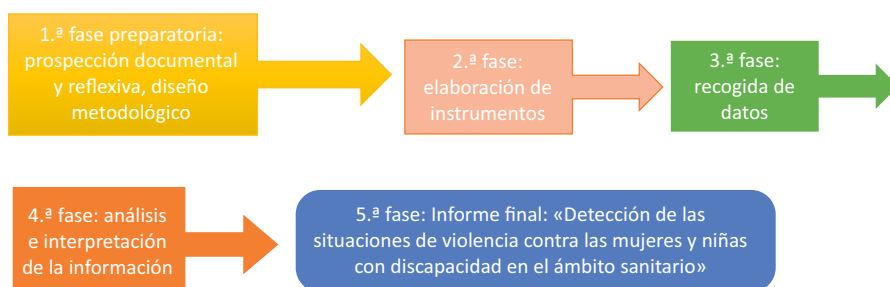
La aplicación de la técnica de encuesta aporta una gran versatilidad al poder utilizarse en cualquier campo, sean actitudes, opiniones, hábitos... (García-Ferrando, 1986) y, prácticamente con cualquier grupo humano, en nuestro caso, mujeres y niñas con discapacidad, lo que, en palabras de Manzano, Rojas y Fernández (1996, p. 20) hace de ellas «un verdadero todoterreno».

---

Junto a la técnica de encuesta, el uso de fuentes de información secundaria ayudó a conocer con mayor profundidad la realidad de las mujeres con discapacidad atendiendo a diferentes ejes temáticos, entre ellos:

- Accesibilidad
- Violencia de género
- Derechos sexuales y reproductivos
- Situaciones de discriminación
- Satisfacción en la atención de los servicios sanitarios

El marco temporal de desarrollo de la investigación ha sido del 22 de agosto de 2019 al 30 de noviembre de 2021 y ha comprendido las siguientes fases:



**Figura 1.** Proceso de investigación

**1.ª fase preparatoria:** para la prospección documental y análisis reflexivo de las fuentes secundarias, así como para el diseño metodológico de los instrumentos de recogida de información. Se hizo una exploración de distintos estudios, investigaciones, informes, encuestas, artículos, normativas, etc., sobre discapacidad, género y discapacidad, violencia de género, y violencias de género y discapacidad, salud, salud y discapacidad, etc.

**2.ª Fase de elaboración de instrumentos:** ha permitido tener un soporte teórico para la construcción de la investigación. Además, el análisis de todas las fuentes secundarias ha proporcionado el conocimiento del marco de referencia y estadístico en igualdad de género, discapacidad y violencias de género en los contextos internacional, nacional y autonómico. Ha servido para la construcción de los instrumentos de recogida de información.

---

Se desarrollaron las siguientes técnicas e instrumentos:

### **Encuesta a mujeres con discapacidad<sup>14</sup>**

Encuesta *online* que recogió información sobre las violencias que viven las mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito sanitario atendiendo a diferentes ejes temáticos: accesibilidad, violencia, derechos sexuales y reproductivos, situaciones de discriminación, satisfacción en la atención de los servicios sanitarios, etc.

## **5.4 Ejes temáticos**

Teniendo como marco de referencia la hipótesis general, se ha seleccionado una serie de ejes temáticos en función de los cuales se recopiló información relevante mediante cuestionarios y entrevistas, además de contenido teórico sobre los distintos escenarios de estudio, con el objetivo de confrontar las premisas de las que se parten con los resultados que se recogen de la opinión y demandas de las mujeres que han participado en el estudio.

Los ejes temáticos elegidos son:

- **Accesibilidad a espacios privado y público**
  - ◆ Las mujeres con discapacidad encuentran especiales dificultades en materia de accesibilidad, no solo por la manera como se construyen los espacios, a partir de un modelo estándar de cuerpo humano, sino por los usos distintos que se les dan. En este apartado se tratará no solo desde el punto de vista del espacio privado, sino la accesibilidad al ámbito sanitario, para detectar e identificar las demandas y debilidades a las que se enfrentan en los espacios públicos.
- **Educación y formación**
  - ◆ A pesar de contar con un modelo educativo basado en principios y valores de coeducación, todavía existe un lastre importante al mantenerse vigentes en este ámbito estereotipos sobre la discapacidad y las mujeres con discapacidad. La capacitación de las mujeres con discapacidad sigue estando mediada por la discriminación y las limitaciones a las posibilidades de una auténtica autonomía social, que les permita identificarse como mujeres no dependientes de familiares, pareja o personas sin relación familiar y se las deje tomar sus propias decisiones en los distintos contextos sociales.
- **Empleo**
  - ◆ La participación de las mujeres con discapacidad en el mercado laboral es, sin duda, un factor de violencia activa, abuso económico, que afecta su autoconcepto.

---

<sup>14</sup>La encuesta se realizó a través de la plataforma SurveyMonkey, que permite monitorear, gestionar y enviar encuestas por medio de diferentes dispositivos (computadora, tableta y teléfono).

- 
- ◆ El trabajo es un factor general que determina la vida de las personas y las mujeres con discapacidad no siempre tienen un trabajo ni unos ingresos económicos y, en ocasiones, no pueden gestionarlos con libertad. Esto se manifiesta en una situación de dependencia económica, cuando no, de pobreza generalizada.

➤ Salud

- ◆ Las mujeres con discapacidad suelen recibir diagnósticos médicos centrados exclusivamente en su discapacidad, sin atender a otras causas.
- ◆ El acceso a servicios de planificación familiar o ginecológicos son dos espacios llenos de obstáculos para las mujeres con discapacidad, ya que para muchas de ellas acudir a consulta supone ser juzgadas por su condición, lo que implica no participar en el uso y frecuencia de las consultas médicas por ese prejuicio médico y solo acudir a los servicios en caso de padecer un problema concreto o en estado de embarazo. Por último, el acceso a los espacios sanitarios está lleno de barreras arquitectónicas.
- ◆ Dolencias que generalmente se vinculan a las mujeres, muchas de ellas invalidantes, como la osteoporosis provocada por la menopausia, el cáncer de útero o mama, fibromialgia, etc. no tienen el tratamiento debido si la mujer tiene una discapacidad asociada, debido a la tendencia generalizada a atribuir de manera sistemática cualquier dolencia a la discapacidad. De esta manera, muchas mujeres con discapacidad se sienten discriminadas en cuanto a la atención y tratamiento necesario en el contexto sanitario.

➤ Sexualidad

- ◆ Los datos extraídos de la encuesta muestran resultados sobre la demanda exclusivamente a los servicios sanitarios relacionados con la salud sexual y reproductiva. La satisfacción con los servicios, con una información más accesible, los tabúes en torno a la sexualidad y la dificultad de acceso, en muchos casos con barreras arquitectónicas, impiden que la sexualidad de las mujeres con discapacidad sea un apartado dentro de sus vidas invisibilizado y no normalizado. Por tanto, una de las hipótesis de trabajo será comprobar si estas mujeres siguen siendo consideradas como seres asexuados y además desinformadas.

➤ Vida en pareja

- ◆ Las mujeres con discapacidad les suele ser más difícil formar una familia o tener pareja. Esta etiqueta social de seres asexuados les impone unas limitaciones desde la infancia haciéndose permanentemente latente en la construcción de una imagen

---

social a edades adultas, que contribuyen a una devaluada autopercepción de mujer no deseada y con pocas posibilidades de alcanzar la maternidad.

► Derechos reproductivos y maternidad

- ◆ El hecho de que se haya institucionalizado un modelo único de feminidad vinculado a la maternidad socialmente ha hecho que las mujeres con discapacidad que no pueden ser madres vean su identidad de mujer como incompleta.
- ◆ En cuanto a los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad se ha de garantizar su pleno derecho en el sentido de decidir sobre su sexualidad, maternidad, técnicas de reproducción y cualquier otro aspecto que pueda afectar su salud reproductiva con todas las garantías.
- ◆ Sin embargo, y así se quiere comprobar, no todos los centros de salud, consultorios y hospitales, en el tema de la planificación familiar, tienen en cuenta las mínimas normas de accesibilidad o si disponen de información en formatos accesibles, además de personal especializado en la materia.
- ◆ Para confirmar o rechazar esta hipótesis de trabajo se utilizará la información recabada con las encuestas a mujeres con discapacidad y las entrevistas realizadas, junto con la matriz de indicadores de accesibilidad, al personal sanitario de centros sanitarios de Galicia, Navarra y Cataluña.

► Violencia de género:

- ◆ La discriminación por el hecho de ser mujeres y de ser mujeres con discapacidad las expone a una mayor vulnerabilidad. A ello se le suma, y así se pretende visibilizar con el análisis de los ejes temáticos anteriores, la elevada dependencia económica, la dificultad para encontrar empleos y, por tanto, mayor probabilidad de exclusión social o depender de los cuidados de terceras personas, hacen que las mujeres con discapacidad se encuentran más expuestas a experimentar violencia física o psicológica en el seno de la familia, la pareja o expareja, en centros residenciales, en hospitales, centros de salud, consultorios, etc. Situaciones que se quiere comprobar si se dan solo entre mujeres con discapacidad grave, muy grave o con otro tipo, pues la discapacidad, sea la que sea, resulta evidente, establece un plus de sometimiento.

### **Entrevistas con personal sanitario**

En este sentido, el modelo de entrevista diseñada al efecto, para el personal sanitario, consta de dos tipologías de preguntas.

- 
- ✓ Un primer bloque que se compone de preguntas cerradas que permite la recogida de información de carácter cuantitativo, para su uso estadístico.
  - ✓ Un último bloque, que corresponde a preguntas más abiertas, que siendo aplicables a su uso estadístico aportan datos cualitativos, que abren también un espacio para matizaciones y aportes que enriquecen la información.

La valiosa colaboración de los y las profesionales sanitarios ha sido imprescindible para trabajar en la identificación de indicadores específicos de accesibilidad en centros de salud, hospitales y consultorios para una detección precoz, identificación de las necesidades y evaluación en cuanto al uso de infraestructuras y recursos en el ámbito sanitario, que puedan requerir las mujeres y niñas con discapacidad, de cara a la mejora continua y de la calidad en la prestación de los servicios sanitarios.

#### Análisis de accesibilidad

El trabajo de campo fue realizado por personal de CEMUDIS de las comunidades autónomas de Navarra, Galicia y Cataluña y en centros de salud, hospitales, consultorios y otros que se consideraron adecuados.

Se midieron y analizaron:

- Transporte público.
- Plazas de aparcamiento accesibles.
- Rampas de acceso al centro, servicio urgencias o consultorio.
- Colocación de barandillas.
- Puertas de acceso abatibles.
- Ascensor accesible.
- Ayudas técnicas disponibles: sillas de ruedas suficientes para no tener que esperar, bastones.
- Acompañantes con conocimientos de lengua de signos.
- Sistemas de llamada accesibles para personas con discapacidad auditiva.
- Mostradores con altura accesible.
- Paneles informativos de orientación y señalética.
- Información accesible, braille.

- 
- Díptico informativo de lectura fácil para personas con dificultades lectoras, y sordas.
  - Máquinas de citas con altura accesible.
  - En los WC:
    - Anchura de puertas de los WC
    - Lavabos de fácil acceso para usuarios sillas de ruedas.
    - Agua caliente con temporizador.
    - Inodoro adaptado.
    - Señalización en sistema braille.
    - Altura de secadores de manos y jaboneros.
    - Barras abatibles para fácil transferencia.
  - En las consultas
    - Servicio de interpretación de lengua de signos.
    - Camillas accesibles.
    - Potro de exploración ginecológica.
    - Pictogramas e información de fácil lectura de acceso a consultas.
    - El personal sanitario dispone de mascarillas transparentes.

Este análisis tan detallado sumado a los datos aportados por los y las profesionales sanitarios es fundamental para identificar los indicadores de accesibilidad en centros de salud, hospitales y consultorios, y para una detección e identificación de las necesidades de las mujeres con discapacidad en centros sanitarios.

**3.ª Fase de recogida de datos:** la investigación se desarrolló desde el 22 de agosto de 2019 hasta el 30 de noviembre de 2021, acerca de la realidad de las mujeres con discapacidad.

Las encuestas se realizaron en las comunidades autónomas de Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha y la Comunidad de Madrid, Aragón, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia, Comunidad Foral de Navarra, La Rioja, País Vasco, Canarias, Cataluña, Extremadura, Islas Baleares y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

**4.ª Fase de análisis e interpretación de la información:** la información obtenida se analizó e interpretó con el programa estadístico SPSS.

**5.ª Fase final:** resultados de la investigación.



---

## Universo y muestra

El estudio, de carácter descriptivo, se hizo mediante una encuesta *online* que ha tenido en cuenta cuotas de edad, género, discapacidad y lugar de residencia.

Además, en esta investigación se utilizó el método de muestreo no probabilístico en el cual, de acuerdo con Pineda, Alvarado y Canales (1994): «Se toman los casos o unidades que estén disponibles en un momento dado» (p. 119), seleccionando de manera arbitraria los/as sujetos en función de los objetivos de investigación.

Uno de los inconvenientes de una muestra no probabilística es que no todos/as los/as sujetos tienen las mismas probabilidades de ser escogidos/as y de ahí que se decidió incluir, como criterio de selección, a mujeres y niñas con discapacidad mayores de 18 años y que desearan participar en la encuesta y, además mujeres con discapacidad en proceso de obtenerla o que tienen una discapacidad inferior al 33 %.

Así, la muestra de mujeres con discapacidad quedó conformada por un universo de mujeres con discapacidad, sin establecer previamente un número específico, de 18 a 65 años, que decidieron participar en el estudio.

## Objetivo general

Detectar si las mujeres y niñas con discapacidad se encuentran sometidas a un proceso de discriminación a causa de la confluencia de la construcción de la discapacidad sobre un modelo no inclusivo, desinformado, poco accesible, empapado de violencia institucional e intrafamiliar, que les impide desarrollarse en los distintos ámbitos de la vida en especial, en el sanitario.

A continuación, se presentan los principales aspectos metodológicos del estudio.

## Estudio cuantitativo

El universo de estudio lo forman 1233<sup>15</sup> mujeres mayores de 18 años. Se obtuvo una muestra representativa de mujeres con discapacidad según nivel provincial de 1080 encuestas.

## Ficha técnica del estudio: Diseño del estudio

Estudio descriptivo mediante encuesta online.

---

<sup>15</sup>La muestra presenta muchos *missing values* en la mayoría de las variables, por lo que se ha decidido excluir a muchas de ellas del fichero de datos (salvo que el interés del análisis lo requiera). Igualmente, si de alguna variable se obtiene escasa información (debido a un elevado porcentaje de *missing*), también se optará por su exclusión para el resto de los análisis.

---

### **Metodología**

Se ha realizado una encuesta estructurada mediante el sistema SurveyMonkey (entrevistas online con soporte informático), indagando en la realidad social de las violencias a las que se enfrentan las mujeres con discapacidad en el ámbito sanitario.

### **Universo**

Mujeres con discapacidad de 18 a 65 años

### **Ámbito**

Nacional

### **Tipo de muestreo**

Muestreo no probabilístico

### **Tamaño muestra**

1080

### **Error muestral y fiabilidad**

Error muestral máximo de +- 1,05 %, con un nivel de confianza del 95 % y considerando una proporción esperada del 50 % ( $p=0,5$  y  $q=0,5$ ), ante el desconocimiento de la varianza poblacional.

### **Fecha**

Del 22 de agosto de 2019 al 30 noviembre de 2021

### **Controles**

Formación sobre el cuestionario al equipo de profesionales encargados de difundir las encuestas.

Supervisión y control de las entrevistas **online**.

---

## 6. Análisis de resultados: una aproximación cuantitativa

Para el desarrollo del estudio se contó con una población total de 1233 mujeres y se trabajó con una muestra de 1080 mujeres con diferentes perfiles y comunidades autónomas y con edades comprendidas entre 18 y 65 años.

Se les realizó una encuesta sobre la identificación y descripción de las barreras específicas de las mujeres y niñas con discapacidad de carácter general en distintos ámbitos de su realidad social y de las barreras específicas de mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito sanitario y en los entornos sanitarios.

El análisis de los resultados hace referencia a las dinámicas que la discriminación y la violencia de género tienen cuando convergen e interseccionan con situaciones de discapacidad.

Los datos que aquí se presentan resultan de gran interés. La violencia contra las mujeres con discapacidad, la discriminación y la opresión a la que se ven sometidas es estructural y se presenta de muchas formas y en todos los contextos sociales y económicos de sus vidas.

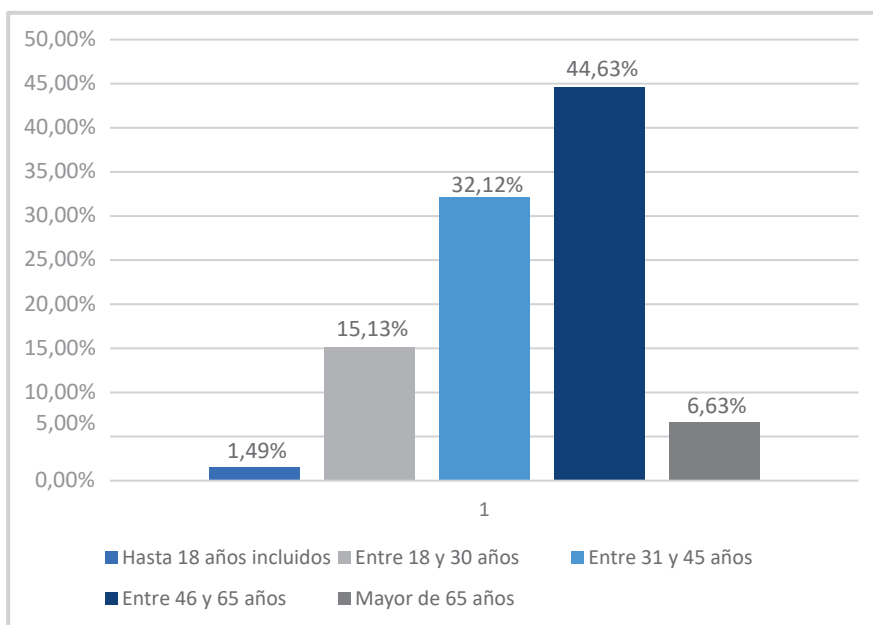
### 6.1 Perfil general

#### Descripción sociodemográfica de las mujeres en la investigación

En esta parte de la investigación analizamos los datos sociodemográficos de la muestra de la encuesta realizada a un total de 1218 mujeres de diferentes comunidades autónomas y con edades comprendidas entre 18 y 65 años.

Los datos relativos a cada una de ellas se recogen de forma pormenorizada en las siguientes tablas y se analizan en los siguientes párrafos y figuras.

La composición de la muestra está dominada por mujeres con edades comprendidas entre 46 y 65 años (44,63 %), seguida por mujeres que se agrupan en el intervalo de edad de 31 a 45 años (32,12 %), con un 15,13 % de mujeres de 18 a 30 años y, por último, mujeres mayores de 65 años (6,63 %) y hasta 18 años incluidos (1,49 %) (figura 2).

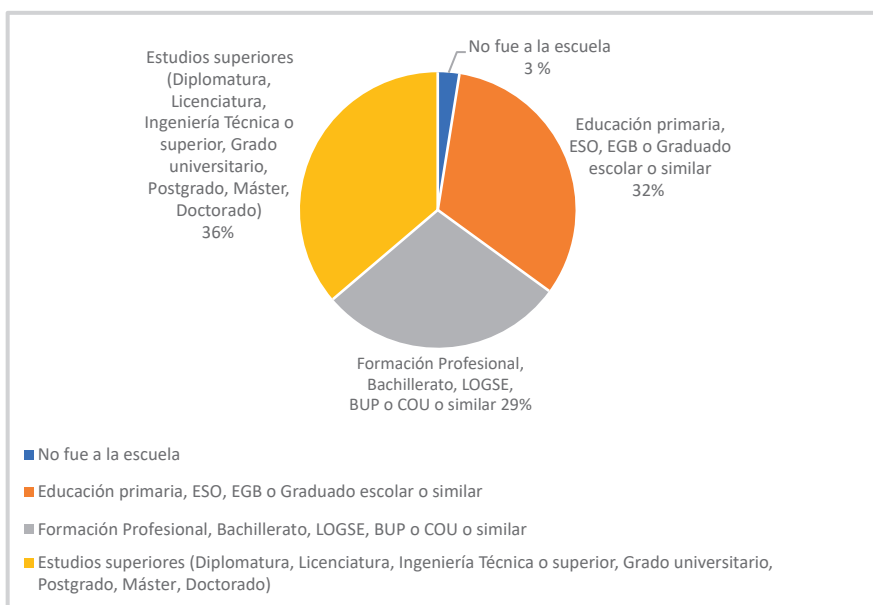


**Figura 2.** Datos sociodemográficos: edad  
Base: 1080

En cuanto al nivel de estudios (figura 3), se puede observar que las mujeres con estudios superiores (diplomatura, licenciatura, ingeniería técnica o superior, grado universitario, postgrado, máster) son, sin duda, las que acumulan un mayor porcentaje de la muestra con un 36 %. Este hecho resulta llamativo, al compararse con los valores obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020) (figura 3.1) en los que el 20,9 % de mujeres con discapacidad alcanzan este nivel. Esta diferencia de 15 % puede asociarse, en algunos casos, con su discapacidad, que influye tanto en la dedicación como en el desempeño.

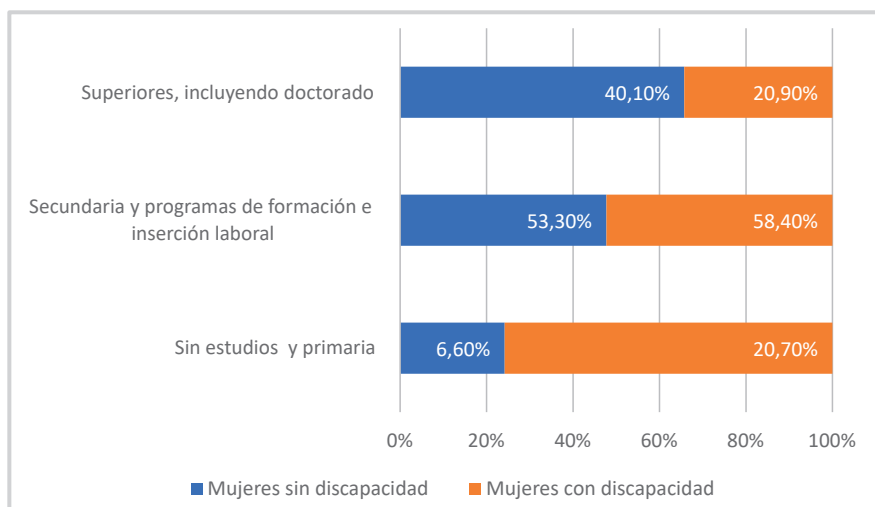
El 32 % de las mujeres que tienen un nivel educativo de estudios primarios (ESO, EGB o graduado escolar) si se compara con los datos recogidos por el INE (2020) sobre el nivel de formación de la población de mujeres adultas con estudios de primera etapa de educación secundaria e inferior, se diferencia de la media nacional con un total de un 53,3 % con respecto a un 58,4 % de las mujeres con discapacidad.

Por otro lado, las mujeres con formación profesional, bachillerato, LOGSE, BUP o COU o similar se encuentra en un 29 % y las mujeres que no fueron a la escuela se encuentra en 3 % (figura 3).



**Figura 3. Datos sociodemográficos. Nivel de estudios**  
Base: 1080

Estableciendo una comparativa con las mujeres sin discapacidad vemos que:

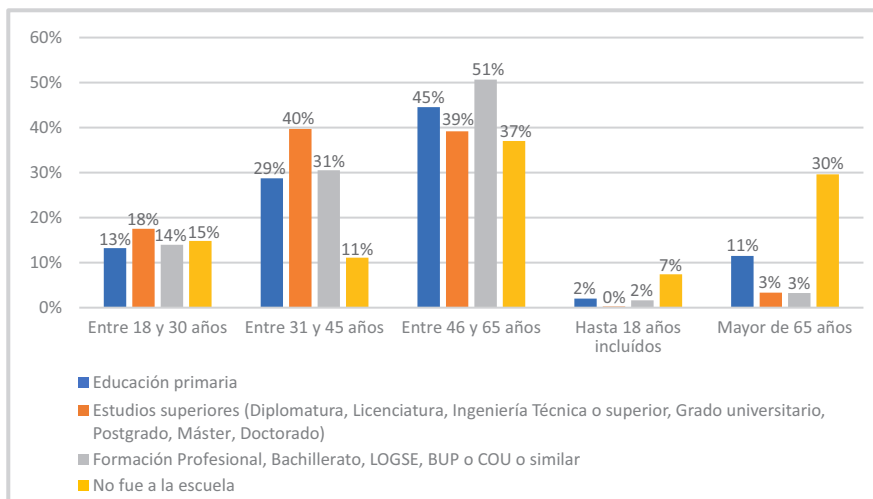


**Figura 3.1. Mujeres con y sin discapacidad por nivel de estudios y sexo**  
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020<sup>16</sup>.

<sup>16</sup>1) Son las personas con un grado de discapacidad superior o igual al 33 % y asimiladas según el RD Legislativo 1/2013.

2) Los resultados de celdas cuyo valor sea inferior a 5,0 (5000 personas u hogares) deben tomarse con precaución, porque pueden estar afectados por grandes errores de muestreo.

La muestra destaca que el 40 % de las mujeres, entre 31 y 45 años, cuenta con estudios superiores. El 45 %, entre 46 y 65 años, tienen estudios primarios. El porcentaje de mujeres que no fue a la escuela se da entre las que tienen entre 46 y 65 años con un 37 % y las mayores de 65 años con un 30 % (figura 4).

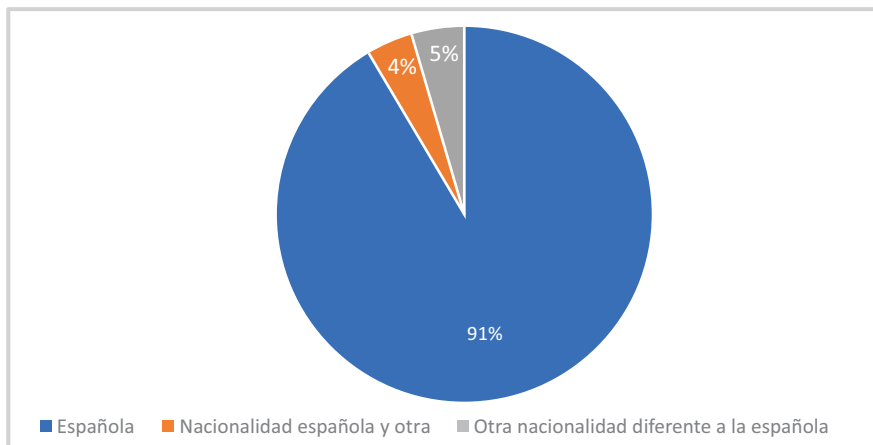


**Figura 4. Edad y nivel de estudios**

Base: 1071

El 91 % de las mujeres con discapacidad que participó en esta investigación es española. Un 4 % tiene, además de nacionalidad española, otra nacionalidad y el 5 % restante tiene nacionalidad distinta a la española.

Hemos creído pertinente agruparlas de esta manera, pues su procedencia foránea no es determinante de cara a la influencia de la violencia de género (figura 5).



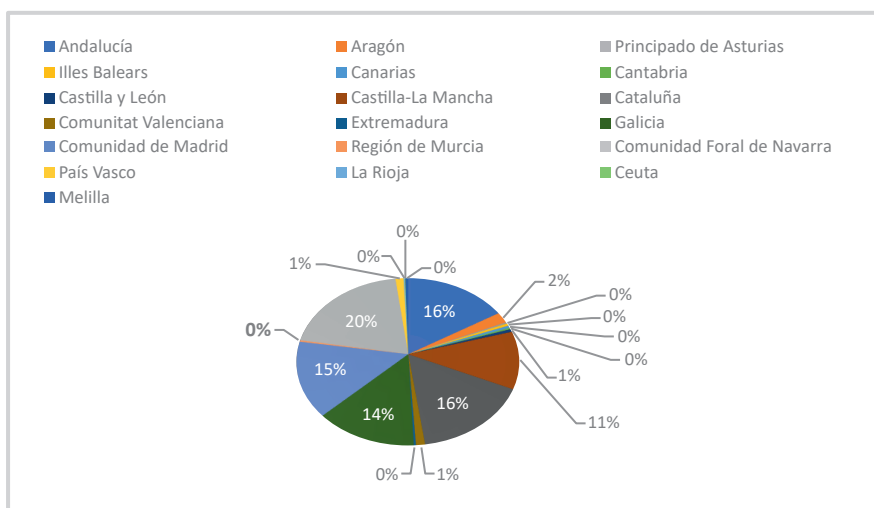
**Figura 5. Datos sociodemográficos. Nacionalidad**

Base: 1080

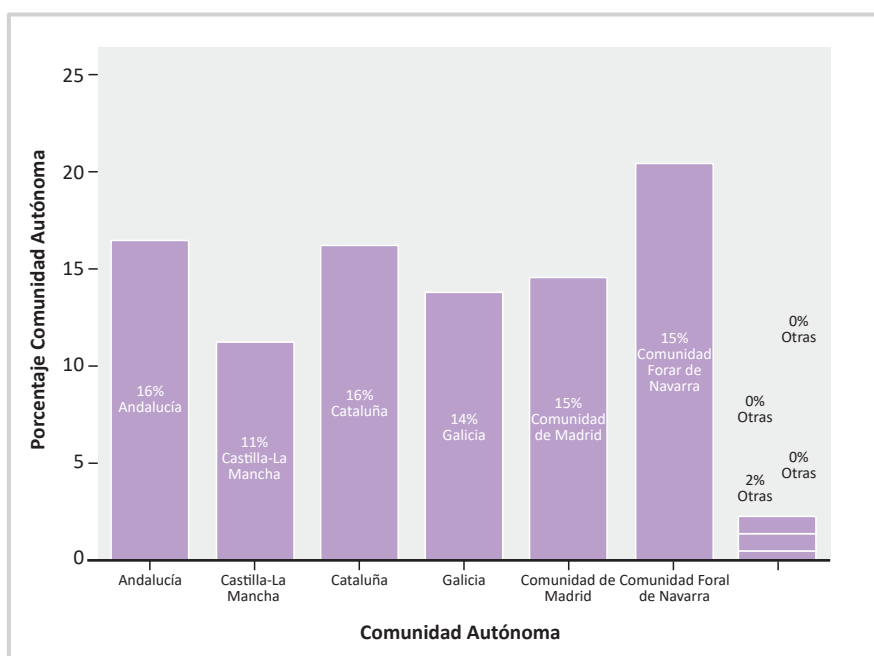
El universo poblacional se distribuye entre la Comunidad Foral de Navarra con un 20 % de las participantes, seguida de Andalucía y Cataluña con un 16 %, Madrid con un 15 %, Galicia con un 14 % y Castilla-La Mancha con un 11 %. El resto de las participantes se distribuyen entre las comunidades de Canarias, Cantabria, Castilla y León, Islas Baleares, Ceuta y Melilla, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia, Aragón, País Vasco y La Rioja (figura 6).

	Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Andalucía	177	14,4	16,4	16,4
	Aragón	23	1,9	2,1	18,5
	Principado de Asturias	3	2	3	18,8
	Illes Balears	5	4	5	19,3
	Canarias	5	4	5	19,7
	Cantabria	3	2	3	20,0
	Castilla y León	6	5	6	20,6
	Castilla-La Mancha	120	9,7	11,1	31,7
	Cataluña	174	14,1	16,1	47,8
	Comunitat Valenciana	13	1,1	1,2	49,0
	Extremadura	3	2	3	49,3
	Galicia	147	11,9	13,6	62,9
	Comunidad de Madrid	157	12,7	14,5	77,4
	Región de Murcia	3	2	3	77,7
	Comunidad Foral de Navarra	219	17,8	20,3	98,0
	País Vasco	14	1,1	1,3	99,3
	La Rioja	2	2	2	99,4
	Ceuta	1	1	1	99,5
	Melilla	5	4	5	100,0
	Total	1080	87,6	100,0	
Perdidos	Sistema	153	12,4		
<b>Total</b>		1233	100,0		

**Tabla 1.** Comunidad Autónoma  
Base: 1080



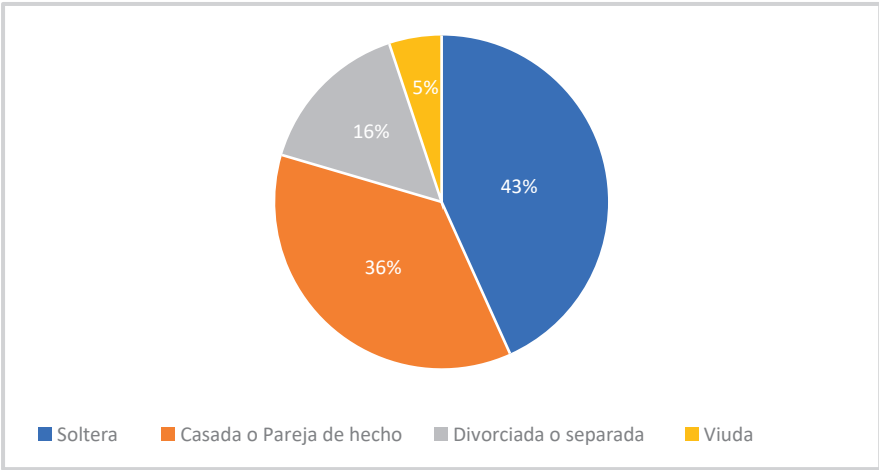
**Figura 6. Comunidad Autónoma**  
Base: 1080



La categoría «otras» se refiere a otras CCAA.

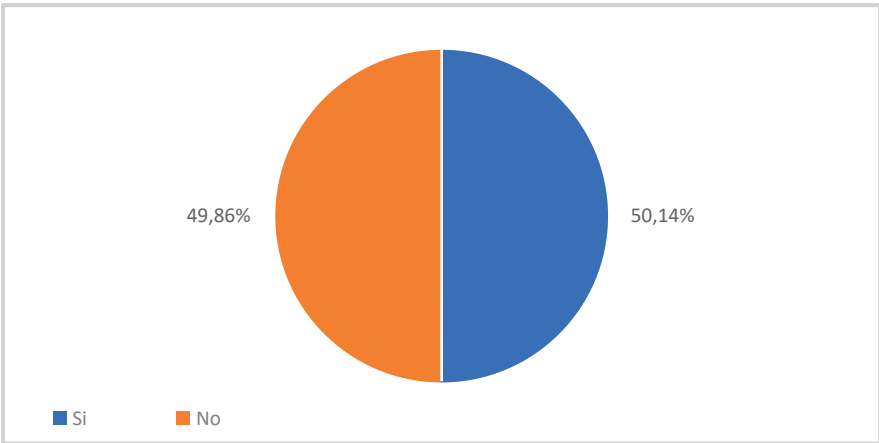


El estado civil de las encuestadas es muy diverso, ya que el 43 % de estas mujeres son solteras, en muchas ocasiones quedan después de haber vivido una relación violenta con sus exparejas (como veremos más adelante en el apartado de violencia sobre las mujeres y niñas con discapacidad) (figura 7).



**Figura 7.** Datos sociodemográficos. Estado civil  
Base: 1080

El 50,14 % de estas mujeres tienen hijas o hijos. Esta circunstancia determina, como ha podido verse, no solo una necesidad de cuidados que debe cubrirse, sino también una influencia a la hora de tomar decisiones en relación con la continuidad o abandono de la relación de maltrato (figura 8).

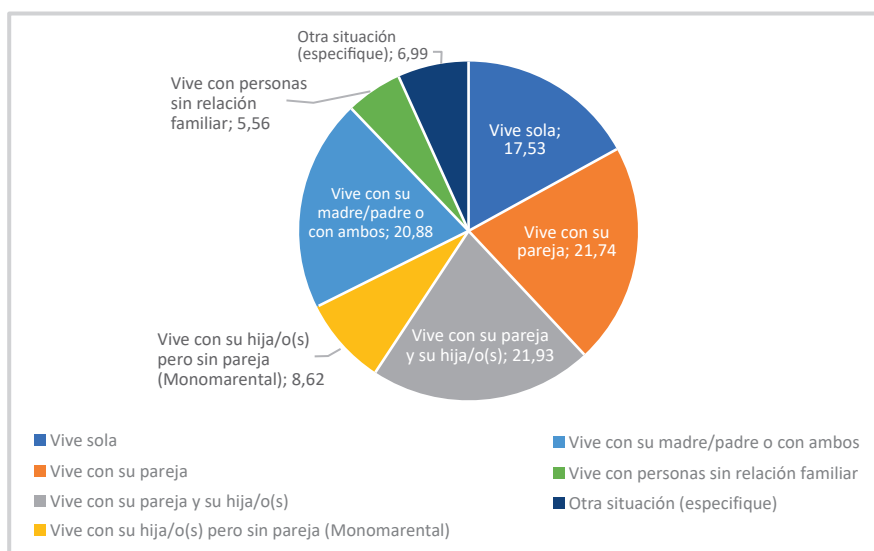


**Figura 8.** Datos sociodemográficos. Hijos/as  
Base: 1080

El 21,93 % de las mujeres entrevistadas vive con su pareja y su hijo o hija, el 21,74 % vive con su pareja y el 20,88 % vive con su padre/madre o con ambos.

Por otro lado, el 17,53 % de ellas constituye un núcleo familiar independiente, vive sola y el 8,62 % como familia monomarental.

En el contexto de la unidad de convivencia, la violencia estructural azota de forma diferente y con mayor intensidad a aquellas mujeres que no pueden vivir en forma de núcleo familiar independiente, porcentaje que alcanza el 12,55 % (figura 9).



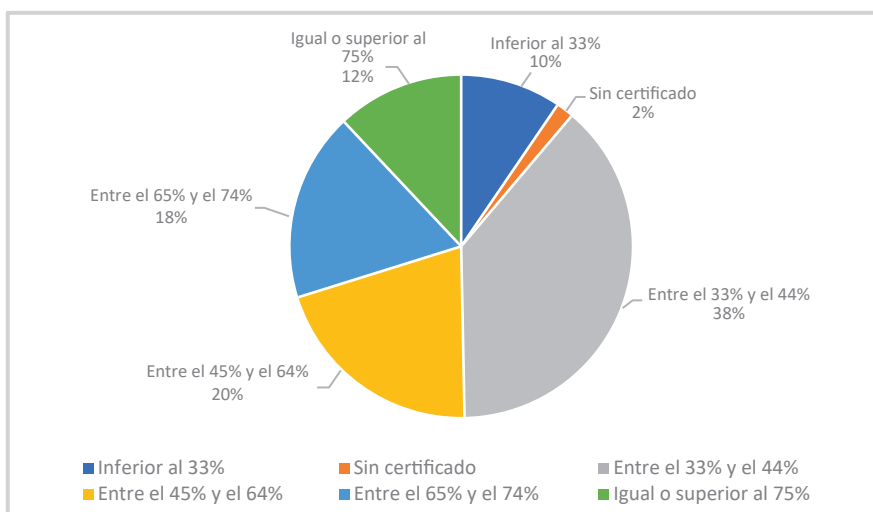
Base: 1080

**Figura 9. Datos sociodemográficos. Tipo de hogar**

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la severidad de la discapacidad en la muestra:

- El 38 % manifiesta tener un grado entre el 33 % y el 44 %.
- El 20 %, entre el 45 % y el 64 %.
- El 18 %, entre el 65 % y el 74 %.
- El 10 % tiene una discapacidad inferior al 33 % (figura 10).



Base: 1080

**Figura 10. Datos sociodemográficos. Grado de discapacidad**

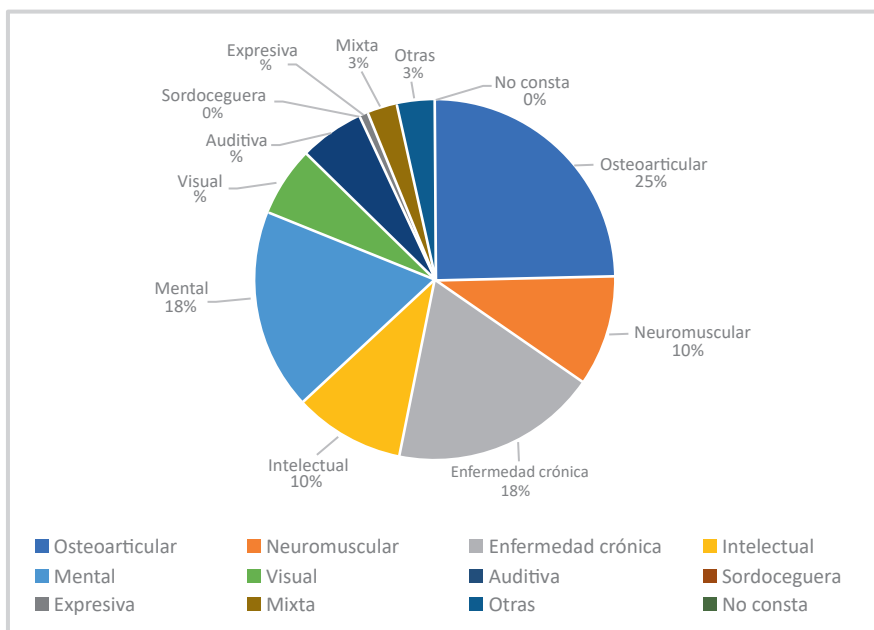
Tipo de discapacidad	Definición	Manifestación
Física	Falta, deterioro o alteración funcional de una o más partes del cuerpo, que provoca inmovilidad o disminución de la movilidad.	Dificultades en la realización de movimientos o en la manipulación de objetos, que les pueden afectar a otras áreas como el lenguaje.
Orgánica	Producida por la pérdida de funcionalidad corporal. Congénita o adquirida. Relacionada con órganos internos o procesos biológicos.	Es el caso de enfermedades renales (riñón), hepáticas (hígado) cardiopatías (corazón), fibrosis quística (pulmones), enfermedad de Crohn y enfermedades metabólicas (aparato digestivo); linfedema (sistema linfático), hemofilia (coagulación de la sangre), lupus (sistema inmune); y cefaleas, migrañas, Alzheimer, párkinson, trastornos del sueño, fibromialgia o síndrome de fatiga crónica (sistema nervioso central).
Sensorial	Afecta a uno o varios sentidos	Auditiva (sordera parcial o total), visual (visión disminuida, ceguera) o cualquier afectación en otro sentido.
Intelectual	Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa	Habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas.
Psíquica o mental	Alteraciones o deficiencias en las funciones mentales	Pensar, sentir y relacionarse

Fuente: adaptado de «Estudio social sobre la situación de las mujeres con discapacidad en España», CEMUDIS, 2020.

Como ya se ha señalado, y según datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2008<sup>17</sup>, más de tres millones y medio de personas tienen una discapacidad. De ellas, un 60 % son mujeres. Si bien hasta los 44 años, el porcentaje de hombres con discapacidad es algo mayor, a partir de los 45 años se incrementa el número de mujeres y aumenta el porcentaje al mismo tiempo que la edad.

Un hecho que se mantiene en casi todos los tipos de discapacidad, tal y como se observa en el último informe del IMSERSO (2019), sobre este tema, es que la prevalencia de la discapacidad en mujeres es mayor que en los hombres.

Las figuras 8 y 9 indican cómo se distribuye el número de hombres y el número de mujeres con discapacidad, reconocida igual o superior al 33 %, según la tipología de la discapacidad que tengan (figuras 11 y 12).

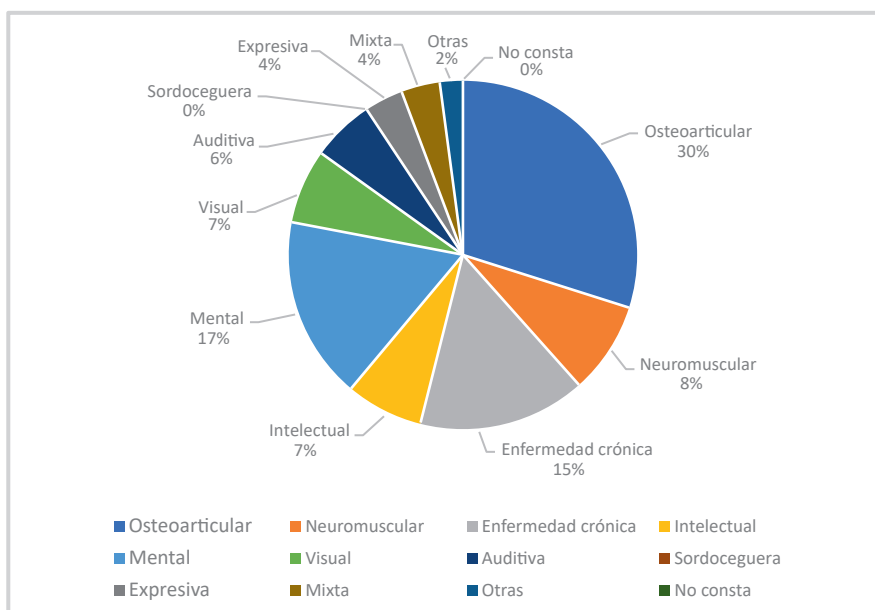


**Figura 11.** Número de hombres con discapacidad reconocida igual o superior al 33 %, según tipo de discapacidad

Base: 3 257 058 / El porcentaje de los datos se calcula sobre el total entre hombres/mujeres y tipo de discapacidad.

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos estatal de personas con valoraciones del grado de discapacidad IMSERSO (2019).

<sup>17</sup>La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2008 se actualizará en 2022.



**Figura 12.** Número de mujeres con discapacidad reconocida igual o superior al 33 %, según tipo de discapacidad

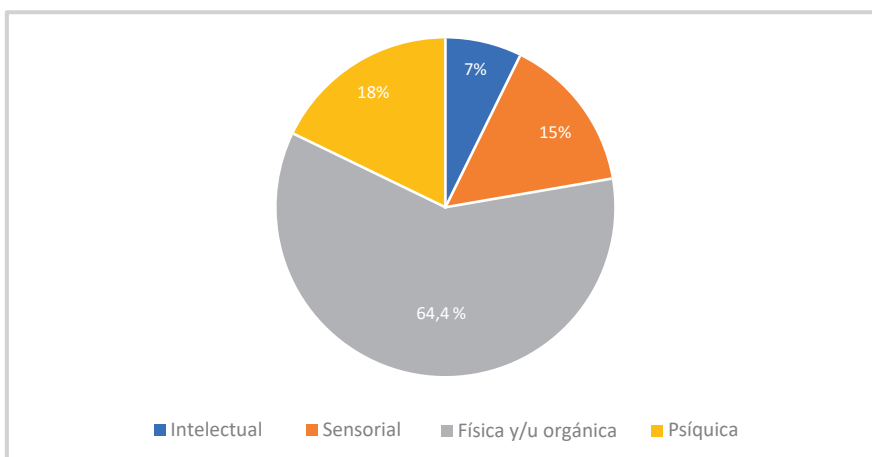
Base: 3.257.058 / porcentaje de los datos se calcula sobre el total entre hombres/ mujeres y tipo de discapacidad.

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos estatal de personas con valoraciones del grado de discapacidad IMSERSO (2019).

Teniendo como referencia la base de datos estatal de personas con discapacidad, si se realiza una comparativa sobre la valoración del grado de discapacidad del IMSERSO (2019) con los datos obtenidos en este estudio se observa que la prevalencia de la discapacidad en mujeres, en cuanto al tipo de discapacidad, es la física u orgánica (64,4 %), por lo demás, es el tipo de discapacidad más frecuente (al igual que en los datos del IMSERSO (2019) a la discapacidad física manifestada en la enfermedad osteoarticular (30 %), le siguen la sensorial (15 %), psíquica (18 %) y, por último, la intelectual (7 %) (figura 13).

Cabe decir que sobre las discapacidades física y orgánica, COCEMFE (s. f.), advierte en su página web que:

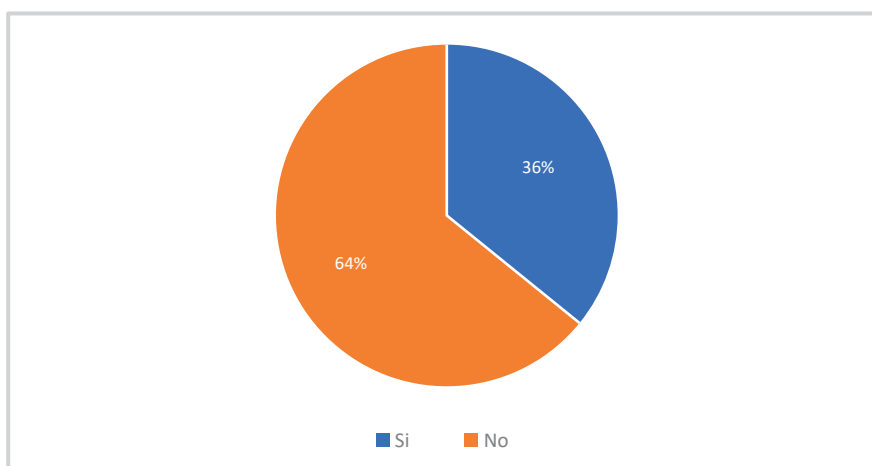
[...] a la invisibilidad, la incomprensión familiar, social y laboral y la falta de reconocimiento oficial por parte de la administración se suman problemáticas en cada una de ellas que suponen importantes obstáculos en la vida diaria e influye en la calidad de vida [...].



**Figura 13.** Datos sociodemográficos. Tipo de discapacidad

Base: 1080

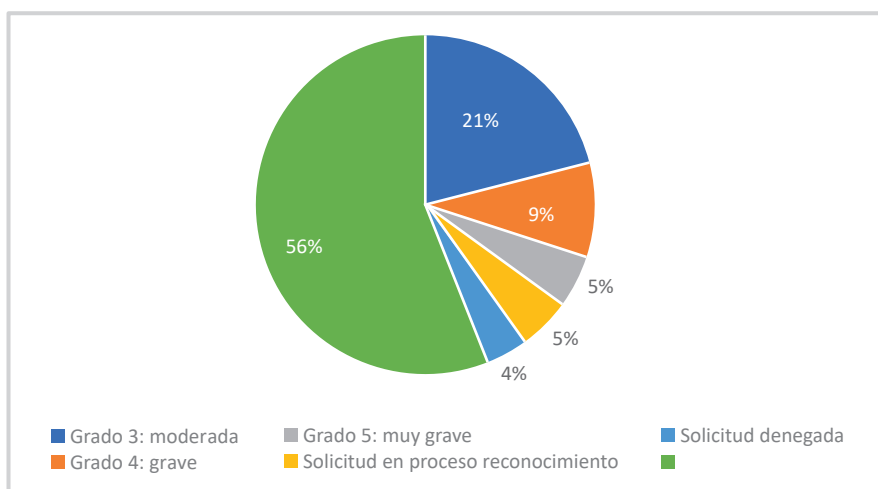
En cuanto a la respuesta que dan las mujeres sobre si tienen o no movilidad reducida, la respuesta mayoritaria es afirmativa: un 64 % comparado con el 36 % que manifiesta no tener esta condición (figura 14).



**Figura 14.** Datos sociodemográficos. Movilidad reducida

Base: 1080

Es muy relevante señalar que hay mujeres con discapacidad que se encuentran tuteladas por familiares 13,8 % (tabla 2, apartado vivienda) y no suelen tener constancia de su situación ni procesos de autonomía al no compartir esta información con ellas (figura 15).



**Figura 15. Datos sociodemográficos. Grado de discapacidad reconocido**

Base: 914

En general podemos decir que las mujeres con discapacidad de la muestra de este estudio son en su mayoría mujeres de entre 46-65 años, con un grado de discapacidad moderado, aunque con problemas de movilidad, discapacidad física u orgánica.

Gran parte de ellas tiene estudios primarios y son muy pocas las que han dado continuidad a sus estudios de educación superior.

La mayoría de las mujeres con discapacidad de edad avanzada no posee estudios lo que hace suponer que han centrado su proyecto de vida en la formación de una familia y cuidado de los hijos/as, olvidando su desarrollo personal y profesional.

## 6.2 Análisis de datos por ejes de investigación

### 6.2.1 Necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad en cuanto a la accesibilidad de espacios, lugar de residencia, elección de dónde y con quién vivir

Tras la exposición del perfil general, se pasa a cruzar dos o más variables con el objetivo de analizar la información recogida en la encuesta online realizada a una población de 1218 mujeres con discapacidad, para detectar situaciones de violencia en el contexto sanitario. Para ello, los resultados de la encuesta se organizarán por eje temático, lo que facilitará una fotografía sobre las situaciones de violencia de las mujeres y niñas con discapacidad, además de tener en cuenta la opinión del personal sanitario, junto con la evaluación de la accesibilidad de los centros de salud, hospitales y consultorios. Para el caso se utilizó una matriz de indicadores que evalúan distintas dimensiones de la accesibilidad a estos espacios a los que acuden niñas y mujeres con discapacidad.

---

## Accesibilidad de espacios

Hay que tener presente que las formas de entender cómo están contruidos y distribuidos los espacios no solo debe hacerse desde una visión parcial y unívoca de la vida en comunidad. Los pueblos, las ciudades, las instituciones, los servicios no puede, ignorar la diversidad humana porque con ello contribuyen a la exclusión, la desigualdad y la discriminación. La vida en comunidad se ha de materializar con espacios para las mujeres, niñas/os y hombres con discapacidad, pues no integrar a esta parte de la población supone determinar las relaciones de poder entre unos/as y otros/as transmitiendo y construyendo un imaginario social poco real que obstruye, no solo la falta de acceso a determinados espacios materiales, sino el desarrollo integral de las personas en todas las dimensiones sociales: educación, cultura, formación, empleo, independencia económica y derechos básicos como la salud sexual o reproductiva.

Al fin y al cabo, la accesibilidad es un derecho que los Estados tienen que garantizar para tomar medidas que aseguren que el uso del espacio público los incluya a todos/as.

Por esto, el análisis de los datos se inicia con la accesibilidad en distintas situaciones de acceso a los entornos de las mujeres y niñas para detectar si realmente se realiza en las mismas condiciones de igualdad, autonomía y seguridad que el resto de la población.

## Vivienda o lugar de residencia

Como se observa en la tabla 1, que analiza el lugar de residencia actual de las mujeres con discapacidad y su edad, hay que señalar:

- Del 43,3 % que tiene entre 46 y 65 años, un 31 % reside en vivienda en propiedad. Este porcentaje desciende al 20 % en la horquilla del total de mujeres entre 31 y 45 años, un 33,3 %.
- En la categoría de vivienda en alquiler, un 6 % del total de mujeres entre 18 y 30 años, un 14,5 %. Un 9 % entre el grupo de edad entre 31 y 45 años y por último el 8 % entre 46 y 65 años.



Edad	Porcentajes	Vivienda propia	Alquilada	Piso tutelado	Residencia	Pensión	Total
Hasta 18 años Incluidos	% edad	35,7 %	42,9 %	14,3 %			100 %
	% residencia	0,8 %	2,4 %	14,3 %			
	% del total	0,5 %	0,6 %	0,2 %			1,4 %
Entre 18 y 30 años	% edad	48,7 %	42 %	2 %	2,7 %	2,7 %	100 %
	% residencia	11 %	25 %	21 %	20 %	20 %	
	% del total	7 %	6 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	14,5 %
Entre 31 y 45 años	% edad	59,6 %	26,7 %	1,5 %	2 %	2 %	100 %
	% residencia	31,2 %	36,7 %	35,7 %	35 %	35 %	
	% del total	19,9 %	8,9 %	0,5 %	0,7 %	0,7 %	33,3 %
Entre 46 y 65	% edad	70,2 %	18,2 %	0,7 %	1,5 %	0,2 %	100 %
	% residencia	48,8 %	33,1 %	21,4 %	35 %	33,3 %	
	% del total	31,1 %	8 %	0,3 %	0,7 %	0,1 %	44,3 %
Mayor de 65	% edad	80,6 %	10,4 %	1,5 %	3 %	1,5 %	100 %
	% residencia	8,2 %	2,8 %	7,1 %	10 %	33,3 %	
	% del total	5,2 %	0,7 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	6,5 %
<b>Total</b>		63,8 %	24,4 %	1,4 %	1,9 %	0,3 %	100 %

**Tabla 3. Edad y residencia (actualmente reside en...)**

Base: 1032

A la vista de este descriptivo, ahondando en la variable residencia actual, en concreto, la categoría *piso tutelado*<sup>18</sup>, es interesante señalar la importancia de poder hacer un análisis de género para entender las posibles razones por la cuales algunas de las mujeres residen en la actualidad en este tipo de residencia.

El dato indica que las mujeres que participaron en el cuestionario pueden estar viviendo alguna situación de violencia de género y por ello, están acogidas en algún programa de atención de alojamiento temporal a mujeres con discapacidad. También puede tratarse de mujeres que, por el tipo de discapacidad, estén en un proceso de conducta adaptativa relacionada con el tipo de residencia en este caso, piso tutelado.

La visibilización de este dato pone de relieve, siguiendo una perspectiva de género, en primer lugar, que la violencia y los abusos forman parte de la biografía de estas mujeres (CERMI, 2022). En segundo lugar, las mujeres con discapacidad que están viviendo episodios de violencia y, por tanto, están acogidas en un recurso de protección, siguen teniendo miedo a denunciar o sintiendo vergüenza por ser revictimizadas por las instituciones, violencia institucional o por la sociedad, violencia simbólica.

En este sentido, se debe insistir en el tratamiento de la violencia de género no como un hecho aislado, sino como un fenómeno estructural que permea y se manifiesta en todos los ámbitos sociales.

<sup>18</sup>La tabla 1, en todos los tramos de edad las diferencias porcentuales no superan el valor (al menos superior al 5 %), para que puedan considerarse importantes. Dependen del error muestral que derive de los tamaños de las bases sobre las que se calculan los porcentajes. Si estos tamaños muestrales son bajos, caso de la categoría de respuesta Piso tutelado, todos inferiores al 5 %, la diferencia porcentual ha de ser superior, si de ella quiere deducirse la existencia de asociación.

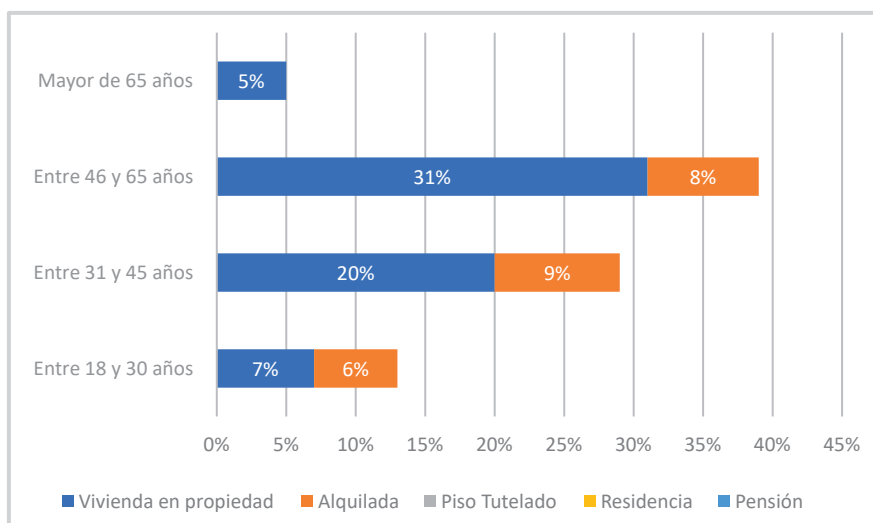
En el caso de mujeres con discapacidad que estén en un proceso de conducta adaptativa en un tipo de residencia, Medina-López, García-Alonso y Mercado-Val (2015), parten de la idea de que:

[...] el entorno social inmediato, entre los que incluimos el tipo de residencia, es un aspecto importante a tener en cuenta y puede influir en la persona, por lo que es necesario considerarlo en la evaluación del funcionamiento humano de las personas. (p. 356)

En el caso de las mujeres con discapacidad, siguiendo con Medina-López et al. (2015) permite establecer la accesibilidad al ámbito comunitario y, por tanto, a una cierta autonomía, que:

[...] las personas con discapacidad que viven en piso tutelado parece que presentan mejor nivel de destrezas de vida personal que los que conviven en otro tipo de residencia y mejores destrezas de vida en comunidad que los/as que viven en una institución. (p. 362)

Por ello es clave que la accesibilidad integral al espacio público sea un hecho para combatir la problemática estructural de la exclusión social del colectivo de mujeres con discapacidad. Se trata de una obligación normativa y moral como garantía de conquista de otros espacios personales y emocionales vinculados a la calidad de vida, al bienestar y autopercepción de la mujer con discapacidad (figura 16).



**Figura 16. Edad y tipo de residencia en la actualidad<sup>19</sup>**

Base: 1032

<sup>19</sup>En la figura no se han incluido los datos por edad y residencia de 18 años cumplidos al considerarse que no son significativos y que distorsionarían el formato del gráfico.

---

Los espacios privados también son elementos que entorpecen el pleno desarrollo de las mujeres con discapacidad porque en la mayoría de las ocasiones se requieren adaptaciones arquitectónicas. Se trata, pues, de una cuestión íntimamente ligada a la accesibilidad desde el punto de vista privado, no visible. De tal manera que interesa conocer cómo y con quién viven las mujeres, el tipo de hogar —junto con el tipo de discapacidad— para comprobar cuáles son los niveles de independencia, por ejemplo, del hogar de sus progenitores/as o cuidadores/as, o comprobar a qué edad se independizan, si lo hacen, las que tienen un grado de discapacidad más leve, etc.

Hay que señalar que el porcentaje mayor de respuesta ha sido en el caso de mujeres con una discapacidad moderada con un 21 % donde la mayoría convive con su pareja e hijo/a(s), un 5 %. También destaca el grupo de las que aún conviven con su madre/padre o ambos, un 4,8 %. En este punto, además, hay que resaltar que muchas de estas mujeres y, especialmente aquellas que no han solicitado el reconocimiento de discapacidad o bien, viven solas (10,7 %), con su pareja e hijos/as (13,3 %) o viven con su padre o madre o ambos (13,8 %) mantenido su residencia en su casa de origen hasta el fallecimiento de sus progenitores (tabla 4).

