

© UNFPA Julio 2018

El contenido de esta publicación está disponible en formatos accesibles.
Póngase en contacto con nosotros a la siguiente dirección y sitio con sus consultas.

Para información adicional que incluya metodología detallada, herramientas de recopilación de datos y otros materiales asociados con este documento de investigación, sírvase contactarnos en la siguiente dirección con su solicitud.

Dirección postal:
United Nations Population Fund
605 Third Avenue
Nueva York, NY, 10158

Consultas en línea: <https://www.unfpa.org/contact>

Créditos de imágenes: © Drazen, GettyImages; © 2015 Ghanshyam Kahar, Cortesía de Photoshare; © Maskot, GettyImages; © 2014 Sanghamitra Sarkar, Cortesía de Photoshare; © Ollivier Girard; © Imagesbybarbara, GettyImages; © Amanda Voisard, UN Photo; © Christopher Herwig, UN Photo; © Martin Bowra, GettyImages; © 2013 Md. Khalid Rayhan Shawon, Cortesía de Photoshare; © 2013 Mihail Kopychko, Cortesía de Photoshare; © Jaren Wicklund, GettyImages; © Funky Data, GettyImages.

Diseño y formato: Phoenix Design Aid, Dinamarca

JÓVENES CON DISCAPACIDAD:

ESTUDIO GLOBAL SOBRE CÓMO PONER FIN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y
HACER REALIDAD LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



// ÍNDICE

Reconocimientos	5
------------------------	----------

Introducción	7
Tomar en cuenta la discapacidad	9
Descripción general de la metodología	11
La Organización del Estudio	13

CAPÍTULO 1: COMPRENDER EL PROBLEMA **15**

I. Introducción	16
Resumen del capítulo	16

II. Las intersecciones de juventud, discapacidad y género	18
Discapacidad y discriminación	20
Jóvenes y discapacidad	22
Género y discapacidad	24

III. Violencia contra jóvenes con discapacidad	25
¿Por qué la violencia contra jóvenes con discapacidades está tan extendida?	27
El género y la experiencia de violencia entre mujeres jóvenes y niñas con discapacidad	28
Creencias y prácticas no favorables para los derechos humanos y formas especiales de violencia contra jóvenes con discapacidades	31
Respuestas a la violencia: acceso a la justicia para los jóvenes con discapacidad	35

IV. Salud sexual y reproductiva y derechos	38
Educación integral sobre la sexualidad y jóvenes con discapacidad	40
Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva	43
Esterilización forzada y aborto obligado	45
VIH/SIDA en jóvenes con discapacidad	46

CAPÍTULO 2: RECONOCER LOS DERECHOS DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN DIVERSOS CONTEXTOS **49**

I. Introducción	50
Resumen del capítulo	51

II. Crisis humanitaria y contextos frágiles	53
--	-----------

III. Pobreza y discapacidad	57
------------------------------------	-----------

IV. Escenarios rurales	61
-------------------------------	-----------

V. Inclusión en la prevención y respuesta al VIH	63
---	-----------

VI. Instituciones	65
--------------------------	-----------

VII. Visitas sobre el terreno en países	68
Ecuador	69
Marruecos	72
Mozambique	74
España	76

VIII. Conclusión	80
-------------------------	-----------

CAPÍTULO 3: LOS DERECHOS DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD: MARCOS NORMATIVOS INTERNACIONALES Y REGIONALES **81**