Indique qué grado de discapacidad tiene reconocida		Vive sola	Vive con su pareja	Vive con su pareja y su hija/o (s)	Vive con su hija/o (s), pero sin pareja (monoparental)	Vive con madre/padre o con ambos	Vive con personas con o sin relación familiar	Total
Moderada	Recuento	31	34	40	16	37	9	164
	% dentro de clase de discapacidad	18,9%	20,7%	24,4%	9,8%	20,6%	5,5%	
	% dentro de tipo de hogar	21,9%	19,9%	22,6%	21,1%	20,6%	20,9%	
	% del total	4%	4,4%	5,2%	2,1%	4,8%	1,2%	21,2%
Grave	Recuento	13	10	14	9	12	6	63
	% dentro de clase de discapacidad	21%	16%	22%	14%	19%	9,5%	
	% dentro de tipo de hogar	8,9%	5,8%	7,9%	11,8%	6,7%	14,0%	
	% del total	1,7%	1,3%	1,8%	1,2%	1,6%	0,8%	8,1%
Muy grave	Recuento	7	9	9	7	7	3	42
	% dentro de clase de discapacidad	16,7%	21,4%	21,4%	16,7%	16,7%	7,1%	
	% dentro de tipo de hogar	4,8%	5,3%	5,1%	9,2%	3,9%	7,0%	
	% del total	0,9%	1,2%	1,2%	0,9%	0,9%	0,4%	5,4%
Solicitud en proceso de reconocimiento	Recuento	10	6	5	3	11	2	37
	% dentro de clase de discapacidad	27,0%	16,2%	13,5%	8,1%	29,7%	5,4%	
	% dentro de tipo de hogar	6,8%	3,5%	2,8%	3,9%	6,1%	4,7%	
	% del total	1,3%	0,8%	0,6%	0,4%	1,4%	0,3%	4,8%
Solicitud de discapacidad denegada	Recuento	2	9	6	3	6	3	26
	% dentro de clase de discapacidad	8%	34%	23%	11%	23%	11%	
	% dentro de tipo de hogar	1,4%	5,3%	3,4%	3,9%	3,3%	7,0%	
	% del total	0,3%	1,2%	0,8%	0,4%	0,8%	0,4%	3,4%
No he solicitado el reconocimiento de discapacidad	Recuento	83	103	103	38	107	20	442
	% dentro de clase de discapacidad	19%	23%	23%	9%	24%	4,5%	
	% dentro de tipo de hogar	57%	60%	58%	50%	59%	46%	
	% del total	10,7%	13%	13%	4,9%	13,8%	2,6%	57,5%
Total	Recuento	146	171	177	76	180	43	774
	% del total	18,9%	22,1%	22,9%	9,8%	23,3%	5,6%	100,0%

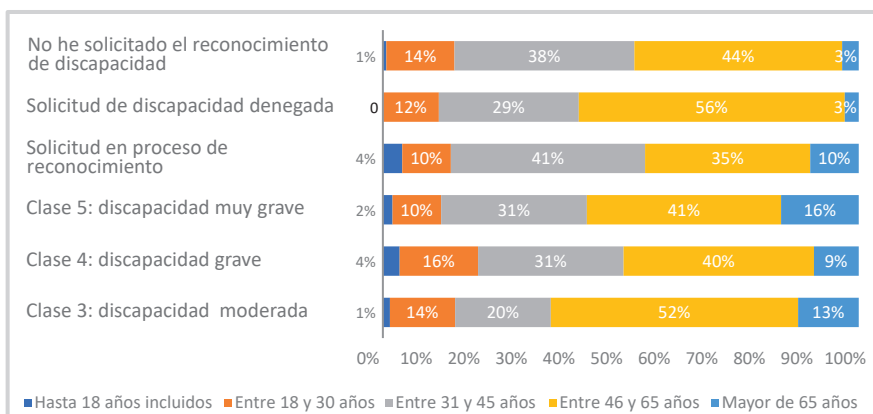
**Tabla 4. Discapacidad reconocida y tipo de hogar**

Los porcentajes y los totales se basan en respuestas de las encuestadas.

Base: 774

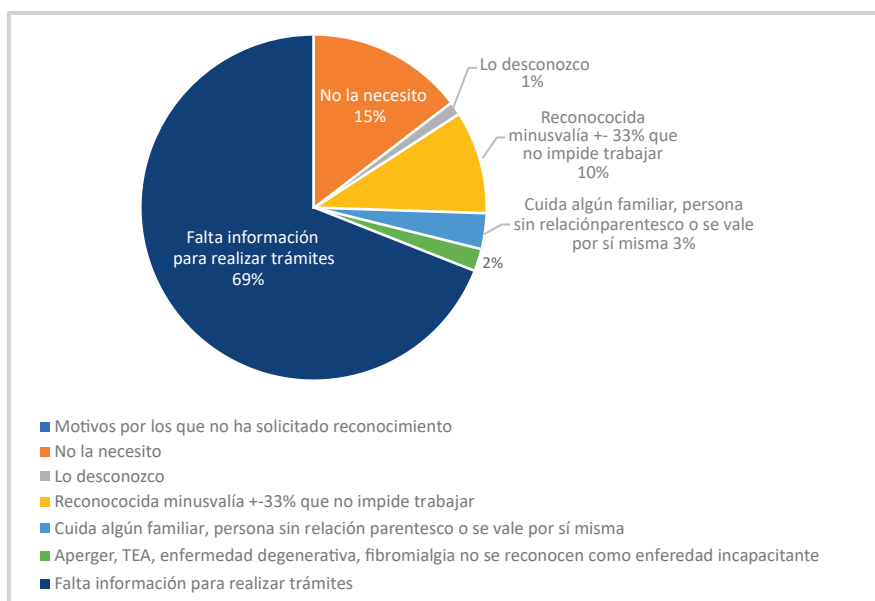
Por otro lado, la relación entre la edad y el grado de discapacidad reconocida en la muestra, indica que en la medida en que aumenta la edad de las mujeres con discapacidad lo hace también el porcentaje de las que no han solicitado el reconocimiento de discapacidad, concentrándose en los rangos de edad entre 31 y 45, el 21,33 % y para las mujeres entre 46 y 65, con un 24,64 %.

Además, en este rango de edad también aparecen mujeres con reconocimiento de discapacidad moderada, el 10,97 % y el 3,52 % como discapacidad grave. (figura 17).



**Figura 17. Edad y discapacidad reconocida**  
Base: 966

Por otro lado, los motivos que las mujeres argumentan sobre por qué no han solicitado el reconocimiento destaca con un 69 % la falta de información para realizar los trámites, seguida de un 15 % que alega no necesitarla y el 10 % que tiene reconocido un grado de discapacidad de +-33 %, que no le impide trabajar (figura 18).



**Figura 18. Motivos por los que no ha solicitado reconocimiento**  
Base: 239

La discapacidad física u orgánica prevalece entre los 31 y los 45 años de edad (23,5 %) y entre los 46 y los 65 años (35,65 %), junto con la discapacidad psíquica (7,9 %) en edades entre 31 y 45 y entre 46 y 65 años con un 10 %, intelectual (2,8 %) en el tramo de edad 31-45 años y sensorial (7,5 %) en edades entre 46-65, si bien aumentan a medida que se incrementa la edad.

Entre las mujeres más jóvenes que han participado, la discapacidad intelectual tiene un mayor peso: el 3,2 % de las mujeres que tiene entre 18 y 30 años tienen discapacidad intelectual comparada con el 1,9 % de las mujeres que tienen entre 46 y 65 años (tabla 5).

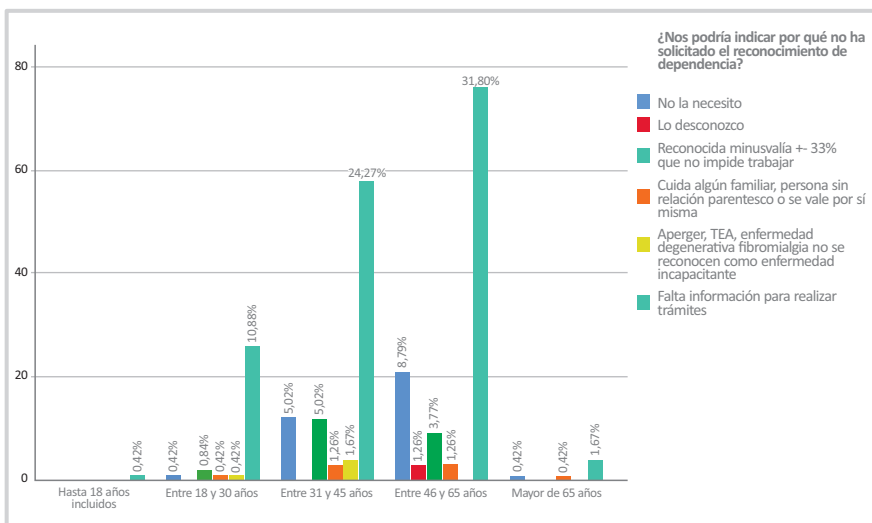
Tipo de discapacidad		EDAD					Total
		Hasta 18 años incluidos	Entre 18 y 30 años	Entre 31 y 45 años	Entre 46 y 65 años	Mayor de 65 años	
Intelectual	Recuento	7	31	27	18	2	85
	% tipo de discapacidad	18,9%	24,4%	9,8%	20,6%	5,5%	
	% del total	0,7%	3,2%	2,8%	1,9%	0,2%	8,8%
Sensorial	Recuento	3	34	56	72	10	175
	% tipo de discapacidad	1,7%	19,4%	32,0%	41,1%	5,7%	
	% del total	0,3%	3,5 %	5,8%	7,5%	1,0%	18,1%
Física u orgánica	Recuento	3	65	227	344	60	699
	% tipo de discapacidad	0,4%	9,3%	32,5%	49,2%	8,6%	
	% del total	0,3%	6,7 %	23,5%	35,6%	6,2%	72,4%
Psíquica	Recuento	0	25	76	99	8	208
	% tipo de discapacidad	0,0%	12,0%	36,5%	47,6%	3,8%	
	% del total	0,0%	2,6 %	7,9%	10,2%	0,8%	21,5%
Total	Recuento	13	134	318	434	67	966
	% del total	1,3%	13,9 %	32,9%	44,9%	6,9%	100,0%

**Tabla 5. Edad y tipo de discapacidad**

Base: 966

En cuanto al motivo para no solicitar el reconocimiento de discapacidad por edad, el porcentaje más alto de respuesta se concentra en los intervalos entre 46 y 65 años, 31 y 45 y entre 18 y 30 años, donde las respuestas de las mujeres han sido coincidentes, aunque con variación en el porcentaje.

Así, en el primer tramo de edad, los motivos para no tramitar el reconocimiento de la discapacidad han sido la falta de información para realizar trámites con un 31,8 %, un 24,27 % en el segundo rango y un 11 % en el tercer grupo de edad de 18 a 30 años (figura 19).



**Figura 19. Edad y motivo para no solicitar reconocimiento de discapacidad**  
Base: 239

De este modo, con los datos aportados, los niveles de independencia de las mujeres que han participado en la encuesta, si se tiene en cuenta la cohorte generacional 18 y 30 años, del 14,5 %, el 7 % (tabla 1), reconocía tener vivienda en propiedad esto es, hogar de sus progenitores/as o cuidadores/as, que no han solicitado la discapacidad (tabla 2), teniendo un 32,4 % de las mujeres una discapacidad intelectual y sensorial el 30,4 % de ellas (tabla 3).

Además, también hay que decir que del 71,4 % de las mujeres con discapacidad física u orgánica, el 17,2 % convive con su pareja e hijos/as. Del total de aquellas mujeres, 22,4 % que tiene una discapacidad psíquica convive también con su pareja e hijos 4,9 %.

Mientras que las que tienen una discapacidad sensorial, el 5,8 % convive con su madre/padre o ambos, junto con las que tienen una discapacidad intelectual el 2,8 %, que también residen con la madre/padre o ambos (tabla 6).

Tipo de hogar		Vive sola	Vive con su pareja	Vive con su pareja y su hija/o(s)	Vive con su hija/o(s), pero sin pareja monoparental	Vive con su madre padre o con ambos	Vive con personas sin relación familiar	Total
Intelectual	Recuento	16	9	16	7	22	2	68
	Discapacidad	23,5 %	13,2 %	23,5 %	10,3 %	32,4 %	2,9 %	
	Hogar	11,0 %	5,3 %	9,0 %	9,2 %	12,2 %	4,7 %	
	% del total	2,1 %	1,2 %	2,1 %	0,9 %	2,8 %	0,3 %	8,8%
Sensorial	Recuento	26	30	34	10	45	5	148
	Discapacidad	17,6 %	20,3 %	23,0 %	6,8 %	30,4 %	3,4 %	
	Hogar	17,8 %	17,5 %	19,2 %	13,2 %	25,0 %	11,6 %	
	% del total	3,4 %	3,9 %	4,4 %	1,3 %	5,8 %	0,6 %	19,1%
Física u orgánica	Recuento	103	133	132	57	107	34	553
	Discapacidad	18,6 %	24,1 %	23,9 %	10,3 %	19,3 %	6,1 %	
	Hogar	70,5 %	77,8 %	74,6 %	75,0 %	59,4 %	79,1 %	
	% del total	13,3 %	17,2 %	17,1 %	7,4 %	13,8 %	4,4 %	71,4%
Psíquica	Recuento	31	34	38	21	44	9	173
	Discapacidad	17,9 %	19,7 %	22,0 %	12,1 %	25,4 %	5,2 %	
	Hogar	21,2 %	19,9 %	21,5 %	27,6 %	24,4 %	20,9 %	
	% del total	4,0 %	4,4 %	4,9 %	2,7 %	5,7 %	1,2 %	22,4%
Total	Recuento	146	171	177	76	180	43	774
	% del total	18,9 %	22,1 %	22,9 %	9,8 %	23,3 %	5,6 %	100%

**Tabla 6. Tipo de hogar y tipo de discapacidad**

Base: 774

Estos datos indican que la edad, junto con el tipo de discapacidad más el hogar en el que vivan las mujeres con discapacidad, tienen mucho que ver con su nivel de autonomía tanto dentro como fuera del hogar.

Las mujeres que tienen un grado de discapacidad más leve, o bien viven solas o con sus parejas e hijos y en tramos de edad más elevados. Aunque se supone que tienen cierta independencia económica, como se comprobará más adelante en el apartado laboral, los ingresos no son lo suficientemente altos como para vivir de manera digna e independiente del poder económico de sus parejas. Además, este es otro indicador de discriminación: la situación laboral que viven muchas mujeres con discapacidad es precaria, en la mayoría, y de pobreza crónica. Por tanto, la accesibilidad a los recursos económicos y, la posibilidad de alcanzar la independencia, dependen directamente de comprobar en qué espacios desarrollan sus vidas, la edad, la dependencia y el tipo de discapacidad. Estos factores determinarán otros escenarios personales y sociales de las mujeres y niñas con discapacidad en condiciones de igualdad, autonomía y seguridad como el resto de la población.

### Autonomía personal y económica

Según la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, sobre Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, se entiende por autonomía:



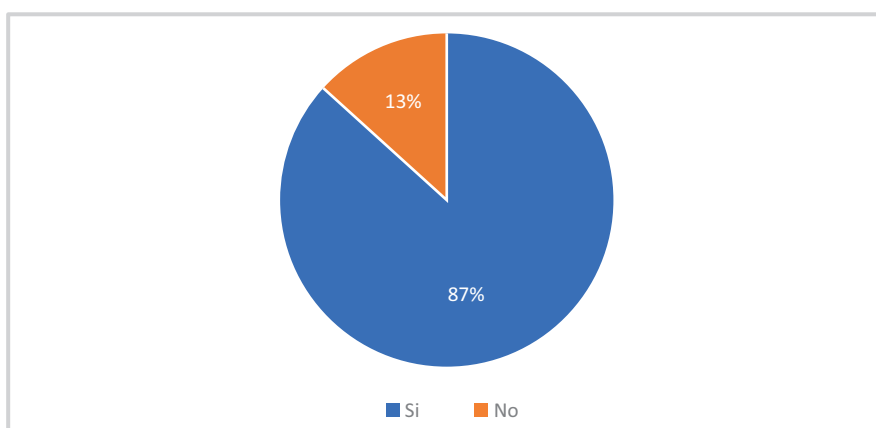
[...] la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. (p. 8)

En este sentido, la discapacidad influye en la falta de autonomía para la toma de decisiones en cuestiones que afectan directamente al modo de vida.

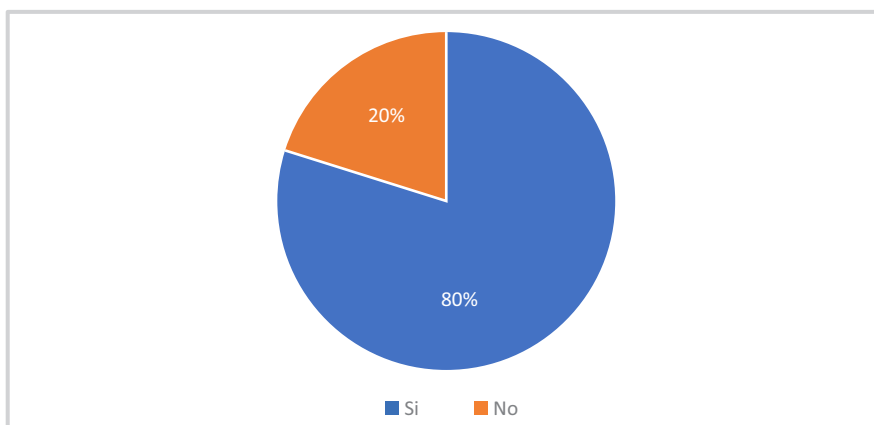
En la encuesta destacan algunos datos:

[...] un 20 %, la falta de autonomía de las mujeres con discapacidad para poder elegir el lugar de trabajo, dónde vivir o como administrar el dinero (figura 19).

Hay otras cuestiones vitales, más cotidianas, sobre las que no se dispone de autonomía como cuándo levantarse y acostarse o qué comer (13 %) (figura 20).



**Figura 20.** ¿Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas de su vida como cuándo levantarse y acostarse o qué comer?  
Base: 994.



**Figura 20.** ¿Toma decisiones importantes como dónde vivir, dónde trabajar o cómo administrar su dinero?  
Base: 929.

---

Esta realidad supone un contrapunto importante respecto a las premisas de las que se parte en normativas tales como el artículo 2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que define Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como:

[...] las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. (p. 9)

Sin embargo, no solo se trata de generar leyes, sino que su práctica sea efectiva y que contribuya a cambiar la percepción social de lo que es la discapacidad, luchando por eliminar las barreras.

Hasta el momento el «juridicismo» (Brogna, 2009, p. 18) ha primado sobre la necesidad imperante de sensibilizar a la sociedad en torno a los derechos de las mujeres con discapacidad. Los esfuerzos se han centrado en la atención a la dependencia, en un enfoque claramente basado en el modelo rehabilitador, echándose en falta medidas de promoción de la autonomía personal, como establece tanto el artículo 3 de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, que recoge entre los principios generales: «el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas».

O el artículo 13 de la Ley 39/2006 que plantea los siguientes objetivos:

- a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad. (párr. 2)

La visión sobre las mujeres con discapacidad debe dejar de cosificarlas y verlas como mujeres receptoras de ayudas públicas y facilitar su visibilización como mujeres activas en la vida de la comunidad, dignas de plenas garantías para el ejercicio de sus derechos.

Entre estos derechos, precisamente, se debe garantizar la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de la Ley 39/2006 o según el art. 67.1 de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, Real Decreto Legislativo 1/2013, del 29 de noviembre, que afirma:

Los poderes públicos adoptarán medidas de acción positiva en beneficio de aquellas personas con discapacidad susceptibles de ser objeto de un mayor grado de discriminación, incluida la discriminación múltiple, o de un menor grado de igualdad de oportunidades, como son las mujeres, los niños y niñas, quienes precisan de mayor apoyo para el ejercicio

---

de su autonomía o para el acceso a la cultura, al deporte, al ocio, así como de participación en los asuntos públicos, en los términos previstos en este Título y demás normativa que sea de aplicación. (Bloque 40).

### **6.2.2 Necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito educativo y formación**

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad en el artículo 24 sobre educación señala:

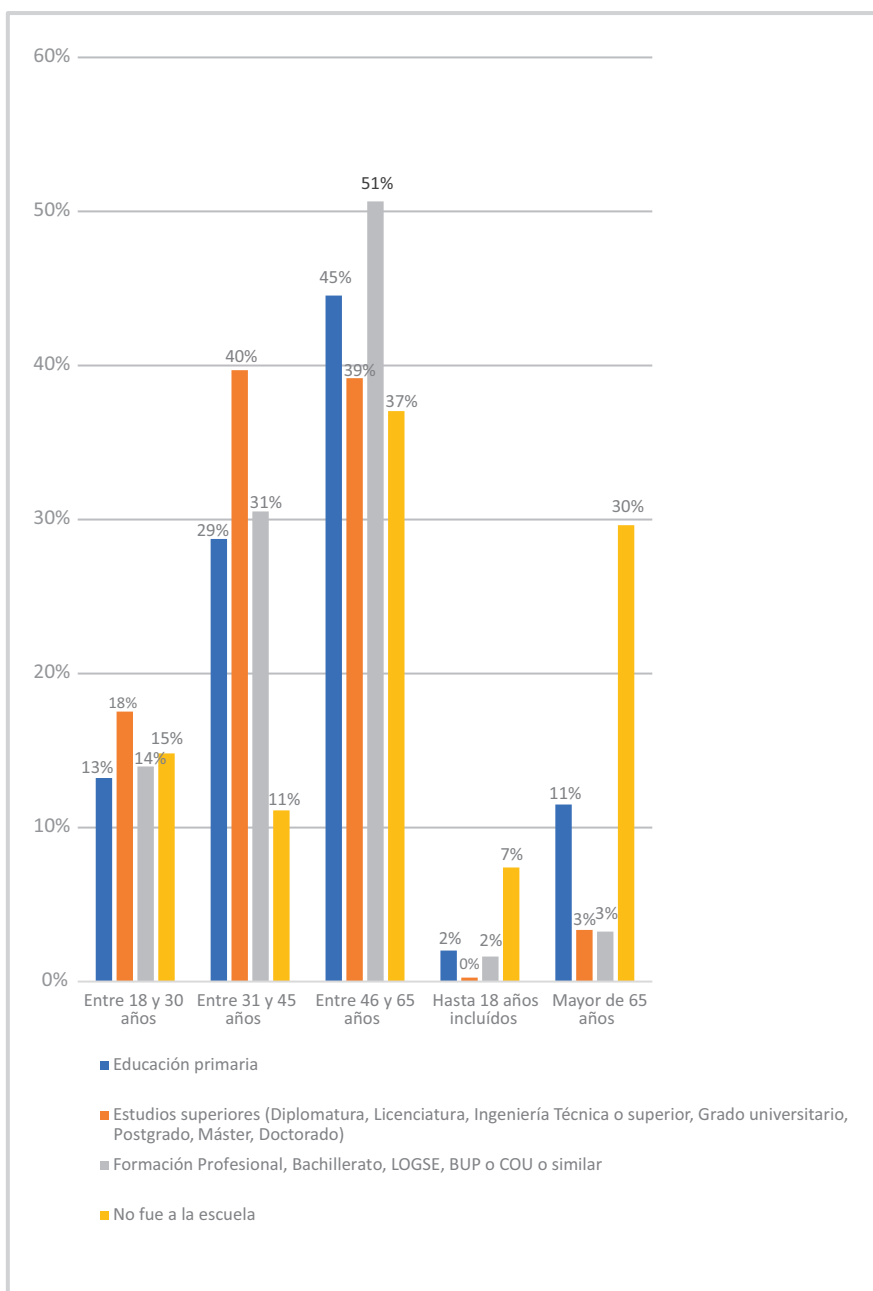
Los Estados parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados parte asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles, así como la enseñanza a lo largo de la vida.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 1998):

[...] la tasa mundial de alfabetización en adultos con discapacidad es tan solo del 3 %, y apenas del 1 % para las mujeres con discapacidad. Los 1000 millones de personas con discapacidad son la minoría más grande del mundo, y representan alrededor del 15 % de la población mundial. Por lo tanto, es urgente que se les integre de manera plena en la sociedad, lo que implica tener acceso igualitario a una educación de calidad. (párr. 1)

Además, según la Unesco (2016), el 90 % de los/as niños/as con discapacidad no asiste a la escuela y, en cuanto a los países de la OCDE, el alumnado con discapacidad sigue estando subrepresentados/as en educación superior.

Atendiendo a estos datos y, teniendo en cuenta la variable género y discapacidad, la situación en cuanto al nivel de estudios de las mujeres con discapacidad que participan en la encuesta, según grupo de edad entre los 18 y los 65 años, el 30 % (figura 22), no fue a la escuela y tan solo un 11 % tiene estudios primarios de las cuales, más de la mitad se debe a problemas físicos o sensoriales. En el grupo de edad entre 18 y 30 años los porcentajes se distribuyen por igual en todos los niveles educativos rondando entre el 13 % y el 18 %, con estudios superiores y es a partir del tramo de edad de 31 a 65 años donde los porcentajes aumentan, destacando el nivel de educación primaria con un 45 % y la formación profesional con un 51 %.



**Figura 22. Edad y nivel de estudios**  
Base: 1071.

El analfabetismo guarda una relación directa con la edad y la discapacidad de las mujeres.

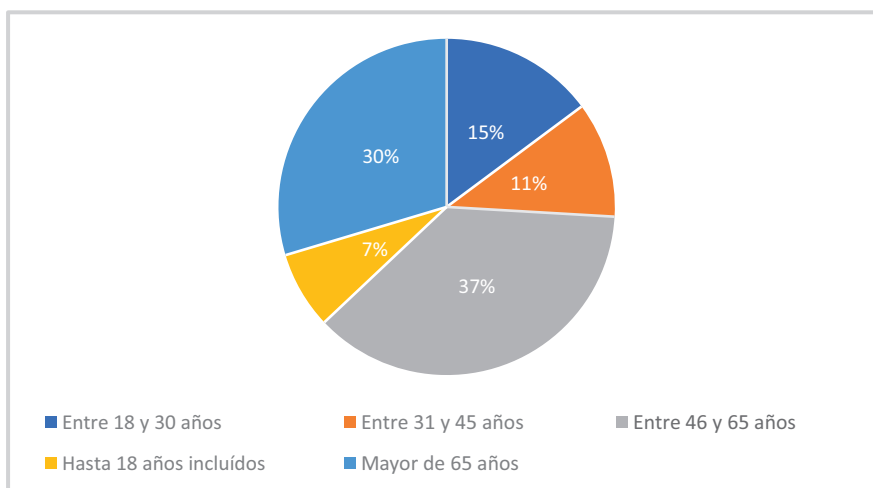
A más edad mayor porcentaje existe (figura 23) algo que está vinculado con los obstáculos reales que las mujeres y, más específicamente, las mujeres con discapacidad, han encontrado a la hora de acceder en igualdad al sistema educativo en nuestro país en distintas décadas.

El porcentaje va ascendiendo al 11 % entre las mujeres cuyas edades están comprendidas entre los 31 y los 45 años.

Subiendo hasta el 37 % entre aquellas que superan los 50 años.

Como puede observarse, el nivel de no escolarización (en las categorías aparece como «no fue a la escuela») está directamente relacionado con la edad.

Las generaciones con edades más altas son las más perjudicadas en este sentido, lo que puede deberse a que estas mujeres se han dedicado a un proyecto de vida, desde un análisis de género, más reproductivo que productivo, desarrollado en el ámbito privado y relacionado con los cuidados más que en el ámbito público, que las llevara a un desarrollo personal y profesional.



**Figura 23. No escolarización**  
Base: 1071.

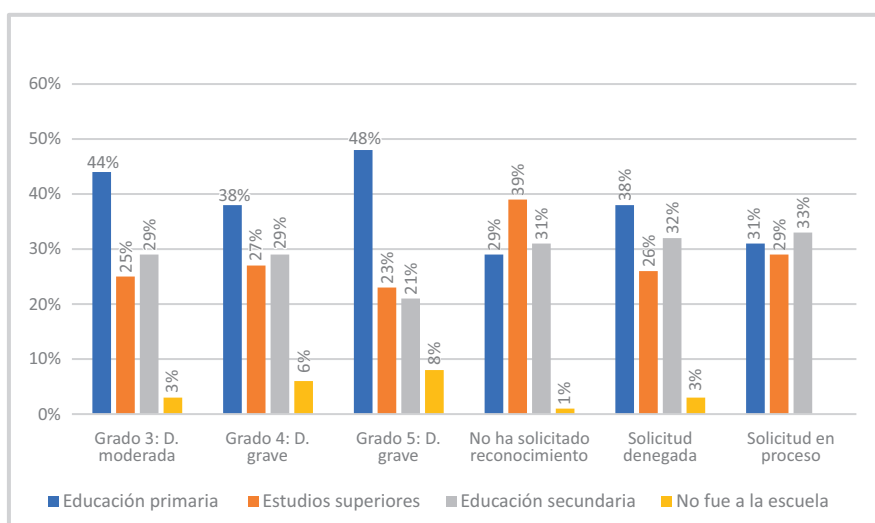
Para interpretar correctamente esta figura, completamos la información con los resultados obtenidos al cruzar las variables, formación y porcentaje de afectación de la discapacidad (figura 24).

Del total de las mujeres que no tienen estudios, «el 3 % presenta una discapacidad moderada, el 6 % una discapacidad grave y el 8 %, discapacidad muy grave».

En cuanto al nivel de estudios primarios, «el 44 % de las mujeres aparece con discapacidad moderada, el 38 % grave y el 48 % discapacidad muy grave».

Las que cuentan con estudios superiores, «el 25 % tiene una discapacidad moderada, el 27 % discapacidad grave y un 23 % discapacidad muy grave».

El porcentaje de mujeres con discapacidad moderada que han superado el bachillerato y la formación profesional ronda el 29 %. El 31 % y el 33 %, respectivamente, no la han solicitado, le han denegado la solicitud o están en trámites.



**Figura 24. Nivel de estudios y reconocimiento de discapacidad**  
Base: 958.

Uno de los datos más llamativos de la figura es el predominio de estudios primarios que llega a un 44 % en el caso de las mujeres con discapacidad reconocida moderada y a un 48 % en caso de las que tienen una discapacidad reconocida grave.

Es claro que la educación y la formación son un derecho para todas las personas, a las que se les debe garantizar el acceso sin ningún tipo de discriminación social, económica, física o de género. De ello dependerá el logro de la igualdad de oportunidades y la integración social.

No obstante, hay que apuntar, según datos aportados en 2003 por la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica, (COCEMFE), que tan solo el 12 % de mujeres con discapacidad finaliza estudios secundarios o superiores en comparación con el 21 % que logra la población masculina (citado en Soler, Teixeira y Jaime, 2008).

En consecuencia, es evidente la baja o inexistente participación e invisibilización de las mujeres con discapacidad en el ámbito educativo y de formación.

**6.3.3 Necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito de la salud: sexual, reproductiva, información en materia de sexualidad, derechos reproductivos y maternidad.**

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad en el art. 25 sobre salud contempla que:

Los Estados parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados parte adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

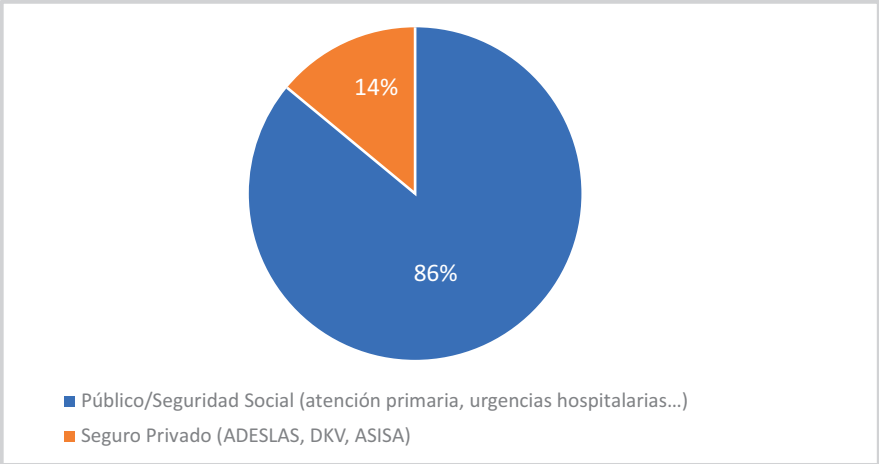
En la actualidad la visión desde el contexto de salud sigue siendo ver a las mujeres con discapacidad como «cuerpos con discapacidad», es decir, que lo determinante, lo visible, es la discapacidad.

**Servicios sanitarios y sociales utilizados**

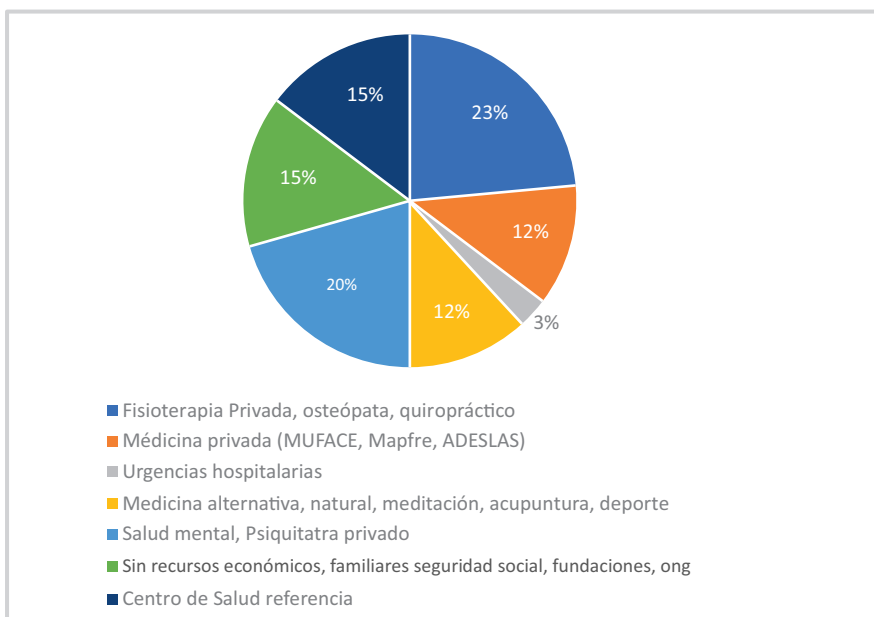
Los servicios de atención sanitaria que suelen usar de forma preferente las mujeres con discapacidad que participaron en la encuesta son mayoritariamente del sector público, un 86 %. El 14 % restante lo hace en el privado (figura 25).

Un 36 % de las mujeres manifestó hacer uso de otros servicios del ámbito privado en prestaciones como fisioterapia, osteopatía y quiropráctico con un 23 %.

También acuden a los servicios de salud mental y al psiquiatra privado en un 20 % (figura 26).

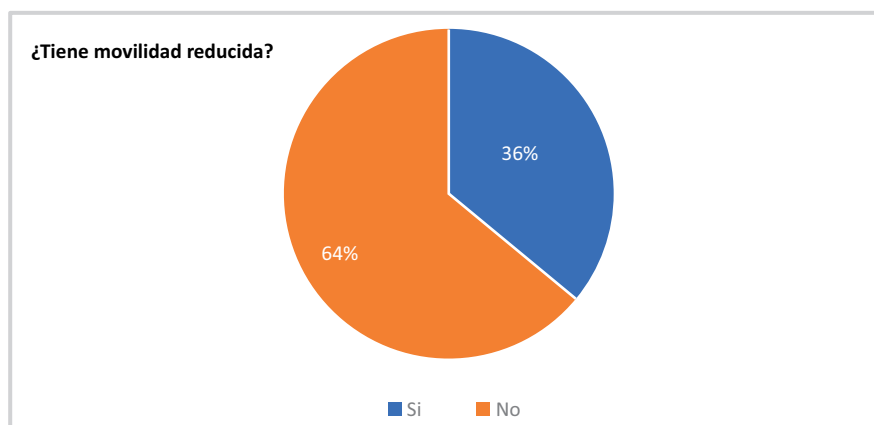


**Figura 25.** ¿Qué servicios de atención sanitaria suele usar de forma preferente?  
Base: 1020.



**Figura 26.** Otros servicios sanitarios de uso preferente por las mujeres con discapacidad  
Base: 34.

Si al dato sobre el uso preferente de los servicios sanitarios se suma la variable si tiene o no movilidad reducida (figura 27), se observa cómo el 35,84 % de las mujeres con discapacidad encuestadas manifiesta tener movilidad reducida frente al 64,16 % que señala que no.



**Figura 27.** ¿Tiene movilidad reducida?  
Base: 943.



El uso que las mujeres con discapacidad hacen de los servicios sanitarios varía en su frecuencia en función de su movilidad.

- Del 64 % de mujeres que dice no tener movilidad reducida hay que destacar las que acuden a los servicios sanitarios:
  - ◆ El 14 % acude muy frecuentemente (más de tres veces al mes).
  - Un 19 % de vez en cuando (una vez al mes).
- Del 36 % que tienen movilidad reducida:
  - ◆ Un 9 % lo hace de manera muy frecuente (más de tres veces al mes).
  - ◆ Un 11 % dice acudir de vez en cuando.

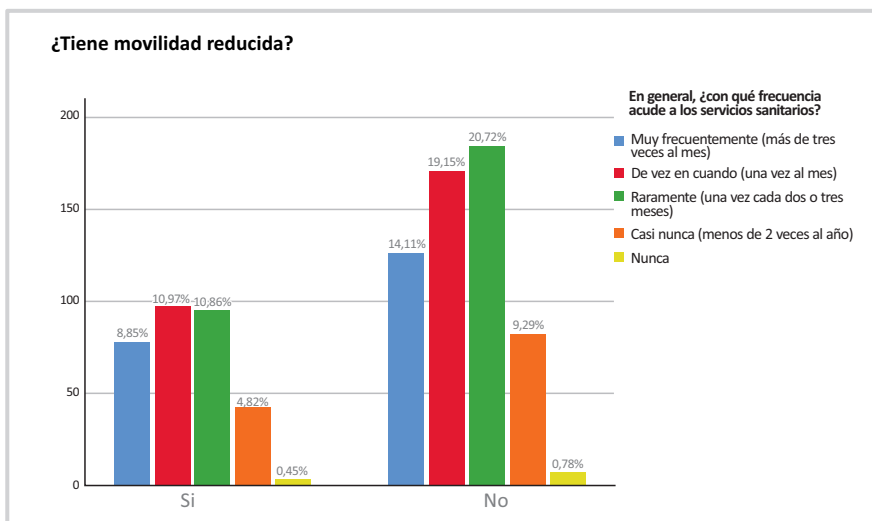
Como se ve, los porcentajes disminuyen notablemente cuando las mujeres tienen movilidad reducida.

Por otro lado, del grupo de mujeres con discapacidad que sí tienen movilidad reducida (35,84 %) la mayoría tiene reconocido un grado de discapacidad que se distribuye en clase moderada (21,1 %), clase grave (8,5 %) y clase muy grave (5 %) (tabla 7).

En general, ¿con qué frecuencia acude a los servicios sanitarios?		Muy frecuentemente (más de tres veces al mes)	De vez en cuando (una vez al mes)	Raramente (una vez cada dos o tres meses)	Casi nunca (menos de dos veces al año)	Nunca	Total	
¿Tiene movilidad reducida	Si	Recuento	79	98	97	43	4	321
		¿Tiene movilidad reducida	24,6%	30,5%	30,2%	13,4%	1,2%	100,0%
		Frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios	38,5%	36,4%	34,4%	34,1%	36,4%	35,9%
		% del total	9,0%	11,0%	10,9%	4,8%	0,4%	35,9%
	No	Recuento	126	171	185	83	7	572
		¿Tiene movilidad reducida	22,0%	29,9%	32,3%	14,5%	1,2%	100,0%
		Frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios	61,5%	63,6%	65,6%	65,9%	63,6%	64,1%
		% del total	14,0%	19,0%	20,7%	9,3%	0,8%	64,1%
Total	Recuento	205	269	282	126	11	893	
	¿Tiene movilidad reducida	23,0%	30,1%	31,6%	14,1%	1,2%	100,0%	
	Frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	23,0%	30,1%	31,6%	14,1%	1,2%	100,0%	

**Tabla 7. Movilidad reducida y frecuencia de visita a los servicios sanitarios**

Base: 993.



**Tabla 28.** *Movilidad reducida y frecuencia de visita a los servicios sanitarios*  
Base: 893.

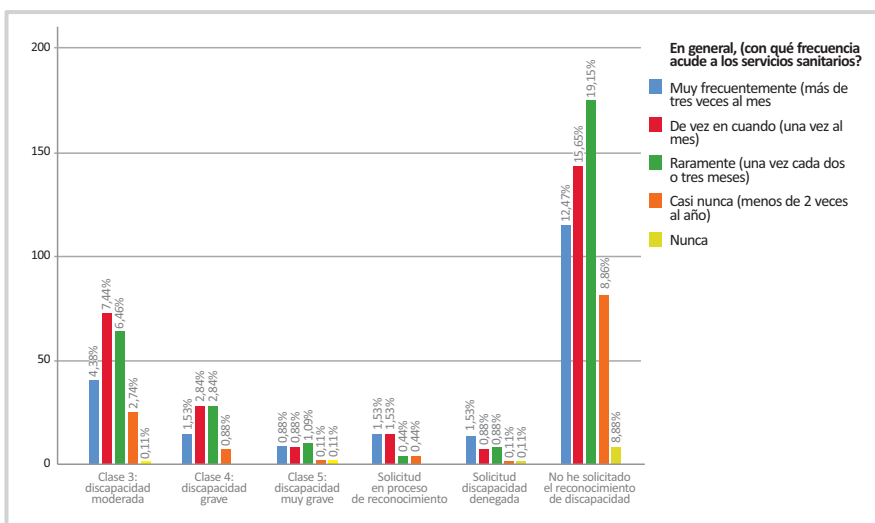
Sin embargo, del total de mujeres que no tiene movilidad reducida (64 %), sí se cruza el dato con el % de discapacidad que tiene reconocida. Es significativo cómo el 57 % dice no haber solicitado el reconocimiento, pero el 12,5 % acude muy frecuentemente (más de tres veces al mes) a los servicios sanitarios y el 15,16 % de vez en cuando (una vez al mes).

Mientras, el resto de categorías de reconocimiento se distribuyen entre las que están en proceso de reconocimiento (4,6 %) y las que se les ha denegado su solicitud (3,7 %) (tabla 8).

En general, ¿con qué frecuencia acude a los servicios sanitarios?		Muy frecuentemente (más de tres veces al mes)	De vez en cuando (una vez al mes)	Raramente (una vez cada dos o tres meses)	Casi nunca (menos de dos veces al año)	Nunca	Total	
CI	Clase 3	Recuento	40	68	59	25	1	193
	Moderada	% de discapacidad	20,7%	35,2%	30,6%	13,0%	0,5%	100,0%
		Frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios	38,5%	36,4%	34,4%	34,1%	36,4%	35,9%
		% del total	4,4%	7,4%	6,5%	2,7%	0,1%	21,1%
	Clase 4 grave	Recuento	14	30	26	8	0	78
		% de discapacidad	17,9%	38,5%	33,3%	10,3%	0,0%	100,0%
		Frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios	6,8%	10,9%	9,0%	6,0%	0,0%	8,5%
	Clase 5 muy grave	% del total	1,5%	3,3%	2,8%	0,9%	0,0%	8,5%
		Recuento	8	13	14	10	1	46
		% de discapacidad	17,4%	28,3%	30,4%	21,7%	2,2%	100,0%
	Solicitud en proceso de reconocimiento	Frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios	3,9%	4,7%	4,8%	7,5%	9,1%	5,0%
		% del total	0,9%	1,4%	1,5%	1,1%	0,1%	5,0%
		Recuento	17	14	7	4	0	42
	Solicitud de discapacidad denegada	% de discapacidad	40,5%	33,3%	16,7%	9,5%	0,0%	100,0%
		Frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios	8,3%	5,1%	2,4%	3,0%	0,0%	4,6%
		% del total	1,9%	1,5%	0,8%	0,4%	0,0%	4,6%
	No he solicitado el reconocimiento de discapacidad	Recuento	13	7	8	5	1	34
		% de discapacidad	38,2%	20,6%	23,5%	14,7%	2,9%	100,0%
		Frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios	6,3%	2,5%	2,8%	3,8%	9,1%	3,7%
	Total	% del total	1,4%	0,8%	0,9%	0,5%	0,1%	3,7%
		Recuento	114	143	175	81	8	521
		% de discapacidad	21,9%	27,4%	30,6%	15,5%	1,5%	100,0%
	Total	Frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios	55,3%	52,0%	60,6%	60,9%	72,4%	57,0%
		% del total	12,5%	15,6%	19,1%	8,9%	1,2%	57,0%
		Recuento	206	275	289	133	11	914
	Total	% de discapacidad	22,5%	30,1%	31,6%	14,6%	1,2%	100,0%
		Frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Total	% del total	22,5%	30,1%	31,6%	14,6%	1,2%	100%

**Tabla 8. Reconocimiento de discapacidad y frecuencia con la que acude a los servicios sanitarios**

Base: 914. / Fuente: elaboración propia.



**Figura 29. Discapacidad reconocida y frecuencia con la que acude a servicios sanitarios**  
Base: 914. / Fuente: elaboración propia.

Este hecho nos indica cómo las mujeres con discapacidad, teniendo o no una movilidad reducida o en proceso de serle reconocida la discapacidad, o en el peor de los casos, haberle sido denegada, siguen acudiendo con bastante frecuencia a los servicios sanitarios.

Las mujeres con discapacidad están entre las más importantes consumidoras de cuidados médicos-sanitarios y, por tanto, las que acuden con mayor frecuencia a ellos (Cayo-Pérez, 2006). Esta situación depende de muchos factores y hace que muchas mujeres y niñas con discapacidad se vean desprotegidas cuando no se agilizan o simplifican los trámites administrativos para el acceso a las prestaciones sanitarias de todo tipo insistiendo en mejorar la información sanitaria y su accesibilidad (Cayo-Pérez, 2006). Lo cierto es que muchas de ellas necesitan, por lo general, una atención de salud más frecuente e intensa que el resto de la población. Cierto es también que hay discapacidades que por tener por base fundamental una enfermedad (mental, física, orgánica, etc.) poseen una dimensión de salud mucho más acusada y precisan de respuestas más intensas tanto en frecuencia como en atención.

La falta de información y la compleja trama burocrática como la documentación solicitada, el lenguaje en el que se muestran los requisitos, los lugares donde hay que presentarlos son obstáculos que hacen que muchas mujeres con discapacidad o familiares desistan en la solicitud de reconocimiento. Además, en muchas ocasiones las prestaciones están delimitadas a un porcentaje concreto (65 %) que deja por fuera a otras mujeres con porcentajes inferiores, a pesar de tener importantes limitaciones o necesidades, hecho que se refleja en los resultados de la encuesta (figura 5).

El acceso no equitativo a las prestaciones sanitarias públicas puede implicar que muchas de estas mujeres migren a servicios sanitarios de carácter privado (tabla 9).

Atención primaria (cuidados médicos o de enfermería, etc.) - Público	3,03 %
Atención psicológica / Salud mental - Privado	6,06 %
Atención psicológica / Salud mental - Público	6,06 %
Otras consultas de médicos especialistas - Privado	6,06 %
Otras consultas de médicos especialistas - Público	3,03 %
Otros servicios sanitarios - Privado	6,06 %
Otros servicios sanitarios - Público	3,03 %
Pruebas diagnósticas - Privado	6,06 %
Pruebas diagnósticas - Público	3,03 %
Rehabilitación del lenguaje / Logopeda - Privado	6,06 %
Rehabilitación del lenguaje / Logopeda - Público	6,06 %
Servicio de fisioterapia - Privado	3,03 %
Servicio de fisioterapia - Público	3,03 %
Servicio de ginecología (obstetricia, matrona, patología mamaria, etc.) - Privado	3,03 %
Servicio de ginecología (obstetricia, matrona, patología mamaria, etc.) - Público	6,06 %
Servicio de podología - Privado	3,03 %
Servicio de podología - Público	6,06 %
Servicio de traumatología - Privado	3,03 %
Servicio de traumatología - Público	6,06 %
Servicios de urgencias - Privado	3,03 %
Servicios de urgencias - Público	3,03 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 9.** ¿Qué servicios sanitarios suele utilizar con mayor frecuencia?

Base: 943.

## La salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad

La OMS como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, que no debe ser entendida solamente como la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos en plenitud. En España esta materia la regula la Ley orgánica 2/2010, del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que se acompañó de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011, elaborada por el entonces Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Este documento contempla e incorpora a las mujeres con discapacidad, como sector de población vulnerable, reconociendo y manifestando que la especificación de sectores se hace con interés didáctico, pero que nunca ha de tomarse como una categoría excluyente, toda vez que los contextos de vulnerabilidad pueden entrelazarse y compartirse y lograr superar una visión dicotómica. El derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad es un derecho humano, a partir de los instrumentos jurídicos internacionales. Siguiendo esta misma línea, el ordenamiento jurídico español ha otorgado ese tratamiento en las normas que lo regulan y en documentos ejecutivos específicos.

La sexualidad forma parte del ciclo vital y está presente independientemente del grado de capacidad cognitiva de una persona. En este sentido, los individuos con discapacidad tienen las mismas necesidades sexuales que cualquier otro (Leutar y Mihokovic, 2007). A pesar de que hayan sido consideradas como seres asexuados no aptos para manifestar o expresar libremente su sexualidad, por requerir apoyo y protección de otros, tal como sucede con la discapacidad intelectual (Díaz, Gil, Ballester, Morell y Molero, 2014; Murphy y Young, 2005).

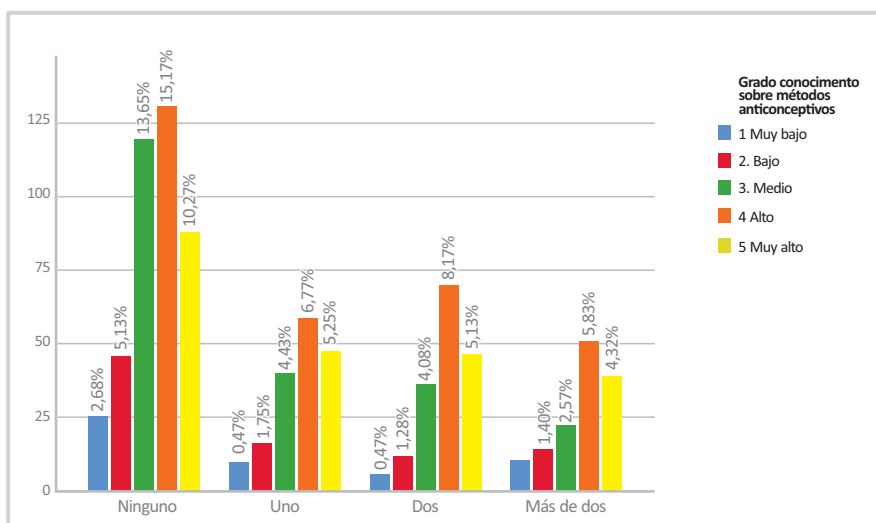
Este prejuicio anula la posibilidad de que las mujeres con discapacidad tengan autonomía para tomar sus decisiones relacionadas, por ejemplo, con la utilización de métodos anticonceptivos, con el ejercicio de su sexualidad y, por tanto, su salud sexual y reproductiva es cuestionada en su derecho a tener hijos/as o al modo de ejercer el rol de la maternidad.

El conocimiento de métodos anticonceptivos de las mujeres con discapacidad encuestadas, con hijos a cargo, la horquilla se mueve entre las categorías medio, alto y muy alto, en concreto, en mujeres con un hijo/a, 6,8 % y con dos el 8,2 % del total que manifiesta tener un conocimiento alto sobre la anticoncepción (tabla 10 y figura 30).

Grado de conocimiento de métodos anticonceptivos		1. Muy bajo	2. Bajo	3. Medio	4. Alto	5. Muy alto	Total
Ninguno	Recuento	23	44	117	130	88	402
	¿Nos podría indicar el número de embarazos que ha tenido?	5,7%	10,9%	29,1%	32,3%	21,9%	100,0%
	Grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos	56,1%	53,7%	55,2%	42,2%	41,1%	46,9%
	% del total	2,7%	5,1%	13,7%	15,2%	10,3%	46,9%
Uno	Recuento	4	15	38	58	45	160
	¿Nos podría indicar el número de embarazos que ha tenido?	2,5%	9,4%	23,8%	36,3%	28,1%	100,0%
	Grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos	9,8%	18,3%	17,9%	18,8%	21,0%	18,7%
	% del total	0,5%	1,8%	4,4%	6,8%	5,3%	18,7%
Dos	Recuento	4	11	35	70	44	164
	¿Nos podría indicar el número de embarazos que ha tenido?	2,4%	6,7%	21,3%	42,7%	26,8%	100,0%
	Grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos	9,8%	13,4%	16,5%	22,7%	26,6%	19,1%
	% del total	0,5%	1,3%	4,1%	8,2%	5,5%	19,1%
Más de dos	Recuento	10	12	22	50	37	131
	¿Nos podría indicar el número de embarazos que ha tenido?	7,6%	9,2%	16,8%	38,2%	28,2%	100,0%
	Grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos	24,4%	14,6%	10,4%	16,2%	17,3%	15,3%
	% del total	1,2%	1,4%	2,6%	5,8%	4,3%	15,3%
total	Recuento	41	82	212	308	214	857
	¿Nos podría indicar el número de embarazos que ha tenido?	4,8%	9,6%	24,7%	35,9%	25,0%	100,0%
	Grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	1,8%	9,6%	24,7%	35,9%	25,0%	100%

**Tabla 10.** Número de embarazos y grado de conocimiento de métodos anticonceptivos

Base: 857.



**Figura 30.** Número de hijos y conocimiento sobre métodos anticonceptivos  
Base: 857.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985) establece que: «El goce del grado máximo de salud<sup>20</sup> que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano» (p. 1), derecho que integra: acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Además, este organismo define la salud como: «Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (p. 1).

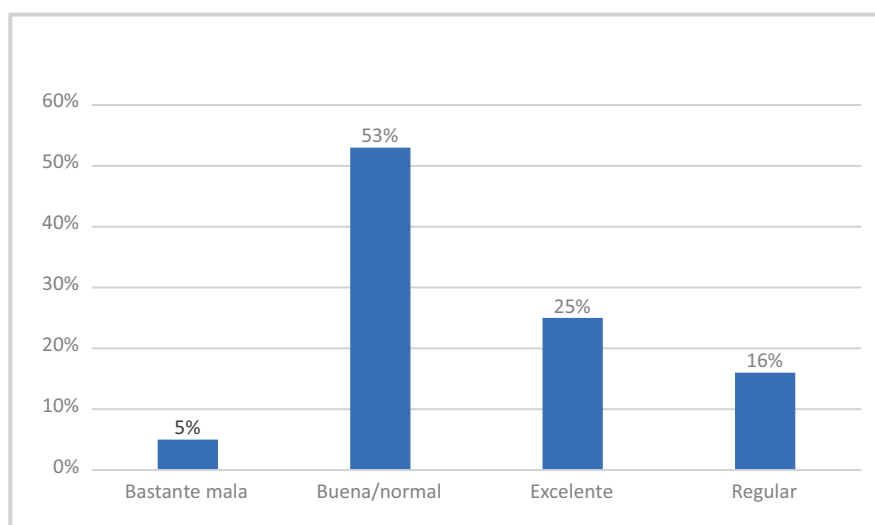
Por tanto, se plantea una definición integral sobre la salud que incluye: la salud física, mental y social.

La misma OMS entiende, en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), que el funcionamiento de una persona es: «Una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)» (p. 4). Es decir, que los factores contextuales interactúan y determinan tanto la salud como el nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad. Y, por tanto, que la atención de los servicios de salud desempeñe un papel «biopsicosocial» (CIF, 2001), que proporcione una «visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social» (p. 5).

Desde esta visión de la salud holística, una de las dimensiones contextuales a tener en cuenta en el ámbito de la salud reproductiva es la atención recibida. El buen o mal trato a un/a paciente con discapacidad depende, en muchos casos, de factores asociados a una visión prejuiciosa sobre la sexualidad y reproducción de las mujeres y hombres con discapacidad.

<sup>20</sup>Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946.

En este punto, a la pregunta sobre ¿cómo definiría la atención recibida por sus especialistas de referencia durante el embarazo?, la respuesta fue mayoritariamente buena/normal con un 53 %, el 25 % opinó que fue excelente y 16 % regular. Tan solo, el 5 % manifestó que fue bastante mala, dato que puede deberse a motivos de discriminación, tal como se verá en el apartado de discriminación, en el que un 37 % de las mujeres se ha sentido muchas veces discriminada en los servicios de atención sanitaria. De tal manera, que el abordaje integral, «biopsicosocial» (CIF, 2001), de los sistemas de salud para que la atención sanitaria sea aceptable y de calidad debe ser una necesidad urgente.



**Figura 31.** ¿Cómo definiría la atención recibida por sus especialistas de referencia durante el embarazo?

Base: 473.

Visibilizar y dar respuesta a las demandas de las mujeres con discapacidad, además de reconocer sus derechos no es suficiente. Es necesario que la atención sanitaria se reconozca dentro de un entorno inclusivo que identifique y no vulnere sus derechos sexuales y reproductivos. Los servicios sanitarios deben garantizar que las niñas y mujeres con discapacidad sean atendidas según sus necesidades, sea cual sea la discapacidad, desterrando prejuicios/mitos en torno a la salud sexual y reproductiva, ya que si se pone en duda que sean personas sexuadas o que puedan ejercer su consentimiento de manera autónoma, difícilmente podrán acceder a un abordaje integral en derechos sexuales y reproductivos.

En este sentido, la persona con discapacidad se ha considerado durante mucho tiempo como no apta para casarse o vivir en pareja. De hecho, no se ha visto necesario el abordaje en ningún contexto socioeducativo o de investigación la salud sexual y reproductiva de este colectivo, porque se cree que sus manifestaciones sexuales son impulsivas y peligrosas o que tienen una visión infantil y de eterna protección de las familias o cuidadores y cuidadoras externas.



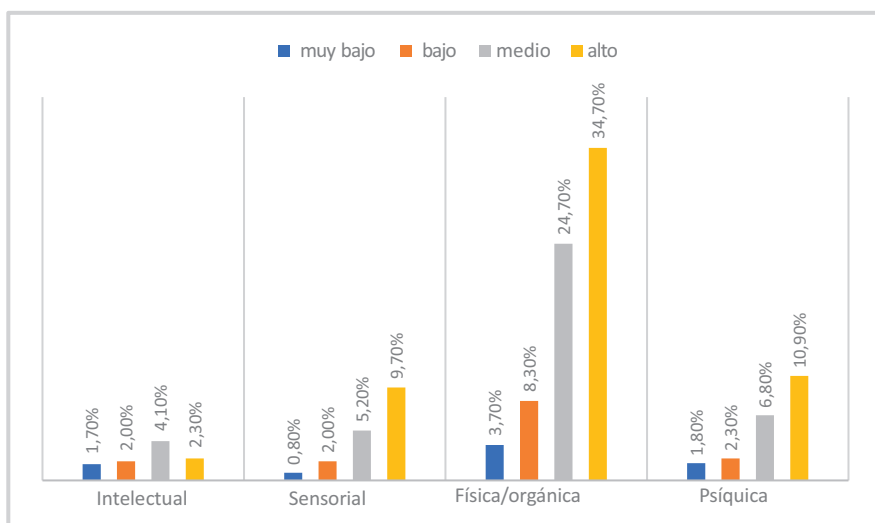
De ahí que no tratar la salud sexual de las personas con discapacidad, como un objetivo prioritario integrado, en beneficio de su desarrollo social, mental y evolutivo, tal como lo define la OMS (1985), se hizo con la idea de no despertar la necesidad sexual y controlar sus manifestaciones de forma represiva (López, Navarro, Torrico, 2010). Este hecho ha evidenciado la discriminación que existe porque se les niega toda posibilidad de satisfacer sus necesidades afectivas y sexuales de manera segura y en condiciones de igualdad, lo que lleva aparejado, la falta de educación sexual, un riesgo que ha propiciado los abusos sexuales, embarazos no planificados y el incremento de las ITS (Crespo, 1993; Freire y Gómez, 1993).

En suma, si se tiene en cuenta el tipo de discapacidad con el grado de conocimiento o acceso a los métodos de anticoncepción en la encuesta, las mujeres con discapacidad sensorial, física u orgánica afirman tener un conocimiento medio sobre los métodos anticonceptivos mientras que las mujeres con discapacidad intelectual (26,2 %) manifestó tener un conocimiento muy bajo junto al 28,6 % de las mujeres con discapacidad psíquica (tabla 11 y figura 32).

Grado de conocimiento de métodos anticonceptivos		Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Total	
Tipo de discapacidad	Intelectual	Recuento	11	13	27	15	66
		Tipo discapacidad	16,7%	19,7%	40,9%	22,7%	
		Conocimientos anticonceptivos	26,2%	15,9%	12,5%	4,8%	
		% del total	1,7%	2,0%	4,1%	2,3%	10,1%
	Sensorial	Recuento	5	13	34	63	115
		Tipo discapacidad	4,3%	11,3%	29,6%	54,8%	
		Conocimientos anticonceptivos	11,9%	15,9%	15,7%	20,3%	
		% del total	0,8%	2,0%	5,2%	9,7%	17,7%
	Física u orgánica	Recuento	24	54	161	226	465
		Tipo discapacidad	5,2%	11,6%	34,6%	48,6%	
		Conocimientos anticonceptivos	57,1%	65,9%	74,5%	72,7%	
		% del total	3,7%	8,3%	24,7%	34,7%	71,4%
	Psíquica	Recuento	12	15	44	71	142
		Tipo discapacidad	8,5%	10,6%	31,0%	50,0%	
		Conocimientos anticonceptivos	28,6%	18,3%	20,4%	22,8%	
		% del total	1,8%	2,3%	6,8%	10,9% <sup>21</sup>	21,8%
Total	Recuento	42	82	216	311	651	
	% del total	6,5%	12,6%	32,2%	47,8%	100,0%	

**Tabla 11.** Tipo de discapacidad y grado de conocimiento métodos anticonceptivos  
Base: 651. / Fuente: elaboración propia.

<sup>21</sup>En este caso el grado de conocimiento de métodos anticonceptivos dentro de la discapacidad psíquica resulta llamativo, porque no desagrega la información acorde con el tipo de discapacidad psíquica: depresiones, trastorno de ansiedad, bipolar, autismo, Asperger.



**Figura 32.** Tipo de discapacidad y conocimiento de métodos anticonceptivos

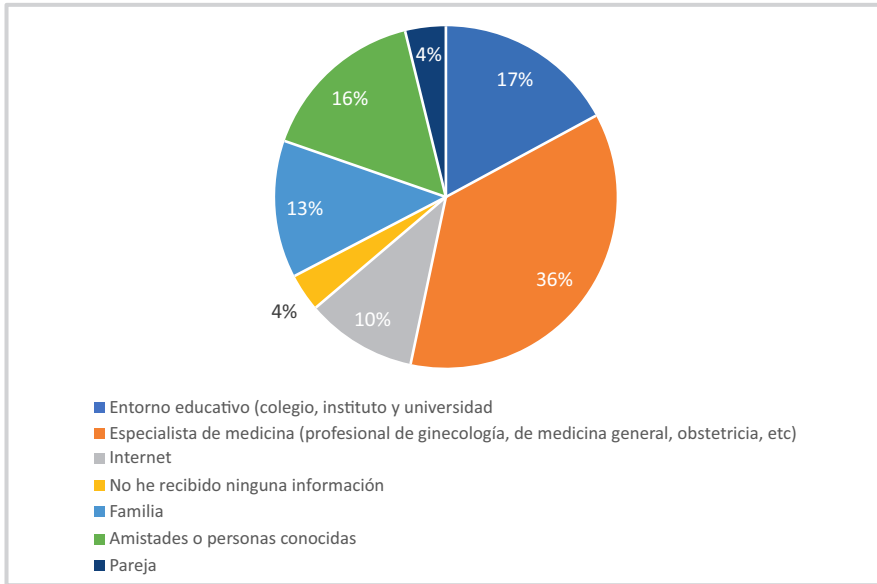
Base: 651. / Fuente: elaboración propia.

Además, la falta de acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad, especialmente las que tienen discapacidad intelectual y las sordas y sordociegas, puede aumentar el riesgo de que sean objeto de violencia sexual (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016). De hecho, las mujeres con discapacidad pueden afrontar asimismo estereotipos eugenésicos nocivos que suponen que si gestan sus hijos/as heredarán la discapacidad y esto conduce a que se les desaliente o se les impida el ejercicio de su maternidad en plena libertad.

Otra de las cuestiones relevantes en el área de la salud sexual y reproductiva es la información. ¿Es accesible? ¿Está disponible en formatos accesibles?

Tal como se advierte en el documento elaborado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016), la información sobre la salud sexual y reproductiva incluye indicadores sobre salud maternal, anticonceptivos, planificación familiar, las ITS, aborto sin riesgo, la infecundidad y las opciones de fecundidad y el cáncer del sistema reproductor. Las mujeres y niñas con discapacidad deben tener garantizado este derecho a estar informadas y a que la fuente primaria de información que reúna todas las garantías sean los especialistas en medicina.

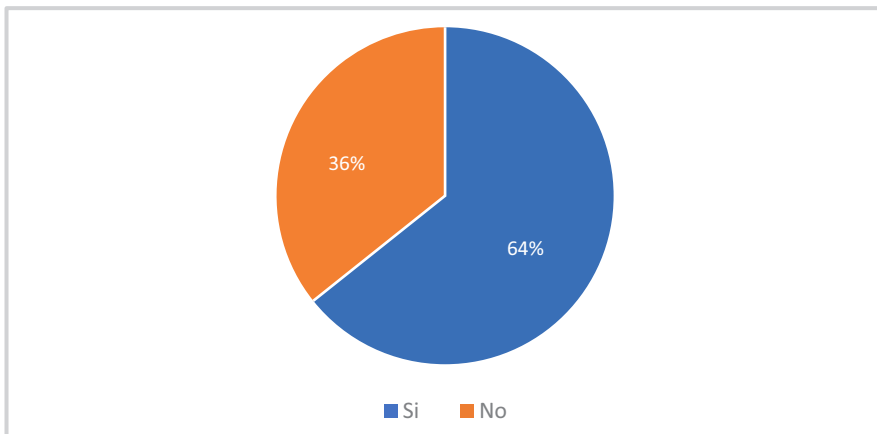
El 36 % de las mujeres de la encuesta recibió información sobre métodos anticonceptivos de especialistas en medicina (profesionales de ginecología, de medicina general obstetricia, etc. (figura 33). Solo un 4 % no ha recibido ningún tipo de información. La escuela también destaca como fuente de información con un 17 % lo que indica que existen acciones de sensibilización al respecto en el contexto educativo sobre los derechos y recursos de salud.



**Figura 33.** ¿A través de qué medios o personas ha recibido información sobre métodos anticonceptivos?

Base: 1433.

A la pregunta de si conocen programas de detección precoz de cáncer de mama o cervicouterino, el 64 % dijo que sí (figura 34).



**Figura 34.** ¿Conoce programas de detección precoz de cáncer de mama y cervicouterino de la sanidad pública en su Comunidad Autónoma?

Base: 897.

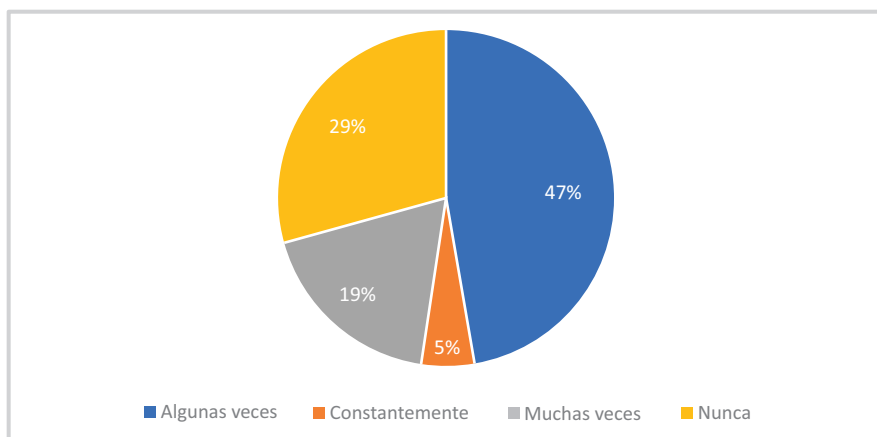
La sexualidad es una condición inherente al ser humano. Todas las personas, incluidas las niñas y mujeres con discapacidad, son seres sexuados. De forma general, comprende la capacidad de reproducirnos, de relacionarnos afectiva y físicamente, desde la intimidad y el contacto de los cuerpos y la capacidad de sentir placer. Todas las personas vivimos y experimentamos nuestra sexualidad de una forma única y personal y las niñas y mujeres con discapacidad, también. Gozar libre y positivamente de la sexualidad es un derecho humano.

## Discriminación

Cuando a una misma persona se le discrimina por razón de su género y esta discriminación proviene de la sociedad, por falta de entendimiento o incomprensión de la discapacidad, entonces, se presenta una múltiple discriminación, que en ningún caso es la suma de dos discriminaciones (Díaz-Funchal, 2013, p.16).

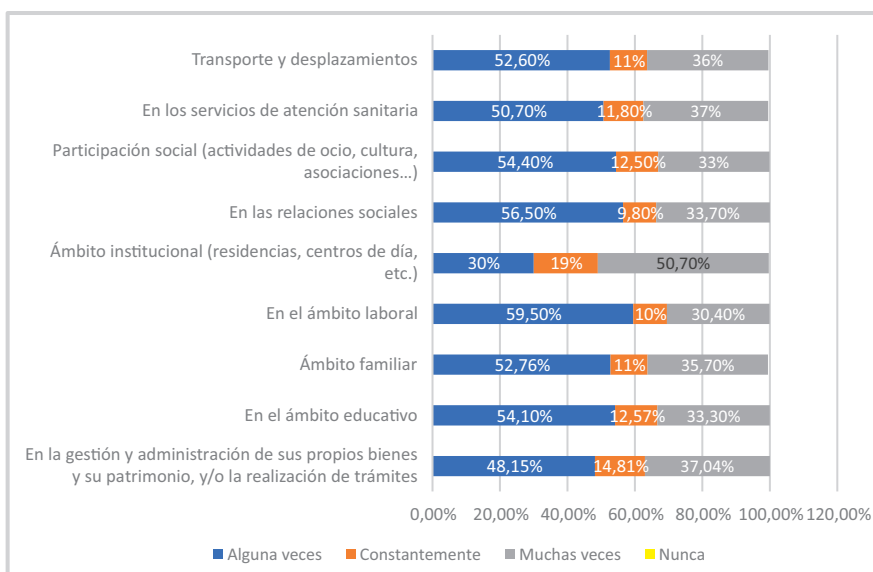
Dar un trato inferior a una persona dentro de un colectivo por motivos de raza, sexo, práctica religiosa, género o discapacidad es lo que específicamente se conoce como discriminación, que está presente en el día a día de muchas de las mujeres con discapacidad, sin tener en cuenta el tipo o la posición social en la que se encuentre. La discriminación afecta por igual a cualquier persona, pero si esta tiene discapacidad se ve agravada en la mayoría de los casos por estereotipos sobre la discapacidad, la falta de recursos e infraestructura que impiden el acceso a entornos inclusivos.

En atención a este hecho, a la pregunta «¿Alguna vez se ha sentido discriminada?» (figura 33), el 47 % de las entrevistadas dijo que alguna vez ha sentido algún tipo de discriminación, el 5 % constantemente, muchas veces el 19 % o el 29 % nunca. Las situaciones en las que alguna vez se han sentido discriminadas han sido en el trabajo el 59,5 %, un 56,5 % en las relaciones sociales, el 48 % en la gestión administrativa, el 52 % en el transporte, el 50 % en servicios sanitarios y 30 % en el ámbito institucional (figura 35).



**Figura 35.** ¿Alguna vez se ha sentido discriminada?  
Base: 884.

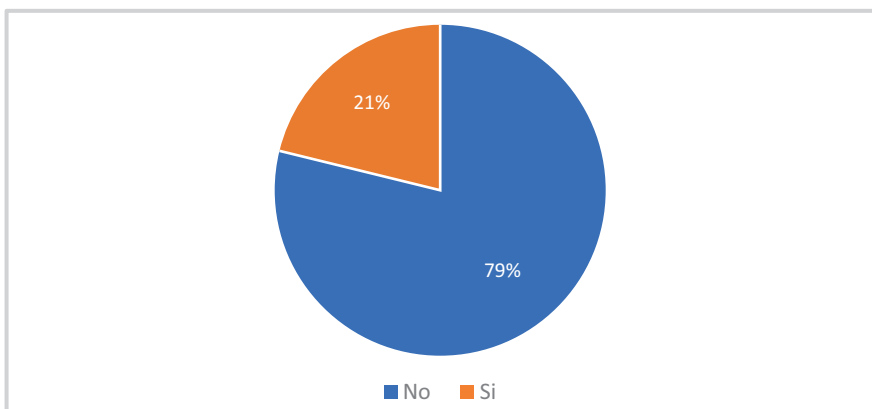
Estas discriminaciones se producen en distintos ámbitos, mayoritariamente relacionados con la condición de mujer con discapacidad. Por la importancia social de los centros educativos para cambiar estas prácticas, resulta llamativo el porcentaje de mujeres encuestadas —54 %— que los señala como ambientes de discriminación. Por su repercusión en el nivel de participación social hay que resaltar que el 54,4 % alguna vez se ha sentido discriminada cuando se ha vinculado a actividades de ocio, cultura o asociacionismo.



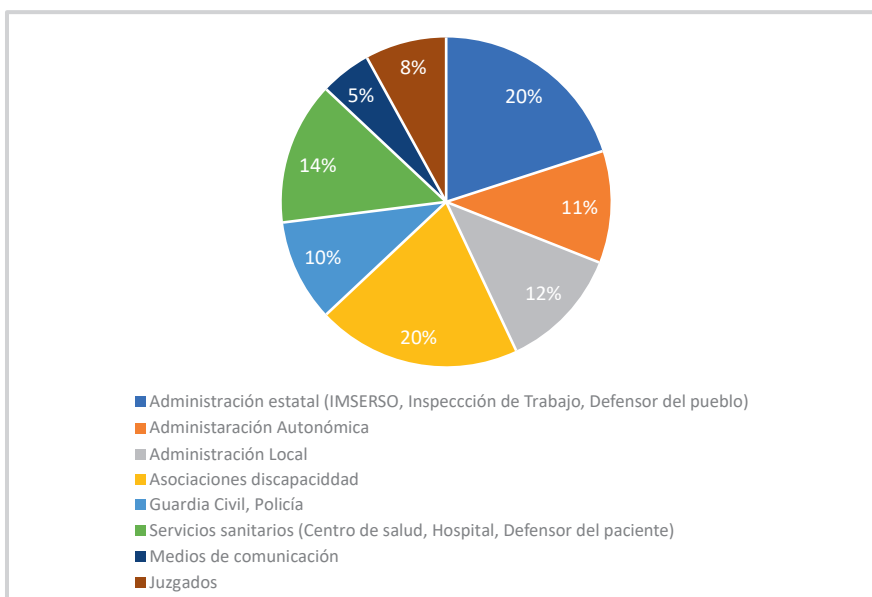
**Figura 36.** ¿En cuál de las siguientes situaciones?

Base: 884.

A la pregunta sobre si alguna vez ha reclamado o denunciado discriminación por motivos de su discapacidad, ante alguna entidad o institución, la respuesta es un sí rotundo. El 79 % de las mujeres alguna vez ha denunciado ante una institución (figura 37). Y los organismos ante los que lo ha hecho se reparten entre los públicos de administración estatal, inspección de trabajo, IMSERSO el 20 % de la muestra y, por otro lado, con un 20 % utiliza las asociaciones de discapacidad para tramitar la denuncia (figura 38).

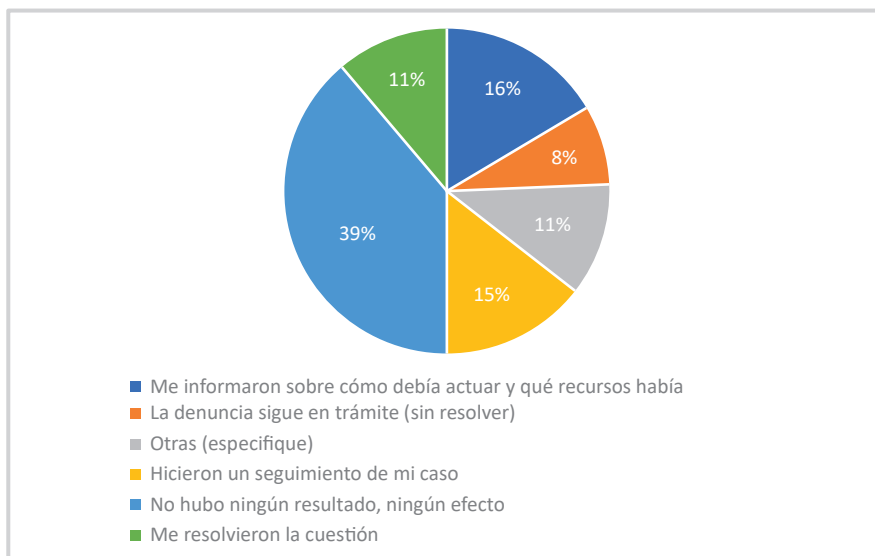


**Figura 37.** ¿Alguna vez ha reclamado o denunciado discriminación por motivos de su discapacidad ante alguna entidad o institución?  
Base: 614.



**Figura 38.** ¿Ante qué organismo/institución hizo la denuncia?  
Base: 99.

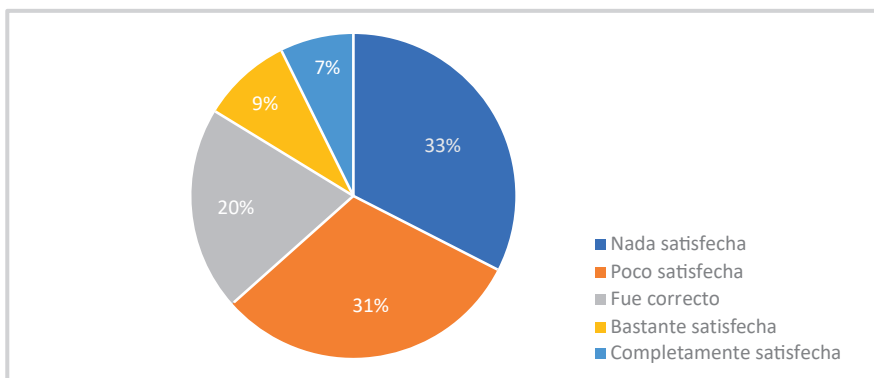
En cuanto al resultado de la denuncia, el 39 % recibió información sobre cómo debía actuar y qué recursos había, mientras que para el 8 % la denuncia sigue en trámite sin resolver. Este último hecho trae como consecuencia la no resolución de la denuncia, la revictimización de la mujer con discapacidad en el espacio institucional. La violencia institucional se materializa en un ciclo de continua violencia como consecuencia de la falta de información de profesionales, falta de recursos, desconocimiento de protocolos de actuación, etc. Lo que marcará la decisión de denunciar o no de la mujer que ha vivido o sigue viviendo esta clase de episodios.



**Figura 39.** ¿Cuál fue el resultado de la denuncia?  
Base: 152.

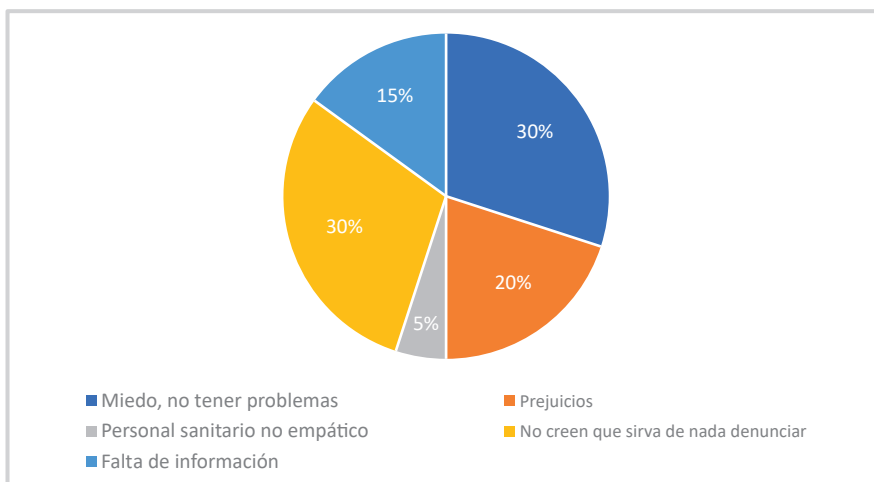
Es claro que la decisión de denunciar o no también dependerá del trato que se ha recibido. La satisfacción con la atención recibida es un indicador de calidad a tener muy en cuenta de cara a que la mujer se sienta segura y se decida a denunciar. De este modo logrará evitar los prejuicios y los sentimientos de culpabilidad, vergüenza o miedo porque son víctimas de algún tipo de violencia.

El 33 % de las encuestadas no se sentía nada satisfecha con la atención recibida de la institución; el 31 % poco satisfecha, el 20 % respondió que el trato fue correcto, bastante satisfecha el 9 % y el 7 % completamente satisfecha (figura 40).



**Figura 40.** Del 1 al 5, valore su nivel de satisfacción con la atención que recibió de esa institución  
Base: 123.

Los motivos que llevan a no reclamar son: en un 30 %, miedo y para evitar problemas mayores. Otro 30 % cree que la denuncia no tendrá ningún recorrido y el 20 % opina que por prejuicios (figura 41). Los datos ponen de relieve una visión negativa de la protección institucional de las mujeres.



**Figura 41.** ¿Por qué motivo no ha reclamado o denunciado esta discriminación?  
Base: 299.



---

#### 6.3.4 Necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad en el ámbito laboral.

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad en el art. 27 sobre trabajo y empleo de las personas con discapacidad sostiene:

- Los Estados parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados parte salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:
  - ◆ Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables.
  - ◆ Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos, etc.

Ciertamente, tanto los hombres como las mujeres con discapacidad viven discriminación en el mercado laboral, pero estas últimas se encuentran en una situación de mayor exclusión, ya que el tándem género y discapacidad se postula como el gran hándicap en el desarrollo profesional de las mujeres con discapacidad.

Para Cózar (2011) es evidente que:

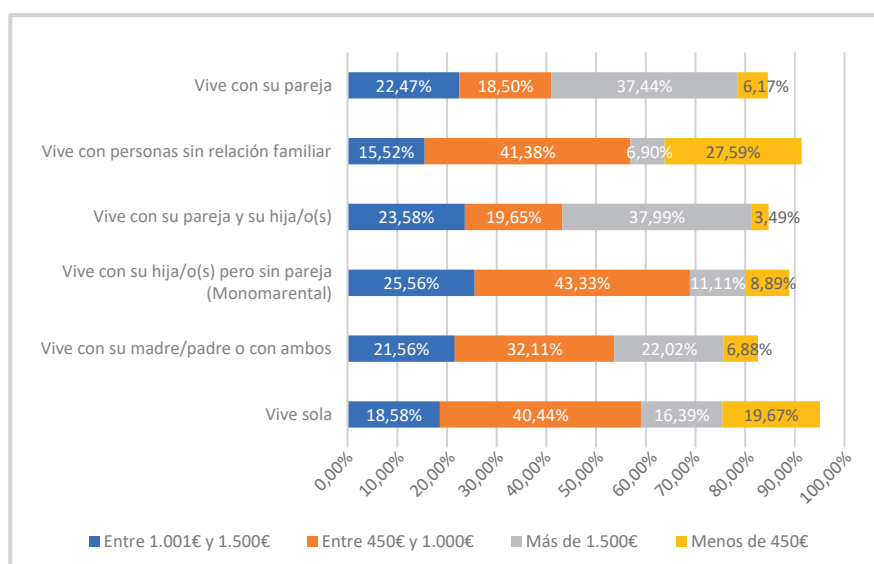
[...] ser mujer y tener además una discapacidad sitúa a estas mujeres al margen del modelo de producción que insiste en tener como trabajador y trabajadora, pues, el lastre de los estereotipos que califican a las personas con discapacidad como poco productivas, enfermas crónicas o trabajadoras conflictivas se acentúa con los prejuicios que, aunque en proceso de superación, siguen existiendo sobre las mujeres. (p. 93)

Desde el empresariado existe una desconfianza evidente frente a la persona con discapacidad. Esta situación se agrava cuando se trata del tema del empleo femenino. A todo esto, hay que unir la sobreprotección ejercida por muchas familias que desincentivan a sus hijas con discapacidad, y muy especialmente a las que presentan discapacidades graves, a la hora de formarse y buscar un empleo. (p. 94)

Los datos en este sentido son claros. Así, tenemos que en la franja de ingresos entre 450 € y 1000 € se acumulan la mayoría de los tipos de hogar donde viven las encuestadas: destaca el 43.33 % de las mujeres que pertenecen a un tipo de hogar monomarental con hijos o hijas, mientras que el 41,38 %, que vive con personas sin relación familiar o el 40,44 % que vive sola. En el caso de ingresos que pueden ser procedentes de salarios, pensiones o ambos, el 22 % tiene unos ingresos de más de 1.500 € y vive con su madre/padre o ambos y, por último, destacar que el 19,7 % de mujeres que ingresa menos de 450 € vive sola, frente al 27,5 % que lo hace con personas sin relación familiar (tabla 12).

Ingresos mensuales	Vive sola	Vive con su madre/padre o con ambos	Vive con su hija/o(s), pero sin pareja (monomarental)	Vive con su pareja y su hija/o(s)	Vive con personas sin relación familiar	Vive con su pareja
Entre 1001 € y 1500 €	18,58 %	<b>21,56 %</b>	<b>25,56 %</b>	23,58 %	15,52 %	22,47 %
Entre 450 € y 1000 €	<b>40,44 %</b>	32,11 %	<b>43,33 %</b>	19,65 %	<b>41,38 %</b>	18,50 %
Más de 1500 €	16,39 %	<b>22,02 %</b>	11,11 %	<b>37,99 %</b>	6,90 %	37,44 %
Menos de 450 €	<b>19,67 %</b>	6,88 %	8,89 %	3,49 %	<b>27,59 %</b>	6,17 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

**Tabla 12.** Distribución de mujeres en función del ingreso mensual y tipo de hogar  
Base: 749.



**Figura 42.** Distribución de mujeres en función del ingreso mensual y tipo de hogar  
Base: 744.

Destaca el alto porcentaje de mujeres que perciben ingresos propios (40 %) y que resultan estar por debajo del Salario Mínimo Interprofesional (SMI); sin embargo, no pueden interpretarse estos datos, sin la información complementaria del nivel de ingresos que más abajo se detalla (tabla 13).

¿Cuántos ingresos entran mensualmente en su casa?		Menos de 450 €	Entre 450 € y 1000 €	Entre 1001 € y 1500 €	Más de 1500 €	Total	
¿Cuál es su situación laboral?	Otra situación (especifique)	Recuento	19	28	20	28	95
		Situación laboral	20,0 %	29,5 %	21,1 %	29,5 %	100,0 %
		Ingresos/mensuales	18,1 %	9,2 %	9,0 %	10,4 %	10,5 %
		% del total	2,1 %	3,1 %	2,2 %	3,1 %	10,5 %
	Tengo empleo	Recuento	4	86	72	102	264
		Situación laboral	1,5 %	32,6 %	27,3 %	38,6 %	100,0 %
		Ingresos/mensuales	3,8 %	28,2 %	32,6 %	37,8 %	29,3 %
		% del total	0,4 %	9,5 %	8,0 %	11,3 %	29,3 %
	Estoy en situación de desempleo	Recuento	56	92	41	43	232
		Situación laboral	24,1 %	39,7 %	17,7 %	18,5 %	100,0 %
		Ingresos/mensuales	53,3 %	30,2 %	18,6 %	15,9 %	25,7 %
		% del total	6,2 %	10,2 %	4,6 %	4,8 %	25,7 %
	Estudiante	Recuento	51	15	16	12	48
		Situación laboral	0,4 %	31,3 %	33,3 %	25,0 %	100,0 %
		Ingresos/mensuales	4,8 %	4,9 %	7,2 %	4,4 %	5,3 %
		% del total	0,6 %	1,7 %	1,8 %	1,3 %	5,3 %
	Trabajo doméstico NO remunerado	Recuento	41	8	8	4	24
		Situación laboral	6,7 %	33,3 %	33,3 %	16,7 %	100,0 %
		Ingresos/mensuales	3,8 %	2,6 %	3,6 %	1,5 %	2,7 %
		% del total	0,4 %	0,9 %	0,9 %	0,4 %	2,7 %
	Jubilada o prejubilada	Recuento	5	33	18	30	86
		Situación laboral	5,8 %	38,4 %	20,9 %	34,9 %	100,0 %
		Ingresos/mensuales	4,8 %	10,8 %	8,1 %	11,1 %	9,5 %
		% del total	0,6 %	3,7 %	2,0 %	3,3 %	9,5 %
	Incapacidad laboral	Recuento	12	43	46	51	152
		Situación laboral	7,9 %	28,3 %	30,3 %	33,6 %	100,0 %
		Ingresos/mensuales	11,4 %	14,1 %	20,8 %	18,9 %	16,9 %
		% del total	1,3 %	4,8 %	5,1 %	5,7 %	16,9 %
Total	Recuento	105	305	221	270	901	
	Situación laboral	11,7 %	33,9 %	24,5 %	30,0 %	100,0 %	
	Ingresos/mensuales	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
	% del total	11,7 %	33,9 %	24,5 %	30%	100,0 %	

**Tabla 13.** Situación laboral de las mujeres con discapacidad e ingresos mensuales  
Base: 901.

En este caso existe una diferencia de respuestas, base de 901 (tabla 13) y de 674 (tabla 14), pues, como se dijo con anterioridad, muchas de las mujeres encuestadas no tienen conocimiento de sus ingresos debido a que dependen de las familias y estas no comparten información al respecto, lo que les resta capacidad de autonomía económica. En este caso, el 6,8 % de las mujeres con discapacidad y que tienen empleo viven con su madre/padre o ambos. Además, según los datos recogidos, también se observa que existe un alto grado de desempleo entre las mujeres con discapacidad, sobre todo las que viven con su pareja e hijos 6,4 %, viven solas 5,9 %, con su pareja 5,3 % o con su padre/madre o ambos el 8,3 %. Estos datos pueden repercutir en la autonomía económica y en la toma de decisiones de las mujeres con discapacidad aspecto que puede también sobresalir en el autoconcepto que tienen de ellas mismas y los prejuicios sociales al respecto de este colectivo (Cózar, 2013, p. 145). Claramente, este dato evidencia que hay que seguir realizando una apuesta fuerte en inversión de formación y empleo para un grupo tan altamente vulnerable como el de mujeres con discapacidad.

Tipo de hogar		Vive sola	Vive con su pareja	Vive con su pareja y su hija/o(s)	Vive con su hija/o(s) pero sin pareja (monoparental)	Vive con su madre/padre o con ambos	Vive con personas sin relación familiar	Total	
¿Cuál es su situación laboral?	Tengo empleo	Recuento	41	49	53	18	46	11	216
		Situación laboral	19,0 %	22,7 %	24,5 %	8,3 %	21,3 %	5,1 %	
		Tipo hogar	31,1 %	34,0 %	34,6 %	26,1 %	28,9 %	30,6 %	
		% del total	6,1 %	7,3 %	7,9 %	2,7 %	6,8 %	1,6 %	32,0 %
	Estoy en situación de desempleo	Recuento	40	36	43	22	56	6	197
		Situación laboral	20,3 %	18,3 %	21,8 %	11,2 %	28,4 %	3,0 %	
		Tipo hogar	30,3 %	25,0 %	28,1 %	31,9 %	35,2 %	16,7 %	
		% del total	5,9 %	5,3 %	6,4 %	3,3 %	8,3 %	0,9 %	29,2 %
	Estudiante	Recuento	11	6	7	2	17	2	43
		Situación laboral	25,6 %	14,0 %	16,3 %	4,7 %	39,5 %	4,7 %	
		Tipo hogar	8,3 %	4,2 %	4,6 %	2,9 %	10,7 %	5,6 %	
		% del total	1,6 %	0,9 %	1,0 %	0,3 %	2,5 %	0,3 %	6,4 %
	Trabajo doméstico no remunerado	Recuento	4	6	4	3	7	2	21
		Situación laboral	19,0 %	28,6 %	19,0 %	14,3 %	33,3 %	9,5 %	
		Tipo hogar	3,0 %	4,2 %	2,6 %	4,3 %	4,4 %	5,6 %	
		% del total	0,6 %	0,9 %	0,6 %	0,4 %	1,0 %	0,3 %	3,1 %
	Jubilada o prejubilada	Recuento	12	19	21	7	6	9	72
		Situación laboral	16,7 %	26,4 %	29,2 %	9,7 %	8,3 %	12,5 %	
		Tipo hogar	9,1 %	13,2 %	13,7 %	10,1 %	3,8 %	25,0 %	
		% del total	1,8 %	2,8 %	3,1 %	1,0 %	0,9 %	1,3 %	10,7 %

Incapacidad laboral	Recuento	24	28	25	17	27	6	125
	Situación laboral	19,2 %	22,4 %	20,0 %	13,6 %	21,6 %	4,8 %	
	Tipo hogar	18,2 %	19,4 %	16,3 %	24,6 %	17,0 %	16,7 %	
	% del total	3,6 %	4,2 %	3,7 %	2,5 %	4,0 %	0,9 %	18,5 %
Total	Recuento	132	144	153	69	159	36	674
	% del total	19,6 %	21,4 %	22,7 %	10,2 %	23,6 %	5,3 %	100,0 %

**Tabla 14. Situación laboral y tipo de hogar**

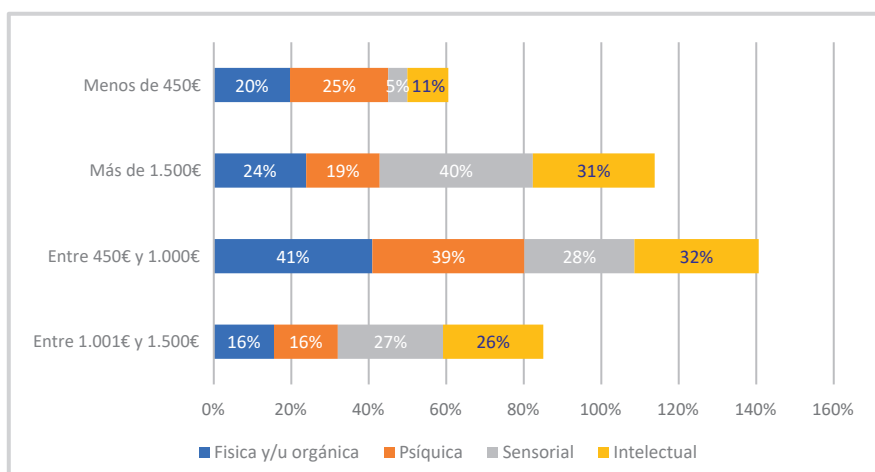
Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados. a. Grupo  
Base: 674.

Por otro lado, hay que destacar que la autonomía económica es fundamental para desarrollar una vida plena, pero si los ingresos económicos vienen asociados a algún tipo de discapacidad resulta ser mucho más difícil conseguir una vida autónoma (tabla 15).

Nivel de ingresos	Tipo de discapacidad				
	Física u orgánica	Psíquica	Sensorial	Intelectual	Total
Entre 1001 € y 1500 €	171	30	44	13	258
Entre 450 € y 1000 €	212	79	46	31	368
Más de 1500 €	208	46	64	15	333
Menos de 450 €	70	38	81	20	136
Total	193	79	62	661	1095

**Tabla 15. Nivel de ingresos mensuales y tipo de discapacidad**

Base: 1095. / Fuente elaboración propia.

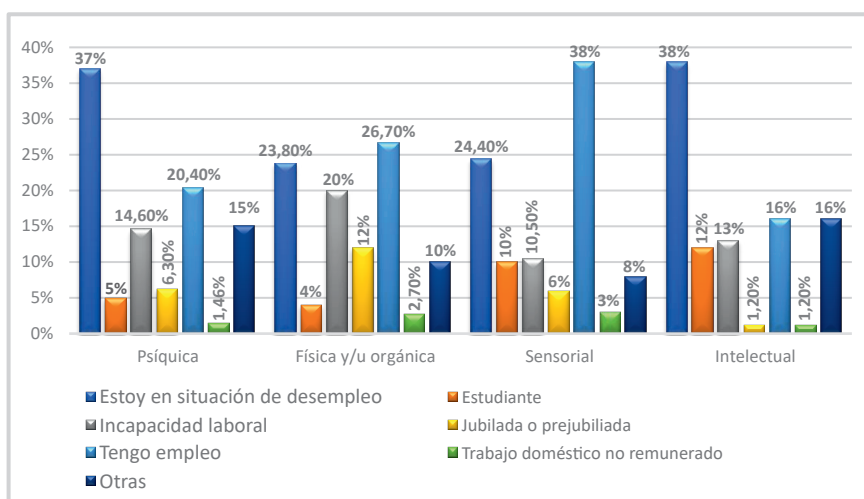


**Figura 43. Ingresos mensuales y tipo de discapacidad**

Base: 1095.

Se observa (figura 43) cómo los datos hablan de la situación de dependencia económica, cuando no de pobreza generalizada, en la que se encuentran las mujeres con discapacidad. En la encuesta aparece un 20 % de mujeres con discapacidad física u orgánica que viven con menos de 450 € y un 25 % de mujeres con discapacidad psíquica. Esto puede afectar su propio autoconcepto.

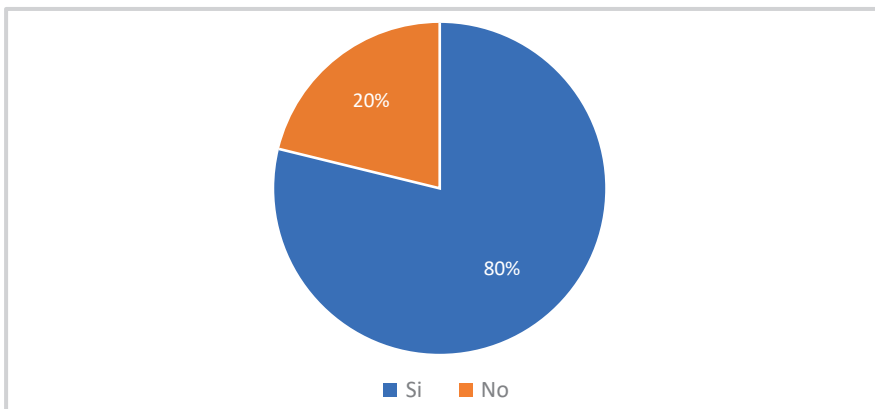
Es interesante relacionar la situación laboral con el tipo de discapacidad (figura 44). Como puede apreciarse en la situación de desempleo, el mayor porcentaje, 38 %, se ubica dentro de la discapacidad psíquica e intelectual, frente al 38 % de las mujeres con una discapacidad sensorial que sí tienen empleo. En cuanto a las mujeres que tienen una discapacidad física u orgánica, los porcentajes varían entre el 20 % de aquellas que están en situación de incapacidad laboral, el 26,7 % que tienen empleo y el 23 % que no lo tienen.



**Figura 44.** Situación laboral de las mujeres y tipo de discapacidad.  
Base: 944.

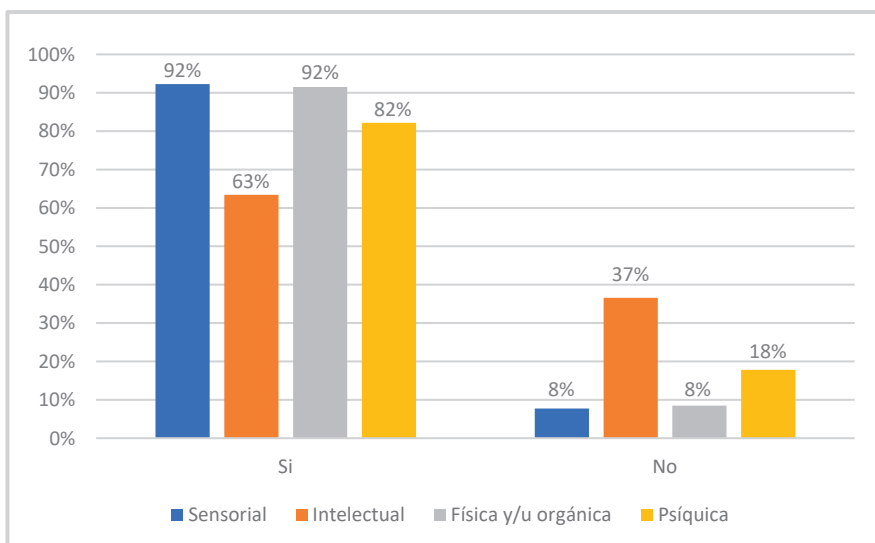
Aunque los datos obtenidos no pueden confirmarlo, debido a que no hay ninguna pregunta directa en el cuestionario, el hecho de que muchas mujeres perciban ingresos propios no implica que tengan autonomía en el manejo de su economía. Son muchos los casos en los que la mujer con discapacidad, aun siendo la directa perceptora de la pensión, no participa en su administración, pues esa tarea la asume su pareja o su familia (figura 45).

En este sentido, la realidad extraída de la encuesta nos muestra que el 80 % de las mujeres tiene libertad para gestionar su propio dinero, mientras que de las 1032 mujeres entrevistadas 208, el 20 %, considera que no tiene libertad para hacerlo.



**Figura 45.** *¿Toma decisiones importantes, como dónde vivir, dónde trabajar o cómo administrar su dinero?*  
Base: 1032.

Si la toma de decisiones se relaciona con la variable tipo de discapacidad se observa como la toma de decisiones de las mujeres con discapacidad en diferentes ámbitos de su vida, el 37 % de las mujeres con discapacidad intelectual no pueden hacerlo con total libertad, al igual que las que tienen una discapacidad psíquica (18 %). En el conjunto de datos de aquellas mujeres con discapacidad que sí toman decisiones de manera autónoma se aprecia como las que lo hacen con mayor libertad tienen una discapacidad física u orgánica 92 % (figura 46).



**Figura 46.** *Toma decisiones importantes, como dónde vivir, dónde trabajar o cómo administrar su dinero y tipo de discapacidad*  
Base: 1124.

---

Según los datos analizados más arriba, los tipos de discapacidad, la discapacidad física u orgánica prevalece entre quienes tienen de 31 a 45 años, junto con la discapacidad psíquica (36,54 %), intelectual (31,76 %) y sensorial (32 %), que aumentan con la edad. Por otro lado, entre la población más joven que ha contestado la encuesta, la discapacidad intelectual tiene un mayor peso (el 36,47 % de las mujeres que tienen entre 18 y 30 años tienen discapacidad intelectual frente al 21,18 % de las mujeres que tienen entre 46 y 65 años). Pero, a pesar de que existe un alto porcentaje de mujeres con discapacidad que puede tomar decisiones, la mayoría se concentra en la franja de edad entre 31 y 45 años con estudios superiores, el 40 %, y el 45 % entre 46 y 65 años, con educación primaria. Estos datos revelan una coincidencia que se hace extensible a otras dos ideas fundamentales: la necesidad de mejorar el conocimiento que la sociedad tiene de la discapacidad y la de reconocer a las mujeres con discapacidad, combatir la invisibilidad a la que están sometidas para no estigmatizar ni estereotipar la imagen que se tiene de ellas como mujeres dependientes, sin estudios o sin trabajo.

Cabe decir que entre los objetivos del Consejo Europeo de Niza en 2000 para combatir la exclusión social, se insiste en promover la participación en el mercado laboral con medidas preventivas, mediante políticas sociales, que eviten riesgos de exclusión, esto es:

[...] desarrollando políticas de formación adecuadas y gestión de recursos humanos a fin de favorecer un mejor acceso al empleo de los grupos más vulnerables y promocionando la conciliación de la vida laboral y familiar, incluyendo la cuestión del cuidado de las personas dependientes (citado en Pérez, 2003, p. 40).

Por tanto, con todo lo acopiado en este apartado se puede concluir que la identificación de estos riesgos —que el Informe sobre Discapacidad y Exclusión Social en Europa (2003) considera como los factores principales de la exclusión—, la falta o el acceso limitado al entorno social, el desempleo y la estigmatización de las personas con discapacidad aún se sigue palpando como resultado en el colectivo de mujeres con discapacidad. Es decir, variables como el tipo de discapacidad, los ingresos, el desempleo, los modelos de producción enmarcados en un perfil no inclusivo, estandarizado, al margen del canon de belleza, de trabajadora, —cada vez más, la belleza física es una cualidad necesaria para el desarrollo afectivo, profesional y social de la mujer—, la educación o la formación siguen tiñéndose de los prejuicios y estereotipos sociales que obstaculizan la integración social al no ajustarse a la normatividad social de un modelo opresor que provoca daños y que afectan la autoestima y autoimagen de la mujer con discapacidad de manera negativa.



---

### 6.3.5 Violencia sobre las mujeres con discapacidad

Según el informe del Parlamento Europeo sobre la situación de las mujeres de los grupos minoritarios en la Unión Europea (2004): «El 80 % de las mujeres con discapacidad es víctima de violencia y tiene un riesgo cuatro veces mayor que el resto de mujeres sin discapacidad de vivir violencia sexual» (p. 23).

Tanto las mujeres sin discapacidad como las mujeres con discapacidad son víctimas de la violencia de género que ejercen sus parejas y exparejas. Pero además también viven episodios de violencia a manos de personas que no pertenecen a su entorno próximo. El binomio violencia de género y discapacidad multiplica las posibilidades de ejercer violencia y su impacto. En muchas ocasiones, esta violencia es de difícil detección.

Ante esta situación resulta evidente la necesidad de arbitrar medidas concretas encaminadas a prevenir y atender estas situaciones de violencia que solamente se presentan cuando la persona tiene una discapacidad y que se ven acentuadas cuando la víctima es una mujer.

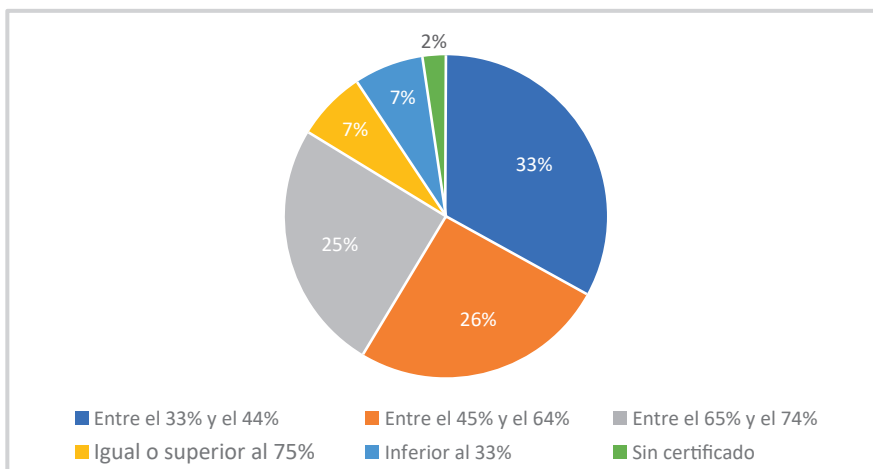
Hasta el momento, los datos presentados ponen de manifiesto cómo la violencia de género, en todas sus manifestaciones, pone a las mujeres con discapacidad en una situación de mayor vulnerabilidad. Tienen igual o mayores posibilidades de vivir episodios de violencia y abusos que las mujeres sin discapacidad, además de sumársele otros tipos de violencia relacionados con su condición, porque:

[...] estas últimas no se identifican por los instrumentos más utilizados para cuantificar el fenómeno de la violencia de género, las estimaciones acerca de la magnitud de dicha problemática en las mujeres con discapacidad se encuentran a menudo infrarrepresentadas (Eva del Río, 2011, p. 68, citado en CERMI, 2016). Tampoco se conoce la magnitud de los niños y niñas que nacen o adquieren una discapacidad a raíz de las agresiones que se ejercen contra las mujeres durante el embarazo (CERMI, 2016, p. 44).

La violencia física contra las mujeres con discapacidad encuestadas tiende a ser más intensa cuando el porcentaje reconocido de discapacidad<sup>22</sup> está entre el 33 % y el 44 % (33 %) (figura 47) y varía entre el 45 % y el 64 % (25 %) de mujeres con discapacidad.

---

<sup>22</sup>En el análisis de la violencia física según características sociodemográficas, hay que tener presente que existen numerosas interrelaciones entre las variables (por ejemplo, entre el nivel de formación y la edad), y que diferencias aparentes en una variable pueden desaparecer si se tienen en cuenta otras.



**Figura 47. Violencia física y porcentaje de discapacidad<sup>23</sup>**

Base: 1124.

Si se compara con los resultados de la Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019): «Las mujeres con certificado de discapacidad acreditado igual o superior al 33 % han vivido violencia física en mayor proporción (17,2 %) que las mujeres sin discapacidad acreditada (13,2 %) (p. 145)».

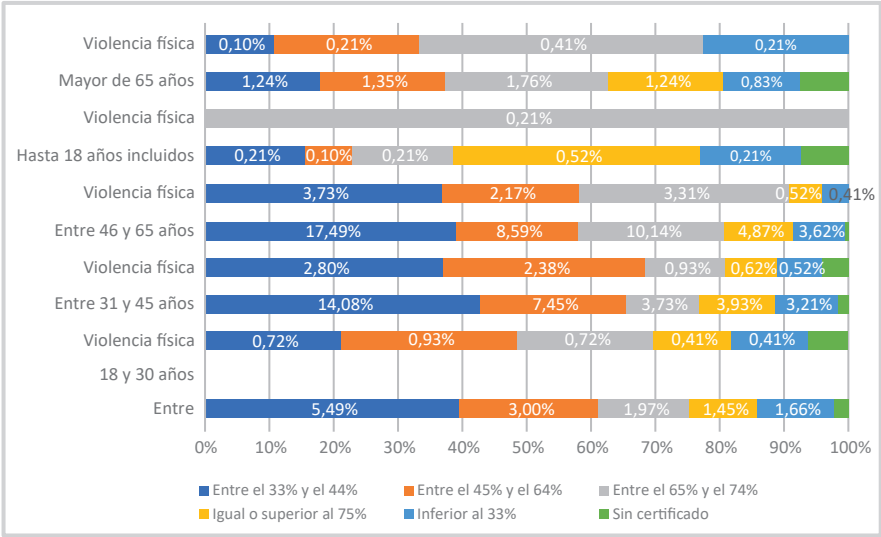
A la hora de interpretar estos resultados, hay que recordar que existe una relación clara entre violencia de género y discapacidad, aunque la causalidad o la relación entre las variables no queda del todo clara, debido a que las fuentes utilizadas para la realización de la encuesta tienen un carácter transversal, es decir, no considera lo que sucede antes o después de una relación entre variables, no longitudinal, lo que permitiría una mayor secuencia temporal de estudio para establecer claras relaciones de causa-efecto entre variables. Pese a ello, la revisión bibliográfica realizada permite aventurar algunas hipótesis acerca de las dinámicas de la interrelación entre la violencia de género y la discapacidad.

Entre ellas se encuentra la Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019) que afirma que aquellas mujeres que tienen una discapacidad reconocida igual o superior al 33 % o un problema de salud que las limita a la hora de hacer actividades cotidianas que la gente hace con normalidad y que han sufrido violencia física, sexual, emocional o han sentido

<sup>23</sup>Para realizar el análisis estadístico se ha empleado el programa SPSS v.26. Este programa redondea los resultados, lo que implica que a veces los porcentajes finales de las tablas no van a sumar exactamente 100 % sino que pueden sumar 99,9 % o 100,1 %. Lo mismo sucede con las frecuencias absolutas (hay que tener en cuenta que la muestra está ponderada para ajustarla a la población por lo que las frecuencias absolutas ponderadas en general son cifras con decimales). A veces la suma de frecuencias muestrales será una unidad más o una menos que el total que corresponda. En el estudio se muestran los resultados relativos a porcentajes con un decimal y el de las frecuencias muestrales sin decimales. Si se calculan los porcentajes a partir de las frecuencias muestrales que aparecen en el estudio, el resultado puede variar ligeramente del que aparece en las tablas debido al redondeo de cifras. El porcentaje que se muestra en las tablas es el correcto, el que calcula el SPSS con todas las cifras decimales. Por otra parte, se recuerda que hay que analizar con mucha cautela resultados correspondientes a celdas con frecuencias absolutas inferiores a 20. Y que en ningún caso deberían tomarse como válidos resultados de celdas con frecuencias absolutas iguales o inferiores a ocho casos.

miedo de sus parejas (VFSEM, en adelante) de su pareja actual o de sus parejas pasadas, la discapacidad que tienen es consecuencia de los episodios de violencia sufridos.

En la Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019) se afirma que: «Esta relación entre discapacidad y edad es fundamental, ya que en muchas ocasiones el motivo de un resultado estadísticamente significativo estará más relacionado con la edad de la mujer que con la discapacidad (p. 202)», y el grado de discapacidad. En la encuesta realizada se puede observar en la figura 48 que en la franja de edad entre 45 y 65 años y el grado de discapacidad entre el 33 % y el 44 % se concentra el mayor porcentaje de violencia física con un 17,5 %.

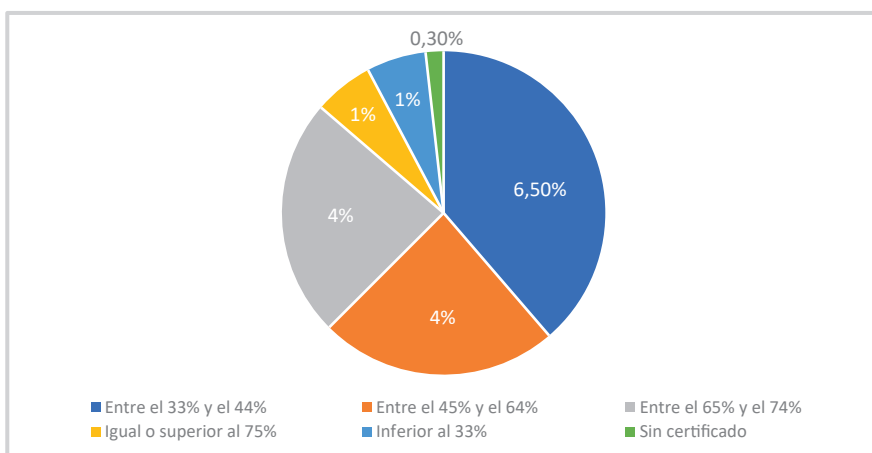


**Figura 48. Violencia física y porcentaje de discapacidad<sup>23</sup>**  
Base: 1124.

La violencia sexual se registra de la misma forma: en el porcentaje de discapacidad entre el 33 % y el 44 % con un 6,5 % (figura 49) y la violencia económica en la misma franja con un 33 % de las mujeres con discapacidad (figura 50).

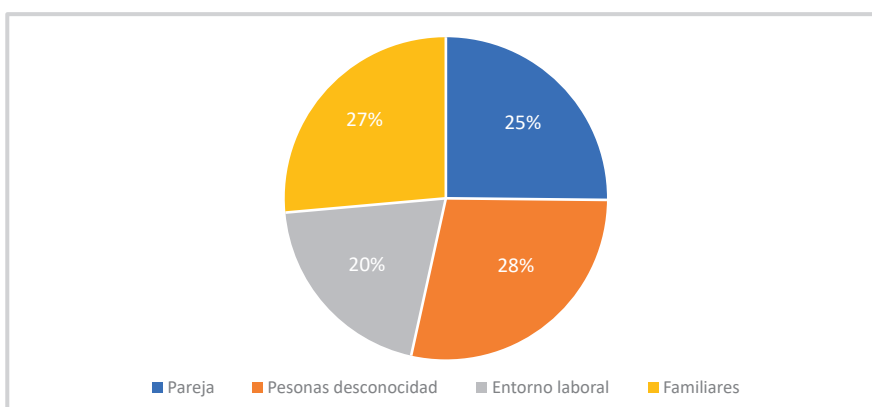
Tras estos datos y tal como recoge la Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019), se advierte:

[...] 17,5 % de las mujeres con discapacidad sobre las que se ha ejercido VFSEM de alguna pareja, su discapacidad es consecuencia de la violencia ejercida sobre ellas por sus parejas (9,8 % entre las que la han padecido de la pareja actual y 19,7 % en el caso de la violencia de parejas pasadas). Además, el 23,4 % de las que han experimentado violencia física o sexual de alguna es consecuencia de la violencia ejercida sobre ellas por sus parejas (20,0 % entre las que la han padecido de la pareja actual y 23,2 % en el caso de la violencia de parejas pasadas) (p. 206).



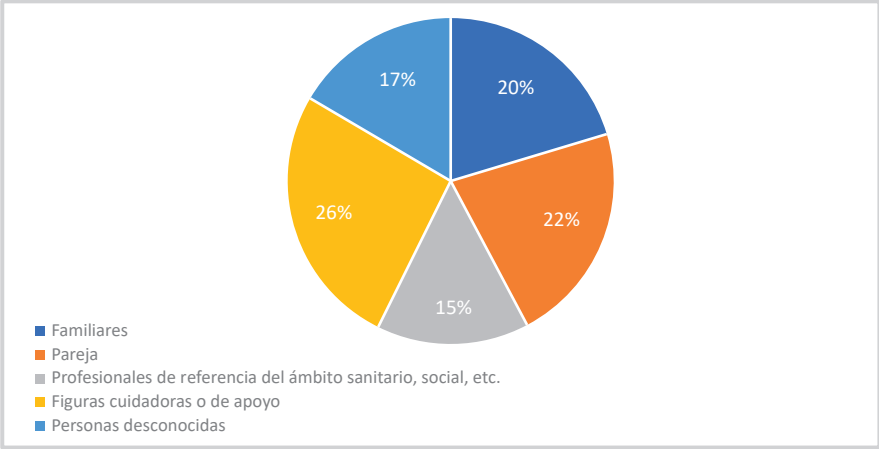
**Figura 49.** *Violencia sexual y porcentaje de discapacidad*  
Base: 164.

Otra de las posibles situaciones para observar en un estudio de tipo transversal es quién ejerce esa violencia sobre la mujer con discapacidad y que puede ser consecuencia de situaciones de vulnerabilidad o discriminación. De los datos que hacen referencia a la violencia sexual, se deduce que son las personas desconocidas (28 %) y el 52 % las próximas a ellas, por un lado, familiares (27 %) y la pareja (25 %), los que ejercen una mayor violencia sexual en las mujeres con discapacidad (figura 50).



**Figura 50.** *Violencia sexual ejercida por cuenta de familiares, pareja, entorno laboral o personas desconocidas*  
Base: 164.

La violencia física la ejercen especialmente las parejas: un 22 % de las mujeres con discapacidad encuestadas manifiestan que sus parejas, cuidadores y cuidadoras de apoyo 26 %, familiares 20 %, 17 % personas desconocidas y, por último, un 15 % profesionales de referencia del ámbito sanitario, social, etc. De tal manera que es relevante destacar que el grueso del porcentaje total que ejerce violencia de género sobre la mujer son personas próximas a ellas (figura 51).

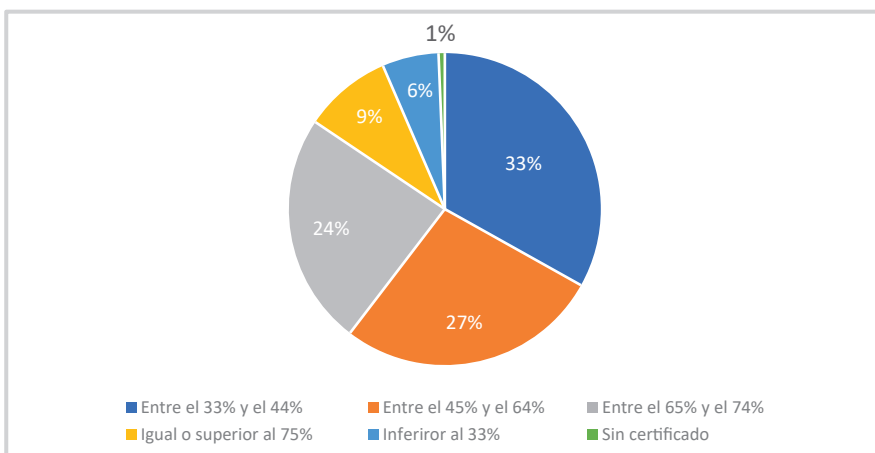


**Figura 51.** *Violencia física ejercida por cuenta de familiares, pareja, profesionales de ámbito sanitario, social, figuras de cuidadores/as o personas desconocidas*  
Base: 215.

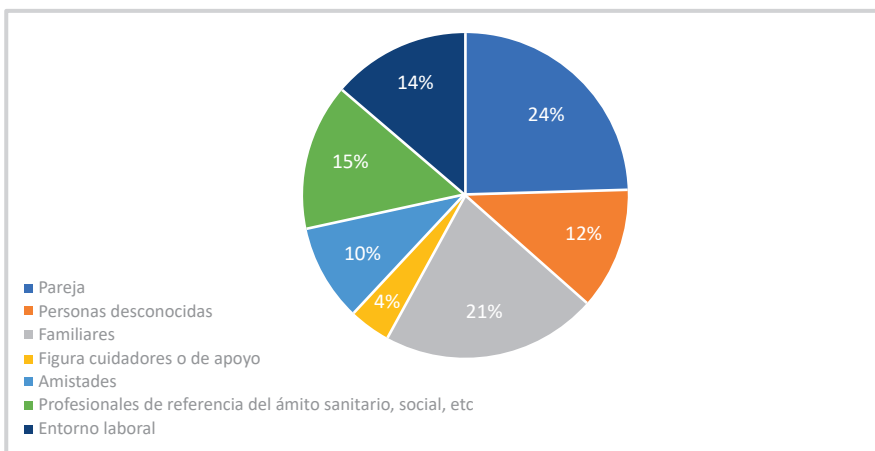
Si comparamos los resultados obtenidos con la Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019):

[...] las mujeres con discapacidad han vivido violencia física por parte de familiares varones más que las mujeres sin discapacidad acreditada (40,2 % de las mujeres con discapacidad dicen que sufrieron una agresión física de un familiar hombre frente al 32,5 % de las mujeres sin discapacidad), familiares mujeres (33,2 % vs. 21,5 %) y amigos o conocidos hombres (34,3 % vs. 27,3 %). Sin embargo, en menor medida que las mujeres sin discapacidad haber sufrido violencia de desconocidos (10,9 % vs. 18,0 %) (2012).

La situación de violencia física vivida por las mujeres con discapacidad puede ser agravada por una situación de violencia si además se le suma la discapacidad. En este caso, las mujeres con un grado de discapacidad entre el 33 % y el 44 %, el 33 % de las mismas habían experimentado violencia económica (figura 52) y es ejercida por parte de sus parejas (24 %) o familiares (21 %) (figura 53).



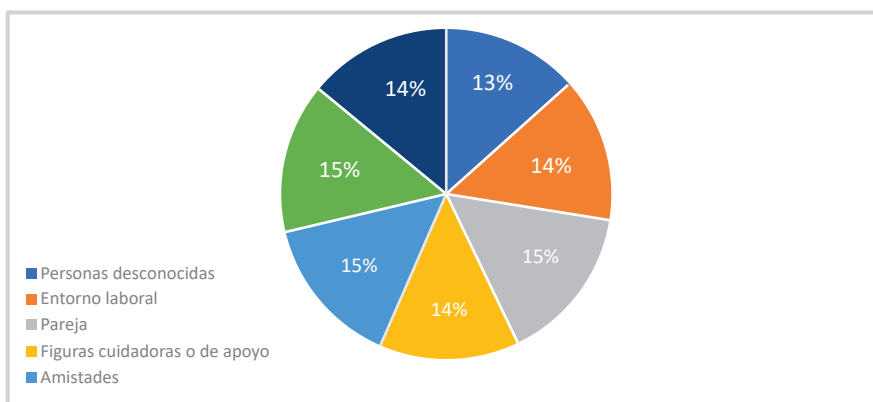
**Figura 52.** Situación de violencia económica vivida por las mujeres en función del porcentaje de discapacidad  
Base: 114<sup>24</sup>.



**Figura 53.** Violencia económica vivida por cuenta de familiares, pareja, profesionales de ámbito sanitario, social, figuras de cuidadores/as o personas desconocidas  
Base: 364.

En cuanto a las situaciones de violencia psicológica, no hay demasiada variabilidad en los resultados: la mayoría de las categorías oscila entre el 14 % y el 15 %. Por lo que se puede afirmar que gran parte de las mujeres con discapacidad ha vivido situaciones de violencia psicológica y ha sido ejercida tanto en el ámbito privado como en el público (figura 54).

<sup>24</sup>Los resultados presentados para la población femenina no se podrán presentar, en su conjunto, por problemas de representatividad estadística.



**Figura 54.** *Violencia psicológica vivida por cuenta de personas desconocidas, entorno laboral, pareja, figuras de cuidadores/as, amistades y familiares*  
Base: 427.

Para Izquierdo (2011) la violencia psicológica: «Se caracteriza por modificar la conciencia del sí y de las propias capacidades o la manipulación de los afectos para controlar a una persona (p. 6)». Es decir, conduce a la baja autoestima y al sufrimiento en las mujeres por medio de la manipulación psicológica. Esta violencia actúa de manera pasiva mediante actitudes de desapego, indiferencia, silencios, cambios bruscos de humor, o activa con insultos, humillaciones o amenazas. Por lo demás, suele generar estados constantes de alerta psicológica y sentimientos de indefensión y culpa, como puede verse en una amplia mayoría de las respuestas dadas por las mujeres: «[...] Me decía: “¡Negra de mierda! A saber, de dónde has venido tú, seguro que vienes del prostíbulo”». «Me han seguido hasta mi casa, tenía miedo de salir, hasta que tuve que presentar las pruebas en el juzgado (p. 25, E22)». La violencia psicológica se expresa de innumerables formas y dinámicas. En este punto se recogen algunas de las respuestas:

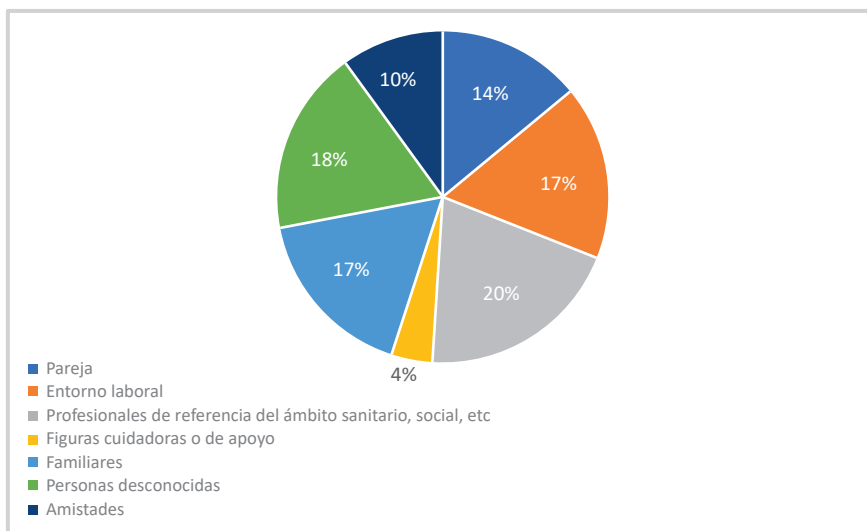
«Con mi trabajadora social lo vamos hablando: me ayuda a verlo bajo otro punto de vista, pero siempre está ahí latente. Lo identifico más como un rechazo que con violencia psicológica (p. 25, E18)».

«Debido a mi enfermedad estuve nueve meses ingresada en un periodo de año y medio. Realizándome tres operaciones de intestino en ese intervalo y mi expareja me echaba la culpa de todo: que me ponía mala porque quería, me ayudaba poco cuando no podía moverme, se enfadaba y me gritaba con frecuencia, hasta en una ocasión me tiró mi móvil a la tripa estando recién operada. Al final de mi recuperación no iba a verme al hospital y eso que llevábamos 11 años de relación conviviendo cinco años juntos. Eso pasó entre el 2012 y 2013 y ahora en el 2020 me está viendo una psicóloga (p. 25, E19)».

De tal manera que, el hecho de que la discapacidad sitúe a las mujeres en una situación de mayor dependencia, violencia económica y desprotección por edad y grado de

discapacidad (figura 54), incrementa no solo la probabilidad de que haya violencia, sino también el riesgo de que esta sea más intensa y de mayor duración.

Por otro lado, la violencia estructural puede manifestarse en el contexto de la unidad de convivencia cuando la pareja (14 %) azota de forma diferente y con mayor intensidad a aquellas mujeres que no pueden vivir en forma de núcleo familiar independiente. Además, también suele ser ejercida por familiares 17 % y el máximo en profesionales de referencia del ámbito sanitario, social, etc. (figura 55).



**Figura 55.** *Violencia estructural vivida por cuenta de personas desconocidas, entorno laboral, pareja, figuras de cuidadores/as, amistades y familiares*  
Base: 425.

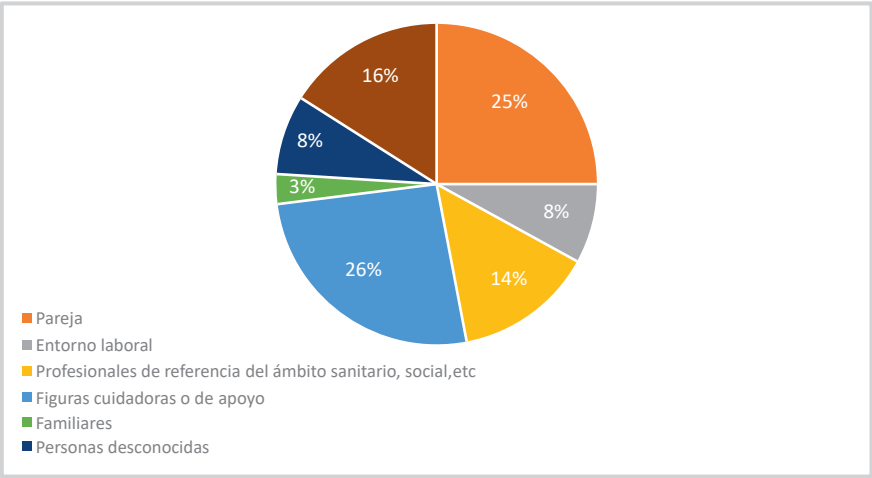
En este sentido, de acuerdo con las conclusiones del Informe sobre violencia de género hacia las mujeres con discapacidad, a partir de la macroencuesta 2015, es necesario entender las relaciones de violencia desde una perspectiva más global:

[...] las relaciones de violencia son hechos concretos que se materializan en el comportamiento de un hombre que realiza un sometimiento o agresión sobre una mujer, es necesario situarlas también en una perspectiva más amplia, tratando de entenderla como un fenómeno social y global transversal en todas las clases sociales, todas las edades y todas las culturas. Aspectos como el feminicidio (asesinato de mujeres por ser mujeres) tienen sus raíces en este tipo de violencia en que se presenta una intersección entre la violencia estructural de tipo patriarcal y el sexismo, generándose violencias directas que a su vez fortalecen las formas sociopolíticas y culturales en que se desprecia y maltrata el sexo femenino. (Espinar y Mateo, 2007, citado en Informe sobre violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a partir de la macroencuesta, 2015, p. 75)



En general sigue vigente en el imaginario colectivo la idea de que las mujeres con discapacidad no pueden desarrollar ciertos roles, como la maternidad, por ejemplo. Esto conduce al suministro de anticonceptivos sin contar con el consentimiento de la mujer o a restricciones infundadas a la hora de adoptar un niño o niña. En el ámbito de la medicina llama la atención la tendencia a inducir los partos y a negar a estas mujeres la posibilidad de dar a luz de manera natural. Si bien, la inducción puede tener justificación en casos en los que se prevean posibles complicaciones durante el alumbramiento, su práctica sistemática hace pensar que se trata más bien de una forma de evitar problemas ante la falta de especialización del personal médico en estas cuestiones.

Según la figura 56, la violencia ejercida durante el embarazo la ha ejercido de forma mayoritaria la pareja, con un 25 %, seguida de figuras de cuidadores y cuidadoras o de apoyo con un 26 % y el 14 % por profesionales de referencia del ámbito sanitario social, etc.



**Figura 56.** *Violencia durante el embarazo vivida por cuenta de personas desconocidas, entorno laboral, pareja, figuras de cuidadores/as, amistades y familiares*  
Base: 100.

En cuanto a la violencia obstétrica<sup>25</sup> de las 153 mujeres consultadas, 49 respondieron, es decir, el 26 %, que habían experimentado violencia obstétrica de profesionales de referencia del ámbito sanitario, social, etc. El resto de mujeres, 277 en concreto, no ha vivido ningún tipo de violencia y 50 mujeres no contestaron.

También se les preguntó si habían vivido otro tipo de violencias<sup>26</sup> y, quién era el responsable. Sus respuestas fueron (tabla 16).

<sup>25</sup>En el caso de la violencia ginecológica se incluyó únicamente la categoría de los/as profesionales del ámbito sanitario, ya que el resto que podían ejercer este tipo de violencia no eran categorías de respuesta adecuadas a la pregunta.

<sup>26</sup>El tipo de violencias que se recogen en la tabla son las que han identificado las mujeres entrevistadas.

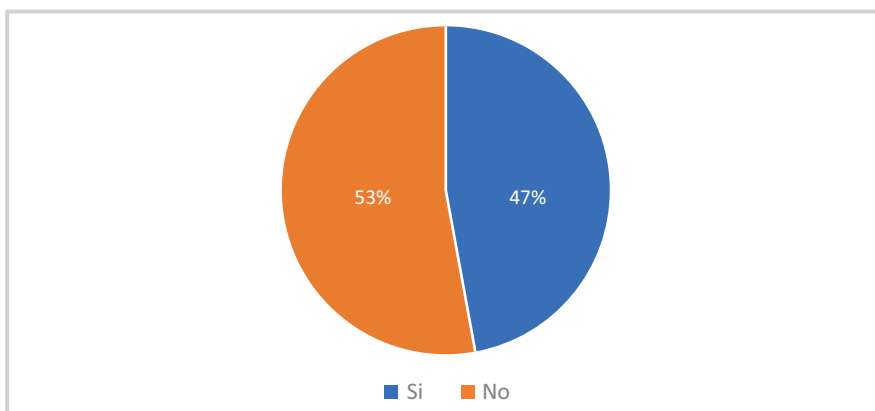
Otro tipo violencia	Ejercida por
Violencia institucional	Personal de las instituciones políticas, judiciales, policiales, académicas
Violencia institucional	Personal de organizaciones
Violencia institucional	La administración cuando no regula las cuestiones de accesibilidad
Violencia institucional	Servicios sociales
Violencia institucional	Policía
Violencia simbólica	Compañeros/as de colegio
Violencia simbólica	Compañeros/as de colegio
Violencia simbólica	Compañeros/as de colegio
Violencia simbólica	Compañeros/as de colegio
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Familiar
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Expareja
Violencia de género	Expareja
Violencia laboral	Compañeros/as
Violencia estructural	Profesorado
Violencia estructural	Compañeros/as de colegio
Violencia estructural	Entorno social
Violencia sexual	Padre
Violencia sexual	Hermano de mi pareja
Violencia económica	Expareja
Violencia económica	Familia
Violencia social	Familiares
Violencia social	Amistades
Violencia social	Desconocidos/as
Violencia estructural	Sistema que permite que existan diferencias entre hombres y mujeres
Violencia estructural	Sociedad en general
Violencia laboral	Jefe empresa
Violencia laboral	Compañeros/as
Violencia laboral	Compañeros/as
Violencia psicológica	Familiar
Violencia ginecológica	Personal médico
Violencia sexual	Durante la infancia/familiares
Violencia sexual	Desconocidos/as

**Tabla 16.** Otros tipos de violencias contra las mujeres y responsables

Base: 42.

---

A la pregunta sobre si las mujeres con discapacidad tienen personal de referencia con quien compartir las situaciones de violencia vividas, el porcentaje está equilibrado entre las respuestas sí o no, aunque presenta un mayor porcentaje la respuesta negativa con un 53 % (figura 57).



**Figura 57.** Respecto de la violencia vivida, ¿tiene algún profesional de referencia con quién hablar sobre este tema?  
Base: 539.

Las razones sobre por qué no tenían personas de referencia para compartir la situación de violencia son variadas. Algunas de ellas han pasado por servicios sanitarios, pero no han permanecido en seguimiento por diferentes motivos: lentitud para la solicitud de cita; la movilidad continua del personal médico y, por tanto, baja estabilidad laboral de la plaza. Ejemplo de ello es este extracto:

[...] Estuve 11 años con mi pareja [...] fue un maltrato psicológico brutal y se acabó suicidando. A mí me ha costado mucho porque al final te piensas que es por tu culpa. Estuve atendida por el EAIV (Equipo de Atención Integral a la Víctima) y de ahí me pasaron a Salud Mental. El problema es que las citas son cada mucho tiempo y además están constantemente cambiando de profesionales. Me piden que vuelva a contar todo desde el principio y así es imposible avanzar. Al final he optado por no contar. (p. 25, E.20)

Otra de las razones relacionadas con los hechos vividos, de los que han sido víctimas o, por qué no tienen un personal de referencia, que les lleva a muchas de ellas a abandonar los servicios de apoyo profesionales, se debe a que las necesidades reales de las mujeres con discapacidad que viven situaciones de violencia se sitúan fuera de la esfera competencial del sistema sanitario, bien, porque el personal no atendía a sus necesidades reales, falta de formación o de visión de género o por considerar que no necesitaba apoyo y se les ha dado una solución parche. Aquí es visible que el personal sanitario las discrimina, tal como se advierte en el siguiente testimonio:

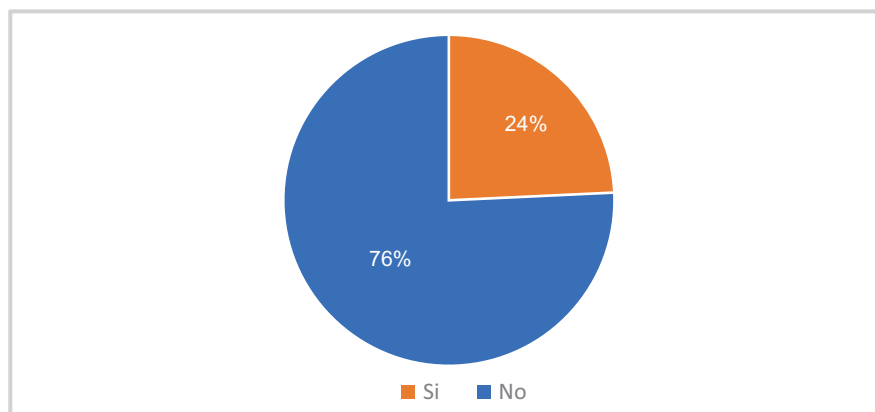
[...] Porque a los profesionales, en general, les falta mucha perspectiva de género y mucho feminismo radical. Si no son capaces de entender que la violencia contra la mujer es por razón de sexo y está en todos los niveles de la sociedad, no son capaces de atender la problemática. Y eso es lo que ha pasado, que cuando lo he intentado, han puesto todo el foco en mí y eso se queda muy en la superficie, es una solución/tratamiento muy individualista para una problemática que es social y estructural. (p. 24. E1)

Otras mujeres ni siquiera se plantean pedir ayuda médica por miedo, según lo que se lee en algunos ejemplos:

«[...] No he hablado con nadie, me encerraba en casa y no salía. Mi marido me maltrataba y me robaba mi propio dinero (p. 25. E25)».

«[...] No, solo añadir que empecé a sufrirla siendo muy niña, apenas seis años y que ha sido una constante en mi vida, la única vez que lo he dicho trajo muchos disgustos a la familia y malas consecuencias que aún sufro para mí (p. 25. E27)».

En cuanto a si siguen viviendo situaciones de violencia, en la actualidad el 76 % de las mujeres entrevistadas dijo que no (figura 58) y el 24 % restante dice seguir viviendo episodios de violencia.

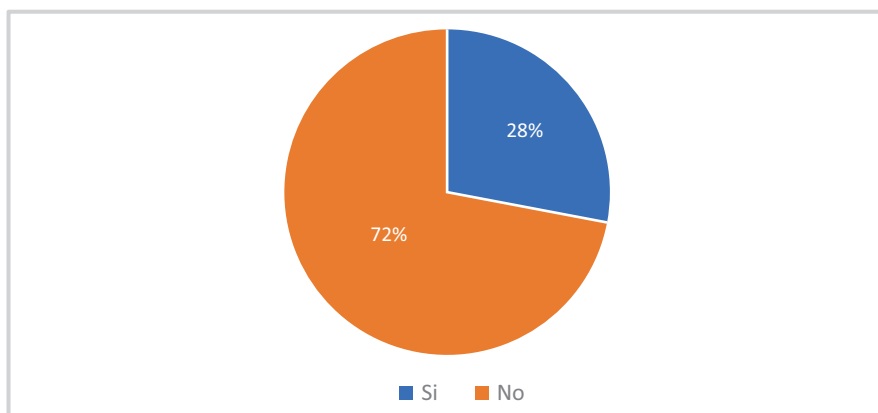


**Figura 58.** ¿Sigue viviendo esta violencia en la actualidad?  
Base: 536.

En este sentido, hay que tener en cuenta que la variable discapacidad en algunas de las mujeres como consecuencia de la violencia de género ejercida ha derivado en una discapacidad sobrevenida o se agrava por episodios continuados de violencia física en este caso concreto, sucedió a manos de la expareja:

[...] Estoy diagnosticada de un trastorno bipolar desde los 16 años. A consecuencia de discusiones de pareja desarrollé un trastorno esquizoafectivo. Mi marido no supo hacer frente a la situación y me abandonó. Empecé a tener alucinaciones y desde entonces estoy atendida por el centro de Salud Mental, especialmente por el psiquiatra con quien hablo todo el tema del divorcio. (p. 25. E1)

La discapacidad puede ser previa a la violencia de género o posterior y consecuencia de ella, es decir, una discapacidad producida por el maltrato sufrido. Por ejemplo, puede ser una discapacidad física cuya consecuencia, si se ha ejercido violencia por golpes, afecte el oído. En los casos en los que la discapacidad es previa, los factores que tienen que ver con ella, son a menudo utilizados por los victimarios para ejercer la violencia aún con mayor impunidad. Por otro lado, y en relación con los últimos datos disponibles de mortalidad en España y discapacidad, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género afirmó que, de las 60 víctimas mortales por violencia de género de 2015, el 5 % (tres mujeres) tenía algún tipo de discapacidad o dependencia reconocidas, lo que supone el 8,33 % de las víctimas mortales.



**Figura 59.** ¿Alguna vez ha denunciado esta violencia ante alguna entidad o institución?  
Base: 536.

Es muy alto el porcentaje de mujeres que decidió no denunciar, un 72 %. El motivo o motivos principales por el que no lo hicieron las 68 mujeres que contestaron, son los siguientes (los más repetidos):

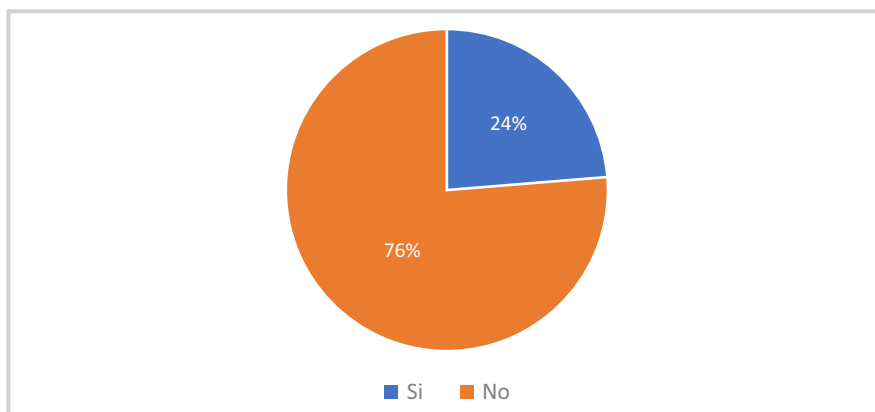
[...] Decidí no denunciar por motivos que creo que son muy comunes cuando hablamos de violencia: vergüenza, miedo, que no te crean, sentirse juzgada, no sirve de nada, etc. (p. 26. E1)

[...] Es difícil denunciar una violencia que la ejercen las mismas personas a las que acuden para denunciar. Necesitamos más concienciación social de la discapacidad. (p. 26. E14)

[...] Por edad y desconocimiento. (p. 26. E33)

[...] Era desde peque en la familia y nadie iba a creerme y en lo sanitario, aunque pongas quejas nadie te ayuda corporativismo entre ellos. (p. 26. E59)

Tiene sentido que además ante la pregunta de si le gustaría denunciar la situación de violencia vivida o que pueda estar viviendo, el porcentaje se siga manteniendo al alza 76 % (figura 60) después de que las razones o los motivos de las denuncias, mayoritariamente, se sitúen en la categoría miedo.



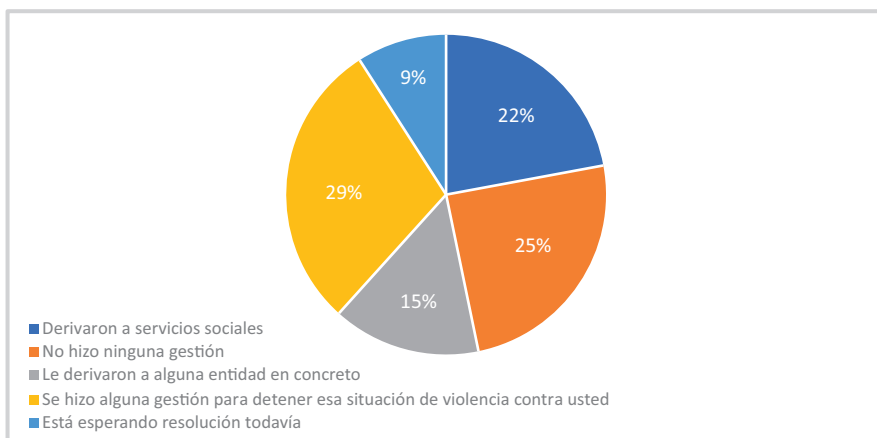
**Figura 60.** ¿Le gustaría denunciar en este momento la situación que vivió o está viviendo?  
Base: 367.

En relación con la pregunta «¿Dónde interpuso esta denuncia?», hay que señalar que de las 31 mujeres que contestaron, la gran mayoría lo hizo en una comisaría de policía, en el juzgado o en la Guardia Civil.

En cuanto a la atención recibida:

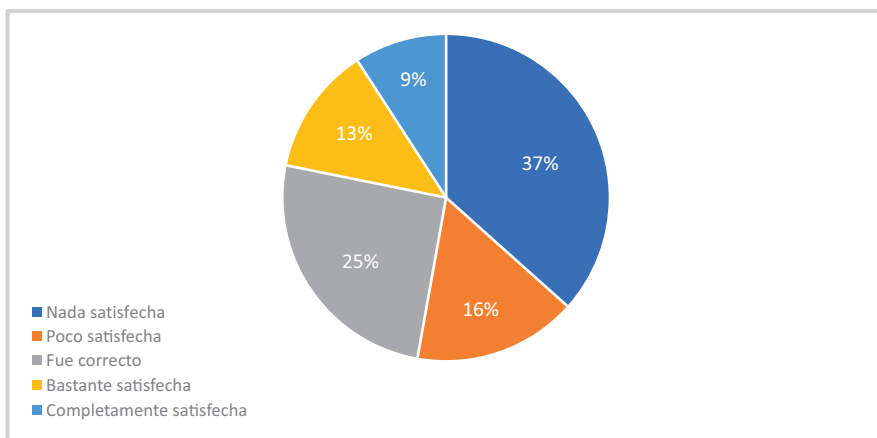
- ♦ Un 29 % manifestó que sí recibió algún tipo de gestión para detener la situación de violencia.
- ♦ Un 25 % no recibió ninguna gestión.
- ♦ Un 22 % fueron derivadas a Servicios Sociales (figura 61).

Llama la atención que solo un 15 % fuera derivado a servicios especializados. Las razones pueden ser: desconocimiento de los recursos de primera atención, falta de recursos de apoyo a mujeres víctimas de violencia, no realizar una valoración lo suficientemente rigurosa para tomar medidas y denunciar, desconocimiento de protocolos de actuación, etc.



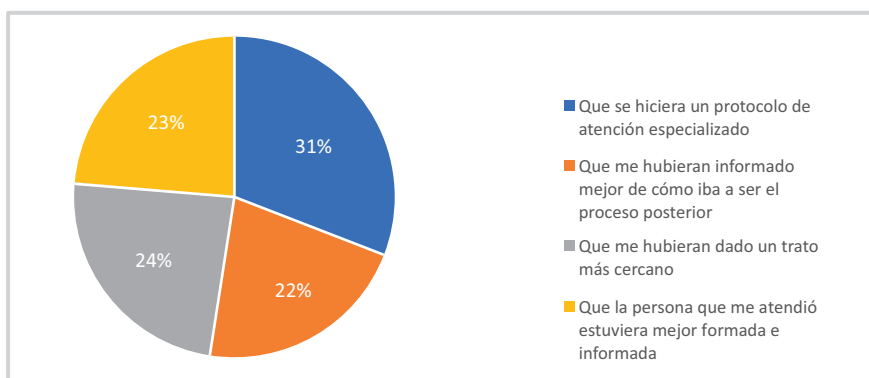
**Figura 61.** ¿Qué tipo de atención recibió tras la denuncia?  
Base: 154.

Tras denunciar, el 37 % de las mujeres dijo que no quedó nada satisfecha con la atención recibida, en contraste con el 25 % que la calificó de correcta (figura 62).



**Figura 62.** ¿Quedó satisfecha con la atención recibida tras la denuncia? Indique del 1 al 5  
Base: 142.

Sin lugar a dudas, el 31 % de las mujeres encuestadas hubiera mejorado la atención recibida a través de un protocolo de atención especializado. Con esta mejora quizás se tendrían las herramientas para dar una mejor información de cómo se desarrolla el proceso, una vez se denuncia algo de lo que las mujeres se han hecho eco al manifestar el 22 % esta necesidad. Y por último, no menos importante, un indicador repetido en esta dimensión de la encuesta ha sido el trato del personal sanitario: el 24 % demanda como mejora un trato más cercano que posibilite una atención más emocional y menos traumática (figura 63).

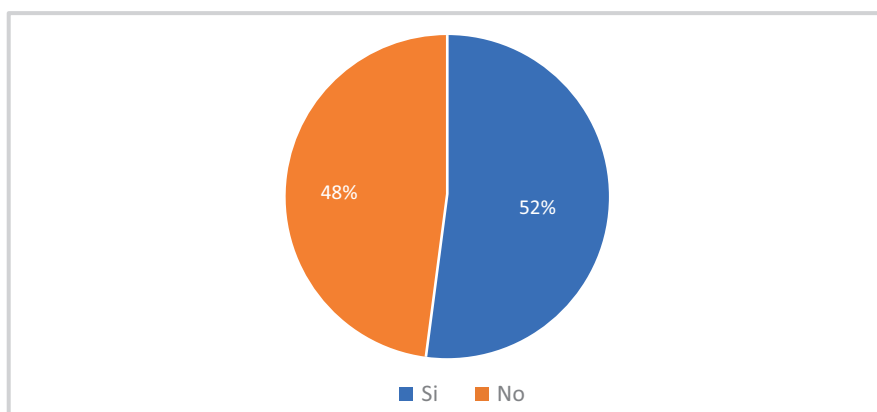


**Figura 63.** ¿Qué hubiera mejorado de la atención recibida?

Base: 204.

El hecho de interponer la denuncia no significa que han dejado de ser víctimas. En este caso las diferencias entre los porcentajes no son muy dispares: el 52 % dice que sí que remitió contra el 48 % que responde que no (figura 64).

Los motivos del 48 % que afirma no haber remitido la situación de violencia puede estar relacionado con el 25 % que no realizó ninguna gestión (figura 61) más aquellas mujeres que manifestaron que la razón principal de no denunciar se debía al miedo, a sentir vergüenza en caso de que no les creyeran, a sentirse juzgadas o a que no sirve de nada, etc.



**Figura 64.** Después de denunciar, ¿remitió la situación de violencia?

Base: 142.



---

## 7. Contextualización de cada territorio objeto del estudio en el marco del personal sanitario. Análisis en Galicia, Navarra y Cataluña

Como ya se ha indicado, además de la metodología cuantitativa mediante instrumentos de recogida de información, por medio de la encuesta online, para detectar situaciones de violencia a mujeres y niñas con discapacidad, se ha realizado un cuestionario dirigido al personal de centros sanitarios de las comunidades autónomas de Galicia, Cataluña y Comunidad Foral de Navarra.

Se aplicó una matriz de indicadores de accesibilidad tanto en hospitales como en centros de salud y consultorios para extraer información a fin de lograr un acercamiento con las mujeres y, en el plano interno, del contexto social, al personal sanitario y de las infraestructuras accesibles, con el fin de conocer con mayor profundidad de qué manera viven las mujeres con discapacidad y qué estrategias ponen en práctica en su vida cotidiana, en diferentes entornos o escenarios sociales.

Los dos tipos de información se complementan, en atención a diferentes ejes temáticos como la accesibilidad, la violencia, los derechos sexuales y reproductivos, las situaciones de discriminación o la satisfacción en la atención de los servicios sanitarios, etc., utilizando instrumentos metodológicos y fuentes de información primaria y secundaria que ayudan a conocer la realidad de las mujeres con discapacidad.

Como ya hemos indicado, el modelo de entrevista al personal sanitario consta de dos tipos de preguntas:

- ▶ Un primer bloque, con preguntas cerradas que permiten la recogida de información de carácter cuantitativo, para su uso estadístico.
- ▶ Un segundo bloque, que corresponde a preguntas más abiertas, que siendo aplicables a su uso estadístico, aportan datos cualitativos que abren también un espacio para matices y aportes que enriquecen la información.

Esta información ha permitido trabajar en la identificación de indicadores específicos de accesibilidad en centros de salud, hospitales y consultorios para una detección precoz, identificación de las necesidades y evaluación del uso de infraestructuras y recursos en el ámbito sanitario, que puedan requerir las mujeres con discapacidad, de cara a una mayor calidad en la prestación de los servicios sanitarios a mujeres y niñas con discapacidad.

Los profesionales del ámbito sanitario desempeñan un papel fundamental en el apoyo a las mujeres y niñas con discapacidad. Así, muchas de estas precisan habitualmente

---

atención sanitaria especializada y los centros sanitarios deben ser para ellas un recurso de apoyo integral que les permita expresar con libertad cualquier situación o circunstancia de violencia que puedan estar viviendo.

Desde el inicio de pandemia de la COVID-19, las mujeres con discapacidad están denunciando y reivindicando servicios especializados para paliar el especial impacto sobre su salud, al reducirse el acceso a los servicios especializados y las posibilidades de recibir sus tratamientos con normalidad.

## 7.1 comunidad Foral de Navarra

En el estudio ha participado personal sanitario de los 29 centros sanitarios de Navarra (véase el anexo).

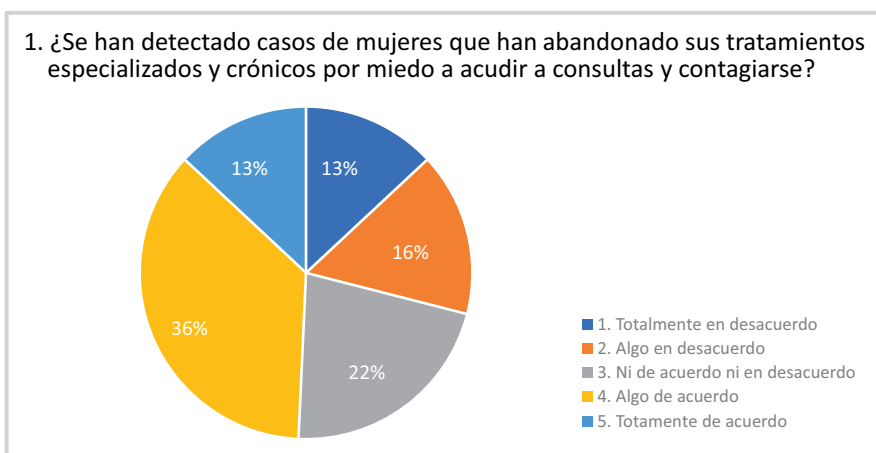
### 7.1.1 Procedimiento de acogida

#### 7.1.1.1 Percepción de la demanda

Forman parte de este bloque cinco preguntas con cinco opciones de respuesta (escala de Likert):

1. Totalmente en desacuerdo
2. Algo en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Algo de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

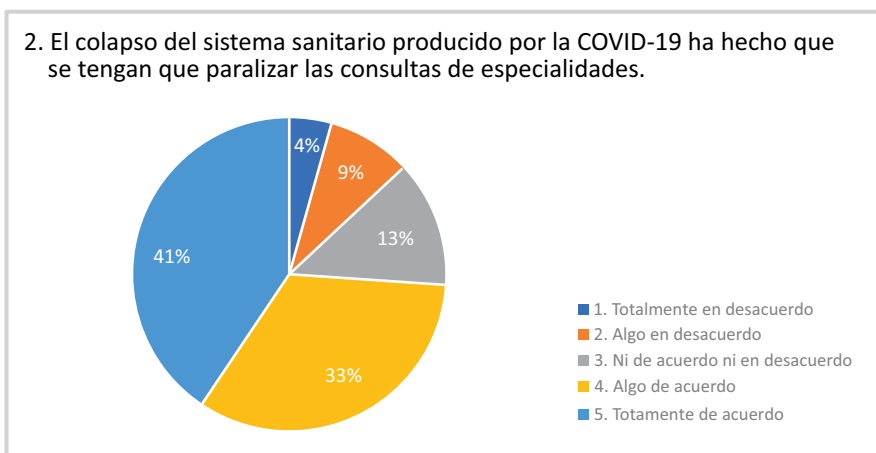
Como puede verse en la figura 65, la mayoría de las personas encuestadas, el 36 % y el 22 %, están totalmente de acuerdo y algo de acuerdo, respectivamente, con la afirmación de que hay casos de mujeres que han abandonado sus tratamientos especializados y crónicos por miedo a acudir a consultas y contagiarse de COVID-19.



**Figura 65. Abandono de tratamientos**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

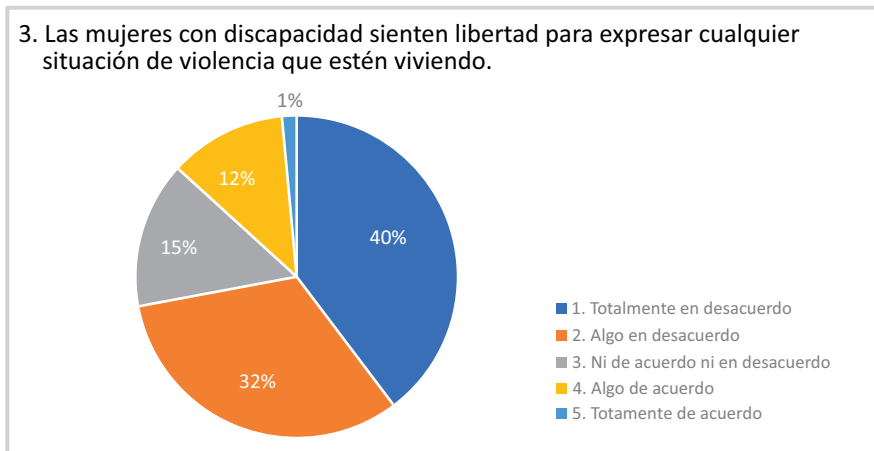
La mayoría de las personas encuestadas consideran que el colapso sanitario como consecuencia de la COVID-19 supuso un parón en las consultas especializadas. El 41 % está totalmente de acuerdo y el 33 % algo de acuerdo.



**Figura 66. Paralización de consultas por COVID.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

Destaca, como se muestra en la figura 67, el elevado porcentaje del personal sanitario que niega que las mujeres con discapacidad sienten la libertad para expresar cualquier situación de violencia que estén viviendo. Un 40 % se muestra totalmente en desacuerdo y un 32 % algo en desacuerdo.

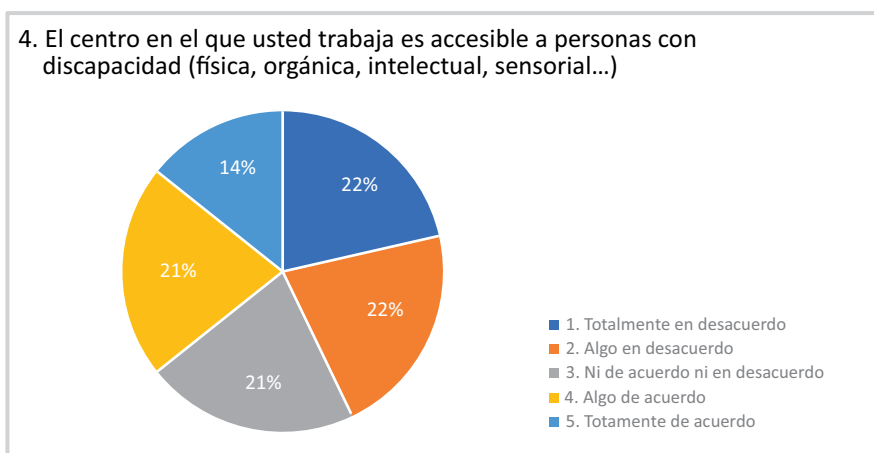


**Figura 67. Libertad para expresar situaciones de violencia**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

El personal sanitario encuestado opina de forma muy diferente cuando se le pregunta sobre si «sus respectivos centros de trabajo son accesibles para las personas con discapacidad».

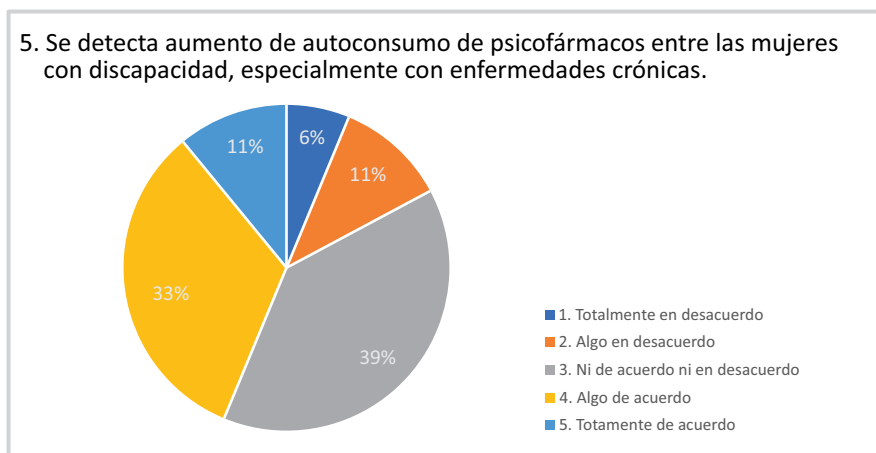
Está totalmente en desacuerdo y algo en desacuerdo un 22 % para cada una de estas dos opciones y un 21 % está totalmente de acuerdo.



**Figura 68. Accesibilidad centro.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

El 39 % no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con la detección de un aumento de consumo de psicofármacos entre las mujeres con discapacidad. A este porcentaje le sigue de cerca el 33 % que considera que está algo de acuerdo, como lo evidencia la figura 69.



**Figura 69. Consumo de psicofármacos.**

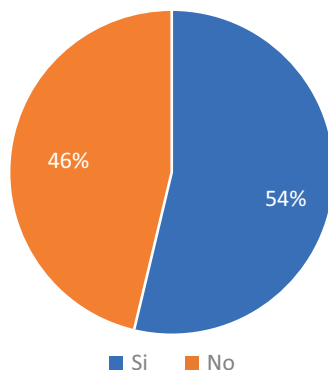
Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

### 7.1.2 Protocolos de detección/atención para mujeres y niñas con discapacidad que puedan estar viviendo alguna situación de violencia

En Navarra hay un *Protocolo de Actuación Conjunta* que tiene como objetivo la coordinación entre los recursos de atención y protección de las mujeres en situación de violencia, prevención y sensibilización y un *III Acuerdo Interinstitucional para la Coordinación ante la Violencia contra las mujeres en Navarra*, que hace un especial hincapié en la coordinación y los procedimientos para garantizar una atención integral desde diferentes ámbitos, incluido el sanitario.

El 54 % considera que las mujeres con discapacidad sí encuentran en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicarse y denunciar posibles situaciones de violencia vividas en sus entornos más inmediatos. Por el contrario, un 46 % opina que esto no es así (figura 70).

6. Con base en su experiencia profesional, ¿diría que las mujeres con discapacidad encuentran en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicarse y denunciar posibles situaciones de violencia vividas en sus entornos más inmediatos, como en la familia.



**Figura 70.** *Facilidad de comunicación en los centros sanitarios*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

La **pregunta 7** es abierta y en ella se pide a las personas que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior que digan a qué creen que se debe que las mujeres con discapacidad no encuentren en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicar posibles situaciones de violencia de género.

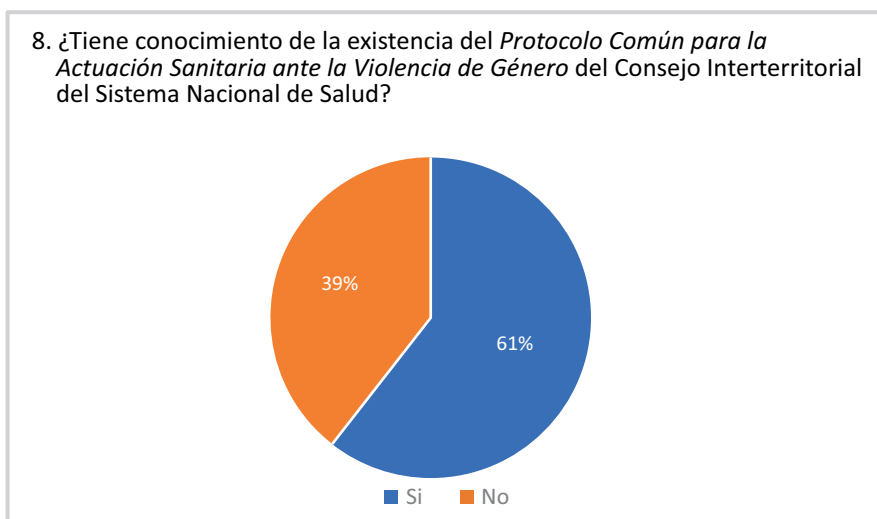
Quienes respondieron lo relacionaron mayoritariamente con:

1. El poco tiempo del que disponen por consulta, lo que dificulta que se genere un ambiente adecuado y de confianza.
2. En muchas ocasiones van con acompañantes, esto impide que se cree la complicidad necesaria entre la paciente y el/la profesional.
3. El/la acompañante pueda ser el/a agresor/a, lo que imposibilita cualquier tipo de comunicación o denuncia con el personal sanitario.
4. Las propias pacientes no se atreven a comunicarlo.

Las personas que en la anterior pregunta respondieron que sí creen que las mujeres con discapacidad encuentran en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicar posibles situaciones de violencia lo relacionan en su gran mayoría con:

1. La existencia de un vínculo de confianza con el/la profesional.
2. La atención primaria y los centros de salud se perciben como algo seguro y confidencial.
3. En sus respectivos centros de salud, se cuenta con el tiempo suficiente por consulta o con atención especializada para esto.

El 61 % del personal sanitario que respondió a este cuestionario afirma tener conocimiento de la existencia del *Protocolo Común para Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Sin embargo, es bastante relevante el porcentaje que manifiesta desconocerlo, un 39 %, en razón a su relevancia.

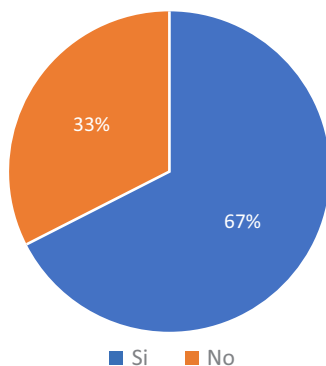


**Figura 71.** Conocimiento del Protocolo ante violencia de género

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

Cuando se le pregunta al personal sanitario sobre el Acuerdo Institucional para la coordinación ante la violencia de género contra las mujeres de Navarra y sobre el Protocolo de actuación conjunta, un 67 % manifiesta conocerlo contra un 33 % que no.

9. En Navarra existe un Acuerdo Institucional para la coordinación ante la violencia de género contra las mujeres en Navarra, publicada en 2017 y un *Protocolo de actuación conjunta*. ¿Los conoce?

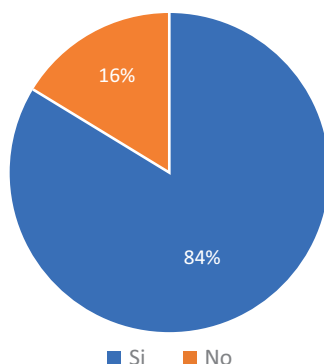


**Figura 72.** *Otros recursos y herramientas institucionales autonómicas*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

Un 84 % de las personas que conoce la existencia de estas herramientas autonómicas opina que son de utilidad para la detección de situaciones de violencia de género. Asimismo, un 76 % considera que son aplicables a mujeres y niñas con discapacidad y un 64 % señala que los utiliza en el desempeño de su labor profesional.

10. En caso afirmativo: ¿Cree que tiene utilidad en la práctica para la detección de situaciones de violencia?

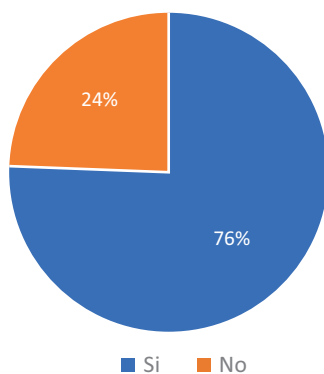


**Figura 73.** *Utilidad de las herramientas*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.



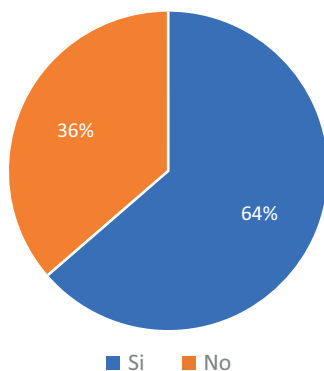
11. ¿Cree que es aplicable a mujeres y niñas con discapacidad?



**Figura 74.** *Aplicabilidad a mujeres y niñas con discapacidad.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

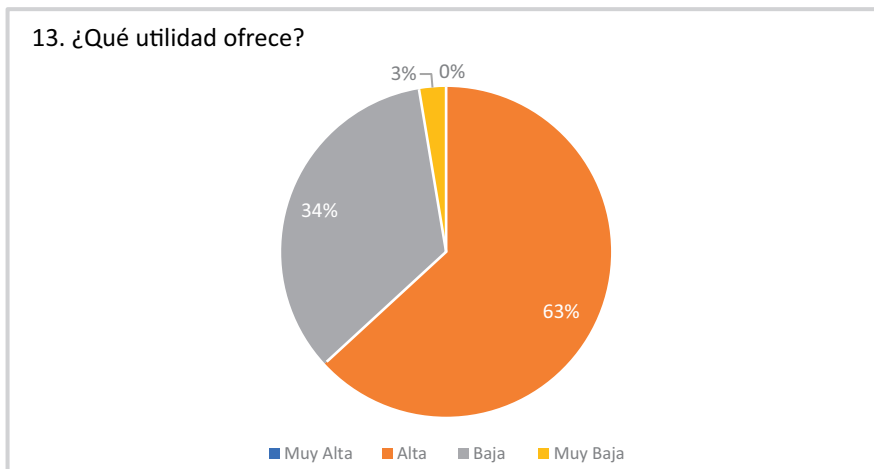
12. ¿Lo utiliza en el desempeño de su labor profesional?



**Figura 75.** *Utilidad en el desempeño profesional.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

Como se observa en la gráfica, el grado de utilidad que le ofrece a la mayoría de las y los profesionales es alta. Un 63 % de las personas encuestadas apunta que es alta frente a un 34 % que manifiesta que es baja (figura 76).

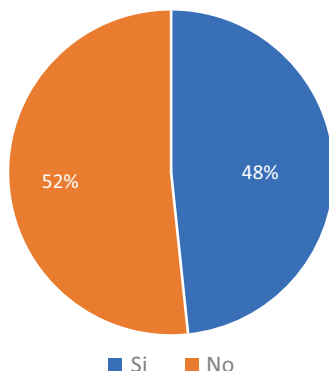


**Figura 76. Utilidad**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

El 52 % de los y las profesionales de la salud señala que no existe ningún tipo de procedimiento informal en su centro que se ponga en marcha en casos de detección de posibles situaciones de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad (figura 77).

14. ¿En su centro de salud existe algún procedimiento informal que se ponga en marcha en casos de detectar posibles situaciones de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad?

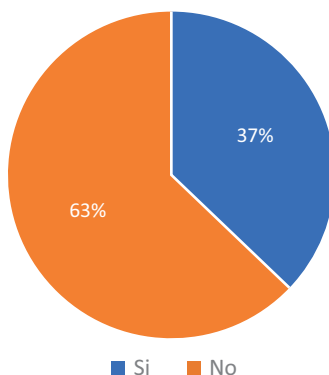


**Figura 77. Procedimientos informales**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

Del 48 % de personas que respondió afirmativamente a la pregunta anterior, el 63 % de estas alega que estos procedimientos se utilizan con frecuencia.

15. En caso afirmativo, ¿se utiliza con frecuencia?



**Figura 78. Frecuencia de uso**

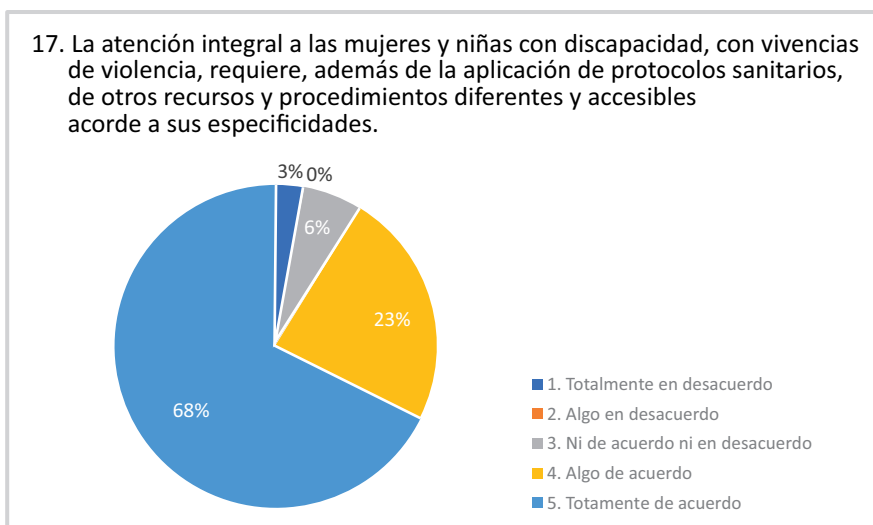
Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

La pregunta **16** es abierta y en ella, el personal sanitario indica sus opiniones al respecto.

Las opiniones más repetidas, ordenadas desde la respuesta más repetida a la que menos, son:

1. Es necesario que haya una mayor sensibilización y formación en estos temas.
2. En la mayoría de los casos, los protocolos consisten en derivar a la paciente a el/la trabajador/a social.
3. Existe mucho desconocimiento de los protocolos existentes.
4. Los protocolos no ayudan a detectar casos de violencia de género.

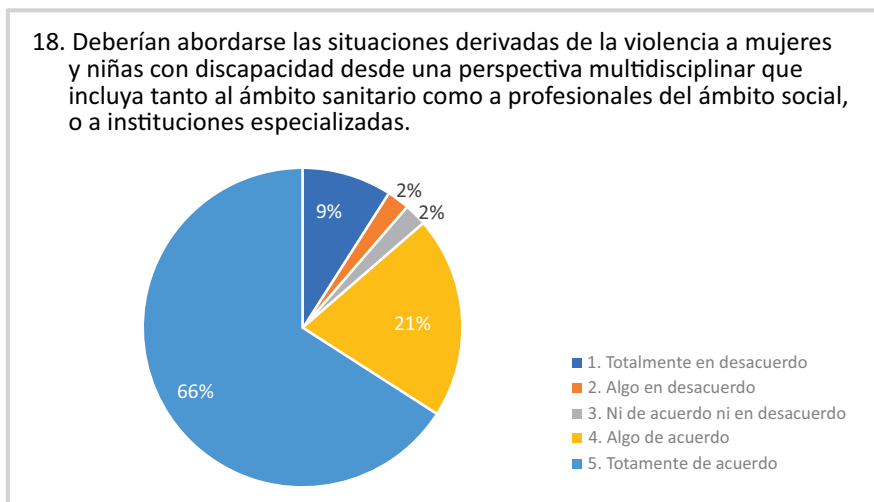
Como se observa en la figura 79, el 68 % del personal sanitario que responde a este cuestionario está totalmente de acuerdo con la afirmación de que «la atención integral a las mujeres y niñas con discapacidad, con vivencias de violencia, requiere, además de la aplicación de protocolos sanitarios existentes, de otros recursos y procedimientos diferentes y accesibles acordes a sus especificidades de género y discapacidad».



**Figura 79. Frecuencia de uso**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

El 66 % está totalmente de acuerdo y el 21 % algo de acuerdo con el hecho de que deberían abordarse las situaciones derivadas de la violencia a mujeres y niñas con discapacidad desde una perspectiva multidisciplinar que incluya tanto al ámbito sanitario como a profesionales del ámbito social, o a instituciones especializadas en materia de género y discapacidad (figura 80).



**Figura 79.** Abordaje desde la perspectiva multidisciplinar

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

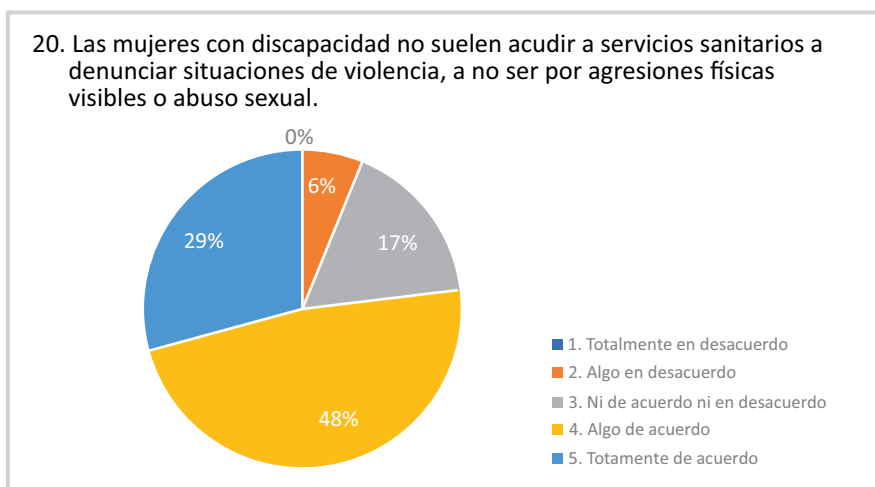
En la pregunta abierta 19 sobre el tipo de profesionales que deberían intervenir, hay consenso en las respuestas. A continuación, se exponen (ordenadas desde la respuesta más repetida a la que menos) (figura 81):

1. Trabajadores/as sociales.
2. Personal médico
3. Personal enfermería
4. Psicólogos/as.
5. Educadores/as sociales.
6. Abogados/as.
7. Todas las personas profesionales que estén en contacto con la víctima.

Además de estas respuestas mayoritarias se apuntaron otras en menor medida como:

1. Terapeuta ocupacional
2. Fisioterapia
3. Matronas
4. Educadores/as sexuales
5. Psiquiatría

La mayoría de las personas que ha participado en este cuestionario considera que las mujeres con discapacidad no suelen acudir a servicios sanitarios a denunciar situaciones de violencia, a no ser por agresiones físicas visibles o abuso sexual. Así consta en la figura 81: 29 % está totalmente de acuerdo y un 48 % algo de acuerdo.

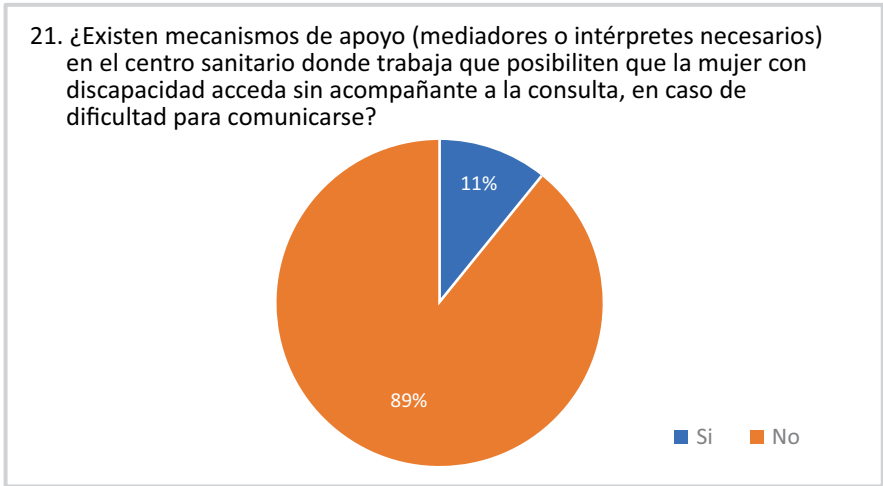


**Figura 81.** Denuncia de violencia en centros de salud.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

### 7.1.3 Accesibilidad a los recursos y servicios sanitarios

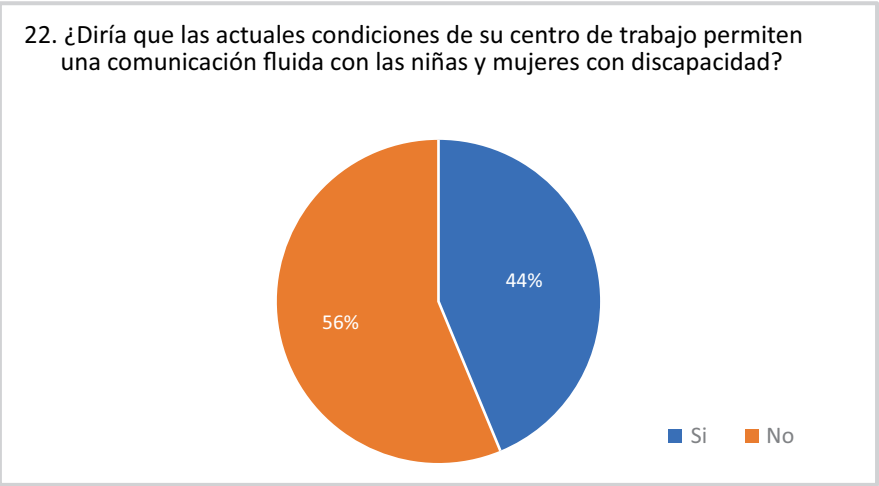
El 89 % niega la existencia de mecanismos de apoyo en el centro sanitario donde trabajan, que posibiliten que las mujeres con discapacidad accedan sin acompañante a la consulta en casos de dificultad para comunicarse.



**Figura 82. Mecanismos de apoyo.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

El 56 % considera que las actuales condiciones de su centro no permiten una comunicación fluida con mujeres y niñas con discapacidad (figura 83).



**Figura 83. Condiciones del centro.**

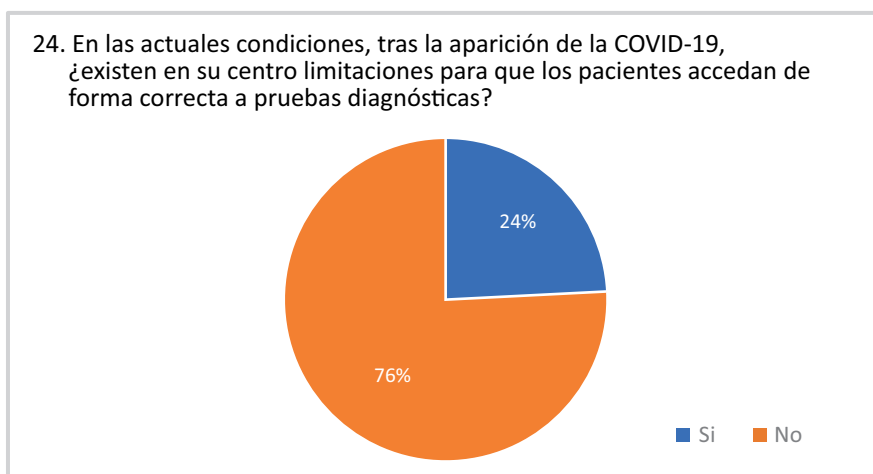
Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

La **pregunta 23**, que es abierta, permite que las personas participantes señalen las dificultades en esta comunicación directa con las mujeres y niñas con discapacidad.

Las dificultades detectadas, ordenadas desde la respuesta más repetida a la menos, son:

1. Las mujeres acuden a la consulta casi siempre con acompañantes
2. La dificultad dependerá de la discapacidad que tenga
3. La ausencia de mediadores/as o intérpretes
4. El escaso tiempo de la consulta
5. La realización de consultas telefónicas

El 76 % no detecta, tras la aparición de la COVID-19, ninguna limitación en su centro para que los pacientes accedan de forma correcta a pruebas diagnósticas (figura 84).



**Figura 84.** Limitaciones del centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

En la respuesta a la **pregunta abierta 25**, se señalan las limitaciones que han apuntado los y las profesionales.

Se detectan las siguientes limitaciones (ordenadas desde la respuesta más repetida a la menos):

1. La lista de espera es muy larga.
2. Las consultas son telefónicas.

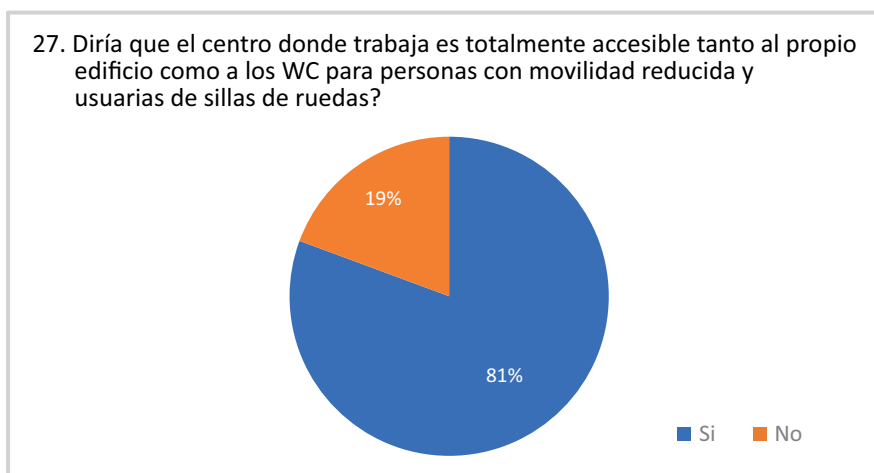


3. Ninguna dificultad.
4. En la salud mental hay una sobrecarga de trabajo.
5. Falta de personal.

En la respuesta a la pregunta 26 indican qué dificultades afectan a mujeres y niñas con discapacidad.

1. La mayoría considera que estas dificultades no afectan a mujeres y niñas con discapacidad (36 %).
2. Un 29 % cree que estas dificultades sí afectan a mujeres y niñas con discapacidad.
3. Un porcentaje significativo, un 21 %, dice que estas dificultades les afectan como al resto de los/as pacientes.
4. El 7 % restante considera que estas dificultades afectan a todas las mujeres, con y sin discapacidad.

El 81 % considera que los respectivos centros de salud donde trabajan son totalmente accesibles para personas con movilidad reducida y usuarias de sillas de ruedas (figura 85).

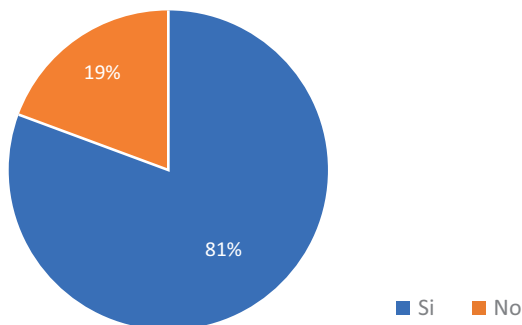


**Figura 85. Accesibilidad al centro.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

La figura 86 muestra cómo la gran mayoría, el 81 %, afirma que el centro de salud donde trabaja dispone de equipamiento accesible y ayudas técnicas puntuales, que se ajustan a las necesidades de mujeres con grandes discapacidades y usuarias de sillas de ruedas.

28. ¿Diría que el centro dispone de equipamiento accesible y ayudas técnicas puntuales, acorde con las necesidades de mujeres con grandes discapacidades y usuarias de sillas de ruedas?

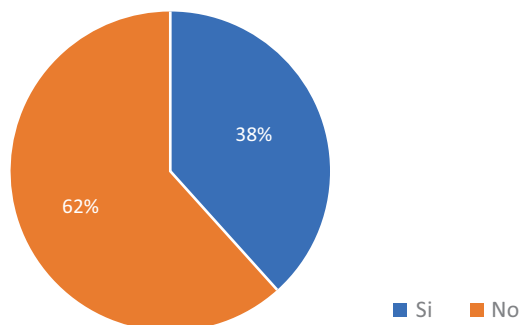


**Figura 86.** Equipamiento accesible y ayudas técnicas en el centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

Es muy destacable el elevado porcentaje de personas, 62 %, que cree que los actuales mecanismos de funcionamiento de los servicios sanitarios no facilitan detección precoz de posibles situaciones de violencia, así como el inicio del procedimiento de denuncia y protección a las mujeres (figura 87).

29. ¿Considera que los actuales mecanismos de funcionamiento de los servicios sanitarios facilitan una detección precoz de posibles situaciones de violencia, así como el inicio de un procedimiento de denuncia y protección real de las mujeres?



**Figura 87.** Detección precoz en el centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

---

#### **7.1.4 Detectar necesidades y propuestas de mejora**

La pregunta 30 se centra en las necesidades sociosanitarias que, en opinión de las y los profesionales, suelen detectar en las mujeres y niñas con discapacidad que acuden al centro o especialidad sanitaria.

Estas necesidades sociosanitarias mayormente detectadas en mujeres y niñas con discapacidad se ordenan desde la respuesta más repetida a la menos:

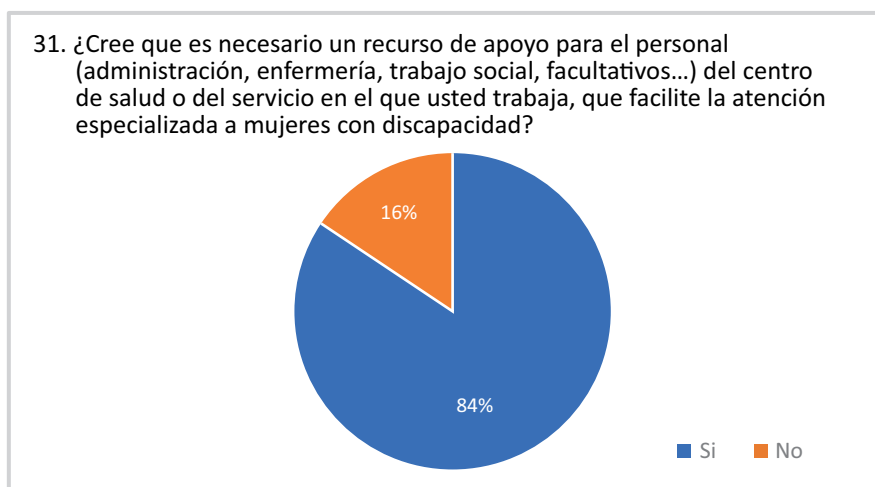
1. Falta de acceso a recursos específicos en la vivienda/centros de día o residencias.
2. Dificultades económicas.
3. Falta de empoderamiento y autoestima.
4. Falta de recursos de cuidados.

Otras de las necesidades detectadas por el personal sanitario, aunque con menos peso que otras anteriores, serían:

1. Una red de comunicación y actuación entre atención primaria, especializada y servicios sociales y de base.
2. Facilitar más información sobre sus derechos.
3. Dificultad en el acceso a productos de apoyo, comprensión y reconocimiento de la discapacidad.
4. Psicoterapia.
5. Coordinación entre servicios.
6. Apoyos en el rol parental.
7. Acompañamiento a los servicios.
8. Dificultad de mujeres con discapacidad por enfermedad mental para acceder a alojamientos de protección en situación de violencia de género.
9. Psicoeducación sobre su problemática de salud y forma de atenderla que fomente autonomía.
10. Al alta de las pacientes menores de 65 años con necesidades de convalecencia y soporte deficitario no cuentan con un recurso residencial y los apoyos en el domicilio son insuficientes.
11. Necesidad de apoyo interno, si no existe apoyo familiar para volver a casa después del ingreso.
12. Ayuda para prótesis, si se necesita.
13. Acceso a servicios de estimulación, logopedia, etc. en la infancia.

- 14. Atención especializada y adaptada.
- 15. Facilitación de la comunicación.
- 16. Trato acorde con sus necesidades.
- 17. Equipos técnicos/tecnológicos especializados.
- 18. Falta de personal especializado.
- 19. Valoraciones de discapacidad más ágiles.
- 20. Mejora de la detección precoz.

Un 84 % de las personas, frente a un 16 %, considera necesario un recurso de apoyo al personal del su respectivo centro de salud que facilite la atención especializada a mujeres con discapacidad.



**Figura 88.** Necesidad de recursos de apoyo en el centro.

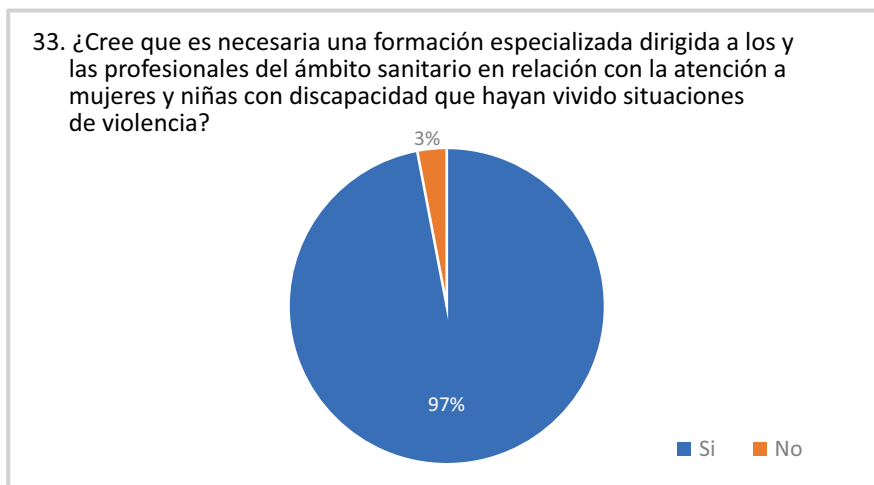
Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

En la **pregunta 32** abierta, las respuestas señalan las necesidades que observa el personal sanitario respecto a la atención primaria como hospitalaria para una adecuada detección y actuación en caso de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad. Las más detectadas, ordenadas desde la respuesta más repetida a la menos, son:

- 1. Formación para el personal sanitario sobre este tema.
- 2. Aumentar el tiempo de atención para cada paciente.
- 3. Crear un protocolo específico para personas con discapacidad.

4. Coordinación de los distintos servicios (atención primaria, urgencias, especialistas...)
5. Aumentar el número de profesionales.
6. Dar a conocer los protocolos existentes.

En la **pregunta 33**, el 97 % de las personas considera que sí es necesaria una formación especializada dirigida a los y las profesionales del ámbito sanitario en relación con la atención a mujeres y niñas con discapacidad que hayan vivido situaciones de violencia.



**Figura 89.** Necesidad de formación especializada a profesionales.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Navarra.

Las respuestas a la **pregunta 34** recogen las propuestas que los y las profesionales sanitarios/as hacen desde su experiencia para mejorar la atención sanitaria.

La propuesta más repetida es **realizar formación a los y las profesionales del ámbito sanitario por medio de cursos, talleres o charlas.**

También se ha repetido la propuesta para poner en marcha **campañas de sensibilización.**

Otras propuestas:

1. Disminuir la carga asistencial de los y las profesionales.
2. Formar a las y los gestores de los servicios de salud y a profesionales.

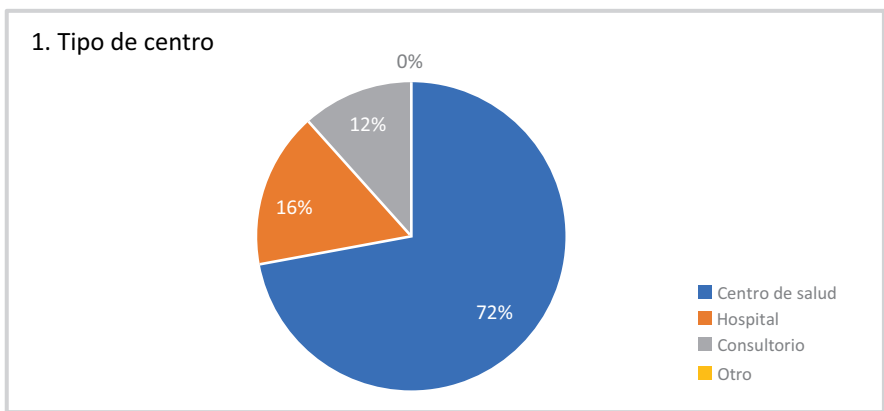
- 
3. Incluir la violencia de género en el Plan de Salud de Navarra, y en los criterios de calidad de los servicios, con apartado específico dirigido a las mujeres y niñas con discapacidad.
  4. Elaborar protocolo de prevención e intervención con agresores en atención primaria.
  5. Facilitar conocimiento de protocolos existentes a nivel general del Servicio Navarro de Salud, los de la comunidad y los protocolos concretos a utilizar.
  6. Habilitar línea telefónica de atención especializada inmediata en situaciones de detección de violencia para pacientes y familiares.
  7. Protocolizar la atención a solas en algún momento de la intervención o actuación sanitaria.
  8. Hacer sesiones clínicas de los profesionales.
  9. Dar importancia y asistencia a los casos detectados para no tener que delegarlos por otras vías.
  10. Favorecer un trato cercano y de confianza.
  11. Buscar recursos para detectar discapacidades donde no es posible la comunicación.
  12. Adaptar los circuitos de atención especializada (flexibilizar).
  13. Crear un grupo de trabajo multi e interdisciplinar para elaborar un protocolo común.
  14. Tener identificadas correctamente a las usuarias, para estar más atentas o hacer una activación proactiva en caso de no conocerlas.
  15. Crear un grupo coordinador en la zona (que ya está en proyecto) y que desde él se programe formación específica para todos los servicios participantes.
  16. Contratar personal especializado en la atención a estas personas que sufran violencia.
  17. Destinar recursos de atención social para situación de urgencia.
  18. Contar con el personal suficiente.

#### **7.1.5 Indicadores de accesibilidad de Navarra**

Se ha analizado la accesibilidad en 32 centros de salud, seis hospitales, cinco consultorios y un centro de atención sexual y reproductiva (véase el anexo).

Acceso al edificio

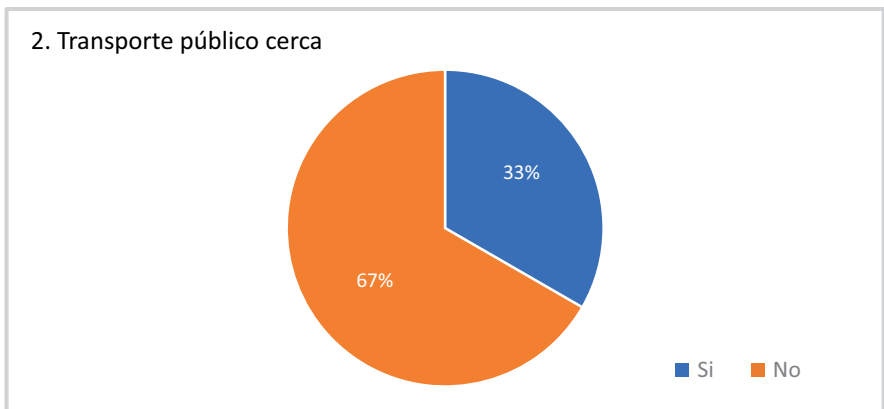
Por tipos de centro hay que señalar que el 72 % son centros de salud.



**Figura 90. Tipo de centro.**

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

Con transporte público cerca solo hay un 33 % de centros. Ningún consultorio cuenta con transporte público (figura 91).



**Figura 91. Transporte.**

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

---

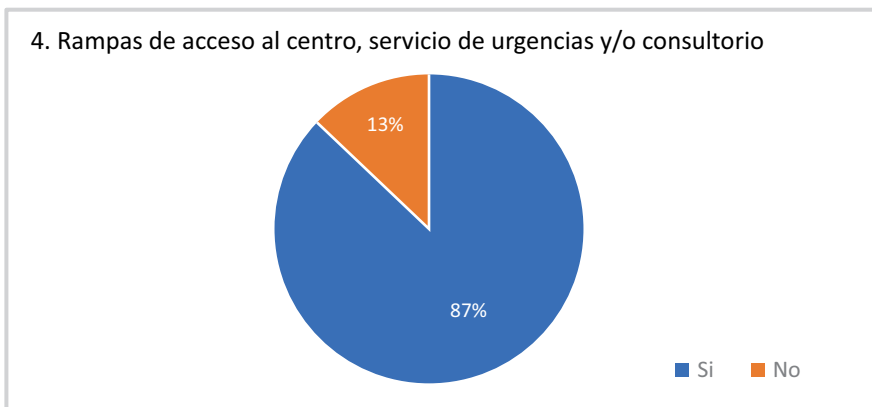
Un 73 % cuenta con plazas de aparcamiento destinadas a personas con discapacidad (figura 92).



**Figura 92.** Plaza de aparcamiento.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

Un 87 % de centros tiene rampas de acceso, tanto al propio centro como al servicio de urgencias (figura 93).

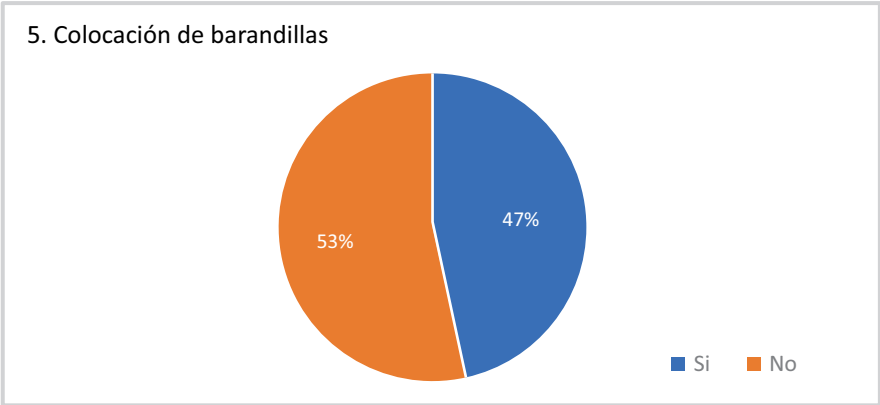


**Figura 93.** Rampas de acceso.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.



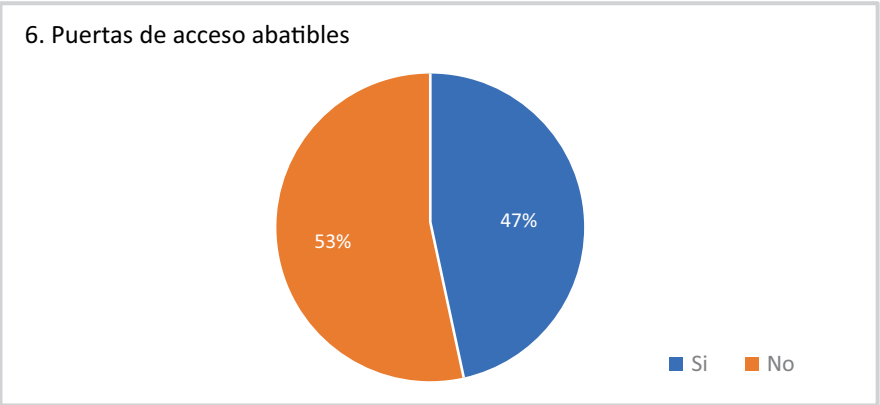
Respecto a las barandillas, un 53 % de los centros analizados cuenta con ellas (figura 94).



**Figura 94. Barandillas.**

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

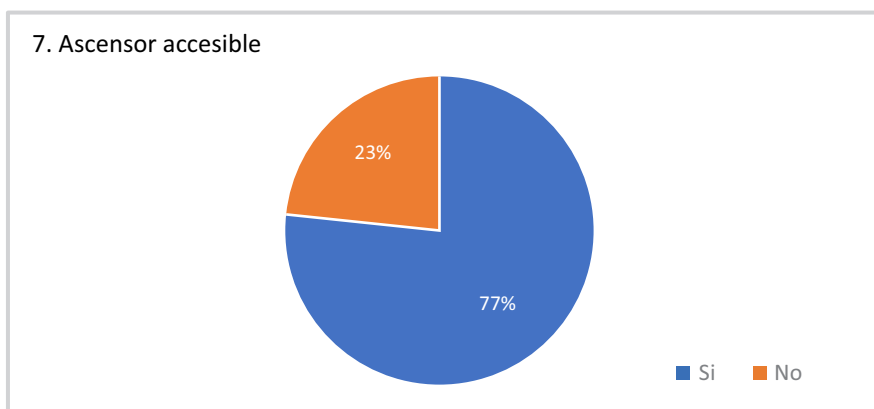
Un 60 % de los centros sanitarios cuenta con puertas de acceso abatibles (figura 95).



**Figura 95. Puertas abatibles.**

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

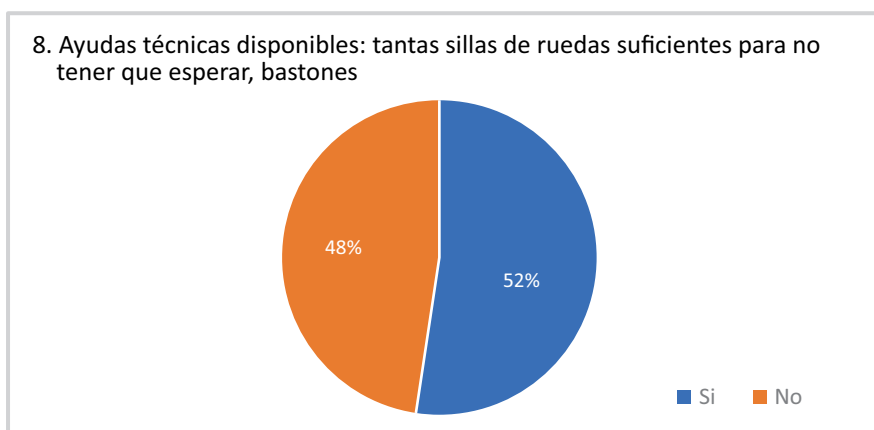
Un 77 % de los centros sanitarios cuenta con ascensor accesible (figura 96).



**Figura 96.** Ascensor accesible.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

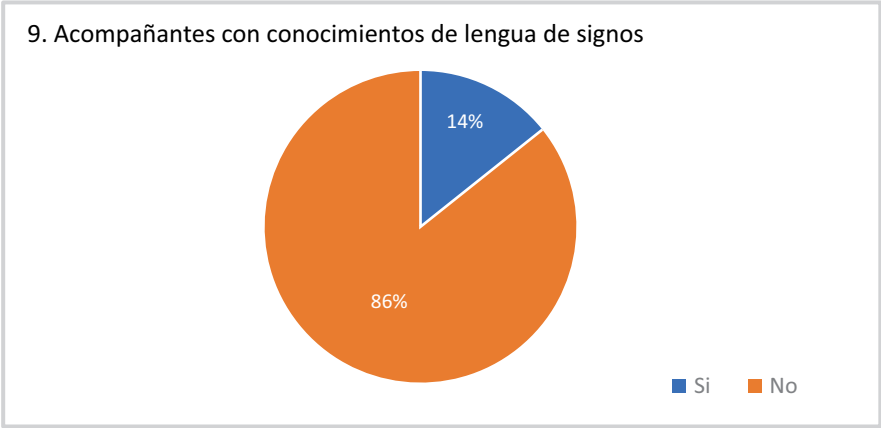
Un 52 % cuenta con ayudas técnicas disponibles como sillas de ruedas suficientes para no tener que esperar, bastones (figura 97).



**Figura 97.** Ayudas técnicas.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

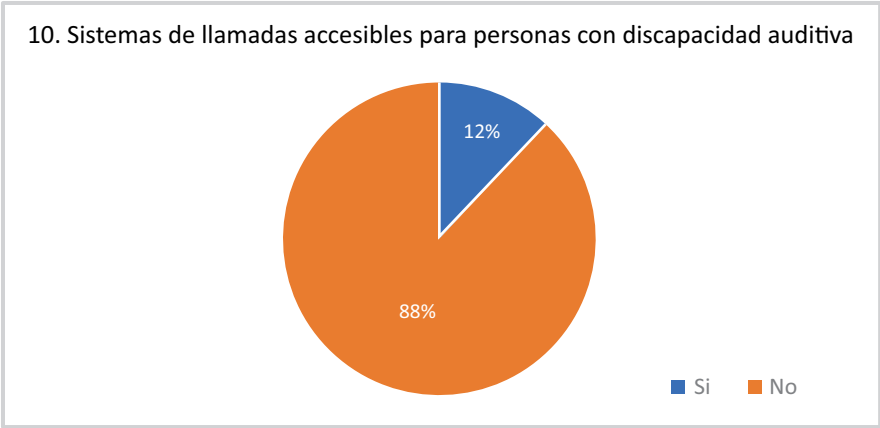
Un 86 % de los centros sí disponen de acompañantes con conocimientos en lengua de signos (figura 98).



**Figura 98.** Lengua de signos.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

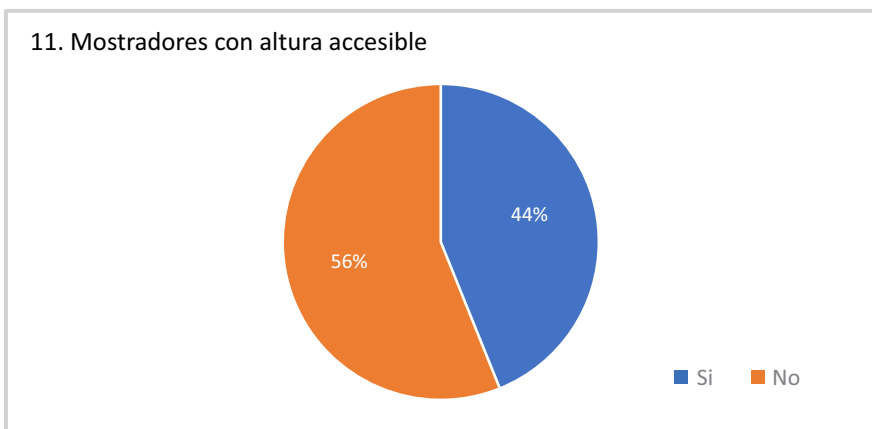
El 88 % de los centros dispone de un sistema de llamadas accesibles para personas con discapacidad auditiva (figura 99).



**Figura 99.** Sistemas de llamada accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

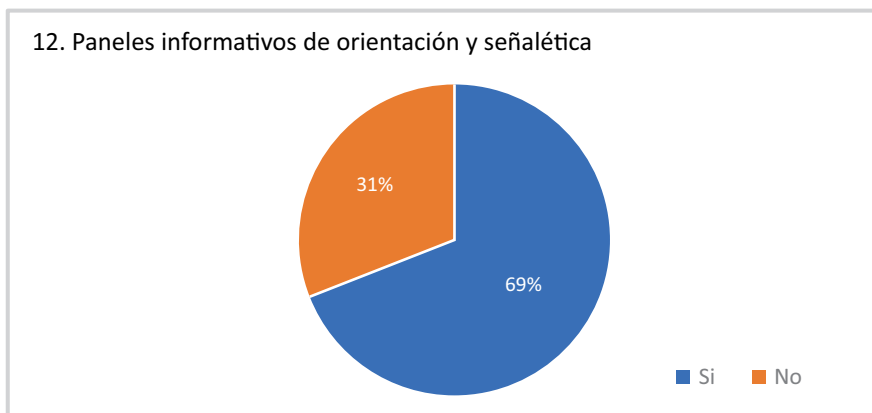
El 56 % de los centros sanitarios no tiene mostradores con altura accesible (figura 100).



**Figura 100.** Mostradores accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

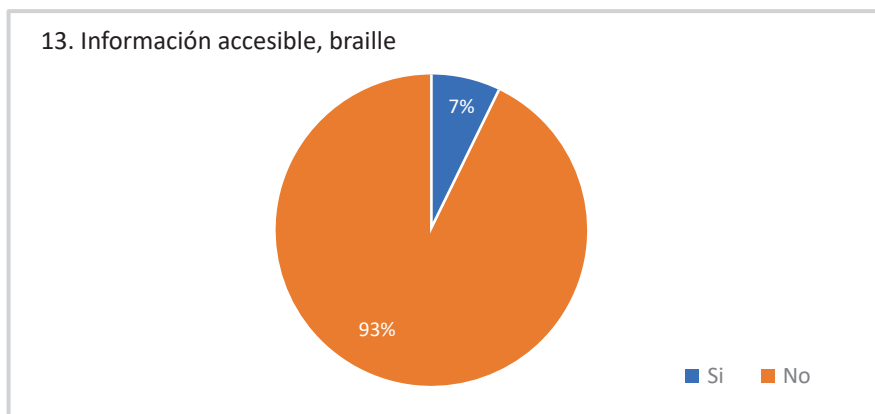
El 69 % de los centros sí tiene paneles informativos de orientación y señalética (figura 101).



**Figura 101.** Paneles y señalética.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

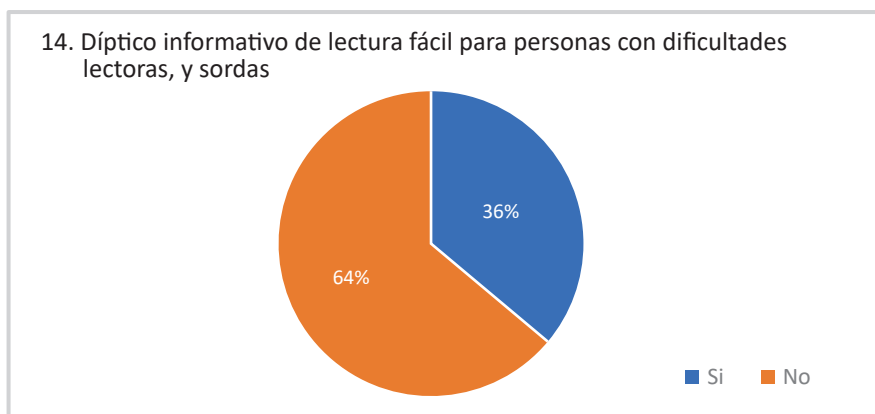
El 93 % cuenta con información en formato accesible, por ejemplo, en braille (figura 102).



**Figura 102.** Braille.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

El 64 % no dispone de material informativo en formato de lectura fácil para personas con dificultades lectoras o personas sordas (figura 103).

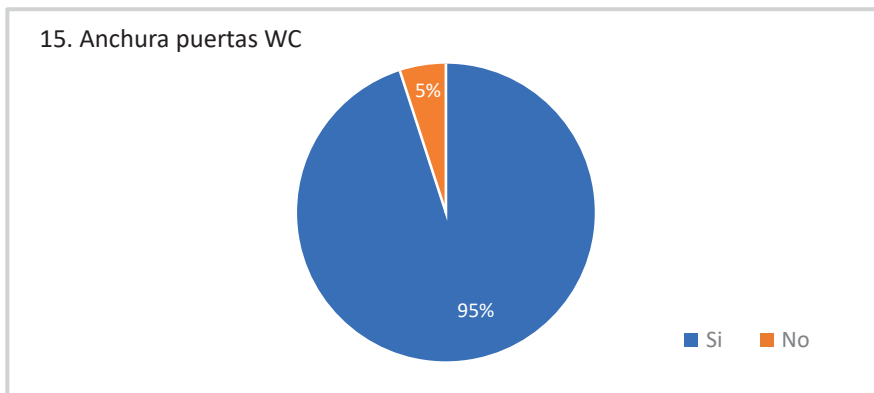


**Figura 103.** Dípticos accesibles .

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

## Accesibilidad de baños y aseos

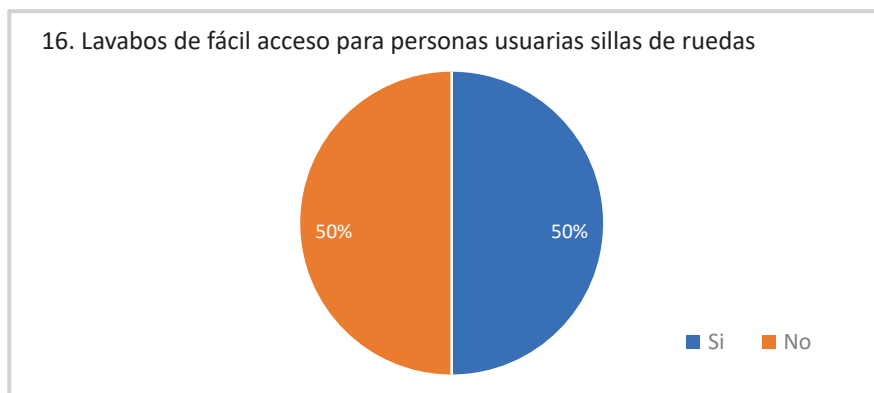
El 95 % de los centros cuenta con puertas anchas de acceso a los WC (figura 104).



**Figura 104.** Accesibilidad baños.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

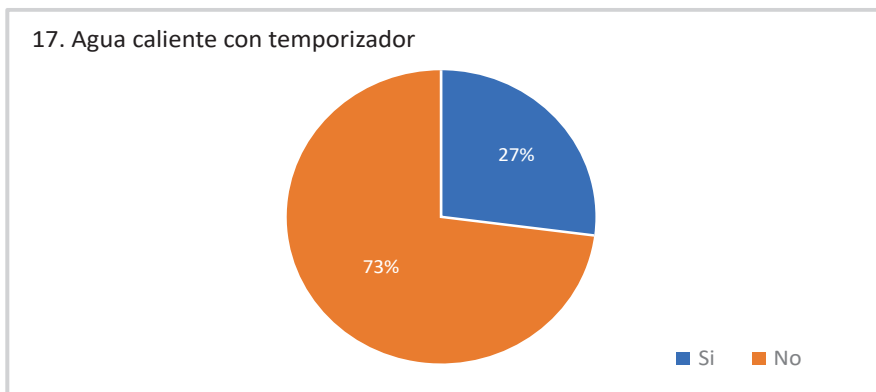
El 50 % cuenta con lavabos de fácil acceso para personas usuarias en sillas de ruedas (figura 105).



**Figura 105.** Lavabos accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

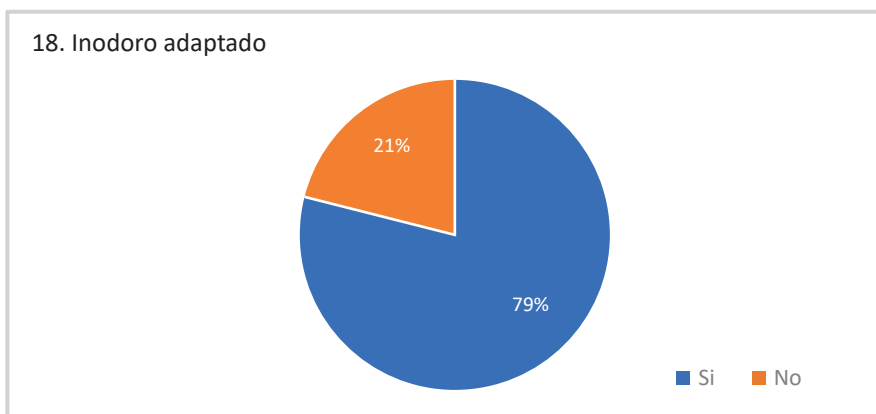
El 73 % no dispone de agua caliente por temporizador (figura 106).



**Figura 106.** Agua caliente con temporizador.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

El 79 % de los centros cuentan con inodoro adaptado (figura 107).

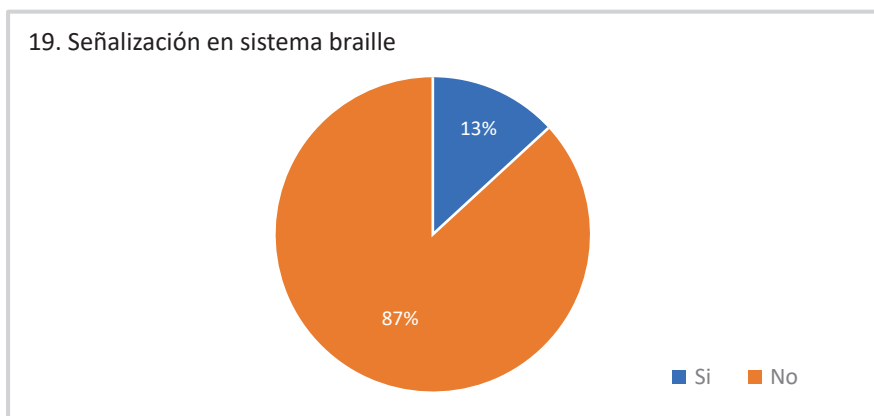


**Figura 107.** Inodoro adaptado.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

---

El 87 % de los baños de estos centros sanitarios no cuenta con señalización en braille (figura 108).



**Figura 108.** Señalización en braille.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

En el 81 % los secadores de manos y jaboneros sí tienen una altura accesible (figura 109).

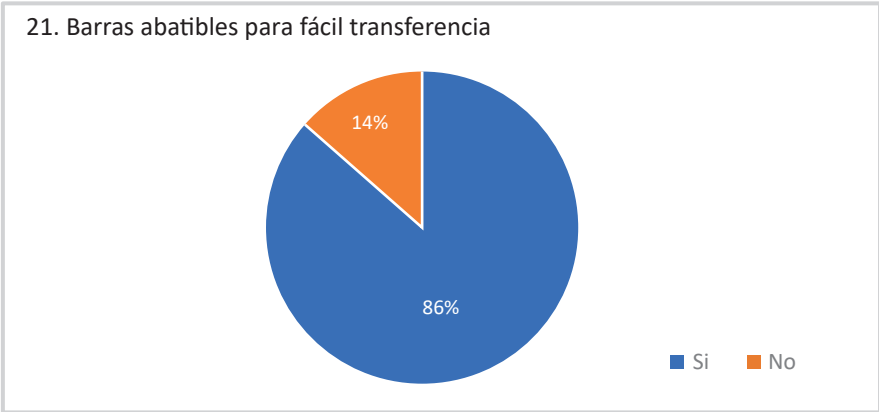


**Figura 109.** Secadores de manos y jaboneros accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.



El 86 % cuenta con barras abatibles para fácil transferencia (figura 115).



**Figura 110.** Barras abatibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

**Accesibilidad en las consultas**

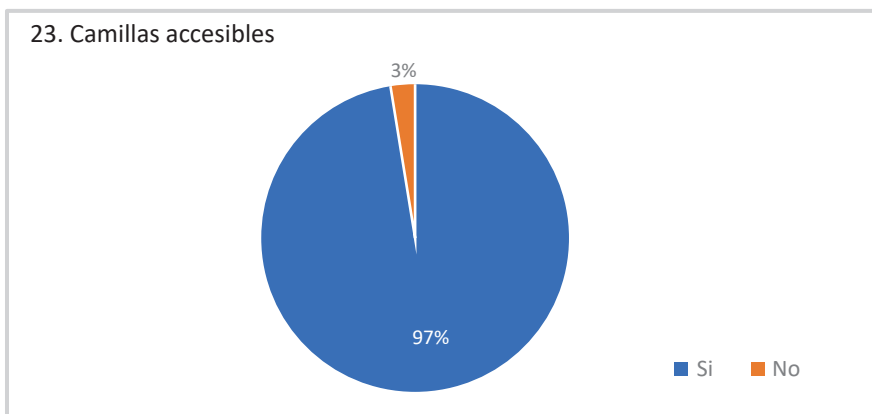
En el 88 % de las consultas (centros de salud, hospitales y consultorios) no hay servicio de interpretación de lengua de signos.



**Figura 111.** Lengua de signos.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

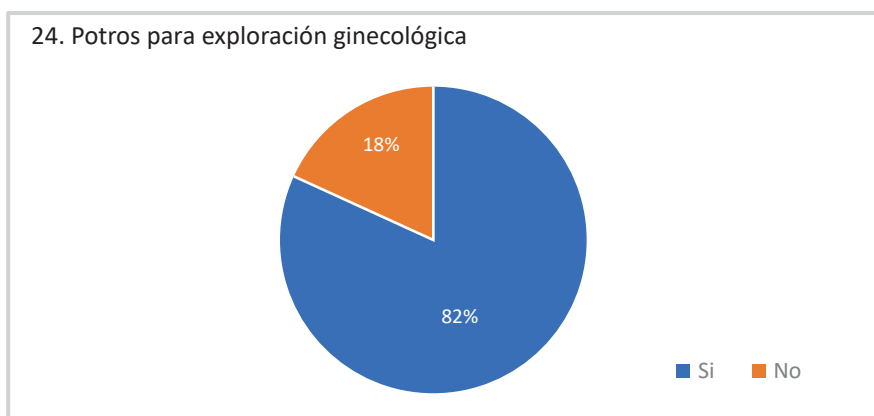
En el 97 % hay camillas accesibles (figura 112).



**Figura 112.** *Camillas accesibles.*

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

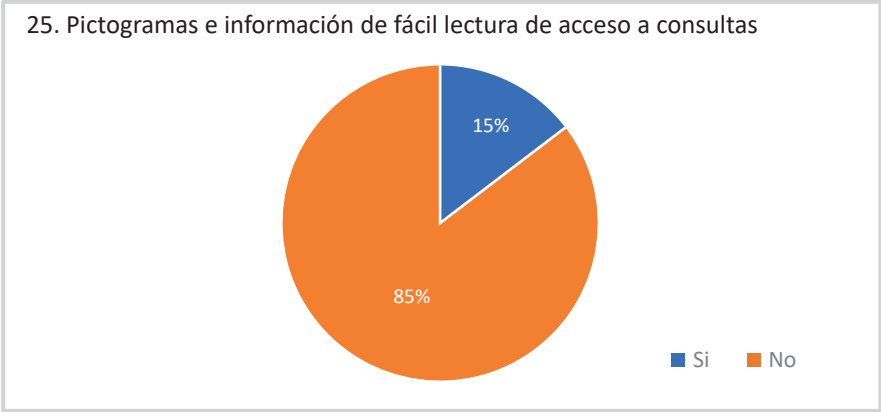
En el 82 % hay potros de exploración ginecológica (figura 113).



**Figura 113.** *Potros para exploración ginecológica.*

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

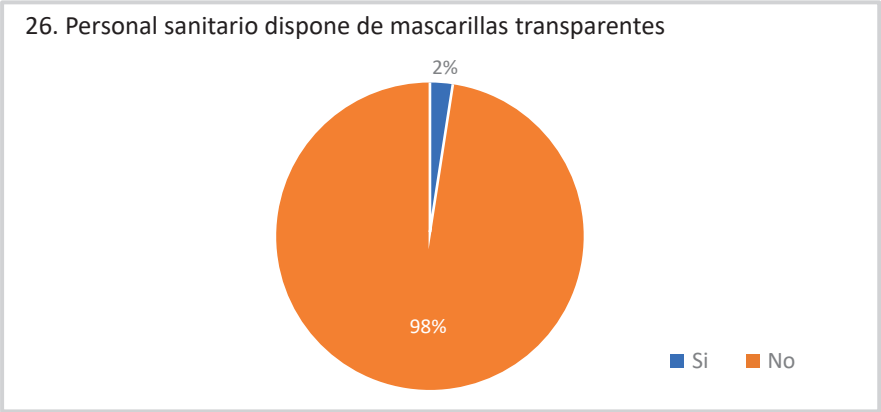
En el 85 % no hay información de fácil lectura de acceso a consultas pictogramas (figura 114).



**Figura 114.** Pictogramas e información accesible.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

En el 98 % el personal sanitario no dispone de mascarillas transparentes (figura 115).



**Figura 115.** Mascarillas transparentes.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra.

---

## 7.2 Galicia

A continuación, se exponen los datos del cuestionario al personal de los 15 centros sanitarios participantes entre centros de salud, centros hospitalarios y un centro residencial (véase el anexo).

### 7.2.1 Procedimiento de acogida

#### 7.2.1.1 Percepción de la demanda

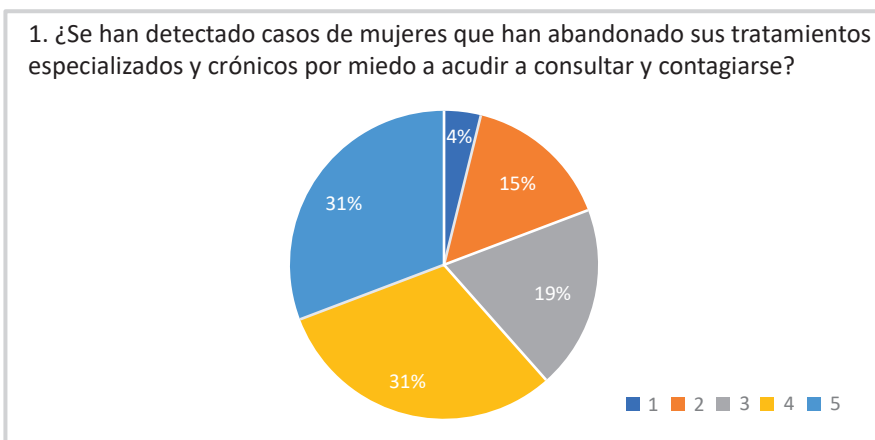
De este bloque forman parte cinco preguntas con cinco opciones de respuesta (escala de Likert):

1. Totalmente en desacuerdo
2. Algo en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Algo de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Las personas profesionales del ámbito sanitario desempeñan un papel fundamental en el apoyo a víctimas de violencia de género en razón a que es habitual que precisen atención sanitaria especializada. Por ello, los centros sanitarios deben ser un recurso de apoyo integral.

Desde el inicio de la pandemia, las mujeres con discapacidad han denunciado y reivindicado servicios especializados para paliar el especial impacto que esta ha tenido sobre su salud, al reducirse el acceso a los servicios especializados y las posibilidades de recibir sus tratamientos con normalidad.

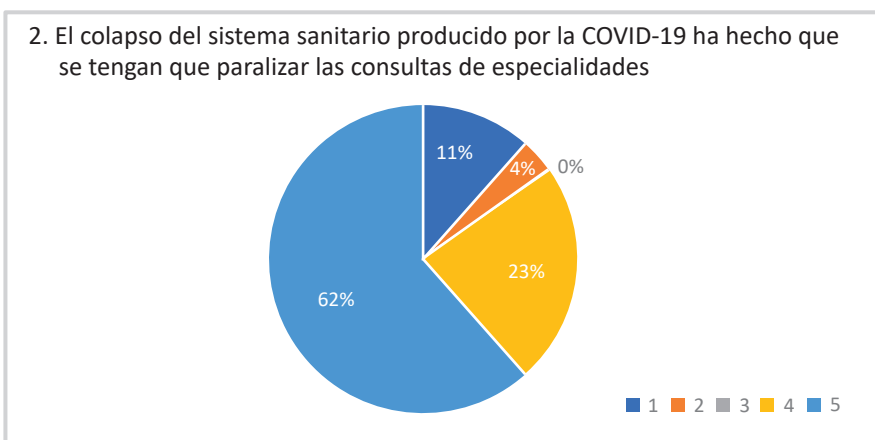
Como puede verse en la figura 116, es alto el porcentaje de personal sanitario que señala estar algo de acuerdo (31 %) o totalmente de acuerdo (31 %) con que se han detectado casos de mujeres que han abandonado sus tratamientos especializados y crónicos por miedo a acudir a una consulta y contagiarse.



**Figura 116. Abandono de tratamientos.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

Un 62 % está totalmente de acuerdo con la afirmación de que el colapso del sistema sanitario producido por la COVID-19 ha provocado la paralización de consultas de especialidades.

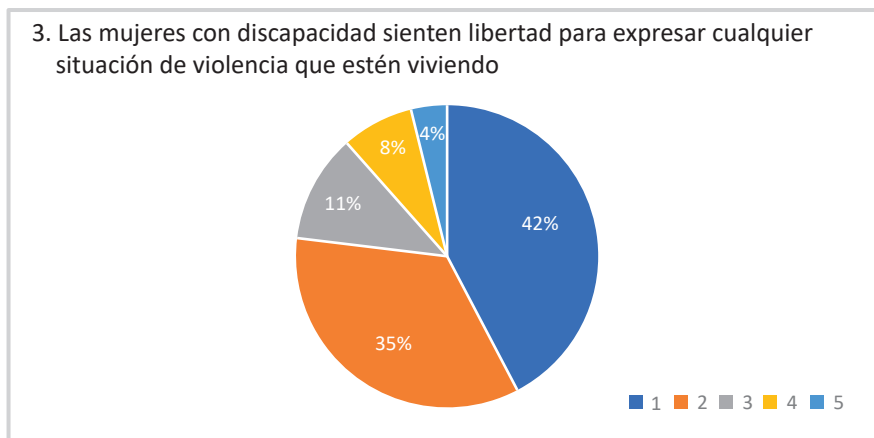


**Figura 117. Paralización de consultas por COVID.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

Respecto a si las mujeres con discapacidad sienten libertad para expresar cualquier situación de violencia que estén viviendo, el porcentaje más alto expresado es de las personas que están totalmente en desacuerdo con la afirmación, un 42 %, seguido de

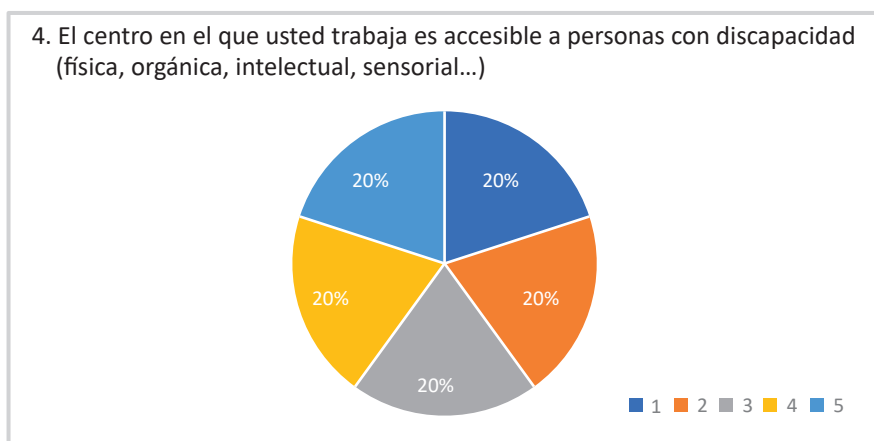
quienes manifiestan estar algo en desacuerdo, un 35 %. Por tanto, queda patente el 77 % que se manifiesta contrario a la afirmación según la cual las mujeres con discapacidad no sienten libertad para expresar cualquier situación de violencia.



**Figura 118.** Libertad para expresar situaciones de violencia.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

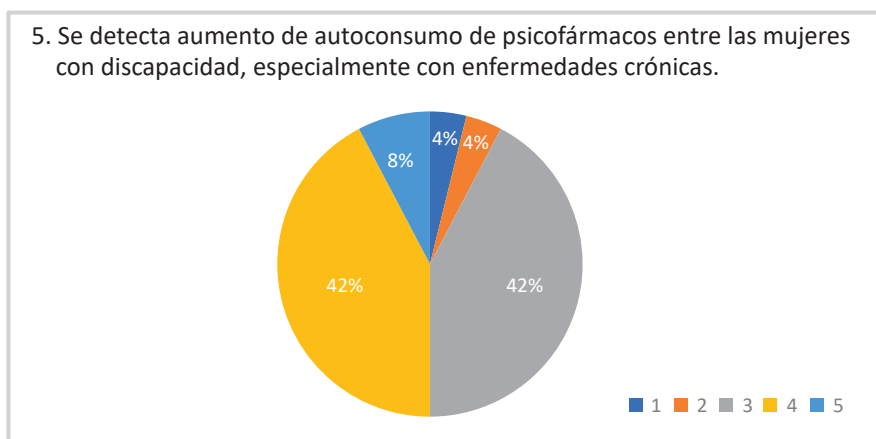
En esta pregunta sobre si el centro sanitario es accesible a personas con discapacidad, las respuestas se han repartido con porcentajes idénticos de un 20 % (figura 119).



**Figura 119.** Accesibilidad al centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

Respecto a si han detectado un aumento de autoconsumo de psicofármacos entre mujeres con discapacidad, especialmente con enfermedades crónicas, un 42 % manifiesta no estar de acuerdo ni en desacuerdo, mientras otro 42 % manifiesta estar algo de desacuerdo (figura 120).



**Figura 120. Autoconsumo fármacos.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

## 7.2.2 Protocolos de detección/atención a mujeres y niñas con discapacidad que puedan estar viviendo alguna situación de violencia

Además del marco normativo gallego ya citado, conviene señalar algunas herramientas como la *Guía técnica del Proceso de Atención a las Mujeres en Situación de Violencia de Género*<sup>27</sup> y el documento *Violencia de género: procedimiento de cribado y actuación en salud*<sup>28</sup>, de 2021.

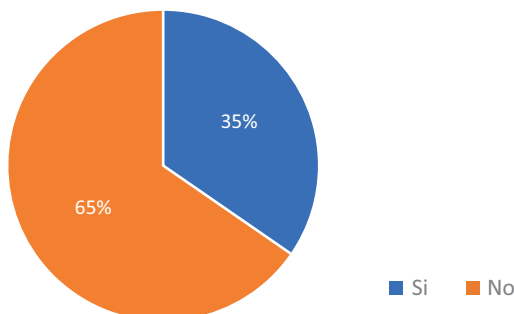
### 7.2.2.1 Percepción de la demanda

El 35 % del personal sanitario considera que las mujeres con discapacidad encuentran en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicarse y denunciar posibles situaciones de violencia.

<sup>27</sup>Xunta de Galicia. (2009). Guía técnica del Proceso de Atención a las Mujeres en Situación de Violencia de Género. <http://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/G13Violencia.pdf>

<sup>28</sup>Xunta de Galicia. (2021). Violencia de género: procedimiento de cribado y actuación en salud. [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/47/PROC\\_Violencia\\_de\\_ge%CC%81nero.\\_final%20castellano.pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/47/PROC_Violencia_de_ge%CC%81nero._final%20castellano.pdf)

6. Con base en su experiencia ¿diría que las mujeres con discapacidad encuentran en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicarse y denunciar posibles situaciones de violencia vividas en sus entornos más inmediatos como en la familia?



**Figura 121.** *Facilidad de comunicación en los centros sanitarios.*

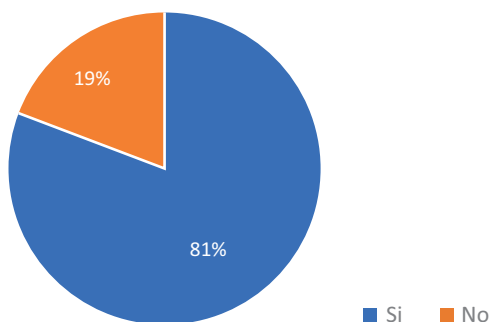
Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

Respecto a esta pregunta, y a continuación, se formuló la pregunta 7 con respuesta abierta para que señalaran las razones en las que sustentan su opinión, tanto positiva como negativa.

A continuación, se detallan las respuestas que dieron los y las profesionales sanitarias.

Es alto el porcentaje de profesionales que sí conoce el Protocolo Común para la Atención Sanitaria ante la Violencia de Género, un 81 % (figura 122).

8. ¿Tiene conocimiento de la existencia del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud?

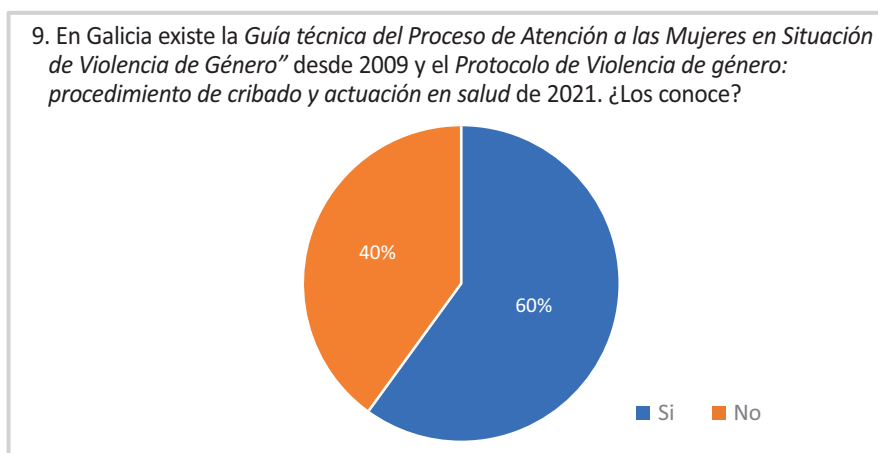


**Figura 122.** *Conocimiento de Protocolo.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.



El porcentaje de conocimiento cae hasta un 60 % respecto a otros materiales de carácter autonómico como *la Guía técnica del Proceso de Atención a las Mujeres en Situación de Violencia de Género de 2009* y *el Protocolo de Violencia de Género: procedimiento de cribado y actuación en salud de 2021* (figura 123).

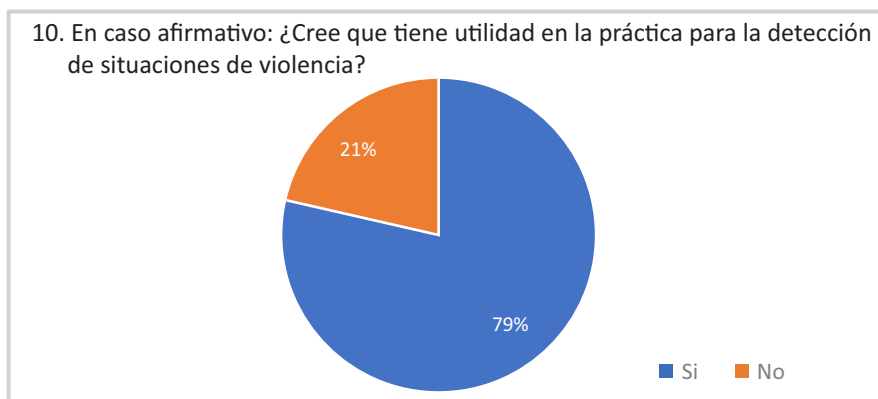


**Figura 123.** *Otros recursos y herramientas institucionales autonómicas.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

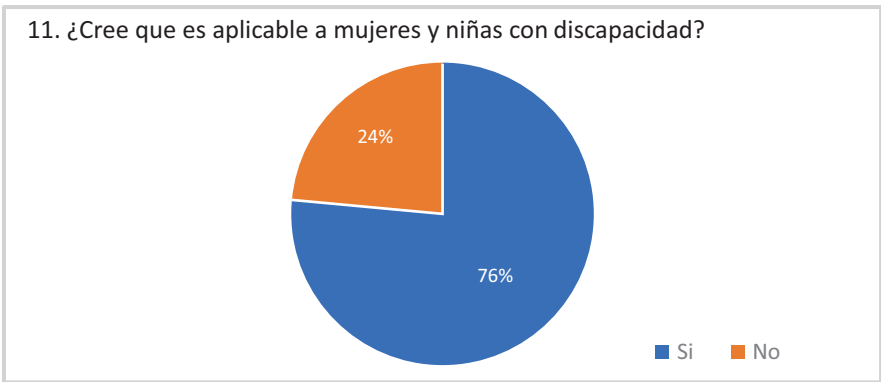
De las personas que responden afirmativamente, un 79 % opina que estos materiales tienen utilidad para detectar situaciones de violencia de género y un 76 % opina que es aplicable a las mujeres y niñas con discapacidad.

No obstante, menos de la mitad de las personas preguntadas, un 44 %, manifiesta utilizar este material en su vida profesional y un 63 % señala que su utilidad es baja (figura 124).



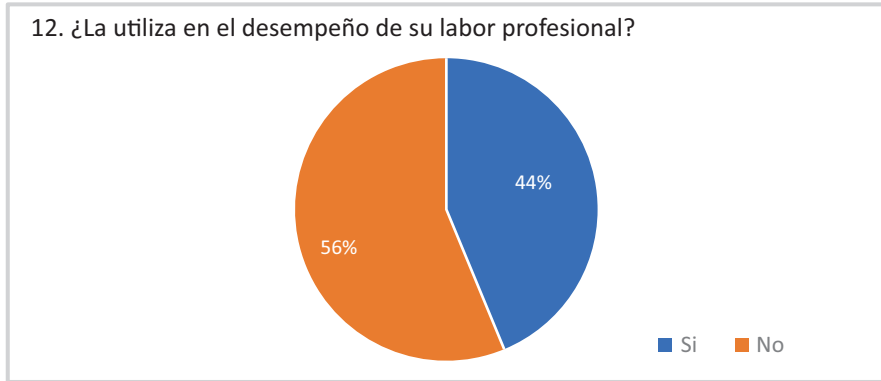
**Figura 124.** *Utilidad de las herramientas.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.



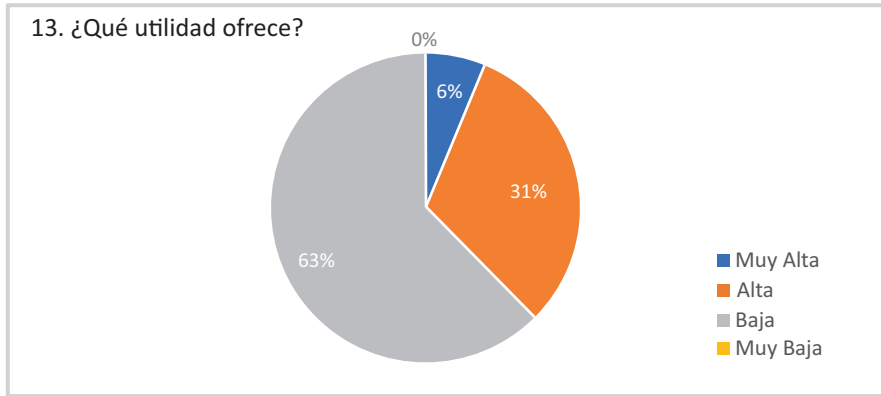
**Figura 125. Aplicabilidad a mujeres y niñas con discapacidad.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.



**Figura 126. Utilidad en el desempeño profesional.**

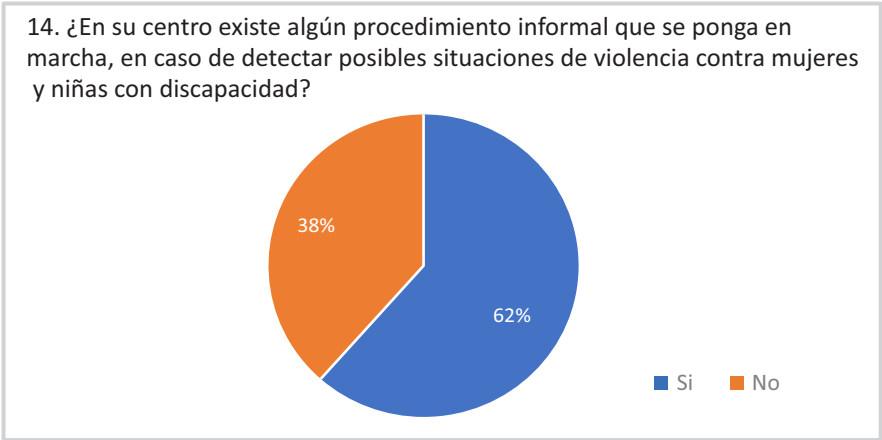
Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.



**Figura 127. Utilidad.**

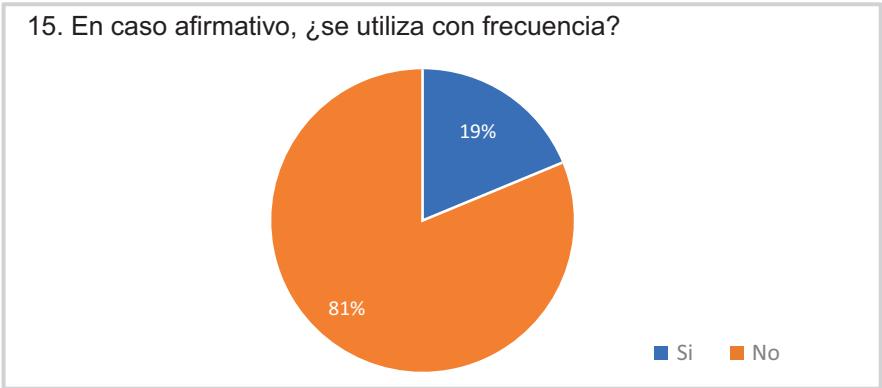
Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

Es muy interesante el importante porcentaje de profesionales, un 62 %, que señala que en sus centros sanitarios existen procedimientos informales que se ponen en marcha al detectar casos de violencia de género en mujeres y niñas con discapacidad. No obstante, solo un 19 % manifiesta su uso frecuente.



**Figura 128. Procedimientos informales.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.



**Figura 129. Frecuencia de uso.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

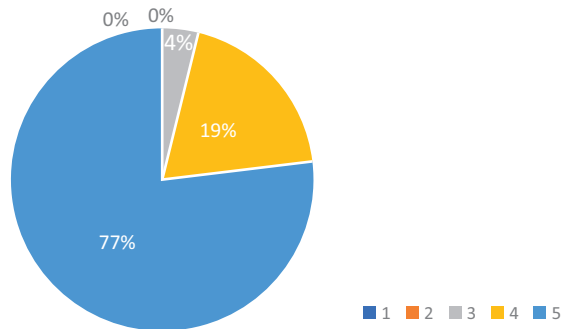
---

En la pregunta abierta 16, se pide opinión respecto a los recursos.

1. Tiempos de consulta cortos que impiden conocer las situaciones reales.
2. En mi área de trabajo apenas se han detectado casos de violencia.
3. En los centros de salud de las zonas rurales existen casos de violencia, pero están más invisibilizados.
4. Los protocolos actuales pueden usarse con mujeres con discapacidad, pero son muy generales y no tienen en cuenta todas las realidades.
5. Hay que denunciar siempre.
6. Es un protocolo necesario y que se debería de llevar a la práctica habiendo mínimas sospechas y no esperar a que sea evidente.
7. Queda mucho por hacer.
8. Está muy bien.
9. Falta de formación.
10. Útil en nuestra área de salud.
11. Se debería concienciar y usar más protocolos.
12. Este protocolo es necesario para saber cómo actuar correctamente ante una situación de violencia de género y en especial en mujeres con algún tipo de discapacidad, ya que puede resultar más complicado detectar un caso de violencia contra estas mujeres.
13. Sería necesario retomar la formación por centros sanitarios, tanto de AP como hospitalarios, que se puso en marcha tras la edición de la Guía técnica del Proceso de Atención a las Mujeres en Situación de Violencia de Género.
14. Debería de profundizarse más en cuanto al abordaje de situaciones de violencia contra mujeres con discapacidad.
15. Pues si se detecta, se informa a los superiores y a las fuerzas de seguridad del Estado.

El 77 % está muy de acuerdo con la afirmación de que la atención integral a mujeres y niñas con discapacidad con vivencias de violencia requiere, además de la aplicación de protocolos existentes, otros recursos acordes con el género y la discapacidad. Este es un dato muy relevante que pone de manifiesto la demanda de un material específico para las mujeres con discapacidad en el ámbito de la atención sanitaria.

17. La atención integral a las mujeres y niñas con discapacidad, con vivencias de violencia, requiere, además de la aplicación de protocolos de otros recursos y procedimientos diferentes y accesibles acorde con sus especificidades de género y discapacidad

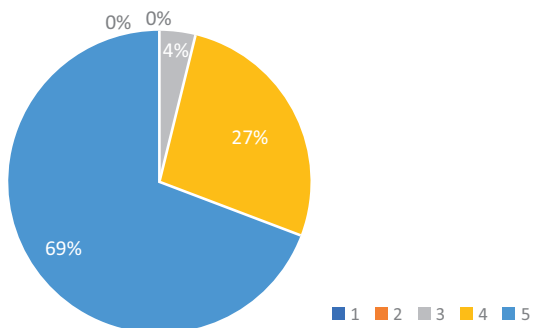


**Figura 130.** *Uso de otros recursos y procedimientos.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

El 69 % manifiesta estar totalmente de acuerdo con el abordaje de las situaciones de violencia desde una perspectiva multidisciplinar (figura 131).

18. ¿Deberían abordarse las situaciones derivadas de la violencia a mujeres y niñas con discapacidad desde una perspectiva multidisciplinar que incluya tanto al ámbito sanitario como a profesionales del ámbito social o a instituciones especializadas?



**Figura 131.** *Abordaje desde perspectiva multidisciplinar.*

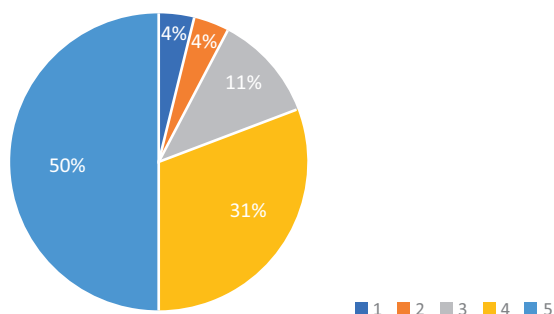
Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

---

En la **pregunta abierta 19**, el personal sanitario participante señala cuáles son, en su opinión, los y las profesionales que deberían intervenir.

1. Personal médico, trabajador/a social y psicólogo/a (equipo multidisciplinar).
2. El abordaje tiene que incluir ámbitos sanitario y social, siempre. Por supuesto, con discapacidad otras casuísticas, los y las profesionales dependerán de la discapacidad. Asegurar siempre una buena atención.
3. Todos los que un protocolo considere (psicólogos/as, trabajadores/as sociales, médicos/as, etc.).
4. Médico/a y trabajador/a social.
5. Conjunto de profesionales de los ámbitos de la salud y lo social.
6. Todos.
7. Psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales, persona de enfermería.
8. Personal médico y de enfermería, psicólogo/o y trabajador/a social.
9. Trabajadores/as sociales, psicólogos/as, psiquiatras, abogados/as.
10. Personal médico y de enfermería, psicólogos/as, trabajadores/as sociales.
11. Sanitarios de distintas especialidades, trabajadores/as sociales y psicólogos/as.
12. Educación social, trabajo social, psicología, etc.
13. Personal médico y de enfermería, psicólogos/as, trabajadores/as sociales.
14. Profesional de ayuda en caso concreto
15. Trabajadores/as sociales, personal sanitario, psicólogos/as.
16. Todos/as.
17. Trabajadores/as y educadores/as sociales, personal médico y de enfermería, auxiliares y todo el personal sanitario y social en general.
18. Médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajador/a social.
19. Todos los existentes en el sistema sanitario.
20. Personal médico, de enfermería, psicología, trabajo social, judicial, policía, asociaciones de mujeres implicadas en VG y discapacidad, intérpretes.
21. Trabajadores/as sociales, personal médico y de enfermería, psicólogos/as, fuerzas de seguridad del Estado, etc.
22. Asistencia personalizada, como trabajadores/as sociales, personal médico y de enfermería, psicólogos/as, fuerzas de seguridad del Estado.

20. Las mujeres con discapacidad no suelen acudir a servicios sanitarios a denunciar situaciones de violencia, a no ser que sea por agresiones físicas visibles o abuso sexual.



**Figura 132.** Denuncia de violencia en centros de salud.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

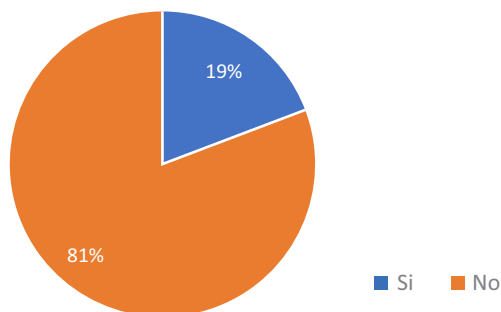
Se pide al final de este bloque que trasladen comentarios y consideraciones de los y las profesionales generales.

Destaca que las mujeres con discapacidad acuden en menor medida a los servicios sanitarios que las que no tienen discapacidad. Además, también indican que, en ocasiones, las agresiones físicas visibles las tratan de ocultar.

### 7.2.3 Accesibilidad de los recursos y servicios sanitarios

Un 81 % considera que no hay mecanismos de apoyo que posibiliten en su centro sanitario de trabajo que las mujeres con discapacidad accedan a la consulta sin acompañante. A su vez, un 69 % considera que no se dan las condiciones para una comunicación fluida con las niñas y mujeres con discapacidad en sus centros.

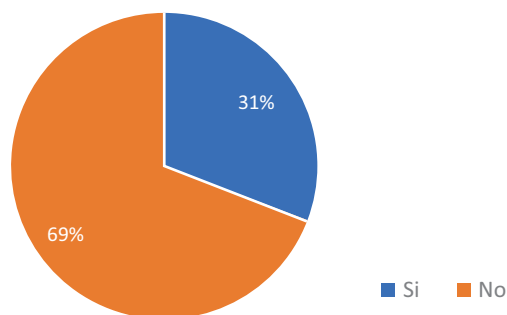
21. ¿Existen mecanismos de apoyo (mediadores o intérpretes necesarios) en el centro sanitario donde trabaja, que posibiliten que la mujer con discapacidad acceda sin acompañante a la consulta en casos de dificultad para comunicarse? (discapacidad intelectual)



**Figura 133. Mecanismos de apoyo.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

22. ¿Diría que las actuales condiciones de su centro de trabajo permiten una comunicación fluida con las niñas y mujeres con discapacidad?



**Figura 134. Condiciones del centro.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

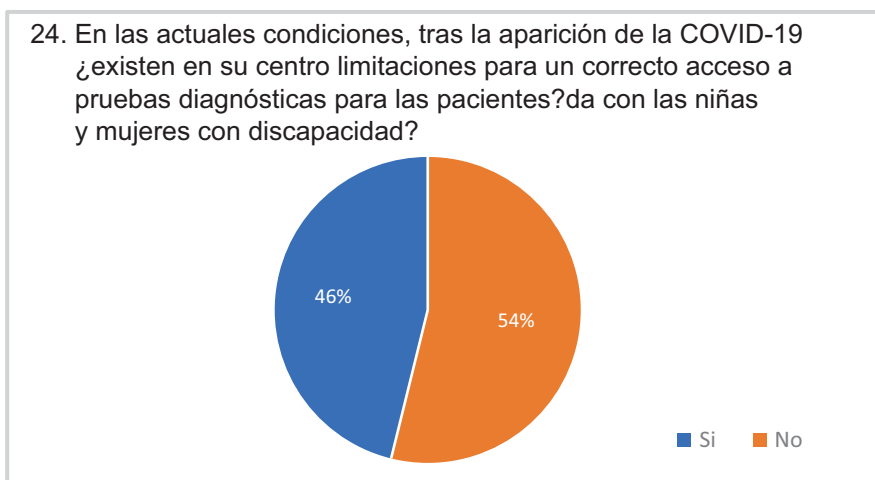
La **pregunta 23** que es abierta permite que las personas participantes señalen las dificultades más relevantes que detectan para una comunicación directa con las mujeres y niñas con discapacidad.



Estas dificultades, ordenadas desde la respuesta más repetida a la menos, son:

1. Problemas de comunicación de las propias mujeres con discapacidad.
2. Falta de personal de apoyo con formación y experiencia.
3. La falta de tiempo del personal sanitario para tratar de entender lo que nos quieren decir.
4. Ninguna dificultad.
5. Les cuesta abrirse y casi siempre responde el familiar que las acompaña a lo que se les pregunta.

El 54 % detecta, tras la aparición de la COVID-19, limitaciones en su centro para un correcto acceso a pruebas diagnósticas por parte de las pacientes mujeres y niñas con discapacidad (figura 135).



**Figura 135.** Limitaciones del centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

La **pregunta abierta 25** señala las limitaciones que han apuntado los y las profesionales.

Se detectan las siguientes limitaciones, ordenadas desde la respuesta más repetida a la menos:

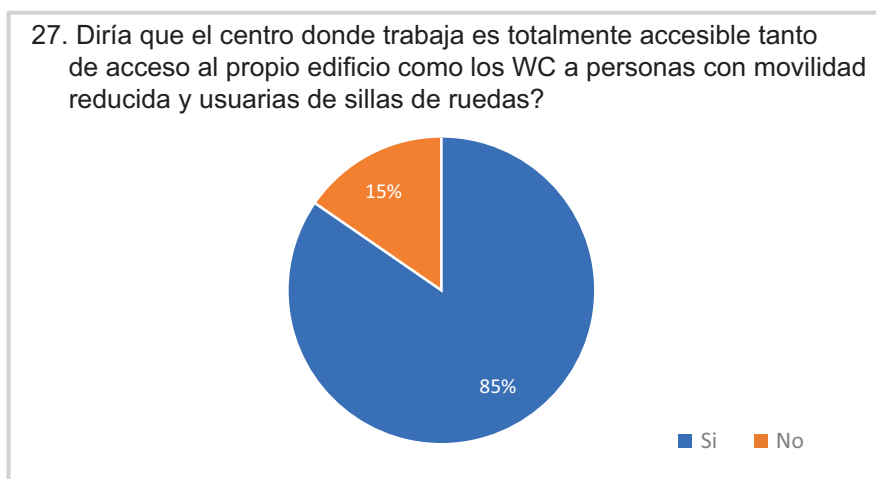
1. Falta de atención presencial.
2. Falta de personal.
3. Falta de medios específicos y adaptados (básculas no adaptadas a sillas de ruedas, camillas no reguladas...)

- 
4. Falta de información adaptada y accesible.
  5. Lista de espera.

En la respuesta a la pregunta 26 abierta indican las dificultades que afectan a mujeres y niñas con discapacidad.

1. Afecta a toda la población en general.
2. Sí. El no poder asistir sus centros de forma presencial o menos jornadas.
3. Sí. Puesto que ellas tienen más limitaciones a la hora de acceder a los servicios médicos
4. No afecta particularmente.

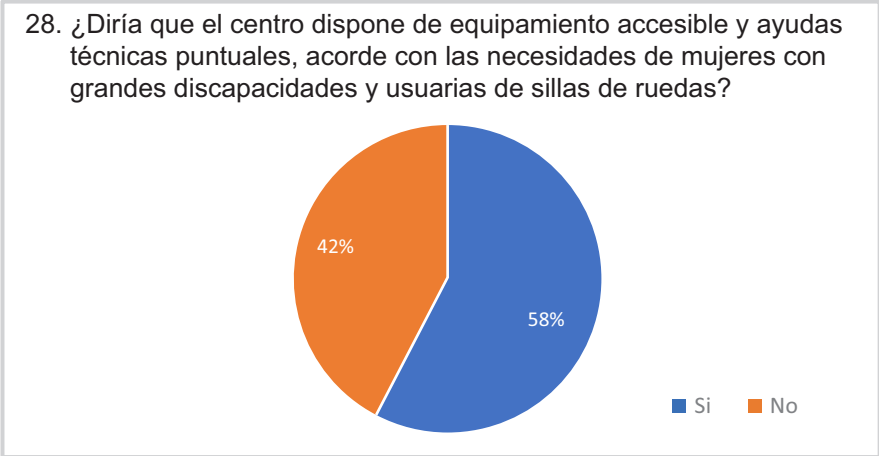
El 85 % considera que los respectivos centros de salud en los cuales trabajan son totalmente accesibles a personas con movilidad reducida y usuarias de sillas de ruedas (figura 136).



**Figura 136. Accesibilidad al centro.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

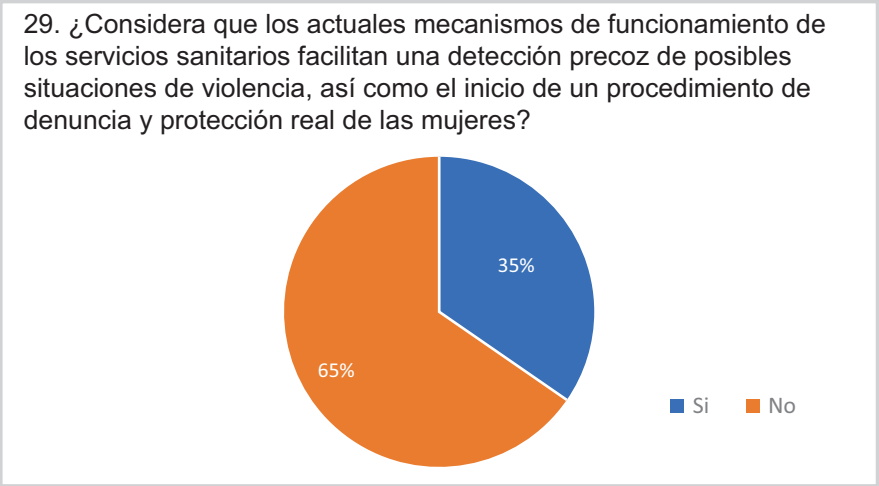
El 85 % considera que los respectivos centros de salud en donde trabajan son totalmente accesibles a personas con movilidad reducida y usuarias de sillas de ruedas (figura 137).



**Figura 137.** Equipamiento accesible y ayudas técnicas en el centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

El 85 % considera que los respectivos centros de salud en los cuales trabajan son totalmente accesibles a personas con movilidad reducida y usuarias de sillas de ruedas (figura 138).



**Figura 138.** Detección precoz en el centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

### 7.2.4 Detectar necesidades y propuestas de mejora

La **pregunta 30** se centra en las necesidades sociosanitarias que, en opinión de las y los profesionales, suelen detectar en las mujeres y niñas con discapacidad que acuden al centro o especialidad sanitaria.

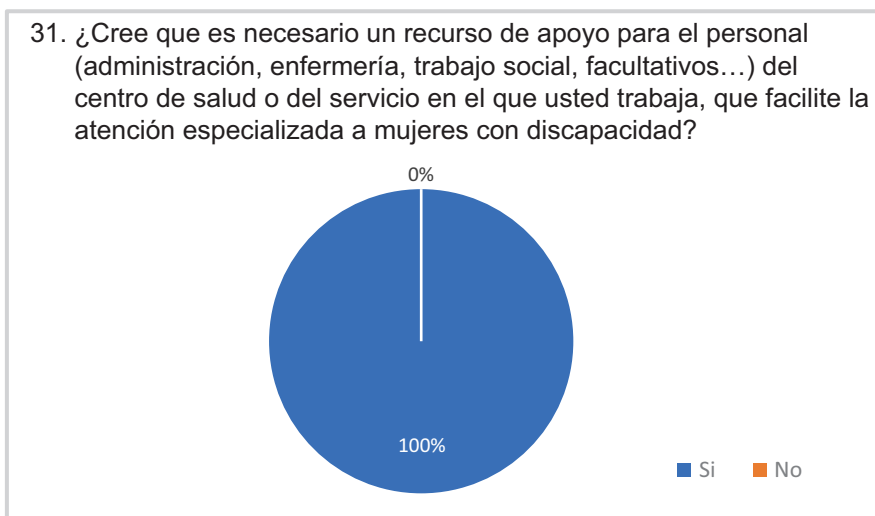
Las necesidades sociosanitarias mayormente detectadas en mujeres y niñas con discapacidad son (ordenadas desde la respuesta más repetida a la menos):

1. Falta de formación del personal
2. Falta de información a las mujeres con discapacidad
3. Falta de tiempo del personal para detectar
4. Falta de recursos para los cuidados

También se han detectado otras como:

1. Falta de independencia para la accesibilidad
2. Necesidades económicas y de apoyo psicológico
3. Falta de cuidados especializados integrales
4. Falta de medios

El 100 % considera necesario un recurso de apoyo al personal de su respectivo centro sanitario que facilite la atención especializada a mujeres con discapacidad (figura 139).



**Figura 139.** Necesidad de recursos de apoyo en el centro.

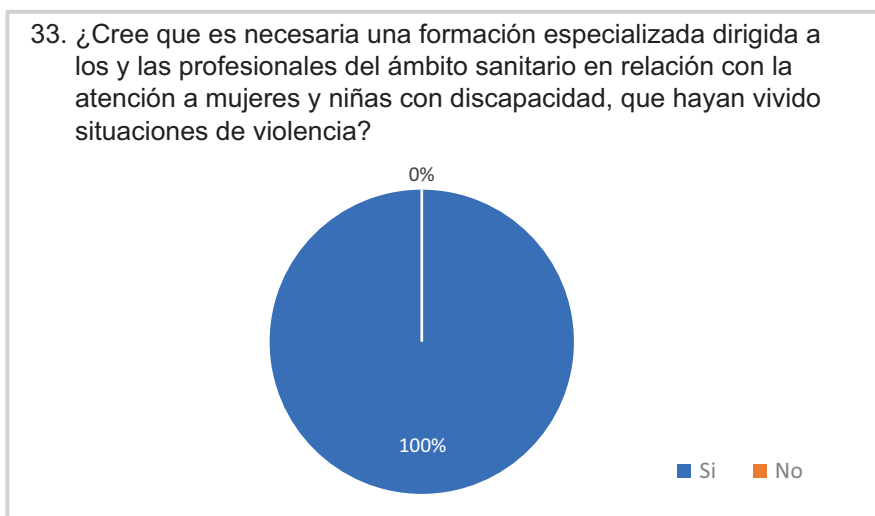
Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

En la pregunta 32 las respuestas señalan las necesidades que observa el personal sanitario respecto a los servicios sanitarios tanto en atención primaria como hospitalaria, para una adecuada detección y actuación en caso de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad.

Las necesidades mayoritariamente detectadas se ordenan desde la respuesta más repetida a la menos:

1. Formación específica en discapacidad para el personal sanitario
2. Ampliación del tiempo de consulta
3. Mejora de la sensibilización
4. Equipo especializado

En la pregunta 33, el 100 % de las personas consideran que si es necesaria una formación especializada dirigida a los y las profesionales del ámbito sanitario en relación con la atención a mujeres y niñas con discapacidad que hayan vivido situaciones de violencia.



**Figura 140.** Necesidad de formación especializada a profesionales.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

---

Las respuestas a la pregunta 34 recogen las propuestas que los y las profesionales sanitarios hacen desde su experiencia para mejorar la atención sanitaria.

La propuesta más repetida es la de realizar formación al conjunto de los y las profesionales del ámbito sanitario en materia de discapacidad y violencia de género.

También se ha repetido la propuesta para crear equipos multidisciplinares.

Otras propuestas:

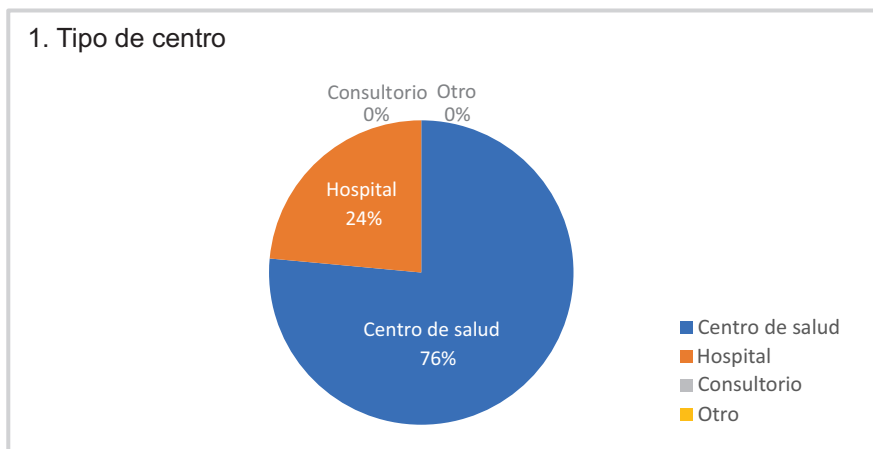
1. Más tiempo por consulta
2. Mejora de la accesibilidad de los centros
3. Disminución de la carga asistencial de los y las profesionales
4. Mejora de la detección precoz, tratamiento, seguimiento y educación

### 7.2.5 Indicadores de accesibilidad

Se han analizado indicadores de accesibilidad de 14 centros sanitarios de Galicia.

#### Acceso al edificio

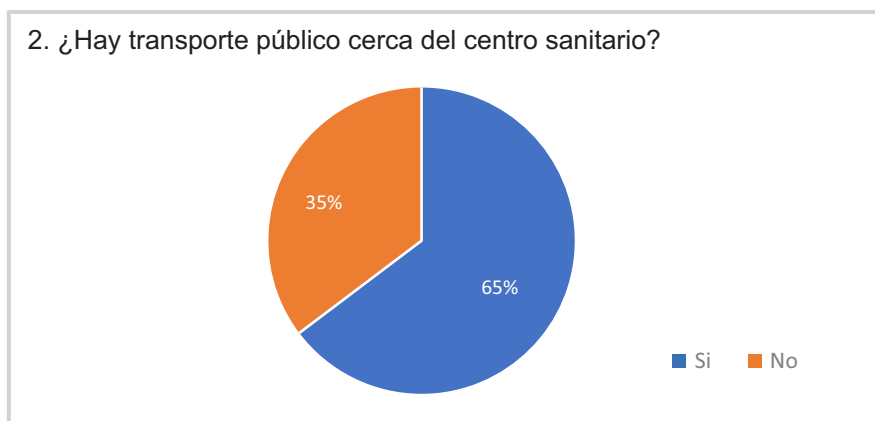
Por tipos de centro hay que señalar que el 76 % de los centros sanitarios analizados son centros de salud (figura 141).



**Figura 141.** Tipo de centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

Respecto a la existencia de **transporte público** cerca de los centros sanitarios, este existe en un 65 %. No obstante, en el 100 % de los hospitales hay transporte público cerca, mientras que en el 35 % de los centros de salud no (figura 142).



**Figura 142.** Transporte.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros de salud de Galicia.

Se analizó la existencia de **plazas de aparcamiento** para personas con discapacidad. Un 71 % sí cuenta con ellas adaptadas frente a un 29 % que no.

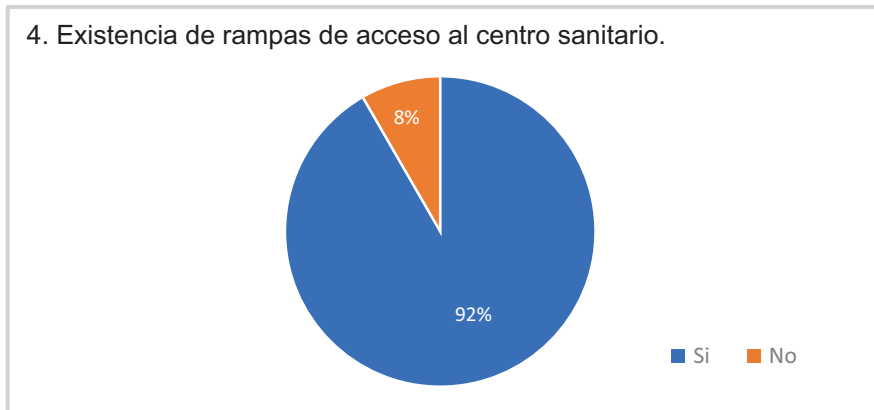
Al igual que en el anterior indicador, en el 100 % de hospitales sí hay plazas de aparcamiento para personas con discapacidad y es en centros de salud donde existen las carencias de este servicio (figura 143).



**Figura 143.** Plaza de aparcamiento.

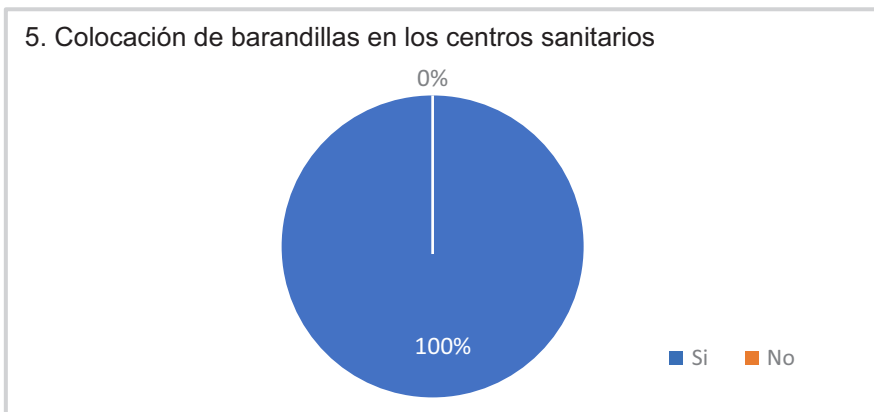
Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

Otra de las preguntas del cuestionario se centró en la existencia de rampas en los **accesos al centro sanitario**, así como **barandillas y puertas de acceso abatibles**. Respecto a las rampas, el 92 % de centros dispone de ellas y el 100 % cuenta con barandillas y puertas de acceso abatibles (figura 144).



**Figura 144.** Plaza de aparcamiento.

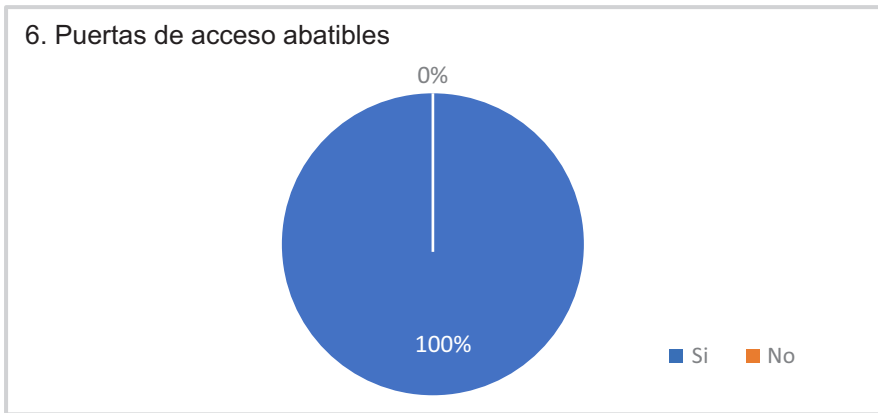
Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.



**Figura 145.** Barandillas.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

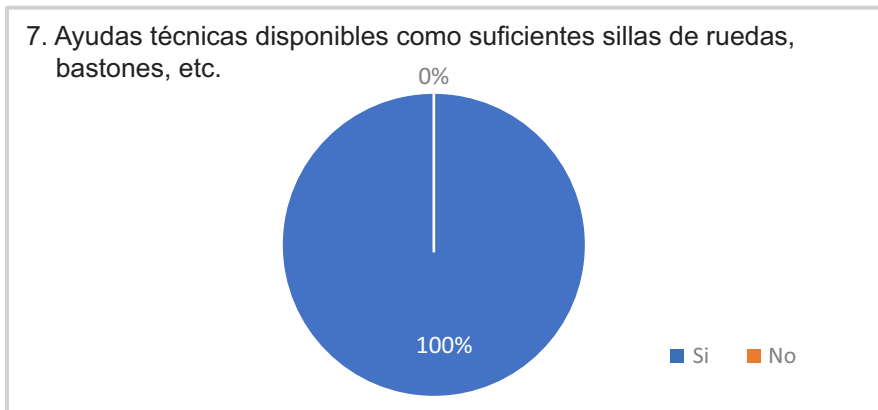




**Figura 146.** Puertas abatibles.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

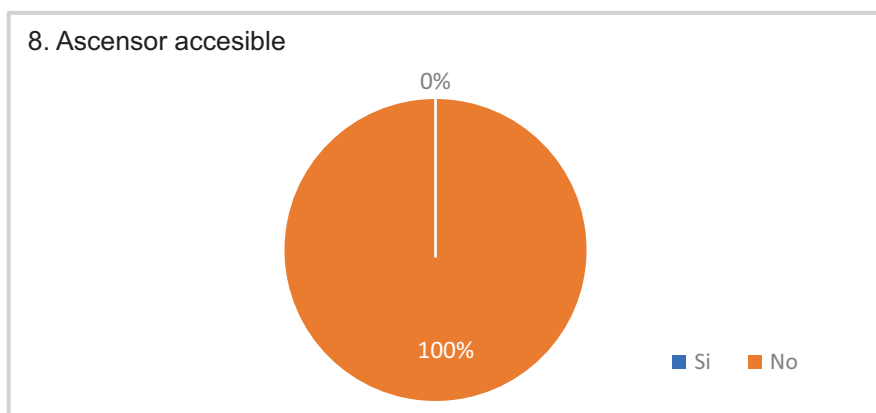
Un 100 % cuenta con ayudas técnicas disponibles como sillas de ruedas suficientes y bastones (figura 147).



**Figura 147.** Ayudas técnicas.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

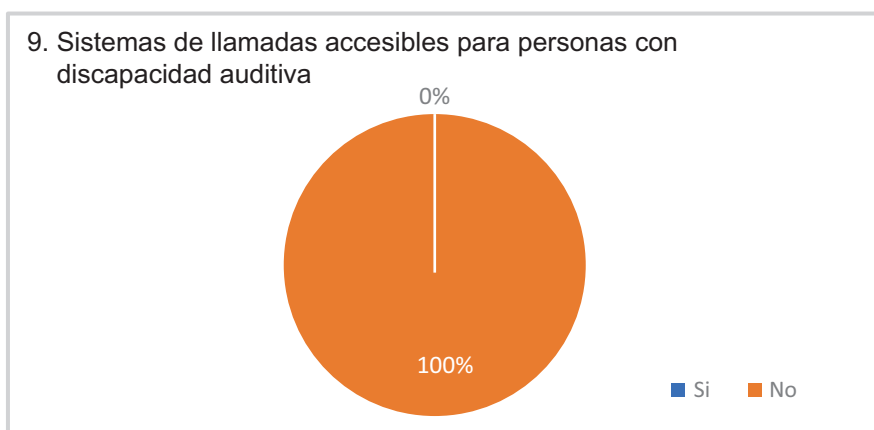
Un 100 % de los centros sanitarios no cuenta con ascensor accesible, aunque hay que matizar que muchos de estos centros no tienen ascensor por ser instalaciones con una única planta baja (figura 148).



**Figura 148.** *Ascensor accesible.*

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

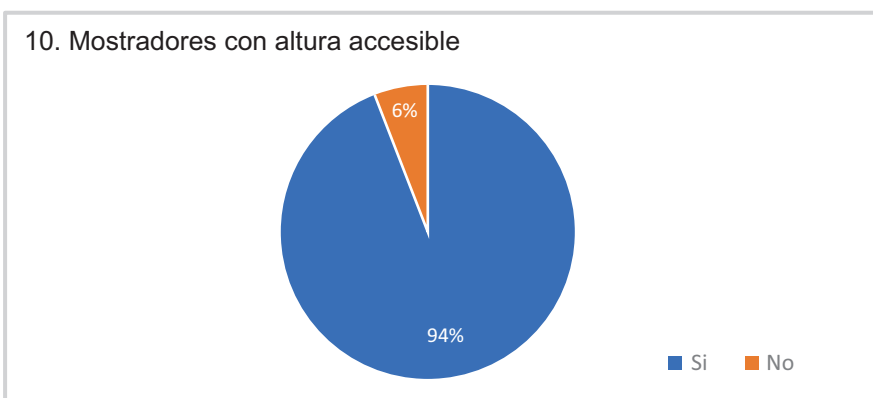
Ningún centro analizado en Galicia dispone de un sistema de llamadas accesibles para personas con discapacidad auditiva (figura 149).



**Figura 149.** *Sistemas de llamada accesibles.*

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

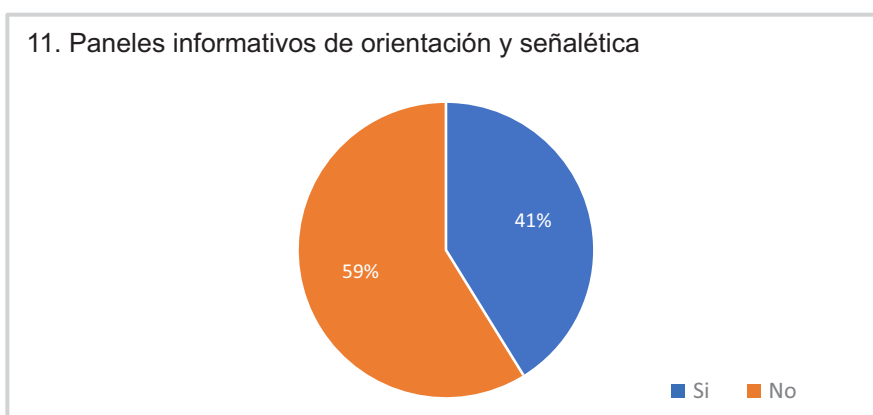
El 94 % de los centros sí tiene mostradores con altura accesible (figura 150).



**Figura 150.** *Mostradores accesibles.*

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

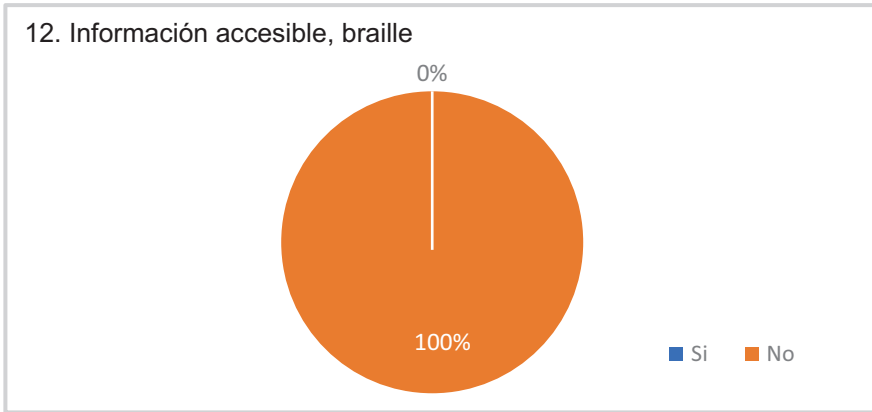
El 59 % de los centros no dispone de paneles informativos accesibles de orientación y señalética (figura 151).



**Figura 151.** *Paneles y señalética.*

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

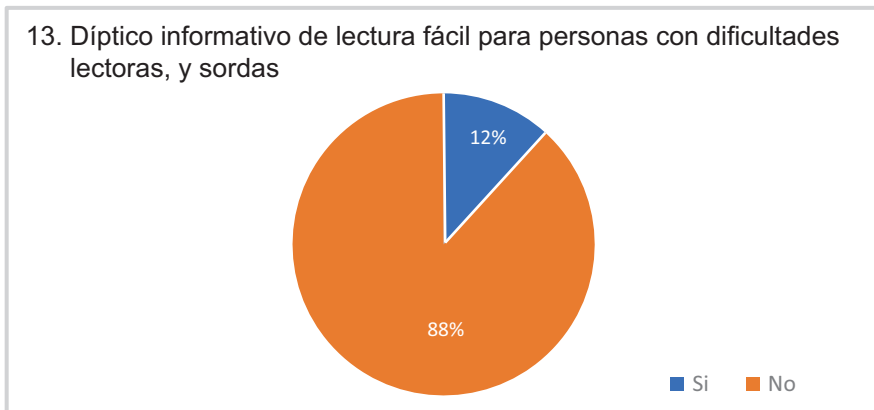
Ningún centro cuenta con información en formato accesible, por ejemplo, en braille (figura 152).



**Figura 152.** Braille.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

El 88 % no cuenta con material de información en formato de lectura fácil para personas con dificultades lectoras o personas sordas (figura 153).



**Figura 153.** Dípticos accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

En ningún centro gallego analizado se dispone de un servicio de acompañantes con conocimientos de lengua de signos (figura 154).

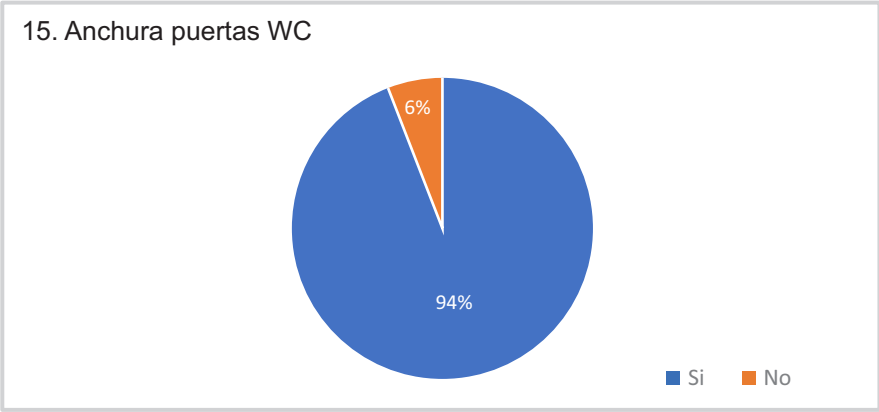


**Figura 154.** Lengua de signos.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

**Accesibilidad de baños y aseos.**

Un 94 % de los centros sanitarios gallegos analizados cuentan con puertas anchas de entrada a los WC (figura 155).

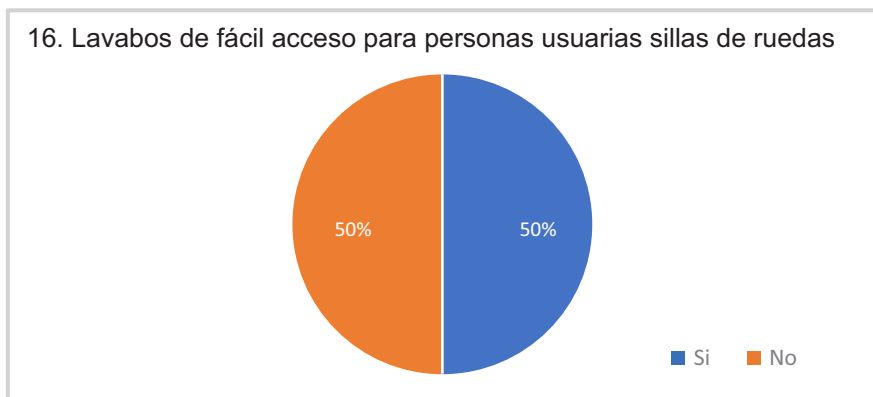


**Figura 155.** Accesibilidad baños.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

---

El 50 % cuenta con lavabos de fácil acceso para personas usuarias en sillas de ruedas (figura 156).



**Figura 156.** Lavabos accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

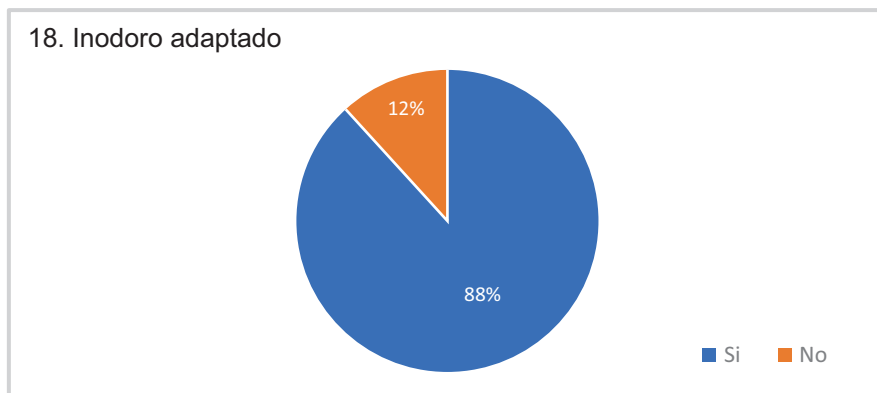
El 100 % de los centros no cuenta con agua caliente por temporizador (figura 157).



**Figura 157.** Agua caliente con temporizador.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

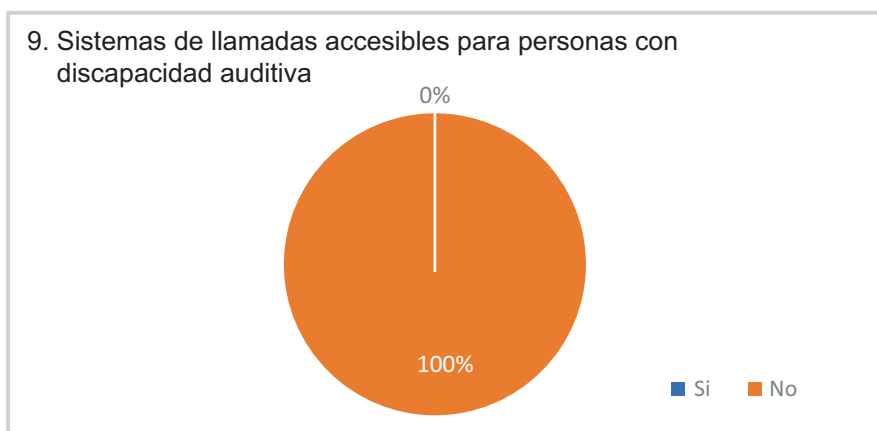
El 88 % cuenta con inodoro adaptado (figura 158).



**Figura 158.** *Inodoro adaptado.*

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

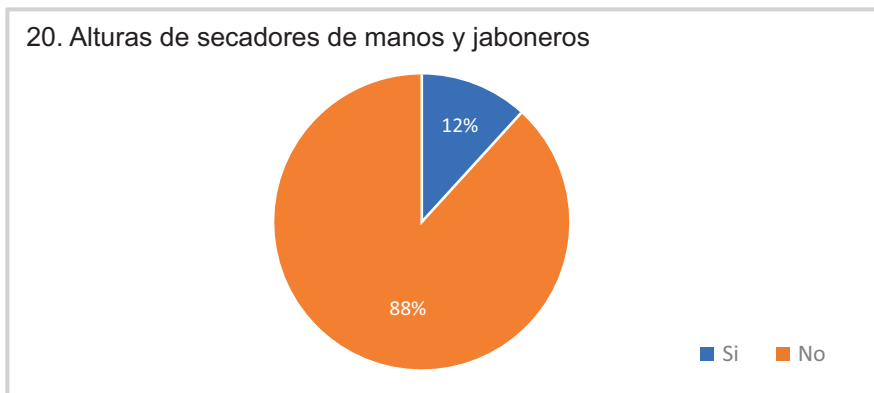
Ningún centro sanitario analizado en Galicia cuenta baños que disponen de señalización en braille (figura 159).



**Figura 159.** *Señalización en braille.*

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

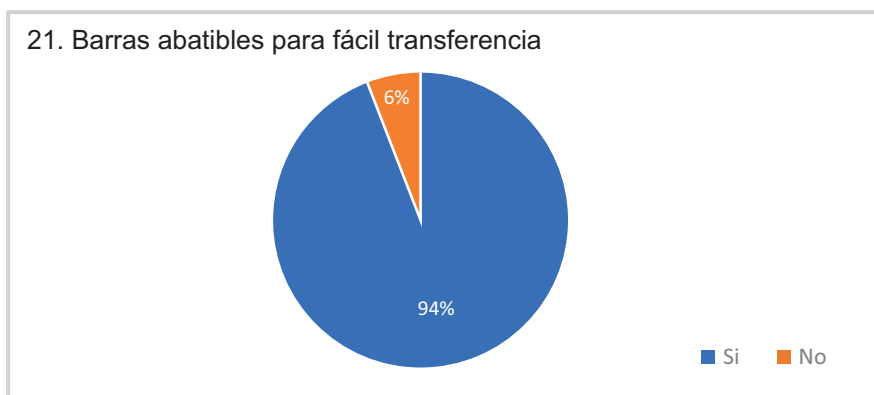
En el 88 % de los centros sanitarios los secadores de manos y jaboneros no cuentan con una altura que garantiza la accesibilidad (figura 160).



**Figura 160.** Secadores de manos y jaboneras accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

El 94 % cuenta con barras abatibles para fácil transferencia (figura 161).



**Figura 161.** Barras abatibles.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.



### Accesibilidad en las consultas.

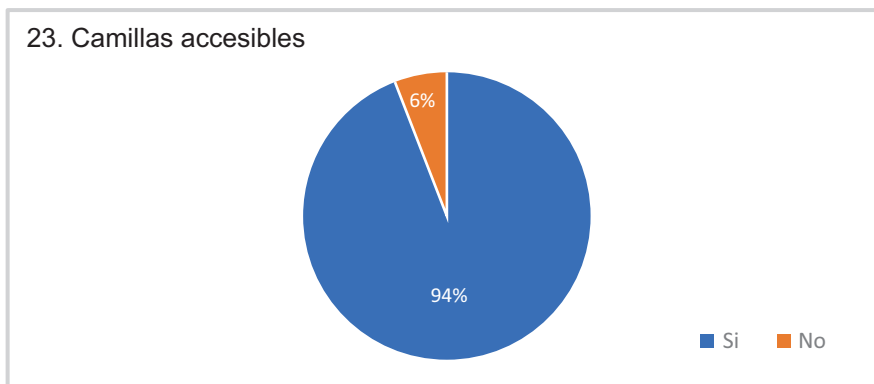
En el 100 % de las consultas (centros de salud, hospitales y consultorios) no hay servicio de interpretación de lengua de signos (figura 162).



**Figura 162.** Lengua de signos.

Fuente: Elaboración propia. Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia

En el 94 % hay camillas accesibles (figura 163).

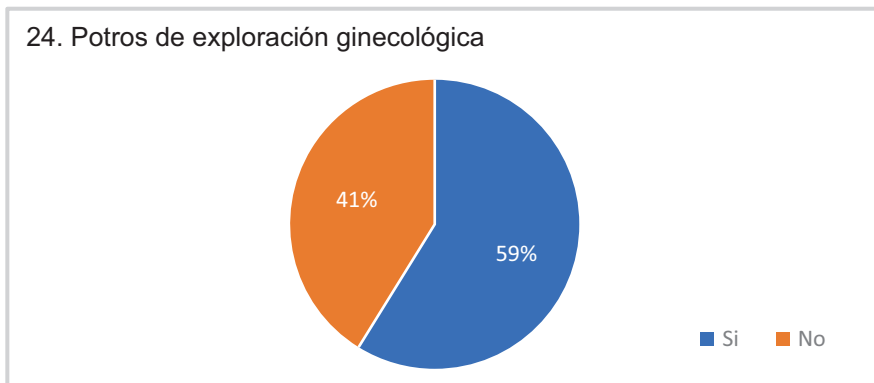


**Figura 163.** Camillas accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

---

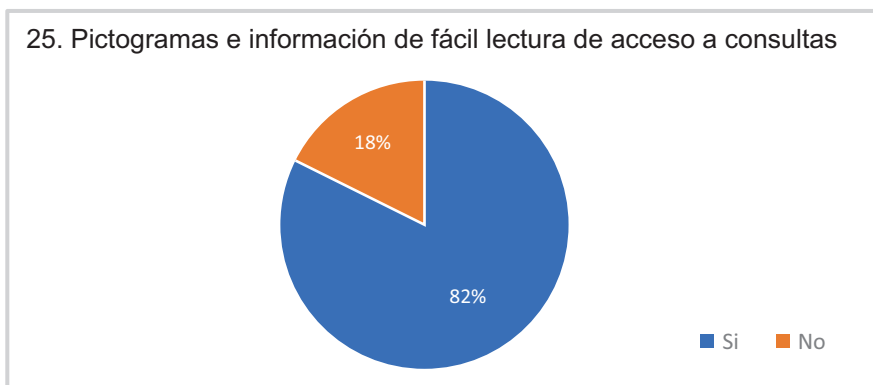
En el 59 % de los centros sanitarios hay potros de exploración ginecológica (figura 169).



**Figura 164.** *Potros de exploración ginecológica.*

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

En el 82 % de los centros analizados se dispone de información de fácil lectura de acceso a consultas o pictogramas (figura 165).



**Figura 165.** *Pictogramas e información accesibles.*

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

En ningún centro el personal sanitario dispone de mascarillas transparentes (figura 166).



**Figura 166.** Mascarillas transparentes.

Fuente: elaboración propia con base en Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Galicia.

## 7.3 Cataluña

En el cuestionario a personal sanitario para la detección de violencia a mujeres y niñas con discapacidad han participado 13 centros sanitarios entre centros de salud y centros hospitalarios (véase el anexo).

### 7.3.1 Procedimiento de acogida

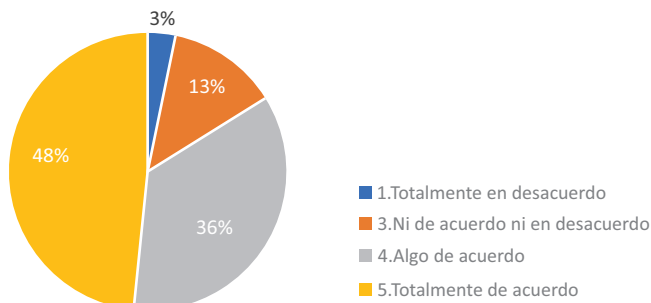
#### 7.3.1.1 Percepción de la demanda

Forman parte de este bloque cinco preguntas con cinco opciones de respuesta (escala de Likert):

1. Totalmente en desacuerdo
2. Algo en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Algo de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

La mayoría de las personas encuestadas, el 48 % está totalmente de acuerdo con la afirmación de que hay casos de mujeres que han abandonado sus tratamientos especializados y crónicos por miedo a acudir a consultas y contagiarse de COVID-19.

1. Se han detectado casos de mujeres que han abandonado sus tratamientos especializados y crónicos por miedo a acudir a consultas y contagiarse.

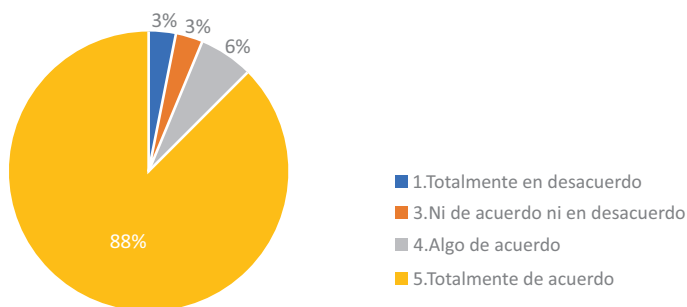


**Figura 167.** Abandono de tratamientos.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

La mayoría de las personas encuestadas consideran que el colapso sanitario consecuencia de la COVID-19 supuso un parón en las consultas especializadas. El 88 % están totalmente de acuerdo (figura 168).

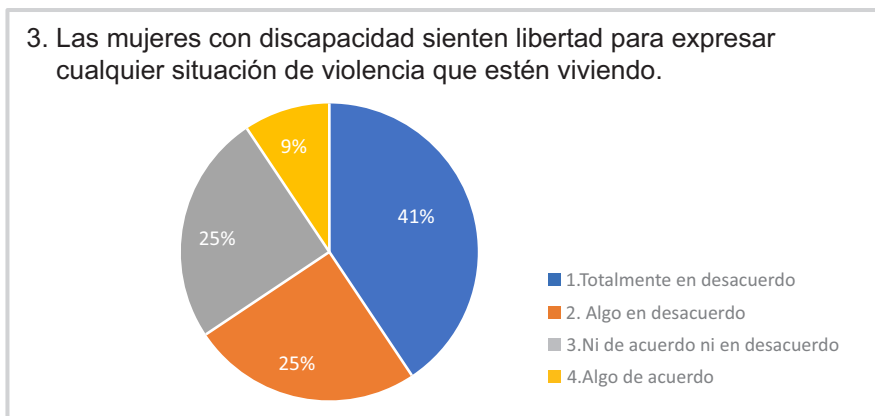
2. El colapso del sistema sanitario producido por la COVID-19 ha hecho que se tengan que paralizar las consultas de especialidades.



**Figura 168.** Paralización de consultas por COVID

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

El 41 % del personal sanitario está totalmente en desacuerdo con la afirmación de que las mujeres con discapacidad sienten la libertad para expresar cualquier situación de violencia que están viviendo (figura 169).

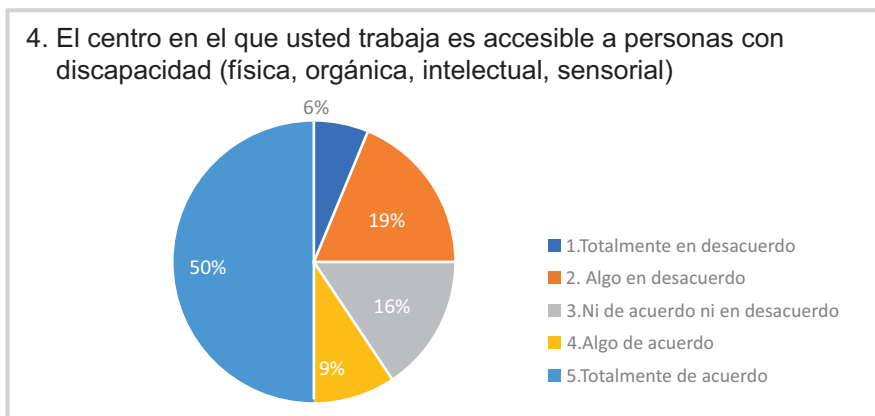


**Figura 169. Libertad para expresar situaciones de violencia.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

El personal sanitario encuestado muestra opiniones muy diferentes cuando se les pregunta por la afirmación de que «sus respectivos centros de trabajo sean accesibles para las personas con discapacidad» no se ajusta a la realidad (figura 170).

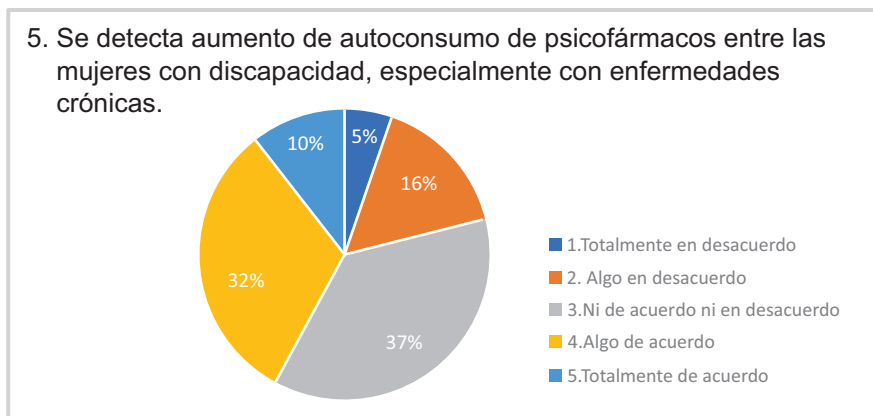
El 50 % está totalmente de acuerdo.



**Figura 170. Accesibilidad al centro.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

El 37 % no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con la detección de un aumento de consumo de psicofármacos entre las mujeres con discapacidad. Este porcentaje es seguido de cerca por un 32 % que considera que está algo de acuerdo (figura 171).



**Figura 171. Autoconsumo de fármacos.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

En este primer bloque de preguntas, el personal sanitario ha hecho consideraciones relevantes. Por ejemplo, creen que la pandemia ha acentuado la falta de accesibilidad a los servicios de salud a las mujeres con discapacidad. No solo queda patente el miedo a acudir a los centros sanitarios, sino que además muchos servicios se suspendieron.

La saturación del sistema de salud impactó en la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes. Esta comunicación es una dimensión central en la atención y la realidad es que la mayoría de ellas ya no habla con los y las profesionales sobre los cambios psicosociales y el sufrimiento derivado de alguna enfermedad o posible violencia que enfrentan.

También se ha señalado que, al tratar directamente los síntomas sin abordar eficazmente la causa, algunos/as profesionales están medicando a las pacientes de forma incorrecta.

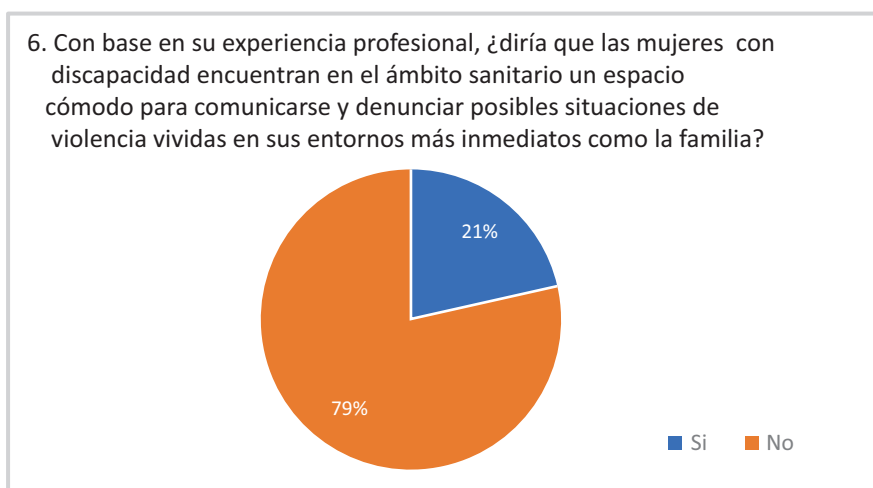
En pediatría aumentó la medicación de menores con trastornos específicos durante la pandemia, en algunos casos. Además, han percibido un aumento del uso de drogas en adolescentes en general.

Falta la formación específica de las personas profesionales para trabajar en situaciones de violencia.

### 7.3.2 Protocolos de detección/atención para mujeres y niñas con discapacidad que puedan estar viviendo alguna situación de violencia

En Cataluña existe un Protocol per a l'abordatge de la violencia masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya, herramienta destinada a facilitar la intervención de los y las profesionales del ámbito de la salud. Da respuesta a las necesidades específicas de los grupos más vulnerables.

Solo el 21 % del personal sanitario que ha participado en el cuestionario considera que las mujeres con discapacidad encuentran en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicarse y denunciar posibles situaciones de violencia vividas en sus entornos más inmediatos. Un 79 % opina que no.



**Figura 172.** *Facilidad de comunicación en los centros sanitarios.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

La pregunta 7 es abierta y en ella se pide a las personas que han respondido en la pregunta anterior, tanto afirmativa como negativamente, que indiquen a qué creen que se debe que las mujeres con discapacidad no encuentren en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicar posibles situaciones de violencia de género.

Quienes responden negativamente lo relacionan con:

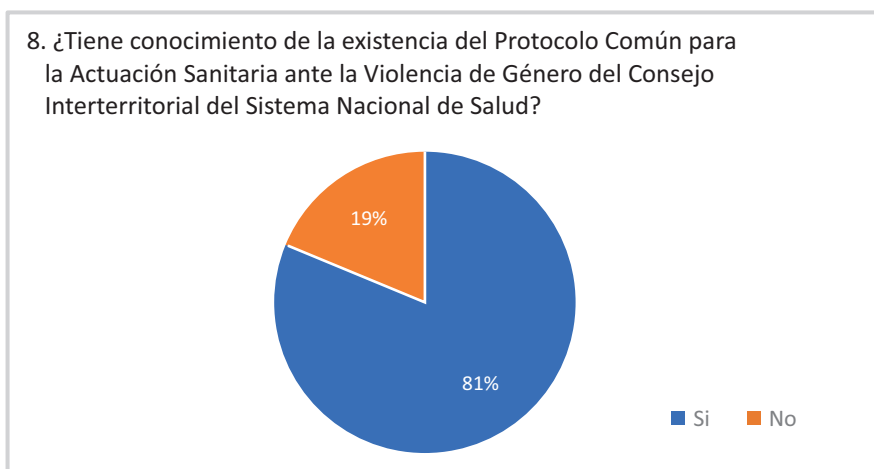
1. Interferencia de las personas que acompañan a las mujeres y a las niñas con discapacidad, lo que a veces limita la libertad de comunicar posibles situaciones de violencia.

2. Entornos y servicios de comunicación en los centros sanitarios poco accesibles para las mujeres con discapacidad.
3. Insuficientes recursos como, por ejemplo, intérpretes.
4. Falta más tiempo en las consultas. El volumen de consultas que realizamos diariamente no es propicio para generar un entorno de confianza.
5. Miedo y situaciones de dependencia con los agresores.
6. Falta de formación de los y las profesionales.
7. Falta de confianza con los y las profesionales sanitarios.

Por su parte, las personas que responden afirmativamente lo relacionan con:

1. La confianza entre la o el profesional y la paciente.
2. Espacio sanitario es propicio para expresar una situación de violencia por proximidad, especialmente la atención primaria.
3. En pediatría, se dan las circunstancias y el espacio profesional para identificar o sospechar posibles casos de violencia, aunque se precisa más formación.

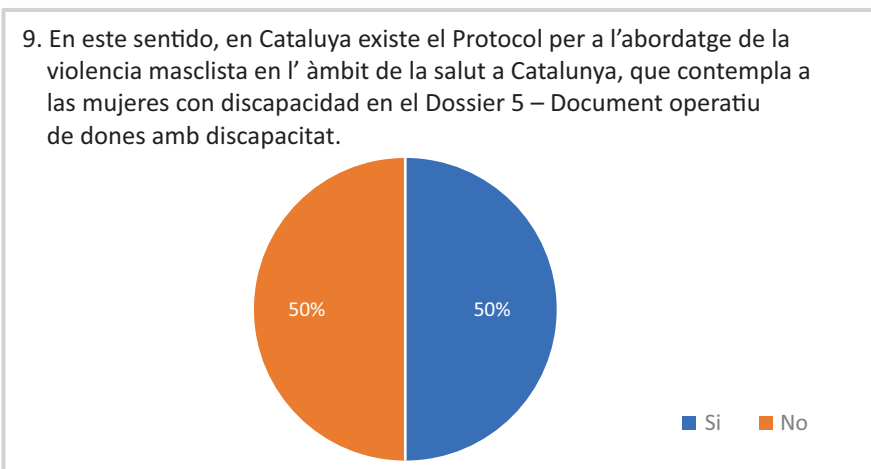
La mayoría del personal sanitario responde afirmativamente al ser preguntados sobre su conocimiento del Protocolo Común para Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Un 81 % lo conoce.



**Figura 173.** *Conocimiento del Protocolo.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

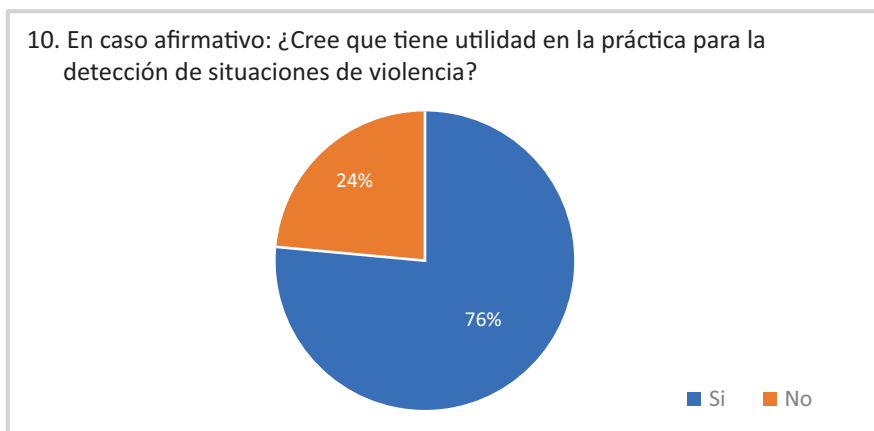




**Figura 174. Otros recursos y herramientas institucionales autonómicas.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

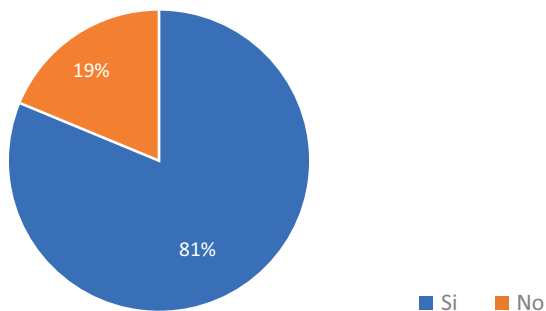
Un 76 % de las personas que conocen la existencia de estos protocolos opina que son de utilidad para la detección de situaciones de violencia de género. Asimismo, un 81 % considera que son aplicables a mujeres y niñas con discapacidad, pero solo un 37 % los utiliza en el desempeño de su labor profesional.



**Figura 175. Utilidad de las herramientas.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

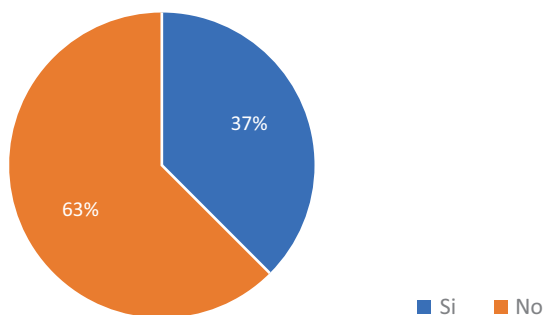
11. ¿Cree que es aplicable a mujeres y niñas con discapacidad?



**Figura 176.** *Aplicabilidad a mujeres y niñas con discapacidad.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

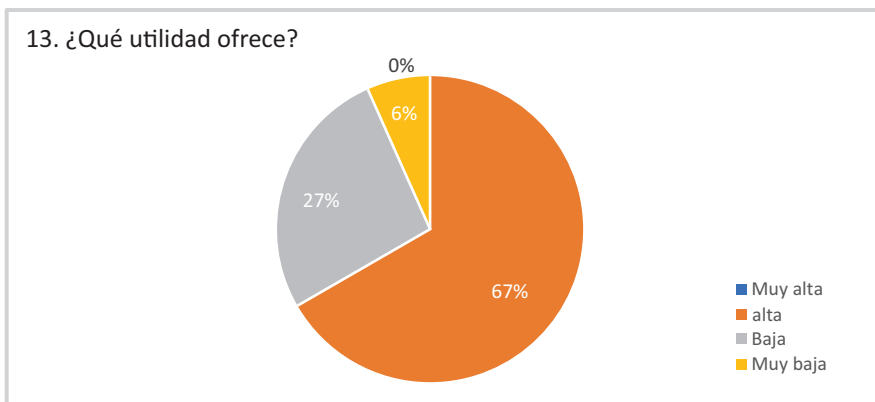
12. ¿La utiliza en el desempeño de su labor profesional?



**Figura 177.** *Aplicabilidad a mujeres y niñas con discapacidad.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

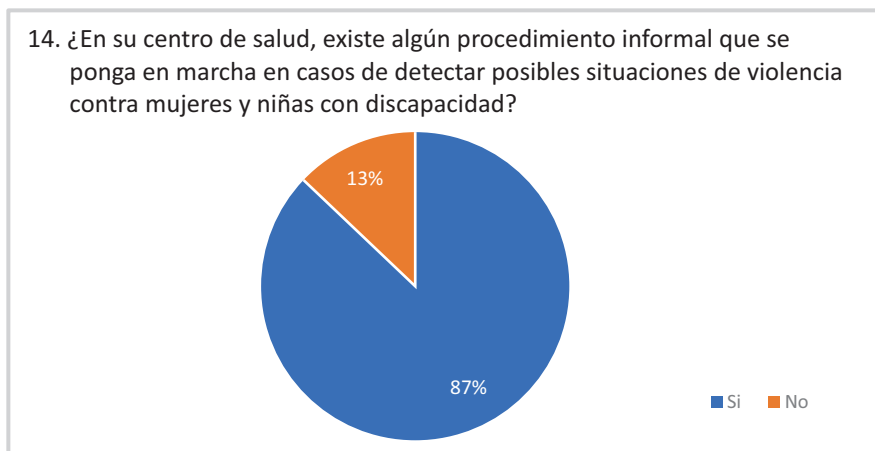
El grado de utilidad que ofrecen estas herramientas a la mayoría de las y los profesionales es alta, un 67 %. Sin embargo, un 27 % manifiesta que es baja.



**Figura 178. Utilidad.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

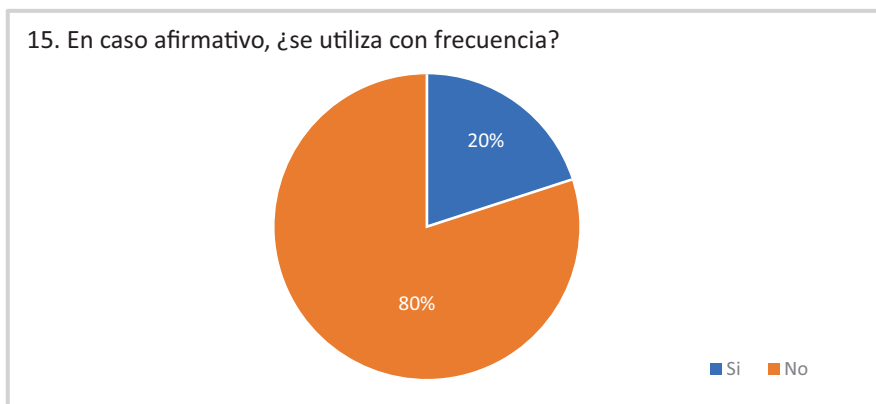
El 87 % de los y las profesionales de la salud señalan que hay procedimientos informales en sus centros sanitarios que se ponen en marcha en casos de detección de posibles situaciones de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad.



**Figura 179. Procedimientos informales.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

El 80 % de las personas que respondió afirmativamente a la pregunta manifiesta que los utiliza con frecuencia.



**Figura 180.** Frecuencia de uso.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

La pregunta 16 es abierta y en ella el personal sanitario indica sus opiniones al respecto de la detección de situaciones de violencia de género en mujeres y niñas con discapacidad.

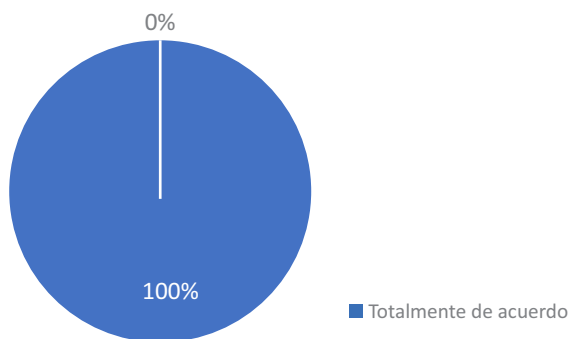
Las opiniones están ordenadas desde la más repetida a la que menos:

1. Falta formación específica en el ámbito sanitario para la atención a mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia de género.
2. Hay suficientes protocolos para la atención a las víctimas.
3. Protocolos obsoletos que deben actualizarse.
4. Se detecta miedo en las víctimas a denunciar.
5. Se precisa más tiempo en la atención y un mayor seguimiento de los casos denunciados.

La figura 181 muestra que el 100 % del personal sanitario que responde a este cuestionario está totalmente de acuerdo con la siguiente afirmación:

La atención integral a las mujeres y niñas con discapacidad, con vivencias de violencia, requiere, además de la aplicación de protocolos sanitarios existentes, de otros recursos y procedimientos diferentes y accesibles acordes a sus especificidades de género y discapacidad.

17. La atención integral a las mujeres y niñas con discapacidad, con vivencias de violencia, requiere, además de la aplicación de protocolos sanitarios existentes, de otros recursos y procedimientos diferentes y accesibles acorde a sus especificidades

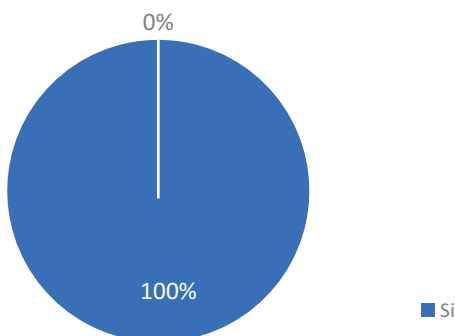


**Figura 181.** *Uso de otros recursos y procedimientos.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

El 100 % está totalmente de acuerdo con el hecho de que deberían abordarse las situaciones derivadas de la violencia a mujeres y niñas con discapacidad desde una perspectiva multidisciplinar que incluya tanto al ámbito sanitario como a profesionales del ámbito social o a instituciones especializadas en materias de género y discapacidad.

18. Deberían abordarse las situaciones derivadas de la violencia a mujeres y niñas con discapacidad desde una perspectiva multidisciplinar, que incluya tanto al ámbito sanitario como a profesionales del ámbito social.



**Figura 182.** *Abordaje desde la perspectiva multidisciplinar.*

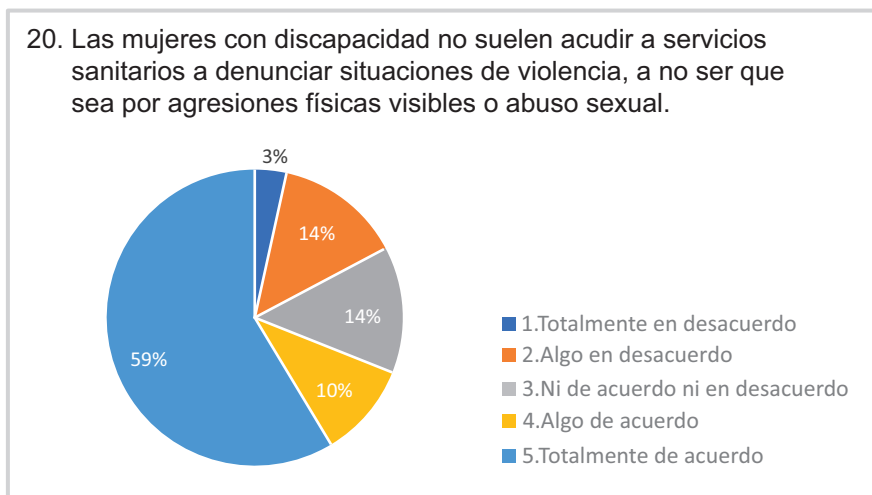
Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

En la pregunta abierta **19** sobre el tipo de profesionales que deberían intervenir, hay consenso en las respuestas. A continuación, se exponen (ordenadas desde la respuesta más repetida a la que menos):

1. Trabajadores/as sociales.
2. Psicólogos/as
3. Reforzar los equipos de atención primaria.
4. Personal médico.
5. Terapeuta ocupacional.
6. Educadores/as sociales.
7. Intérpretes
8. Fisioterapeutas
9. Más profesionales de atención domiciliaria con formación para atender a casos de violencia.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

La mayoría de las personas que han participado en este cuestionario considera que las mujeres con discapacidad no suelen acudir a servicios sanitarios a denunciar situaciones de violencia, a no ser que sea por agresiones físicas visibles o abuso sexual. Así consta en la gráfica, con un 59 % totalmente de acuerdo y un 10 % algo de acuerdo.



**Figura 183.** Denuncia de violencia en centros de salud.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

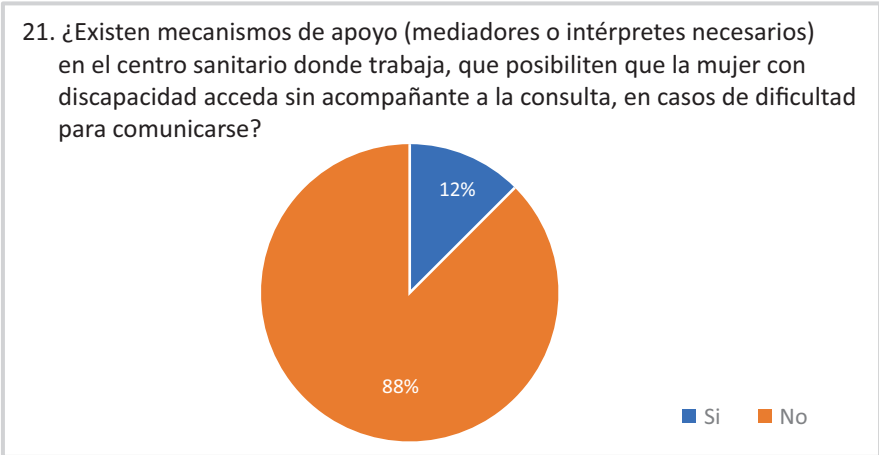
Las personas que han participado en el cuestionario han hecho algunas consideraciones en este bloque II sobre los protocolos de detección/atención para mujeres y niñas con discapacidad que puedan estar viviendo alguna situación de violencia.

Por ejemplo, apuntan que: «Además de la atención médica, se necesita atención psicológica y atención psicosocial para la recuperación de las víctimas». Insisten en la mejora de la accesibilidad a los canales de comunicación y la necesidad de contar con recursos de acogida adaptados a mujeres con discapacidad.

Señalan también que «los protocolos son instrumentos importantes, pero no responden a todas las preguntas y no siempre representan una alternativa en algunas situaciones complejas de violencia de género».

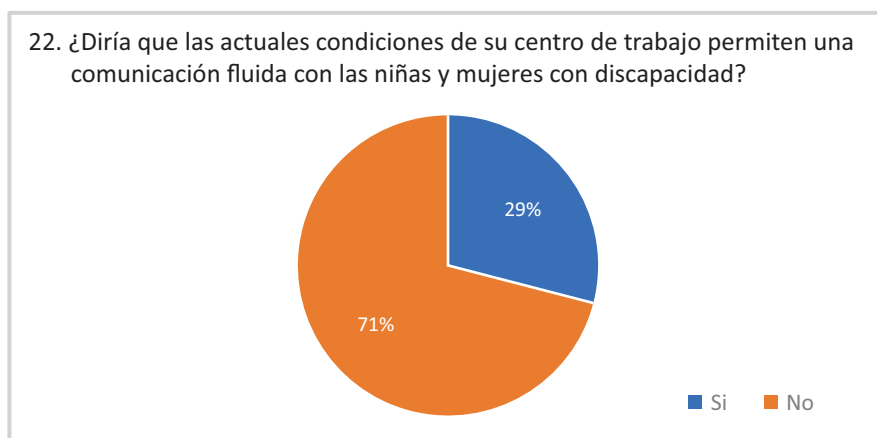
### 7.3.3 Accesibilidad de los recursos y servicios sanitarios

El 88 % niega la existencia de mecanismos de apoyo en el centro sanitario donde trabajan que posibiliten que las mujeres con discapacidad accedan sin acompañante a la consulta en casos de dificultad para comunicarse.



**Figura 184. Mecanismos de apoyo.**

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.



**Figura 185.** *Condiciones del centro.*

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

La **pregunta 23**, que es abierta, busca que los/las participantes señalen las dificultades que detectan en esta comunicación directa con las mujeres y niñas con discapacidad.

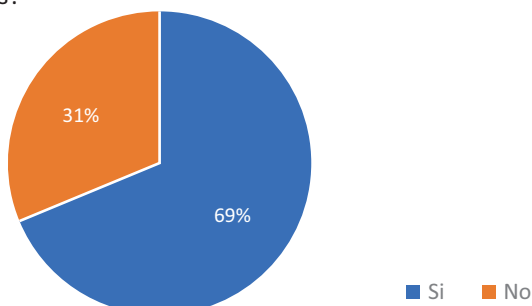
Estas dificultades se ordenan desde la más repetida a la menos:

1. Barreras de comunicación y espacios no accesibles
2. Falta de intérpretes y otros recursos de apoyo en la comunicación
3. Saturación de los servicios y tiempo de consulta
4. Falta de recursos y herramientas de inclusión
5. Falta de personal
6. Falta de formación
7. Falta de intérpretes y apoyos
8. No hay sistemas de accesibilidad en los centros de salud

El 76 % no detecta, tras la aparición de la COVID-19, ninguna limitación en su centro para un correcto acceso a pruebas diagnósticas por parte de los pacientes.



24. En las actuales condiciones, tras la aparición de la COVID-19 ¿existen en su centro limitaciones para un correcto acceso de las pacientes a pruebas diagnósticas?



**Figura 187.** Accesibilidad al centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

La **pregunta abierta 25** señala las limitaciones que han apuntado los y las profesionales.

Se detectan las siguientes limitaciones y se ordenan desde la respuesta más repetida a la menos:

1. Cancelación o retraso en la prestación de los servicios debido a que se priorizó la atención sanitaria a pacientes con COVID. Algunos servicios de salud continúan con restricciones.
2. Carga de trabajo intensa y saturación.
3. No se realizan pruebas ni tratamientos respiratorios.
4. Pruebas que se alargan con el tiempo.

En la respuesta a la **pregunta 26** han indicado las dificultades que están afectando a mujeres y niñas con discapacidad.

Hay una opinión mayoritaria respecto a que estas limitaciones perjudicando a mujeres y niñas con discapacidad, aunque algunas respuestas enfatizan en la idea de que la afectación es para toda la población.

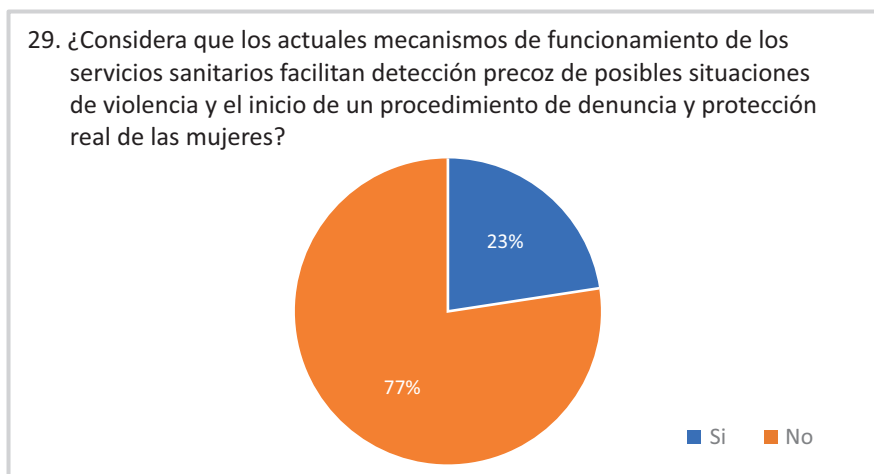
El 85 % considera que los respectivos centros de salud donde trabajan están totalmente accesibles para personas con movilidad reducida y usuarias de sillas de ruedas.



**Figura 188.** Equipamiento accesible y ayudas técnicas en el centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

La figura 188 muestra como el 75 % afirma que el centro de salud donde trabaja dispone de equipamientos accesibles y ayudas técnicas puntuales que se ajustan a las necesidades de mujeres con grandes discapacidades y usuarias de sillas de ruedas.



**Figura 189.** Detección precoz en el centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

---

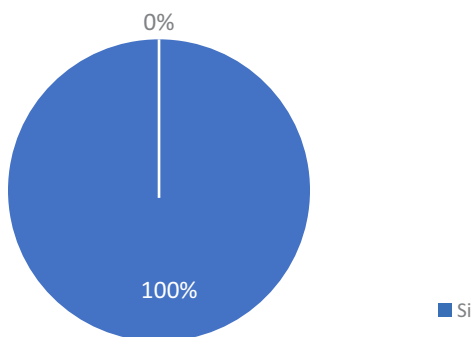
### 7.3.4 Detectar necesidades y propuestas de mejora

Respecto a las necesidades sociosanitarias detectadas por los y las profesionales en las mujeres y niñas con discapacidad, hay que señalar las siguientes (ordenadas desde la respuesta más repetida a la menos):

1. Atención psicosocial para las mujeres y niñas con discapacidad y para sus familias.
2. Instalaciones más adecuadas, intérpretes, señalización para personas con discapacidad sensorial.
3. Accesibilidad a la comunicación.
4. Más formación de los y las profesionales.
5. Pautas metodológicas de intervención en la atención integral.
6. Más recursos de atención social especializada en materia de prevención a la violencia.
7. El acompañamiento de las familias impide un espacio de comunicación y expresión libre.
8. Más atención psicológica.
9. Más atención de los servicios sociales.
10. Más tiempo en las consultas.
11. Falta interés de las administraciones.
12. Un servicio más accesible.
13. Atención domiciliaria.

El 100 % de los y las profesionales considera necesario un recurso de apoyo al personal de su respectivo centro de salud, que facilite la atención especializada a mujeres con discapacidad.

31. ¿Cree que es necesario un recurso de apoyo para el personal (administración, enfermería, trabajo social, facultativos...) del centro de salud o del servicio en el que usted trabaja, que facilite la atención especializada a mujeres con discapacidad?



**Figura 190.** Necesidad de recursos de apoyo en el centro.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

En la **pregunta 32** las respuestas apuntan a las necesidades que observa el personal sanitario respecto a los servicios sanitarios tanto en atención primaria como hospitalaria, para una adecuada detección y actuación en caso de violencia de género contra mujeres y niñas con discapacidad.

Las necesidades mayoritariamente detectadas se ordenan desde la respuesta más repetida a la menos:

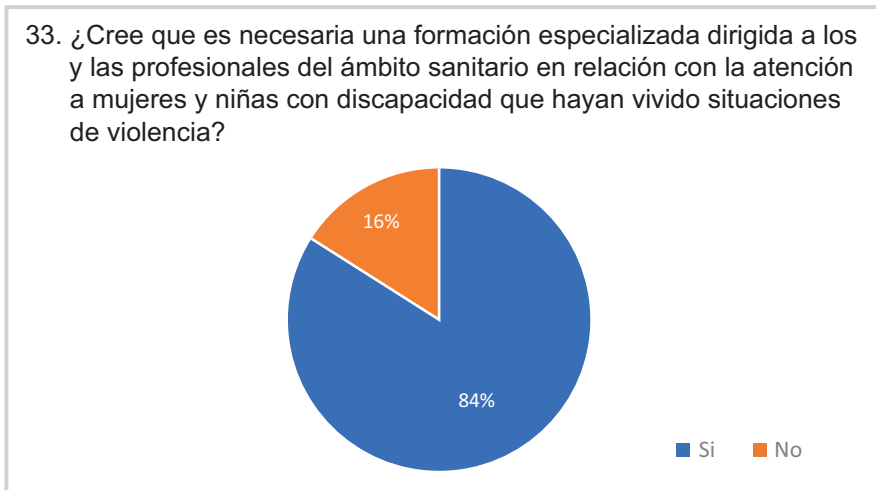
1. Mayor formación y sensibilización de profesionales.
2. Conocer más a fondo los protocolos existentes específicos para las mujeres y niñas con discapacidad.
3. Más recursos y más profesionales.
4. Dificultad para hacer seguimientos.
5. El formato de atención a las personas con discapacidad debe diferenciarse según las necesidades de cada paciente.
6. Más apoyo psicológico.
7. Teléfono claro donde llamar en caso de necesitar intérprete de signos, idiomas.
8. Más interés de las administraciones.
9. Consultas más largas.

10. Más trabajo social y una mayor ratio de trabajadores/as sociales.
11. Más coordinación con canales de comunicación y los propios equipos.
12. Alguien para el acompañamiento continuo en el centro.

En la **pregunta 33**, el 84 % de las personas considera que sí es necesaria una formación especializada dirigida a los y las profesionales del ámbito sanitario en relación con la atención a mujeres y niñas con discapacidad que hayan vivido situaciones de violencia.

Algunas de sus opiniones son:

1. Los y las profesionales deberían salir de la universidad con formación en materia de discapacidad.
2. Más formación desde la universidad en materia de violencia de género, sobre todo en prevención.
3. Falta interés de las administraciones al respecto.



**Figura 191.** Necesidad de formación especializada a profesionales.

Fuente: Cuestionario «Detección de violencia a mujeres con discapacidad desde el ámbito sanitario», al personal sanitario de los centros sanitarios de Cataluña.

Las respuestas a la pregunta 34 recogen las propuestas que los y las profesionales sanitarios hacen desde su experiencia para mejorar la atención sanitaria.

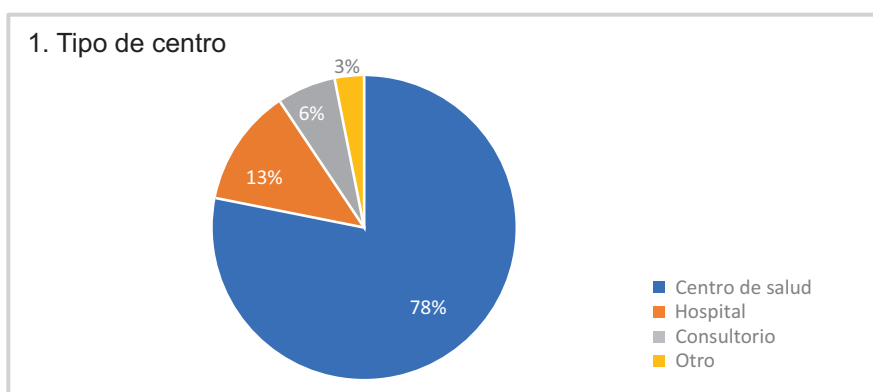
La propuesta más repetida es realizar formación dirigida a los y las profesionales del ámbito sanitario.

Además de formación, denuncian la ausencia de una visión más social, pues el servicio de atención primaria es la puerta de entrada de las mujeres y niñas con discapacidad al sistema de atención a la salud.

1. Mayor conocimiento de los protocolos.
2. Mejorar la comunicación.
3. Más tiempo de consulta.
4. Equipo de trabajo social a tiempo completo en los servicios de emergencia.
5. Trabajo de sensibilización.
6. Capacitar al personal de enfermería en la detección temprana de indicadores de violencia.
7. Más recursos.
8. Más personal.
9. Estructura necesaria de recursos y profesionales dentro de la red de apoyo para la prevención y atención a víctimas de violencia.
10. Mayor integración entre los equipos de atención a la salud que atienden a las mujeres con discapacidad.

### 7.3.5 Indicadores de accesibilidad en Cataluña

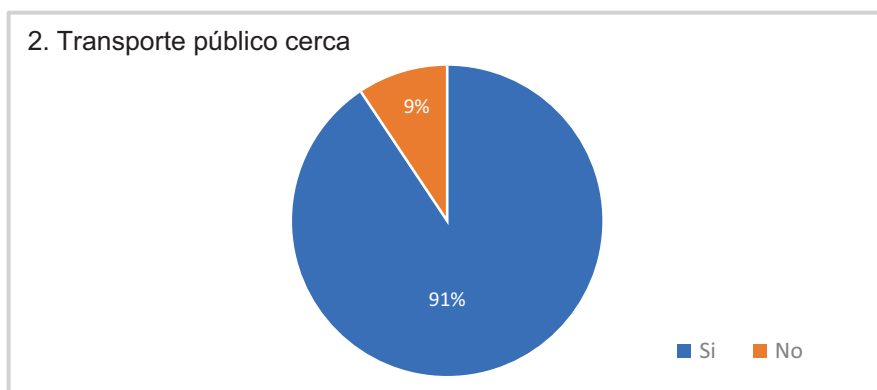
Se ha analizado la accesibilidad de 15 centros sanitarios: 78 % son centros de salud y 13 % hospitales.



**Figura 192.** Tipo de centro.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

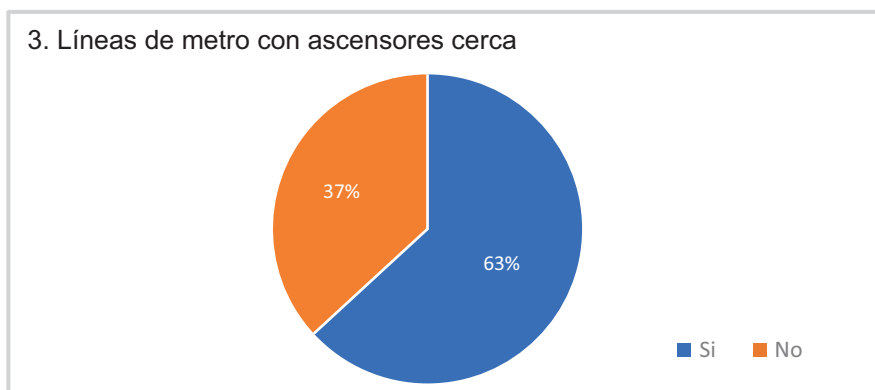
En el 91 % hay transporte público cerca.



**Figura 193. Transporte.**

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

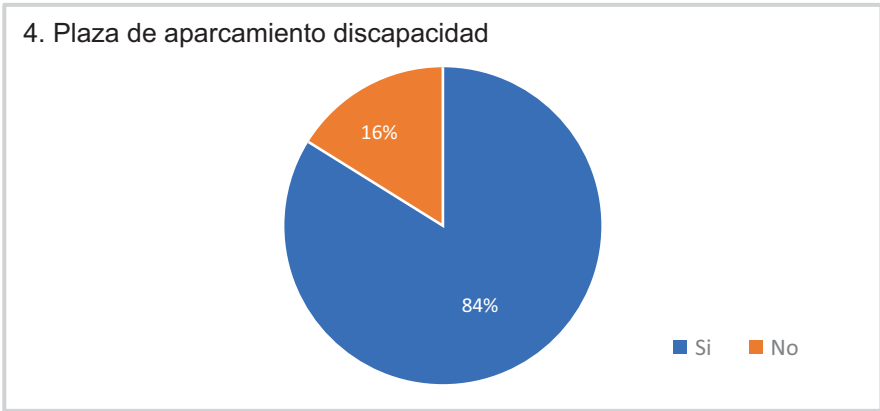
En el 63 % hay líneas de metro con ascensores cerca.



**Figura 194. Líneas de metro.**

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

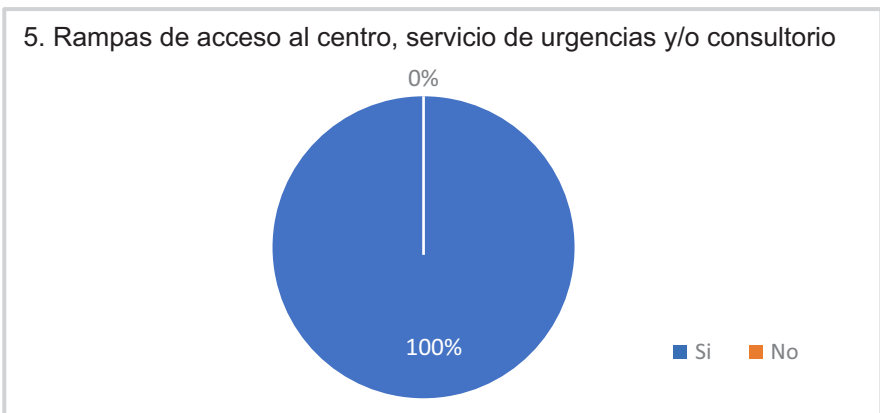
En un 84 % se dispone de plazas de aparcamiento para personas con discapacidad.



**Figura 195.** Plaza de aparcamiento.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

En el 100 % de los centros analizados hay rampas para personas con discapacidad física.

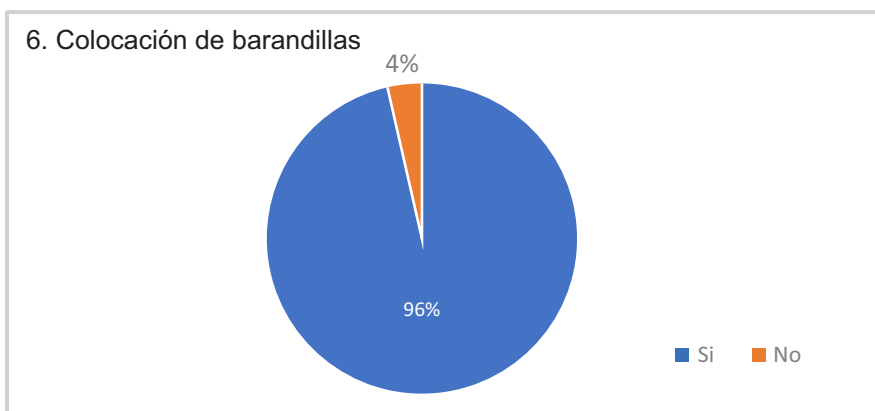


**Figura 196.** Rampas de acceso

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

En el 96 % se pusieron barandillas.

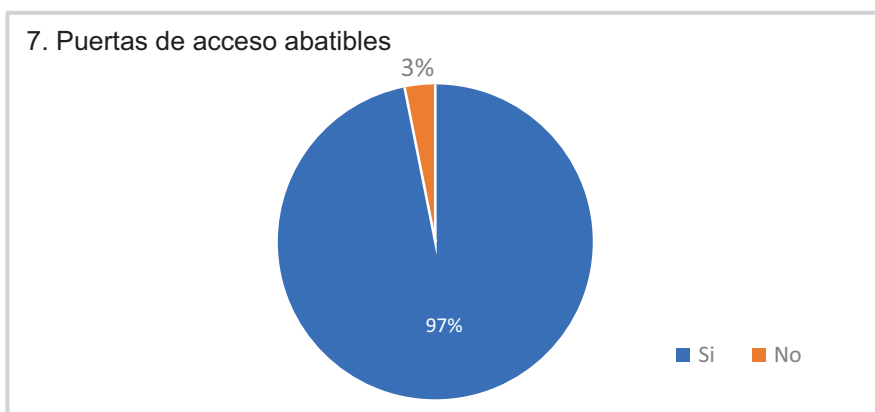




**Figura 197. Barandillas.**

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

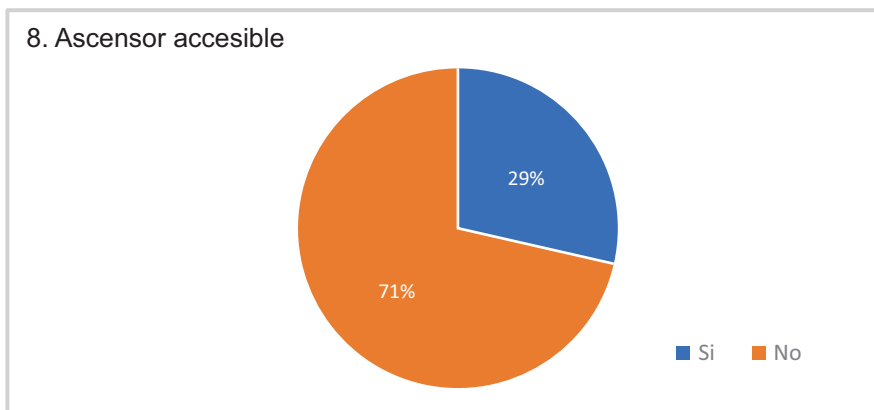
Un porcentaje muy elevado, 97 %, apunta a la existencia de puertas de acceso abatibles.



**Figura 198. Puertas abatibles.**

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

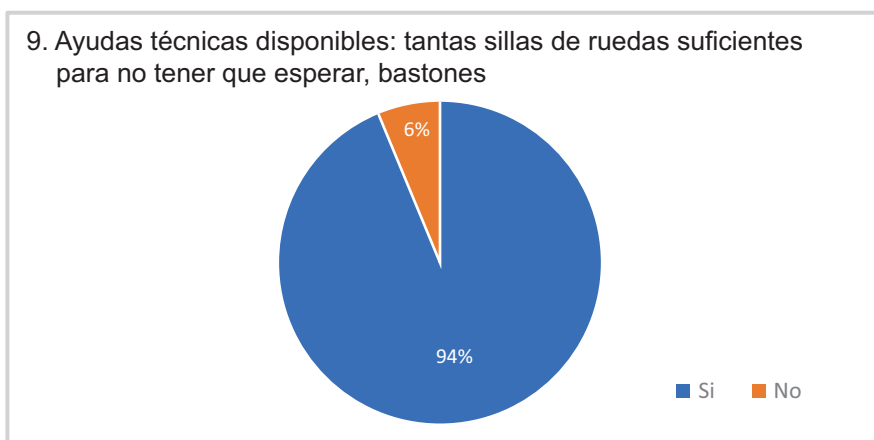
En el 71 % de los centros analizados en Cataluña los ascensores no son accesibles.



**Figura 199.** Ascensor abatible.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

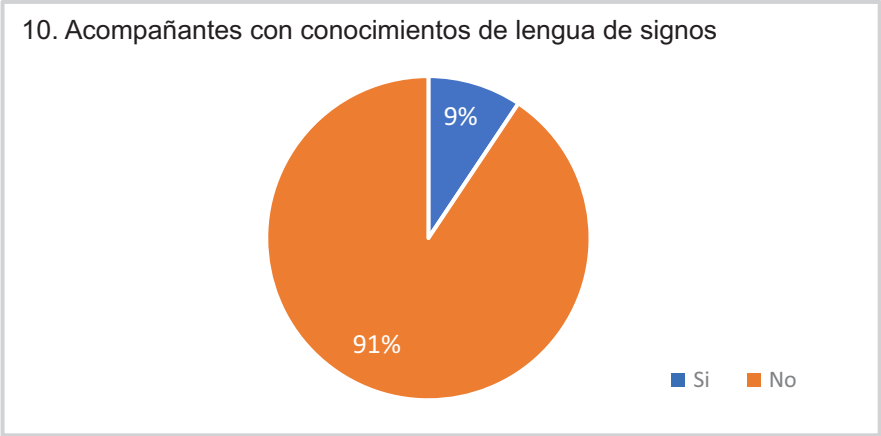
En el 94 % se dispone de ayudas técnicas tales como sillas de ruedas o bastones.



**Figura 200.** Ayudas técnicas.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

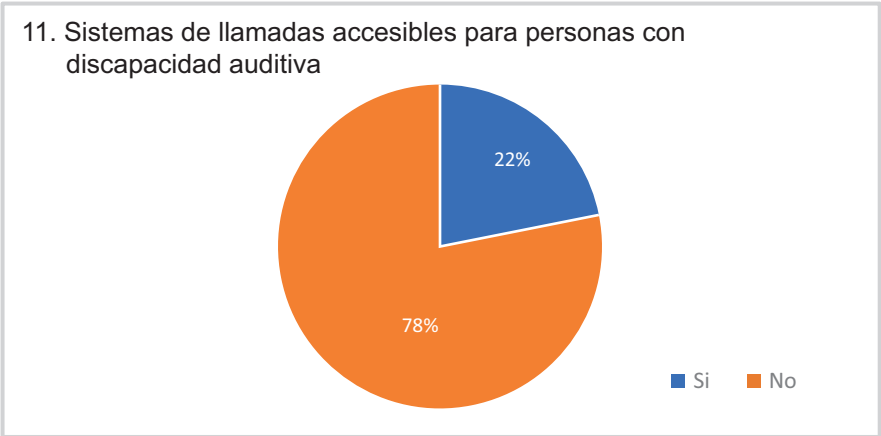
En el 94 % de los centros analizados no se dispone de acompañantes que dominen o conozcan la lengua de signos.



**Figura 201.** Lengua de signos.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

En el 78 % de los centros no existe un sistema de llamadas accesibles para personas con discapacidad auditiva.

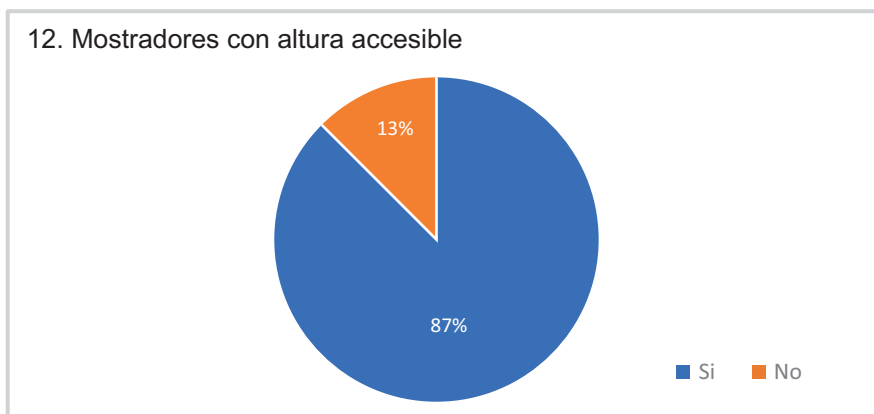


**Figura 202.** Sistemas de llamada accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

---

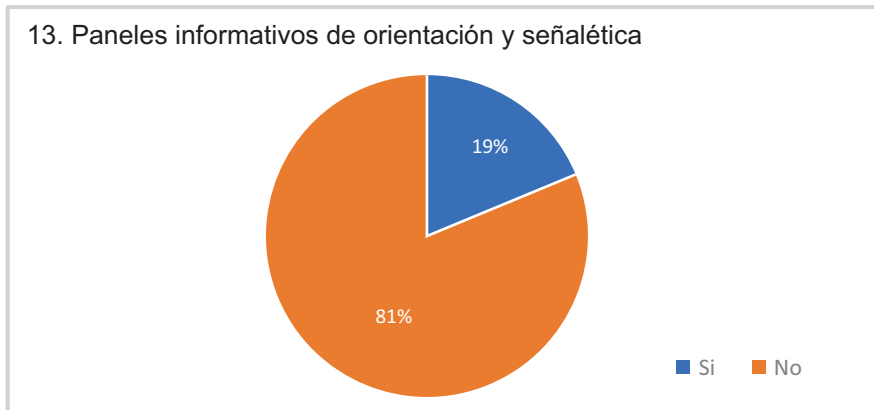
Como se observa en la figura 205, en la mayoría sí se cuenta con mostradores con altura accesible.



**Figura 203.** Mostradores accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

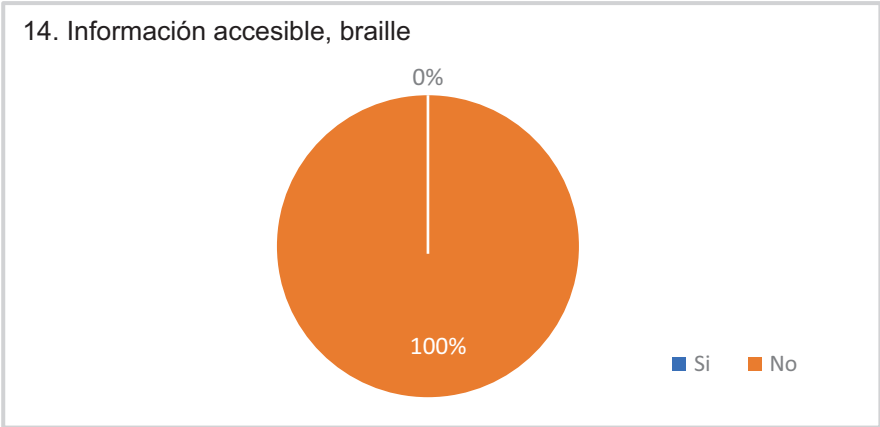
En el 81 % no hay paneles informativos de orientación y señalética.



**Figura 204.** Paneles y señalética.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

En el 100 % la información no es accesible, porque no está en braille.



**Figura 205.** Información accesible en braille.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

En un 97 % los dípticos informativos no son de lectura fácil para personas con dificultades lectoras o sordas.



**Figura 206.** Díptico accesible

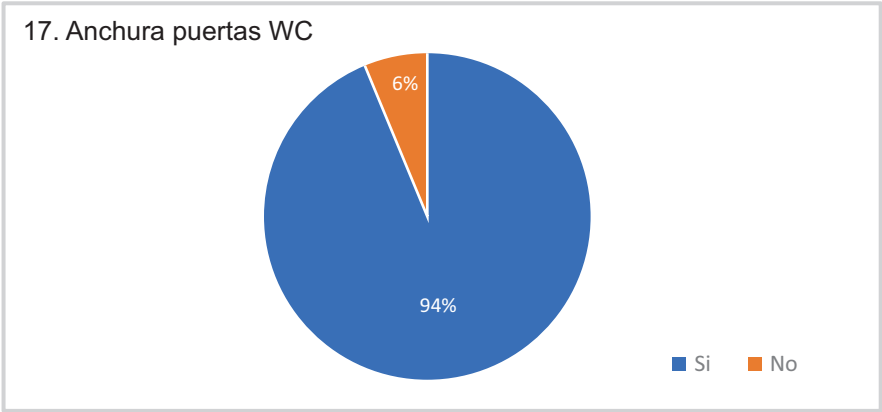
Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.



**Figura 207.** Accesibilidad a las máquinas de citas.

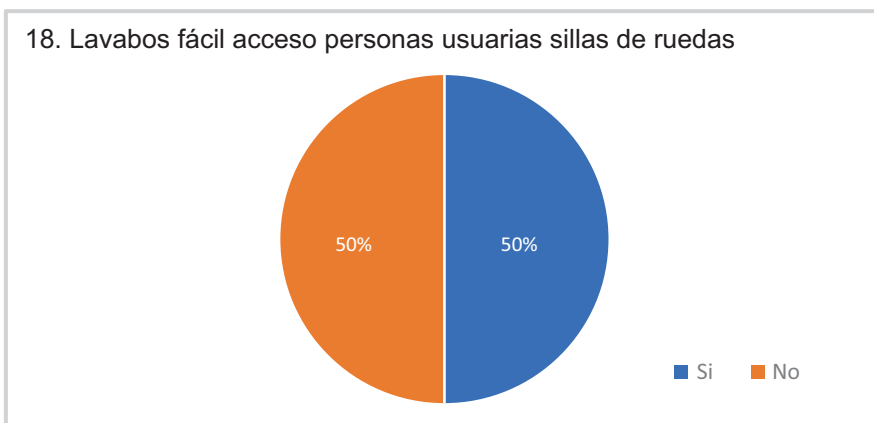
Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

En el 94 % de los centros analizados, la anchura de las puertas de los WC está adaptada a personas con discapacidad.



**Figura 208.** Accesibilidad a los baños.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.



**Figura 209.** Lavabos accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

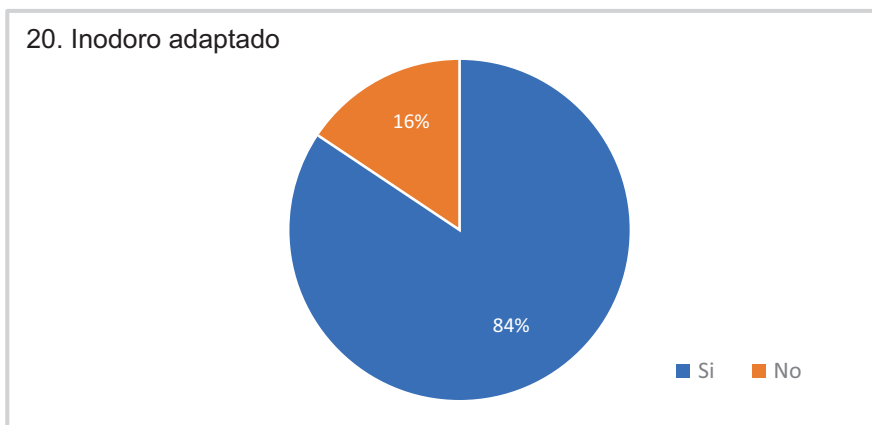
En el 91 % de los centros analizados no hay agua caliente con temporizador en los baños.



**Figura 210.** Agua caliente con temporizador.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

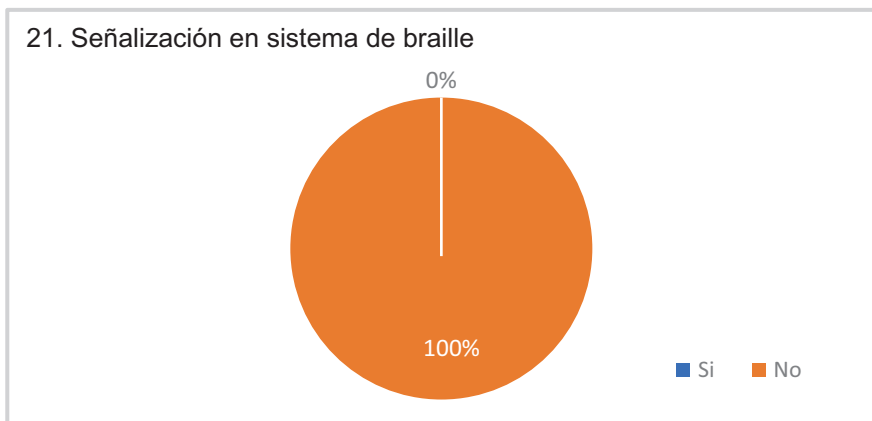
Como se observa en la figura 211, en el 84 % de los centros los inodoros están adaptados a personas con discapacidad.



**Figura 211.** *Inodoro adaptado.*

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

En ningún centro analizado se dispone de señalización en sistema de braille.

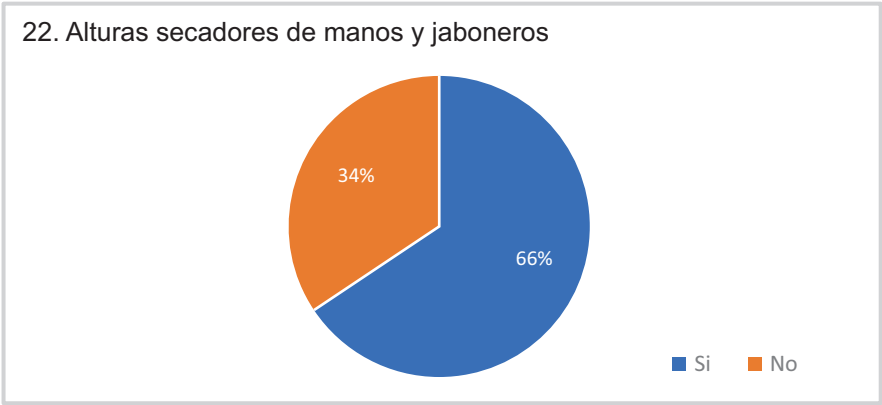


**Figura 212.** *Señalización en braille.*

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.



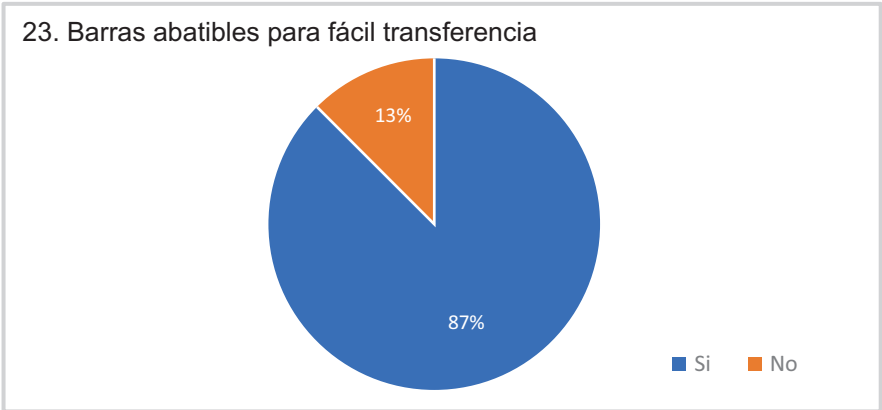
En el 66 % hay secadores y jaboneros accesibles, esto es, a una altura adecuada para las personas con discapacidad.



**Figura 213.** Secadores de manos y jaboneros accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

En un 87 % de centros hay barras abatibles para facilitar la transferencia.



**Figura 214.** Barras abatibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

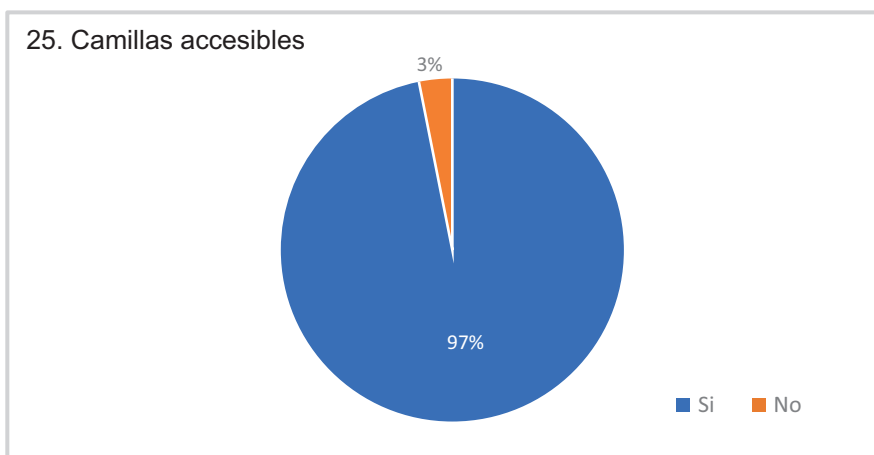
En el 97 % de los centros no se cuenta con servicio de interpretación de lengua de signos.



**Figura 215.** Lengua de signos.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

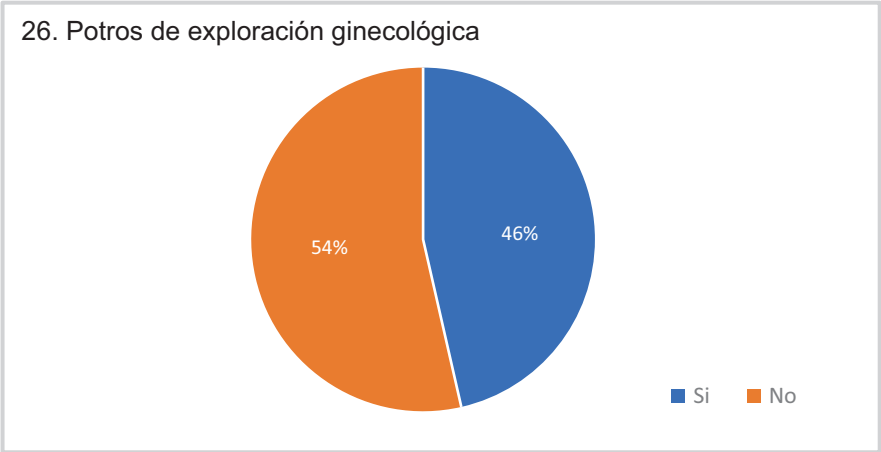
Las camillas son accesibles en el 97 % de los centros catalanes analizados.



**Figura 216.** Camillas accesibles.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

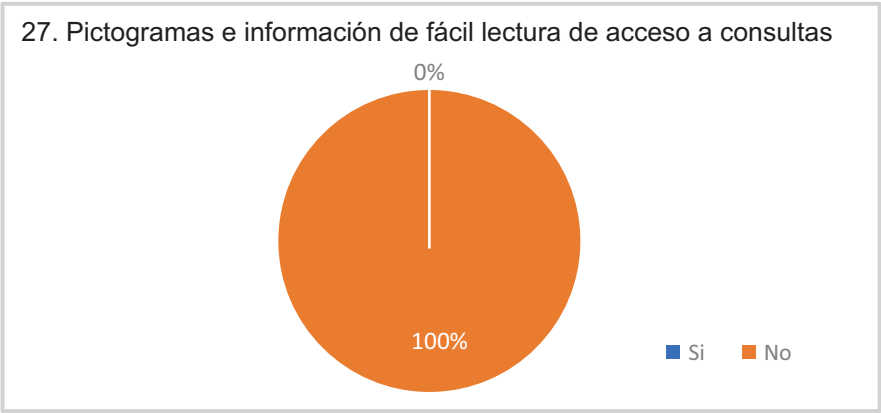
En el 54 % no se cuenta con potros de exploración ginecológica.



**Figura 217.** Potros de exploración ginecológica.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

Como se observa en la figura 218, en ningún centro se cuenta con pictogramas e información de fácil lectura en el acceso a consultas.

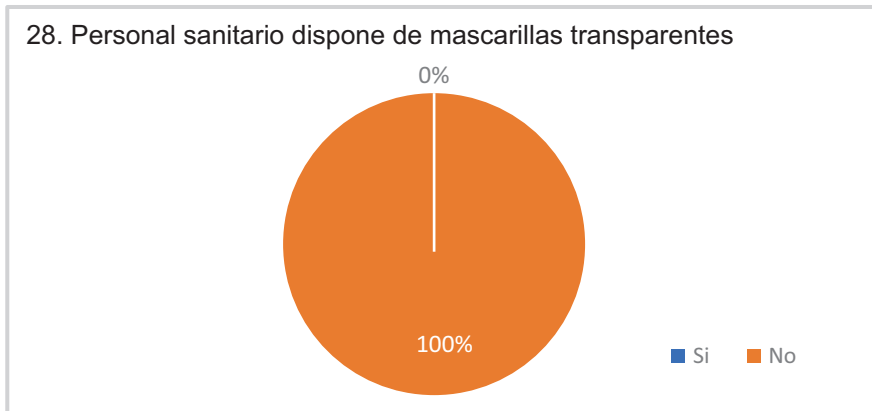


**Figura 218.** Pictogramas e información accesible.

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

---

El personal sanitario no dispone de mascarillas transparentes en ninguno de los centros analizados.



**Figura 219.** *Mascarillas transparentes.*

Fuente: elaboración propia con base en el Estudio de accesibilidad en los centros sanitarios de Cataluña.

---

## 8. Conclusiones

Quienes nos desplazamos de forma distinta, quienes reciben las sensaciones de otra forma o quienes interpretan el mundo de forma muy diferente, no tenemos por qué estar enfermos, podemos ser felices, podemos amar y ser amados, podemos aportar cosas, incluso tomar iniciativas y ser útiles. Nació lo que se conoce como Vida Independiente (Lobato Galindo, 2004, p. 7).

Alejarse del mito de la fragilidad femenina (Carneiro, 2008), alimentado por el paternalismo de los hombres, ha sido el gran reto de la otra mitad de la humanidad, las mujeres. ¿Por qué se ha diferenciado a hombres y mujeres en cuanto a jerarquía y funciones? ¿Por qué se las ha imaginado como seres perversos, distintos y subyugados? ¿Por qué se las ha controlado en su ascenso en la estructura social?

A estas preguntas y otras en las que el sexo, la raza y la clase social se sitúan como los factores desencadenantes de la desigualdad de género, habría que añadir la discapacidad, ya sea congénita o adquirida, física, mental, intelectual, sensorial, percibida o invisible...

El hecho es que las mujeres han sido ciudadanas de segunda durante milenios. En el caso de las mujeres con discapacidad, además de ciudadanas de segunda, se las ha etiquetado de vulnerables y se les ha situado en un escenario de opresión y discriminación interseccional. Su visión como objetos de cuidado, incomprendidas y juzgadas cuando se habla de maternidad, de derechos reproductivos o de la desprotección ante la violencia de género está aquí, en estas distintas caras de la opresión, donde brotan los prejuicios más rancios, donde la mujer con discapacidad se queda sin un lugar propio en el mundo suspendida en un territorio de irreflexiva compasión patriarcal.

Todas estas reflexiones dan cuenta de la realidad de muchas mujeres y entre estas, las mujeres con discapacidad, de la diversidad de situaciones a las que se enfrentan no solo de cara al patriarcado, sino a otros sistemas de opresión, que limitan y discriminan muchos ámbitos de su realidad social.

En este sentido, uno de los resultados relevantes que arroja este estudio es que muchas mujeres tienen que incluir su experiencia con la discapacidad de manera relevante, dentro de un ecosistema social androcéntrico y patriarcal que las discrimina por sistema y les impide participar en todos los espacios de la vida.

Los resultados de este abordaje múltiple de diferentes aspectos de la vida personal de las mujeres con discapacidad, de la accesibilidad, la educación, la formación, la violencia de género, la discriminación o la salud se analizan con el propósito, haciendo uso de la frase de Montero (2015), de «abrir las aguas quietas y extraer de allí abajo un montón de sorprendentes criaturas abisales» (p. 29).

---

A partir de aquí, se procede a presentar de manera general algunos de los resultados del estudio, ordenados por ejes temáticos.

## 8.1 Conclusiones del análisis del cuestionario a mujeres y niñas con discapacidad

De acuerdo con el art. 19 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, respecto al derecho a vivir de forma independiente y a ser incluida en la comunidad:

- Los Estados parte reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:
  - ◆ Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.
  - ◆ Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta.

Atendiendo a este artículo y el compromiso de los Estados parte, las conclusiones a las que se llega tras los resultados obtenidos en el cuestionario son:

1. Las mujeres con discapacidad tienen acceso a servicios de asistencia residencial, como en el caso de pisos tutelados, para el desarrollo de su inclusión en la comunidad.
2. El porcentaje mayor de respuesta ha sido en el caso de mujeres con una discapacidad moderada, con un 21 % donde la mayoría convive con su pareja e hijo/a(s), un 5 %. Hay que resaltar que muchas de estas mujeres, especialmente aquellas que no han solicitado el reconocimiento de discapacidad o viven solas (10,7 %), viven con su pareja e hijos/as (13,3 %) o viven con su padre/madre o ambos (13,8 %), manteniendo la residencia en su casa de origen hasta el fallecimiento de sus progenitores.
3. La relación entre la edad y el grado de discapacidad reconocida en la muestra indica que en la medida en que aumenta la edad de las mujeres con discapacidad lo hace también el porcentaje de las que no han solicitado el reconocimiento de discapacidad, situación que se concentra en los rangos de edad entre 31 y 45 años, en un 21,33 %, y entre 46 y 65 años, en un 24,64 %.

- 
4. Los niveles de independencia de las mujeres que han participado en el cuestionario, si tenemos en cuenta la cohorte generacional de 18 y 30 años, el 7 % reconoce tener vivienda en propiedad, esto es, hogar de sus progenitores o progenitoras o cuidadores, cuidadoras, que no han solicitado el reconocimiento de la discapacidad: el 32,4 % de ella tiene una discapacidad intelectual y el 30,4 %, discapacidad sensorial.
  5. Del 71,4 % de las mujeres con discapacidad física u orgánica, el 17,2 % convive con su pareja e hijos/as. Del 22,4 % que tiene una discapacidad psíquica, 4,9 % convive también con su pareja e hijos. Mientras que el 5,8 % de las que tienen una discapacidad sensorial convive con su madre/padre o ambos.
  6. Estos datos indican que la edad, junto con el tipo de discapacidad más el hogar donde viven las mujeres con discapacidad, tienen mucho que ver con su nivel de autonomía, tanto dentro como fuera del hogar.
  7. Las mujeres que tienen un grado de discapacidad leve viven solas o con sus parejas e hijos, en rangos de edad más elevados. Aunque se les supone mayor independencia económica, como se ha comprobado, no tienen ingresos suficientes como para vivir de manera independiente de sus parejas. Además, la precariedad laboral y la pobreza crónica son también indicadores de discriminación.
  8. La accesibilidad a los recursos económicos y la independencia económica dependen directamente de comprobar en qué espacios desarrollan sus vidas las mujeres con discapacidad.
  9. La edad, la dependencia o el tipo de discapacidad son factores que determinarán otros escenarios personales y sociales de mujeres y niñas con discapacidad en condiciones de igualdad, autonomía y seguridad, al igual que el resto de la población.
  10. La discapacidad influye en la falta de autonomía para la toma de decisiones que afectan al modo de vida de las mujeres con discapacidad. En un 20 % para elegir el lugar de trabajo, dónde vivir o cómo administrar el dinero junto con cuestiones más vitales y cotidianas como cuándo levantarse y acostarse o qué comer (13 %).

## 8.2 Ámbito educativo y formación de las mujeres y niñas con discapacidad

La educación y la formación forman un binomio indisoluble para que las posibilidades de empleo aumenten en el colectivo de personas con discapacidad en general y, en particular, en el de mujeres con discapacidad, porque es un hecho irrefutable y, así lo manifiestan Soler, Teixeira y Jaime (2008): «Las mujeres con discapacidad son mayoría en la población con discapacidad» (p. 11).

---

En este sentido, muchas de las mujeres con discapacidad, según el manifiesto del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) con motivo del Día Internacional de la Mujer (8 de marzo de 2001): «Se ven privadas del acceso a la educación o acceden a ella de forma limitada, siendo el índice de analfabetismo en mujeres con discapacidad mayor al de los hombres con las mismas limitaciones» (citado en Moya, García y Carrasco, 2006, p. 102).

Información que se confirma con los resultados obtenidos, según los cuales:

1. El nivel de mujeres sin estudios está directamente relacionado con la edad de las mujeres con discapacidad. Las mayores son las más perjudicadas. El porcentaje asciende al 11 % entre las mujeres con edades entre los 31 y los 45 años y sube hasta el 37 % entre aquellas que superan los 50 años.
2. El grueso del nivel de formación de las mujeres con discapacidad se centra en el nivel estudios primarios, aunque también destaca un porcentaje elevado de mujeres con estudios superiores, diplomatura, licenciatura técnica o superior, grado universitario, posgrado o máster. Este dato se puede traducir como clave para la inclusión sociolaboral de las mujeres con discapacidad, aunque las barreras o limitaciones que persisten en su educación para lograr una integración social efectiva siguen siendo un tema que urge investigar a fondo.
3. Del total de las mujeres que no tiene estudios, el 3 % presenta una discapacidad moderada, el 6 % una discapacidad grave y el 8 % una discapacidad muy grave.
4. En el nivel de estudios primarios, el 44 % de las mujeres aparece con discapacidad moderada, el 38 % con discapacidad grave y el 48 % con discapacidad muy grave.
5. De entre las que cuentan con estudios superiores, el 25 % tiene una discapacidad moderada, el 27 % grave y un 23 % muy grave.

### 8.3 Ámbito laboral de las mujeres con discapacidad

Existen muchos factores que dificultan la inserción plena de las mujeres con discapacidad en el ámbito laboral, como el prejuicio del empresariado, la falta de educación y formación, el grado y tipo de discapacidad o la sobreprotección de las familias. Son, en resumen, factores intrínsecos y personales que a menudo afectan su autopercepción.

Dentro de las conclusiones más relevantes destacan:

1. En el caso de ingresos que pueden ser procedentes de salarios, pensiones o ambos, el 22 % percibe ingresos superiores a los 1.500 € y vive con su madre/padre o ambos. El



---

19,7 % recibe menos de 450 € y vive sola, mientras que el 27,5 % vive con personas con las que no tiene ninguna relación familiar.

2. Destaca el alto porcentaje, un 40 %, de mujeres que percibe ingresos propios.
3. El nivel de ingresos medios mensual se sitúa entre 450 € y 1000 € en las categorías de discapacidad física u orgánica con un 41 %, un 32 % con discapacidad intelectual y un 39 % con discapacidad psíquica.
4. El desempleo se concentra mayoritariamente en la discapacidad psíquica e intelectual, con un 38 % contra el 38 % de aquellas mujeres con una discapacidad sensorial, que sí tienen empleo.
5. El 80 % de las mujeres encuestadas tiene libertad para gestionar su propio dinero, mientras el 20 % restante considera que no tiene libertad para hacerlo y que estos, en muchas ocasiones, son un complemento para la unidad económica familiar.
6. Existe un alto grado de desempleo entre las mujeres con discapacidad, especialmente entre aquellas que viven con su pareja e hijos e hijas (6,4 %), las que viven solas (5,9 %), las que viven solo con su pareja (5,3 %) y las que viven con su padre/madre o ambos (6,8 %).

Este dato puede repercutir en la autonomía económica y en la toma de decisiones de las mujeres. Este aspecto, como ya hemos explicado, también influye en el autoconcepto que tienen de ellas mismas.

En cuanto a la toma de decisiones:

1. Si la toma de decisiones de las mujeres con discapacidad se relaciona con la variable del tipo de discapacidad, se observa cómo el 37 % de las que tiene discapacidad intelectual, en diferentes ámbitos de su vida, no puede tomar decisiones con total libertad, tanto como las que tienen una discapacidad psíquica (18 %).
2. En el conjunto de datos de aquellas mujeres con discapacidad que sí toman decisiones de manera autónoma se observa cómo las que lo hacen con mayor libertad tienen una discapacidad física u orgánica (92 %).

Esta disparidad de datos, en relación con la toma de decisiones y el tipo de discapacidad, puede deberse a factores sociales materializados en estereotipos y prejuicios, que actúan como principios activos disuasorios que bloquean el desarrollo y participación de las mujeres con discapacidad en el campo profesional.

---

Sin lugar a duda, estos factores, intrínsecos, extrínsecos y sociales ponen en evidencia que ha de destinarse una mayor inversión en formación y empleo para un colectivo altamente vulnerable como las mujeres con discapacidad. Además, es necesario que la sociedad tenga más conocimiento sobre la discapacidad y que ellas tengan más participación en los ámbitos de la formación y el empleo y que de esta manera disminuyan los estereotipos de la imagen que se tiene de ellas como mujeres dependientes, sin estudios o sin trabajo.

El pasado 8 de marzo CEMUDIS publicó su manifiesto en el que aludía a datos el *Informe final sobre la Situación social y laboral de las mujeres con discapacidad* y señalaba que solo el 35 % de las mujeres con discapacidad que participaron en el estudio tiene un trabajo remunerado. Estas dificultades con respecto a la empleabilidad y la baja remuneración recibida llevan a que muchas mujeres con discapacidad no puedan tener gastos imprevistos o incluso cubrir gastos de vivienda.

### **Salud de las mujeres y niñas con discapacidad**

La visión de las mujeres con discapacidad como mujeres «no válidas» limita sus oportunidades de desarrollar determinados roles sociales como la maternidad o las somete a tratar de tener una imagen corporal que se ajuste al opresivo corsé de determinado canon de belleza. Foucault hablaba de la existencia de un dispositivo biopolítico que sirve de control y vigilancia de la expresión de la sexualidad, del género y de los deseos, que dependerán del lugar de aceptación o rechazo de la sociedad.

En el ámbito de la salud es urgente visibilizar y dar respuesta a las demandas de las mujeres con discapacidad, además de reconocer sus derechos. También es preciso que la atención sanitaria se reconozca dentro de un entorno que garantice que a las niñas y mujeres con discapacidad una atención personalizada en función de sus necesidades, sea cual sea la discapacidad, desterrando prejuicios y mitos en torno a la salud sexual y reproductiva. Si se pone en duda su sexualidad, difícilmente se accederá a un abordaje integral de sus derechos sexuales y reproductivos.

Las conclusiones más relevantes de este apartado son:

1. Los servicios de atención sanitaria que suelen usar de forma preferente las mujeres con discapacidad que participaron en la encuesta son mayoritariamente públicos en un 86 % de los casos.
2. Un 36 % de las mujeres manifestó hacer uso de servicios del ámbito privado en prestaciones como fisioterapia, osteopatía y quiropráctico en un 23 %. También acuden a servicios privados de salud mental y psiquiatría en un 20 %.

- 
3. El 35,84 % de las mujeres con discapacidad encuestadas dijo tener movilidad reducida.
  4. La frecuencia con la que las mujeres con discapacidad hacen uso de los servicios sanitarios varía en función de su movilidad.
  5. Del 64 % de mujeres que dice no tener movilidad reducida hay que destacar la variación respecto a la frecuencia con la que acuden a los servicios sanitarios:
    - ◆ Un 14 % acude muy frecuentemente (más de tres veces al mes).
    - ◆ Un 19 % acude de vez en cuando (una vez al mes).
  - ▶ Del 36 % que tienen movilidad reducida:
    - ◆ Un 9 % lo hace de manera muy frecuente (más de tres veces al mes).
    - ◆ Un 11 % dice acudir de vez en cuando (una vez al mes).
  6. En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos de las mujeres con discapacidad encuestadas con hijos a cargo, la horquilla sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos se mueve entre las categorías medio, alto y muy alto. En concreto, un 6,8 % de mujeres con un hijo/a y un 8,2 % de mujeres con dos hijos/as afirma tener un conocimiento alto sobre la anticoncepción.
  7. En cuanto a la atención recibida de sus especialistas de referencia durante el embarazo, la respuesta mayoría, con un 53 %, es que es buena/normal, un 25 % opina que fue excelente y un 16 % cree que fue regular. Solo el 5 % expresó que fue bastante mala, dato que puede deberse a motivos de discriminación, tal como se verá en el apartado de discriminación en el que un 37 % declara haberse sentido muchas veces discriminada en los servicios de atención sanitaria.
  8. Si se tiene en cuenta el tipo de discapacidad y el grado de conocimiento o acceso a los métodos de anticoncepción, las mujeres con discapacidad sensorial, física u orgánica declaran tener un conocimiento medio sobre los métodos anticonceptivos, mientras que el 26,2 % de las mujeres con discapacidad intelectual y el 28,6 % de mujeres con discapacidad psíquica dijo tener un conocimiento muy bajo.
  9. El uso de los métodos anticonceptivos evita los embarazos, disminuye el riesgo de ITS y evita el cáncer cervicouterino. A este respecto, un 64 % conoce programas de detección precoz de cáncer de mama o cervicouterino.
  10. El 24 % de las mujeres dice que preferiría un trato más cercano de los/as profesionales de la salud y la atención más emocional y menos traumática.

- 
11. Respecto a la información sobre la salud sexual y reproductiva y sobre métodos anticonceptivos que recibieron las mujeres, el 36 % reveló que lo hizo a través de especialistas en medicina (profesionales de ginecología, medicina general, obstetricia, etc.).
  12. Solo un 4 % manifiesta no haber recibido ningún tipo de información. En el ámbito educativo también destaca como fuente de información, el 17 % que señala que existen acciones de sensibilización en el contexto educativo sobre los derechos y recursos de salud.

## 8.4 Discriminación a mujeres y niñas con discapacidad

Es necesario reconocer la situación de discriminación interseccional y discriminación múltiple a la que se exponen las mujeres y niñas con discapacidad, sobre todo, en determinadas realidades que la agravan. Por ejemplo, estar sometidas a una situación continua de discriminación las hace más vulnerables ante la violencia, independientemente del tipo o grado de discapacidad, de su posición económica o nivel de estudios.

La discriminación más latente, más allá de las condiciones personales de las mujeres y niñas con discapacidad, es la que se ejerce en el contexto social y que insiste en excluirlas del sistema, la misma que destruye cualquier atisbo de empoderamiento social y las hace perder espacios de libertad y de participación en ámbitos como el laboral, el educativo, el de la salud o la autonomía personal.

A continuación, se exponen las conclusiones más destacadas del apartado de discriminación:

1. El 47 % de las mujeres entrevistadas manifestó que alguna vez han sentido algún tipo de discriminación, el 5 % dijo que constantemente, el 19 % que muchas veces y el 29 % que nunca.
2. Las situaciones donde alguna vez se han sentido discriminadas han sido en el trabajo (59 % de los casos), en las relaciones sociales (en un 56,5 %), en la gestión administrativa (un 48 %), en el transporte (un 52 %), en los servicios sanitarios (un 50 %) y en el ámbito institucional (un 30 %).
3. El 54 % de las mujeres encuestadas señala directamente a los centros educativos como espacios con ambiente de discriminación.
4. En cuanto al nivel de participación social, el 54,4 % manifestó haberse sentido discriminada alguna vez en actividades de ocio, cultura o asociacionismo.
5. El 79 % de las mujeres alguna vez ha denunciado ante una institución.

- 
6. Los organismos donde se ha denunciado alguna situación de discriminación se reparten entre organismos públicos de la administración estatal, la inspección de trabajo o el IMSERSO. Un 20 % utiliza las asociaciones de discapacidad para tramitar la denuncia.
  7. En cuanto al resultado de la denuncia, el 39 % recibió información sobre los recursos y cómo debía actuar, mientras que en el 8 % la denuncia sigue en trámite, sin resolver.
  8. En cuanto al nivel de satisfacción sobre la atención recibida, el 9 % de las mujeres encuestadas manifestó estar bastante satisfecha, el 7 % completamente satisfecha, el 33 % nada satisfecha, el 31 % poco satisfecha y, por último, un 20 % respondió que el trato fue correcto.
  9. Los motivos por los que no denuncian la discriminación son, en su gran mayoría, por miedo y por evitar problemas mayores un 30 % y otro 30 %, porque tienen la idea de que la denuncia no tendrá ningún efecto. Además, el 20 % argumenta factores sociales que se materializan en estereotipos y prejuicios que actúan como principios activos disuasorios en el hecho de no reportar la segregación, un 5 % contesta que el motivo es por la falta de empatía del personal sanitario y un 15 % manifiesta falta de información.

## 8.5 Violencia de género sobre mujeres y niñas con discapacidad

1. La gran mayoría de las mujeres con discapacidad que han participado en las encuestas ha vivido situaciones de violencia en cualquiera de sus manifestaciones aunque la que destaca con mayor incidencia es la violencia ejercida por personas próximas a ellas, exparejas y familiares, con un 52 %.
2. Aunque en la actualidad el 76 % de las mujeres asegura no estar viviendo una situación de violencia, sí la ha vivido con anterioridad. El dato lleva a cuestionar que la gran mayoría no ha denunciado por miedo, vergüenza o simplemente, porque creen que la denuncia no surte efecto.
3. Otro importante factor es la idea de no revelar episodios de violencia para evitar la revictimización y la violencia institucional. Las manifestaciones de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres las ejercen quienes sean o hayan sido sus cónyuges o quienes estén o hayan estado ligados a ellas por otro tipo de relaciones como amistades, profesionales sanitarios o sociales, policía, compañeros/as de trabajo, compañeros/as de colegio, etc. En concreto, del 22 % de las mujeres con discapacidad encuestadas, un 26 % dice que sus parejas, cuidadores y cuidadoras de apoyo han ejercido violencia contra ellas; un 20 %, los familiares; un 17 %, personas desconocidas, y, por último, un 15 %, profesionales de referencia de los ámbitos sanitario, social, etc.

- 
4. En general, las dinámicas observadas son muy parecidas a las que se detectan en el caso de mujeres sin discapacidad. Esto no debe sorprender, sino que remite, por un lado, al origen estructural de la violencia y, por otro, al hecho de que los perfiles analizados corresponden a mujeres que no presentan un elevado nivel de dependencia. En este sentido, la violencia física ejercida contra mujeres con discapacidad es más intensa cuando el porcentaje reconocido de discapacidad está entre el 33 % y el 44 %, con un 33 %. Por otro lado, un 33 % de las mujeres con un porcentaje de discapacidad entre el 33 % y el 44 % habían experimentado violencia económica de sus parejas, en un 24 %.
  5. Los ámbitos en los que la violencia tiene lugar es mayoritariamente la violencia de género en la pareja. Se detecta además violencia intrafamiliar que proviene de la familia de origen, pero mucho menor que la violencia de género en la pareja.
  6. Se detecta violencia institucional, casi siempre posterior a la violencia de género en el ámbito de la pareja, situación doblemente censurable, ya que implica la revictimización de mujeres que han pasado por una situación de violencia, con todo lo que supone.
  7. Con respecto a los tipos de violencia de género, la violencia psicológica o sexual es la que más se detecta.
  8. En cuanto a la violencia sexual, hay que señalar que se presenta de la misma forma, en el porcentaje de discapacidad entre el 33 % y el 44 %, con un 6,5 %.
  9. La violencia estructural se evidencia en pareja, en un 14 % y se presenta de forma diferente y con mayor intensidad en las mujeres que no pueden vivir en forma de núcleo familiar independiente.
  10. Durante el embarazo las mujeres han sido víctimas de la violencia de su pareja en un 25 %, seguida de cuidadores y cuidadoras con un 26 % y el 14 % por profesionales de referencia.
  11. A la pregunta sobre si las mujeres con discapacidad tienen personal de referencia con quien compartir las situaciones de violencia vividas, el porcentaje está equilibrado entre las respuestas afirmativas y negativas.
  12. Es muy alto el porcentaje de mujeres que decidió no denunciar, un 72 %, que se sigue manteniendo al alza con un 76 %, cuando se les pregunta si denunciarían la situación que vivieron o están viviendo de violencia de género. La razón principal para no hacerlo es el miedo, la vergüenza de que no les crean, sentirse juzgadas o la creencia de que no sirve de nada denunciar.

- 
13. Un 29 % dijo haber recibido información respecto de que se haría algún tipo de gestión para detener la situación de violencia, un 25 % no recibió ninguna información y un 22 % fue derivada a servicios sociales. Solo un 15 % fue remitida a servicios especializados relacionados con violencia de género.
  14. El 37% de las mujeres, tras denunciar, valoró la atención recibida como nada satisfactoria en contraste con el 25 % que afirmó que fue correcta.
  15. En cuanto a la atención recibida en la interposición de la denuncia, el 31 % de las mujeres encuestadas hubiera mejorado su calificación si hubiera existido un protocolo de atención especializado. El 22 % manifestó la necesidad de recibir una mejor información sobre el proceso tras la denuncia y el 24 % demanda un trato más cercano que posibilite una atención más emocional y menos traumática.
  16. El hecho de interponer la denuncia no garantiza la desaparición de la violencia contra las mujeres. En este caso, las diferencias entre los porcentajes no son muy dispares. El 52 % dice que sí que remitió la violencia frente al 48 % que responde que no.

## 8.6 Conclusiones de los cuestionarios a los y las profesionales de la salud de Navarra, Galicia y Cataluña

### 1. Conclusiones respecto a los procedimientos de acogida

Las personas profesionales del ámbito sanitario desempeñan un papel fundamental en el apoyo a mujeres y niñas víctimas de violencia de género, dado que es habitual que precisen atención sanitaria especializada. Desde el inicio de la pandemia, las mujeres con discapacidad han denunciado y reivindicado servicios especializados para paliar el especial impacto que esta ha tenido sobre su salud, al reducirse el acceso a los servicios especializados y las posibilidades de recibir sus tratamientos con normalidad. En este trabajo, los y las profesionales de las tres comunidades autónomas opinan que mujeres con discapacidad han abandonado sus tratamientos especializados y crónicos por miedo a acudir a hospitales, consultas y centros de salud y contagiarse de COVID-19. No obstante, el porcentaje es significativamente más alto en Cataluña, donde el 48 % está totalmente de acuerdo con la afirmación de que hay casos de mujeres que han abandonado sus tratamientos especializados y crónicos por miedo a acudir a consultas y contagiarse de esta enfermedad.

Es casi unánime la percepción sobre las consecuencias del colapso sanitario provocado por la COVID-19 y que supuso un aplazamiento de las consultas especializadas, con un alto impacto en toda la población, pero agravada en el caso de las mujeres con discapacidad. Las entrevistadas declaran que la pandemia ha acentuado la falta de accesibilidad a los servicios de salud a las mujeres con discapacidad no solo por el miedo a acudir a los centros sino porque se suspendieron muchos servicios.

---

También queda patente que la saturación del sistema de salud impactó en la comunicación entre las y los profesionales de la salud y las y los pacientes en general. Esta situación impacta de manera negativa a las mujeres con discapacidad ante una posible enfermedad o situación de violencia de género.

El cuestionario preguntó sobre el posible aumento de autoconsumo de psicofármacos entre mujeres con discapacidad, especialmente con enfermedades crónicas. La respuesta de los y las profesionales es prácticamente idéntica en los tres territorios, que optan por responder no estar de acuerdo ni en desacuerdo.

Sin embargo, en el contexto actual, y a pesar de que los hombres son más consumidores de droga que las mujeres, en el consumo de psicofármacos las mujeres predominan muy por encima de los hombres, situación potenciada durante los meses de confinamiento. La Encuesta del Observatorio Español de Drogas y Adicciones (2021) reflejó que la prevalencia de los hipnosedantes y ansiolíticos había crecido y un 2,5 % de la población había empezado a consumirlos sin receta. Los datos de la encuesta epidemiológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona (2020) demuestran que el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos ha sido superior en mujeres, con un 27,4 %, que en hombres, con un 15,9 %.

Según los datos aportados por el personal de pediatría que participó en el estudio, durante la pandemia se aumentó la medicación a menores con trastornos específicos y también se percibió un aumento del uso de drogas en adolescentes en general.

El personal sanitario encuestado muestra opiniones muy diversas cuando se les pregunta por la accesibilidad de las personas con discapacidad a los centros sanitarios en los que trabajan. Galicia es, según la encuesta, la comunidad en la que mayor porcentaje de profesionales considera que estos centros no son accesibles. A su turno, en Cataluña, el porcentaje es más alto.

Finalmente, los y las profesionales ha afirmado mayoritariamente que las mujeres con discapacidad no sienten libertad en los centros para expresar cualquier situación de violencia de género que estén viviendo.

## **2. Conclusiones respecto a los protocolos de detección/atención para mujeres y niñas con discapacidad que puedan estar viviendo alguna situación de violencia**

### **Percepción de la demanda**

Salvo en Navarra (54 %), los y las profesionales que consideran que las mujeres con discapacidad encuentran en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicarse y denunciar posibles situaciones de violencia está por debajo del 50 %, un porcentaje bajo que



---

indica que hay que intensificar el trabajo de refuerzo en los centros de salud como espacios seguros y de confianza para las víctimas. Es evidente que sigue habiendo dificultades para reconocer la violencia de género en el ámbito sanitario, que se multiplican en el caso de mujeres con discapacidad, que dependen, en su gran mayoría, de los agresores.

### **La confianza entre la o el profesional y la paciente**

Los centros sanitarios, especialmente los que prestan atención primaria, son espacios propicios para hablar con el personal con el que habitualmente hay proximidad y cercanía y dar a conocer una situación de violencia de género.

No obstante, en este estudio, los y las profesionales han indicado que creen que las mujeres con discapacidad no encuentran en el ámbito sanitario un espacio cómodo para comunicar situaciones de violencia de género. Respecto a estas opiniones hay que señalar:

- Interferencia de familiares que acompañan a las mujeres y a las niñas con discapacidad, lo que puede limitar la libertad de comunicar posibles situaciones de violencia, especialmente la pareja acompaña a la mujer.
- Falta de accesibilidad e insuficientes recursos especializados, como intérpretes o falta de intimidad en las consultas.
- La falta de tiempo en las consultas que permita generar un entorno de confianza con las pacientes. La sobrecarga del personal es letal para garantizar una adecuada atención a estas pacientes.
- El miedo de las mujeres con discapacidad a sus agresores y a no ser creídas (lo mismo ocurre en el ámbito de la justicia sobre el miedo a que no sean creídos sus testimonios) y miedo a denunciar la violencia de género ante la posibilidad de pérdida de vínculos o de cuidados.

### **Recursos disponibles**

La Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género establece en su art. 15 que las administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán las actuaciones de las y los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género. También el art. 16 de esa ley marcó los plazos para que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud cree una Comisión contra la violencia de género. Por ello, y entre otras muchas acciones y medidas, en 2012 se aprobó el ***Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Ministerio de Sanidad y Consumo***.

Como ya se ha indicado, el documento recoge aspectos que se deben mejorar en la actuación sanitaria para la detección de situaciones de violencia, facilita diferentes pautas y

---

elabora un listado de indicadores de sospecha con el objetivo de que el personal sanitario pueda identificar las situaciones de violencia de género. Este Protocolo tiene en cuenta las características específicas de la actuación sanitaria en contextos de mayor vulnerabilidad, entre otros, la discapacidad y señala que las mujeres con alguna discapacidad física, sensorial o psicológica se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad a la violencia física, sexual y psicológica, por tener:

- Menor capacidad para defenderse.
- Mayor dificultad para expresarse.
- Menor credibilidad en su relato, especialmente en mujeres con trastorno mental grave.
- Menor acceso a la información, asesoramiento y a los recursos de forma autónoma.
- Mayor dependencia de terceras personas.
- Más dificultades de acceso al trabajo remunerado y a la educación.
- Menor autoestima y menosprecio de su propia imagen.
- Miedo a perder los vínculos que le proporcionan cuidados.
- Menor independencia y mayor control económicos. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012, pp. 26 y 27)

No obstante, este Protocolo carece de atención específica a las necesidades derivadas de cada tipo de discapacidad y no dispone de información sobre los servicios de atención a usuarias con discapacidad.

Es muy alto, sobre todo en Cataluña y Galicia, con un 80 %, el porcentaje del personal sanitario que conoce este Protocolo Común para Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.

El art. 32 de la Ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género señala que las administraciones con competencias sanitarias «promoverán la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, y en especial, del Protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud».

Así, se ha preguntado por el conocimiento de los mecanismos propios puestos en marcha:

► Navarra:

- II Acuerdo Interinstitucional para la Coordinación ante la Violencia Contra las Mujeres en Navarra.

- 
- Protocolo de Actuación Conjunta.

➤ Galicia

- Guía técnica del Proceso de Atención a las Mujeres en Situación de Violencia de Género.
- Violencia de género: procedimiento de cribado y actuación en salud.

➤ Cataluña:

- Protocolo para abordar la violencia machista en el ámbito de la salud de Cataluña.

Estos protocolos de carácter autonómico son menos conocidos por el personal sanitario en Galicia (60 %) y Cataluña (50 %), si se comparan con el conocimiento del *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Ministerio de Sanidad y Consumo* (en Navarra el conocimiento de sus materiales autonómicos alcanza el 67 %).

Es muy elevado el porcentaje de profesionales que opina que estos protocolos son de utilidad para la detección de situaciones de violencia de género en sus centros y que expresamente son de utilidad en el caso de las mujeres y niñas con discapacidad. Sin embargo, ese porcentaje cae ligeramente cuando se pregunta por su uso en el desempeño de su labor profesional, aunque sigue siendo alto. Por ejemplo, en Navarra el 64 % señala que utiliza los protocolos en el desempeño de su labor profesional, pero en Galicia este porcentaje, que es alto respecto al conocimiento de los protocolos con un 81 %, baja hasta el 44 % cuando se pregunta por su uso en la vida profesional. En Cataluña, muy similar a Galicia, el uso de los protocolos baja también hasta un 37 % cuando se les pregunta por su uso en el desempeño de su labor profesional pese a que su conocimiento es del 81 %.

Los datos ponen de manifiesto la alta valoración de estos protocolos, pero hay que tener en cuenta otro dato relevante que arroja el estudio, aunque no sea uniforme en las tres comunidades, relacionado con los mecanismos de detección de posibles casos de violencia de género:

- En Cataluña un 87 % de los y las profesionales señalan que hay procedimientos informales en sus centros. Un 80 % manifiesta que los utiliza con frecuencia. Es el dato más alto.
- En Galicia, el porcentaje que señala que en sus centros existen estos procedimientos informales es de un 62 % aunque solo un 19 % manifiesta su uso frecuente.
- En Navarra el porcentaje de los y las profesionales señalan que hay procedimientos informales en sus centros, 48 %, y de estos el 63 % afirma que se utilizan con frecuencia.
- La mayoría del personal sanitario que respondió a este cuestionario, un 61 %, afirma tener conocimiento de la existencia del Protocolo Común para Actuación Sanitaria ante

---

la Violencia de Género. No obstante, es bastante relevante el porcentaje que manifiesta desconocerlo, un 39 %, teniendo en cuenta su relevancia.

El personal sanitario también ha manifestado su opinión respecto a la detección de situaciones de violencia de género en mujeres y niñas con discapacidad en sus centros. Los datos más relevantes son:

Hay una opinión generalizada de que no se imparte la suficiente formación al personal sanitario en materia de violencia de género y discapacidad. En Cataluña, el 84 % considera que es necesaria una formación especializada dirigida a los y las profesionales del ámbito sanitario en relación con la atención a mujeres y niñas con discapacidad, que hayan vivido situaciones de violencia. En Navarra este porcentaje sube hasta un 97 % y en Galicia es del 100 %.

- Hay protocolos suficientes, pero se requieren otros recursos y procedimientos diferentes y accesibles que respondan a todas las situaciones de violencia.
- Existe una opinión prácticamente unánime sobre la necesidad de abordar los casos de violencia de género en mujeres y niñas con discapacidad desde una perspectiva multidisciplinar. Es decir, tanto desde el ámbito sanitario como social.
- Los y las profesionales reclaman una intervención multidisciplinar con la participación de personal médico, de enfermería, psicología, trabajo social, fisioterapia, educación social e intérpretes.
- Señalan la necesidad de contar con más profesionales de atención domiciliaria.
- La mejora de la accesibilidad en los canales de comunicación.
- El refuerzo del trabajo social dado que el aspecto social debe abordarse en conjunto cuando se trabaja la promoción de la salud médica y no hay un acercamiento efectivo a la paciente. En este ámbito conviene resaltar que se solicita un trabajador/a social que se dedique solo a estos casos de violencia de género y no «al único profesional» que atiende a todo el hospital en diferentes frentes.

Las mujeres con discapacidad acuden en menor medida a los servicios sanitarios que las mujeres que no tienen discapacidad.

### **3. Conclusiones respecto a la accesibilidad de los recursos y servicios sanitarios**

Casi el 90 % de los y las profesionales de las tres comunidades autónomas denuncia la falta de mecanismos de apoyo en el centro sanitario en el que trabajan que posibiliten que las mujeres con discapacidad accedan sin acompañante a la consulta en casos de dificultad para comunicarse.

---

Aunque más de la mitad de los y las profesionales de Navarra y Galicia creen que las actuales condiciones del centro en el que trabajan no permiten una comunicación fluida con mujeres y niñas con discapacidad, este porcentaje es significativamente más alto en Cataluña.

Hay algunas conclusiones interesantes en función de los datos y las opiniones expresadas por los y las profesionales sobre las dificultades que detectan en la comunicación directa con las mujeres y niñas con discapacidad. Ya se han apuntado algunas en los bloques de conclusiones anteriores, pero las más importantes son:

- La existencia de barreras que dificultan la comunicación directa.
- La inexistencia de espacios accesibles en muchos centros sanitarios.
- La falta de intérpretes y otros recursos de apoyo en la comunicación con las mujeres y niñas con discapacidad.
- Escaso tiempo de las consultas que impide una mayor y mejor asistencia.
- Falta de recursos y herramientas
- Falta de personal suficiente.
- Falta de formación.
- Las mujeres acuden casi siempre con acompañantes, y estos acompañantes pueden ser la persona que ejerce la violencia, lo que dificulta que pidan apoyo en este ámbito.
- El abuso de las consultas telefónicas.

Es curioso que alrededor del 75 % de los y las profesionales entrevistados no detectan, tras la aparición de la COVID-19, ninguna limitación en su centro para un correcto acceso de los pacientes a pruebas diagnósticas. Sin embargo, en las respuestas a una pregunta abierta sobre las limitaciones que se encuentran en sus centros, señalan, entre otras:

- Cancelaciones o retraso de los servicios dada la situación provocada por la pandemia.
- La saturación y la carga de trabajo de los y las profesionales agravada por la escasez de personal.
- Pruebas que se alargan y listas de espera muy largas.
- Las consultas telefónicas.

De las dificultades que apuntan los y las profesionales, y aunque la opinión generalizada es que estas limitaciones afectan a toda la población, hay dificultades específicas para

---

mujeres y niñas con discapacidad. Según datos del cuestionario realizado dentro del estudio *Accesibilidad e innovación social en la atención sanitaria. Las TIC como facilitadoras para un uso eficiente de la sanidad* (Fundación ONCE, 2020) y respecto a las consultas médicas y las pruebas diagnósticas no hay una valoración significativamente distinta entre los pacientes con y sin discapacidad. No obstante, sí se señala que respecto a la accesibilidad, lo peor valorado por las personas con discapacidad son los servicios de urgencias, concretamente en el momento que va desde la admisión hasta cuando el usuario accede al triaje.

Otras de las conclusiones de este estudio sobre los indicadores de accesibilidad a los centros sanitarios son:

- Más del 80 % de los centros sanitarios son totalmente accesibles para personas con movilidad reducida y usuarias de sillas de ruedas. No hay diferencias significativas entre comunidades.
- Cercad del 80 % afirma que el centro de salud en el que trabaja dispone de equipamientos accesibles y ayudas técnicas puntuales que se ajustan a las necesidades de mujeres con grandes discapacidades y usuarias de sillas de ruedas. No hay diferencias significativas entre comunidades.
- Mientras en Galicia y Navarra un 62 % considera que los mecanismos de funcionamiento de los servicios sanitarios no facilitan la detección precoz de posibles situaciones de violencia, el inicio del procedimiento de denuncia y la protección a las mujeres, en Cataluña este porcentaje se eleva 15 puntos, hasta el 77 %.

No cabe duda de la existencia de barreras a las que se enfrentan las mujeres con discapacidad en los centros sanitarios.

Esas barreras son físicas y comunicacionales, incluidos los canales de información, pero también pueden ser actitudinales.

La falta de información y barreras en la comunicación de una víctima de violencia de género puede provocar una medicalización, a veces innecesaria. Sin duda alguna, mejorar la calidad de la comunicación es fundamental para trabajar en la prevención y detección de la violencia.

#### **4. Necesidades detectadas y propuestas de mejora hechas por el personal sanitario**

El 100 % de las personas profesionales encuestadas considera necesario un recurso de apoyo al personal de su centro de salud que facilite la atención especializada a mujeres con discapacidad.

También hay unanimidad en cuanto a la necesidad de un recurso de apoyo al personal de su respectivo centro sanitario que facilite la atención especializada a mujeres con discapacidad.

---

También prácticamente unánime es la opinión de las personas respecto a la necesidad de recibir formación especializada en relación con la atención a mujeres y niñas con discapacidad, que hayan vivido situaciones de violencia de género.

De hecho, la necesidad y demanda de formación especializada, tanto en materia de violencia de género como en materia de discapacidad, se viene repitiendo a lo largo de este trabajo.

- Formación de los y las profesionales sanitarias en materia de discapacidad desde la universidad.
- Formación de los y las profesionales sanitarias en materia de violencia de género desde la universidad.
- Formación sobre los protocolos específicos en violencia de género.

Respecto a las necesidades sociosanitarias que en opinión de los y las profesionales de los centros sanitarios participantes tienen las mujeres y niñas con discapacidad, hay que destacar, entre las más repetidas:

- Mayor atención psicosocial para ellas y sus familias
- Instalaciones más adecuadas con intérpretes
- Accesibilidad en la comunicación
- Espacios de comunicación y expresión libre
- Más atención psicológica y de servicios sociales
- Consultas con más tiempo
- Atención domiciliaria
- Falta de cuidados especializados integrales

Los y las profesionales señalan las necesidades que observan respecto a los servicios sanitarios tanto en atención primaria como hospitalaria para una adecuada detección y actuación en caso de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad.

- Formación específica en discapacidad para el personal sanitario.
- Ampliación del tiempo de consulta.
- Medidas de sensibilización.
- Especializar los equipos.

- 
- Más recursos de apoyo psicológico.
  - Personalizar el formato de atención a las personas con discapacidad, según las necesidades de cada paciente.
  - Teléfono para que el personal sanitario pueda solicitar intérprete de lengua de signos.
  - Consultas más largas.
  - Más trabajo social y una mayor ratio de trabajadores/as sociales
  - Más coordinación con canales de comunicación y los propios equipos.
  - Acompañamiento continuo en el centro.

Finalmente, las propuestas de los y las profesionales sanitarios para mejorar la atención sanitaria son, además de la formación al conjunto de los y las profesionales del ámbito sanitario en materia de discapacidad y violencia de género:

- Dotar a los centros sanitarios, especialmente de atención primaria, de una perspectiva más social, dado que son en muchos casos la puerta de entrada de las mujeres y niñas con discapacidad al sistema de atención en salud.
- Crear equipos multidisciplinares.
- Incrementar el tiempo de consulta y disminuir la carga asistencial de los y las profesionales.
- Mejorar los canales de comunicación.
- Mejorar la accesibilidad de los centros.
- Establecer equipos de trabajo social a tiempo completo en los servicios de emergencia.
- Formar al personal de enfermería en la detección temprana de indicadores de violencia.
- Mejorar la estructura con recursos materiales y humanos para la prevención y atención a víctimas de violencia.
- Reforzar el equipo de pediatría para que, ante la percepción del riesgo de que una niña pueda estar viviendo una situación de violencia, se inicie el proceso de denuncia con parte judicial.

En cuanto a la accesibilidad de los centros, es muy relevante el alto porcentaje que señala la necesidad de reforzar los canales de comunicación y contar con intérpretes.



---

Hay personal sanitario que ha indicado que a veces atienden a las pacientes en silla de ruedas en sus propias sillas por la falta de grúa, por ejemplo.

## 8.7 Conclusiones de los indicadores de accesibilidad en los centros sanitarios de Navarra, Galicia y Cataluña

El personal técnico de CEMUDIS analizó datos de centros de salud, consultorios, hospitales y otros, de las comunidades autónomas de Galicia, Cataluña y Comunidad Foral de Navarra, que arrojaron los siguientes resultados.

### 1. Indicadores en la accesibilidad de acceso al edificio

Cataluña, con un 91 %, es la comunidad autónoma en la que se detecta un mayor y mejor servicio de transporte público cerca de los centros sanitarios. Este porcentaje cae 60 puntos en Navarra, con un 33 % de centros y hospitales con transporte público cerca y ningún consultorio. En Galicia el porcentaje es de un 65 %. No obstante, los datos están relacionados con el alto número de centros de salud y consultorios en zonas rurales de Navarra y Galicia, frente al análisis de centros más urbanos en Cataluña, fundamentalmente en el área metropolitana y la ciudad de Barcelona y una importante red de transporte público (63 % de los centros de salud de Cataluña están cerca de líneas de metro con ascensores cerca), que es prácticamente inexistente en las zonas rurales. Por ejemplo, en Galicia, el 35 % en el que no hay cerca transporte público se corresponde con centros de salud, ya que los hospitales, situados en zonas urbanas, cuentan con transporte público.

En cuanto a las plazas de aparcamiento para personas con discapacidad en los centros sanitarios, los porcentajes se equilibran territorialmente en torno a un 70 % que cuentan con este servicio accesible.

No obstante, al igual que en la anterior pregunta, en el 100 % de los hospitales hay plazas de aparcamiento para personas con discapacidad, lo que no sucede en los centros de salud.

Respecto a la accesibilidad a los edificios y en los edificios hay que destacar algunos datos.

- Hay rampas de acceso en el 90 % de los centros.
- En Galicia y Cataluña prácticamente la totalidad de los y las profesionales señalan que hay barandillas y puertas de acceso abatibles; sin embargo, en Navarra, el porcentaje cae notablemente. Este dato puede estar relacionado con la presencia de profesionales que trabajan en consultorios, posiblemente con peores instalaciones y sin accesibilidad.
- En Galicia destaca el dato de que el 100 % de los ascensores de los centros sanitarios analizados no son accesibles. No obstante, hay que señalar que algunos de los centros analizados son de planta baja y no precisan ascensor. En Cataluña el 71 % de los centros analizados no cuenta con ascensores accesibles en las instalaciones.

- 
- La amplia mayoría de centros sanitarios cuenta con mostradores de altura accesible, aunque en Navarra el porcentaje cae a un 56 %.
  - Mayoritariamente, los centros disponen de ayudas técnicas como sillas de ruedas o bastones. En las tres comunidades autónomas este dato está por encima del 85 %.
  - Son significativas las carencias en cuanto a la información accesible. Por ejemplo, en Galicia y Cataluña más de la mitad de los centros analizados no dispone de paneles informativos de orientación y señalética accesible, como en Galicia (59 %) y en Cataluña el porcentaje llega al 81 %. En estas dos comunidades ningún centro cuenta con información en braille. Sin embargo, en Navarra, un 69 % sí dispone de paneles informativos de orientación y señalética accesible.

En cuanto al servicio de llamadas accesibles hay una importante disparidad. Mientras en Galicia ningún centro cuenta con un sistema de llamadas accesibles para personas con discapacidad auditiva y en Cataluña apenas existe (78 % reconoce que no existen sistemas de llamadas accesibles), en Navarra el 88 % sí dispone de este sistema, tan necesario para personas con discapacidad auditiva.

Respecto a los canales de información y comunicación accesible en los centros sanitarios analizados, los resultados muestran recursos insuficientes en los sistemas de salud de las tres comunidades analizadas:

- Prácticamente ningún centro de Galicia y Cataluña dispone de información en formato accesible, por ejemplo, en braille. Navarra es la excepción con un 93 % que sí dispone de materiales informativos en formato accesible, incluido el braille.
- Muy pocos centros disponen de material de información en formato de lectura fácil para personas con dificultades lectoras o personas sordas.
- En Navarra un 86 % de centros cuenta con acompañantes con conocimientos en lengua de signos, pero en Cataluña y Galicia este servicio es prácticamente inexistente.

El informe *Accesibilidad e innovación social en la atención sanitaria*. Las TIC como facilitador para un uso eficiente de la sanidad elaborado por la Fundación ONCE (2020) detecta, según el tipo de discapacidad, las barreras de accesibilidad más importantes. Así, las personas ciegas describieron las deficiencias de accesibilidad en la señalización de los espacios sanitarios, en las pantallas de gestión de turnos o en la documentación impresa facilitada por no existir alternativas que les permitan acceder a su contenido.

El problema que tienen las personas con dificultad auditiva para comunicarse con el personal sanitario pone aún más en evidencia la ausencia de sistemas de llamada accesibles o la anecdótica presencia del servicio de interpretación de lengua de signos.

---

## 2. Indicadores de accesibilidad de baños y aseos

En cuanto a la accesibilidad de los baños y aseos, se han experimentado importantes avances en los centros sanitarios y en este momento, la excepción es encontrarse con aseos no accesibles.

- Prácticamente todos los WC de los centros analizados cuentan con puertas anchas de acceso.
- En los centros sanitarios de las tres comunidades la existencia de inodoros adaptados supera el 94 %.
- En el 88 % de los centros sanitarios los secadores de manos y jaboneros no garantizan la accesibilidad.
- En las tres comunidades los porcentajes superan el 85 % de centros que disponen de barras abatibles para fácil transferencia, un aspecto en el que se ha mejorado notablemente.
- La mayoría de los centros analizados no cuenta con agua caliente por temporizador y en la mitad no se dispone de lavabos de fácil acceso para personas usuarias de sillas de ruedas. Los porcentajes son prácticamente idénticos en las tres comunidades.

## 3. Indicadores de accesibilidad en las consultas

Las conclusiones más relevantes en lo que atañe a la accesibilidad en las consultas son:

- En más del 95 % de las consultas sanitarias analizadas hay camillas accesibles; sin embargo, el porcentaje baja notablemente cuando se trata de los potros de exploración ginecológica.
- Es dispar el porcentaje sobre los centros que cuentan con información de fácil lectura de acceso a consultas o pictogramas. Mientras en Galicia el porcentaje es muy alto, de un 82 %, en Navarra baja notablemente y en Cataluña es inexistente.
- No se dispone de mascarillas transparentes (que facilitan la biolectura) en prácticamente ningún centro.

Con excepciones, la radiografía de la accesibilidad de los centros sanitarios analizados en la Comunidad Foral de Navarra, Galicia y Cataluña es muy similar. Pone de manifiesto carencias importantes, pero a la vez evidencia mejoras notables. Además, muestra la brecha existente entre instalaciones sanitarias grandes y urbanas respecto a instalaciones sanitarias más pequeñas y en entornos rurales.

---

Hay que reforzar las ayudas técnicas como grúas o básculas para sillas de ruedas y garantizar la presencia de intérpretes y de guía intérprete de lengua de signos, también en los servicios de urgencias.

Los centros sanitarios deben asegurar que la toma de decisiones de las mujeres con discapacidad, proporcionando información médica oral y escrita, en braille, sea clara y comprensible.

El pasado 25 de noviembre, Día Internacional contra la Violencia de Género, CEMUDIS exigía en su manifiesto que las instituciones y los poderes del Estado trabajaran activamente y de forma inmediata para, entre otras, incorporar de modo urgente medidas para la protección social y sanitaria de las mujeres y niñas con discapacidad, así como para la detección y erradicación de toda situación de violencia.

Vamos a defendernos juntas porque queremos vivir libres, tranquilas y sin miedo.

---

## 9. Referencias bibliográficas

Brogna, P. (2006). *El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación*. El Cisne.

Campbell, J., Alhusen, J., Draughon, J., Kub, J. y Walton-Moss, B. (2011). Vulnerability and protective factors for intimate partner violence. En: J.W. White, M.P. Koss, y A.E. Kazdin (Eds.), *Violence against women and children. Mapping the terrain* (Vol. 1, pp. 243-263). American Psychological Association.

Carneiro, S. (2008). Ennegrecer al feminismo.  
<https://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/644/1/264-Sueli%20Carneiro.pdf>

Crespo, G. (1993). Sexualidad y deficiencia mental: algunos datos de Afanias. En AA. VV. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Ponencias de la Primera Conferencia Nacional (191-193). Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Coker, A., Williams, C., Follingstad, D. y Jordan, C. (2011). Psychological, reproductive and maternal health, behavioral, and economic impact of intimate partner violence. En: *Violence against women and children. Mapping the terrain* (Vol. 1, pp. 265-284). American Psychological Association.

Cózar Gutiérrez, M. Á. (2011). *Autodiagnóstico de la situación de las mujeres con discapacidad en Andalucía*. Dirección General de Personas con Discapacidad, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Convención Internacional de derechos de las personas con discapacidad. (2007). *La Convención en España*. [convenciondiscapacidad.es](http://convenciondiscapacidad.es)

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2020). Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>

Díaz-Funchal, E. (2013). *El reflejo de la mujer en el espejo de la discapacidad*. CERMI.

Díaz, I., Gil, M., Ballester, R., Morell, V. y Molero, R. J. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 415-422.

Freire B, y Gómez J., (1993). Estudio sobre la sexualidad del deficiente mental. En AA. VV. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Ponencias de la Primera Conferencia Nacional. Instituto Nacional de Servicios Sociales.

---

García-Ferrando, M. (1986). La encuesta en M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (comp.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. (pp. 123-152). Alianza Editorial.

Instituto Nacional de Estadística. (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situación de dependencia. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase>

Izquierdo, M. (2011). La estructura social como facilitadora del maltrato. En M. G. Huacuz (Ed.), *La bifurcación del caos. Reflexiones interdisciplinarias sobre violencia falocéntrica* (pp. 33-57). Universidad Autónoma Metropolitana Xochimico-Itaca.

Jiménez-Buñuales, M., González-Diego, P. y Martín-Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista Española De Salud Pública*, 76(4), 271-279.

Khalifeh, H., Hargreaves, J., Howard, L. y Birdthistle, I. (2013). Intimate partner violence and socioeconomic deprivation in England: findings from a national cross-sectional survey. *American Journal of Public Health*, 103(3), 462-472.

Leutar, Z. y Mihokovic, M. (2007). Level of knowledge about sexuality of people with mental disabilities. *Sexuality and Disability*, 25(3), 93-109. <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9046-8>

Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con discapacidad. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13241>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *La interrupción voluntaria del embarazo*. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>

Ley General de derechos de las personas con discapacidad. Boletín oficial del Estado. Núm. 289. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>

Lobato-Galindo, M. (2004): Yo decido qué hacer y tú me ayudas a hacerlo (Prólogo a la edición española), en S. Vasey, S. *Guía para autogestionar la asistencia personal*, Fundació Institut Guttmann. Colección Blocs 15.

- 
- López, M., Navarro, Y. y Torrico, E. (2010). Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. *Educación y Diversidad*, 4 (2) julio-diciembre, 75-92.
- Manzano, V., Rojas, A., y Fernández, J., (1996). *Manual para encuestadores*. Ariel.
- Medina-Gómez, B., García-Alonso, I. y Val, E. M. (2015). Impacto del tipo de residencia y salud mental en la conducta de personas con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 355-363.
- Ministerio de Igualdad. (2019). *La violencia sexual de las mujeres con discapacidad intelectual*. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/estudios/violencia\\_sexual\\_discapacidad\\_intelectual.htm](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/estudios/violencia_sexual_discapacidad_intelectual.htm)
- Ministerio de Asuntos Sociales. (2020). Informe anual sobre IMSERSO (Discapacidad). <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informeanual2020.pdf>
- Moya-Maya, M., García-Rodríguez, P. y Carrasco-Macías, M. (2006). Discriminación en mujeres con discapacidad: una propuesta de intervención educativa. *Educatio*, 24, 99-122.
- Murphy, N. y Young, P. C. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(9), 640-644. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2005.tb01220>
- Organización Mundial de la Salud, (1946). Constitución de la *Organización Mundial de la Salud*. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Pérez, L. C. (2003). *Discapacidad y exclusión social en la Unión Europea. Tiempo de cambio, herramientas para el cambio*. CERMI.
- Pineda, E., Alvarado, E. y Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación manual para el desarrollo de personal de salud*. Paltex.
- Soler, A., Teixeira, T. y Jaime, V. (2008). Discapacidad y dependencia: una perspectiva de género [ponencia]. XI Jornadas de Economía Crítica, Bilbao.
- Stöckl, H., Heise, L. y Watts, C., (2011). Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Sociology of Health and Illness*, 33(5), 694-709.

---

## 10. Anexo

### Comunidad Foral de Navarra

#### Centros sanitarios participantes en el estudio

Hospitales:

- Hospital de Navarra
- Clínica Ubarnin del Complejo Hospitalaria de Navarra. Elcano.
- Hospital Infanto-Juvenil Sarriguren
- Hospital Reina Sofía. Tudela.

#### Centros de salud:

- Centro de Salud Mental de Ansoain
- Centro de Salud de Berriozar
- Centro de Salud de Burgui
- Centro de Salud Mental de Burlada
- Centro de Salud de Buztintxuri
- Centro de Salud de Cascante
- Centro de Salud de Chantrea. Pamplona
- Centro de Salud de Corella
- Centro de Salud de Estella
- Centro de Salud de Irurzun
- Centro de Salud de Isaba
- Centro de Salud de Iturrama. Pamplona
- Centro de Salud de Larraintzar
- Centro de Salud de Lodosa
- Centro de Salud de Milagrosa
- Centro de Salud de Peralta

#### Centro de Salud de San Adrián

- Centro de Salud de Sangüesa
- Centro de Salud de Santesteban / Doneztebe



- 
- Centro de Salud de Sarriguren
  - Centro de Salud de Villava
  - Centro de Salud de Zizur
  - Centro de Salud Mental. Pamplona
  - Centro de Cascastrillo
  - Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Tudela

**Por tipo de profesional:**

- 12 son personal de enfermería
- Dos matronas
- 11 médicos/as
- Un técnico/a auxiliar de enfermería
- 27 trabajador/a social
- Un fisioterapeuta
- Un/a psicólogo/a clínico/a.
- Cuatro del personal administrativo
- Un/a celador/a.
- Dos personas educadoras (sanitaria y sexual)

**Galicia**

**Centros sanitarios participantes en el estudio**

**Hospitales:**

- Hospital Santiago de Compostela (A Coruña).
- Hospital de Ourense (Ourense)
- Hospital de Cee (A Coruña).
- Hospital de Pontevedra (Pontevedra)
- Hospital de Vigo (Pontevedra).
- Hospital A Coruña (Ourense)
- Hospital da Costa Burela (Lugo).
- Hospital Vilagarcía de Arousa (Pontevedra)
- Hospital Ribeira. (A Coruña)

---

### **Centros de Salud:**

- Centro de Salud de Boqueixón (A Coruña)
- Centro de Salud. O Carballiño (Ourense)
- Centro de Salud Vigo (Pontevedra)
- Centro de Salud Ferrol (A Coruña)
- Centro de Salud Pontevedra (Pontevedra)

### **Centro residencial de mayores:**

- Centro residencial de mayores de Porqueira (Ourense).

### **Por tipo de profesional:**

- 16 son personal de enfermería
- Dos matronas
- Cuatro médicos/as
- Dos técnicos/as auxiliares de enfermería
- Un/a trabajador/a social

### **Cataluña**

#### **Centros sanitarios participantes en el estudio**

##### **Hospitales:**

- Hospital Sant Andreu (Barcelona)
- Hospital del Vendrell (Barcelona)
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)
- Hospital General de l'Hospitalet (Barcelona)
- Hospital de Barcelona concertado (no especifica) (Barcelona)
- Hospital Universitari General de Catalunya (Barcelona)
- Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

##### **Centros de Salud:**

- Centro de Atención Primaria de Esplugues de Llobregat (Barcelona)
- Atenció a la Salut Sexual de Barcelona (no especifica) (Barcelona)
- Centro de Atención Primaria de Barcelona (no especifica) (Barcelona)

- 
- Consultorio de Psicología en Barcelona (no específica) (Barcelona)
  - Consultorio de Psiquiatría en Barcelona (no específica) (Barcelona)
  - Centro de Atención Primaria de Tortosa (no específica) (Tarragona)

**Por tipo de profesional:**

- 10 son personal de enfermería
- Dos son matronas
- Diez son médicos/as
- Nueve son trabajadores/as sociales
- Uno es fisioterapeuta
- Dos psicólogas/os

**Indicadores de accesibilidad en Navarra:**

**Participaron los siguientes centros:**

**Hospitales**

- Hospital de Navarra
- Clínica Ubarnin
- Hospital Infanto-Juvenil
- Hospital Virgen del camino
- Hospital Reina Sofía. Tudela
- Hospital Príncipe de Viana

**Centros de Salud:**

- Centro de Salud de Allo
- Centro de Salud Barañain
- Centro de Salud de Berriozar
- Centro de Salud Burlada
- Centro Salud Castejón
- Centro de Salud de Chantrea (Pamplona)
- Centro de Salud Casco Viejo (Pamplona)

- 
- Centro de Salud de Ermitagaña (Pamplona)
  - Centro de Salud de Elizondo
  - Centro de Salud de Estella
  - Centro de Salud de Huarte
  - Centro de Salud de Iturrama (Pamplona)
  - Centro de Salud de Larraintzar
  - Centro de Salud de Milagrosa
  - Centro de Salud Mendillorri
  - Centro de Salud de Noain
  - Centro de Salud de Rochapea (Pamplona).
  - Centro de Salud San Jorge (Pamplona)
  - Centro de Salud Ensanche (Pamplona)
  - Centro de Salud de Sangüesa
  - Centro de Salud de Olite
  - Centro de Salud de Santesteban / Doneztebe
  - Centro de Salud de Isaba
  - Centro de Salud de Orcoyen
  - Centro de Salud de Tafalla
  - Centro de Salud de Sarriguren
  - Centro de Salud de Villava
  - Centro de Salud de Zizur
  - Centro de Salud Villava
  - Centro de Salud de Vallatuerta
  - Centro de Salud de Tudela Este
  - Centro de Atención Sexual y Reproductiva. Andraize

**Consultorio:**

- Consultorio de Burgui
- Consultorio de Beriain

- 
- Consultorio Urzainqui
  - Consultorio de Roncal
  - Consultorio de Lumbier

### **Indicadores de accesibilidad en Galicia**

#### **Hospitales:**

- Hospital Santiago de Compostela (A Coruña)
- Hospital de Ourense (Ourense)

#### **Centros de Salud:**

- Centro de Salud. Boqueixón (A Coruña)
- Centro de Salud. Silleda (Pontevedra)
- Centro de Salud. Lestedo (A Coruña)
- Centro de Salud. Oca (Pontevedra)
- Centro de Salud. Carballiño (Ourense)
- Centro de Salud. Maside (Ourense)
- Centro de Salud. Bertamiráns, Ames (A Coruña)
- Centro de Salud (Ourense)
- Centro de Salud Santiago de Compostela (A Coruña)
- Centro de Salud Xuño, Porto do Son (A Coruña)
- Centro de Salud Brión (A Coruña)
- Indicadores de accesibilidad en Cataluña

#### **Hospitales:**

- Hospital Universitari Dr. Josep Trueta (Girona)
- Hospital Sant Joan de Deu (Barcelona)
- Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (Tarragona)
- Hospital Universitario Santa María de Lleida (Lleida)

#### **Centros de Salud:**

- Centro de Salud en Barcelona ciudad (no especifican) (Barcelona)
- Centro de Salud de Girona ciudad (no especifican) (Girona)

- 
- Centro de Salud en Hospitalet de Llobregat (no especifica) (Barcelona)
  - Centro de Salud de Manresa. (Barcelona)
  - Centro de Salud de Santa Coloma de Gramenet (no especifican) (Barcelona)
  - Centro de Atención Primaria Sant Andreu de la Barca. (Barcelona)
  - Centro de Atención Primaria Sant Genís (Barcelona)
  - Centro de Salud de Tortosa (no especifica) (Tarragona)
  - Centro de Salud en Lleida (no especifican) (Lleida)

**Otros:**

- Consultorio Barcelona ciudad (no especifica) (Barcelona)
- Consultorio Lleida (no especifica) (Lleida)





**CEMUDIS**  
Confederación Estatal de  
Mujeres con Discapacidad