I. Introducción	82
Resumen del capítulo	82

II. Garantía de igualdad y no discriminación	82
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	84

Convención sobre los Derechos del Niño	88	Poniendo estrategias en acción	143
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	88	Fortalecimiento de los sistemas legales	146
Declaraciones, resoluciones y normas internacionales	89	Apoyar y empoderar a los supervivientes de la violencia	149
<hr/>		Presupuesto para la implementación	152
III. Prevención de la violencia y eliminación de las prácticas nocivas		Responsabilidad y estrategias de recopilación de datos	153
<hr/>		V. Prevención y respuesta a la violencia hacia los jóvenes con discapacidad en crisis humanitarias	
IV. Obtener derechos de salud sexual y reproductiva		159	
Mecanismos regionales	100	<hr/>	
Monitorización de las obligaciones del tratado y rendición de cuentas de los estados	113	VI. Conclusión	
<hr/>		160	
CAPÍTULO 4: PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD		115	
<hr/>		I. Introducción	
I. Introducción		116	
Resumen del capítulo	118	<hr/>	
<hr/>		II. Normas y estándares mundiales sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la inclusión de los jóvenes con discapacidad	
II. Prevención y respuesta a la vdg hacia los jóvenes con discapacidad		167	
Enfoque en la prevención de la violencia de género hacia los jóvenes con discapacidad	121	<hr/>	
Respetar los derechos de los jóvenes con discapacidad en las respuestas a la violencia de género	127	III. Estrategias nacionales e iniciativas regionales prometedoras para asegurar la salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes con discapacidad	
<hr/>		174	
III. Iniciativas multinacionales y regionales sobre prevención y respuesta a la violencia		Amplio marco jurídico basado en los derechos humanos	
130		174	
<hr/>		Servicios e intervenciones programáticas	
IV. Estrategias nacionales prometedoras para prevenir y responder a la violencia de género contra los jóvenes con discapacidad		180	
Marcos legales integrales	132	Educación integral sobre la sexualidad y jóvenes con discapacidad	
Implementar políticas para prevenir y responder a la violencia contra los jóvenes con discapacidad	138	182	
Planes nacionales de acción para prevenir y responder a la violencia contra los jóvenes con discapacidad	138	Acceso a los servicios de planificación familiar y anticonceptivos para jóvenes con discapacidad	
<hr/>		190	
		Servicios de atención a la salud materna	
		199	
		La inclusión de la discapacidad en los servicios de prevención, tratamiento y cuidado de ETS y VIH	
		203	
		Responsabilidad y estrategias de recopilación de datos	
		207	
<hr/>		IV. Conclusión	
		210	

CAPÍTULO 6: LA INCLUSIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL 211

I. Introducción 212

Resumen del capítulo 215

II. Lo que puede hacer la sociedad civil 218

Dar voz 219

Aumentar la toma de conciencia de las partes interesadas 222

Supervisar los derechos 224

Apoyo social y servicios 229

III. Barreras y facilitadores 234

Filtros y silenciamiento 236

Capacidad organizativa y acceso a los recursos 240

La exclusión social dentro del hogar, la comunidad y la sociedad civil 244

IV. Los jóvenes con discapacidad representados en la sociedad civil en todo el mundo 249

Redes de discapacidad globales y OPD internacionales 249

Latinoamérica y el Caribe 252

África Subsahariana 253

Estados Árabes 255

Asia y el Pacífico 255

Europa del este y Asia central 256

Europa occidental y Norteamérica 257

V. Conclusión 258

CAPÍTULO 7: RECOMENDACIONES 259

I. Resumen 260

Estándares internacionales 263

Métodos exhaustivos, integrados y de doble vía 263

Contexto e identidad específicos 264

Desarrollo de capacidades y fomento de la concienciación 265

Participación e inclusión de la sociedad civil 266

Control y evaluación 266

Recopilación de datos e investigación 267

Presupuestos que incluyan temas de discapacidad 267

II. Acabar con la violencia de género contra las personas con discapacidad 268

III. Hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos para los jóvenes con discapacidad 272

IV. Garantizar la inclusión de los jóvenes con discapacidad 276

Recomendaciones para los estados 276

Recomendaciones para las agencias de la onu, la sociedad civil, el ámbito académico, las comunidades y el sector privado 280

Notas 284

Textos alternativos para infografías 314

Anexos 323



// RECONOCIMIENTOS

Este Estudio fue iniciado y coordinado por la División de Género, Derechos Humanos y Cultura, de la División Técnica del UNFPA. Concretamente, el personal que dirigió, coordinó y apoyó el desarrollo de este Estudio incluye a Benoit Kalasa, Luis Mora, Leyla Sharafi, Tsovinar Harutyunyan, Emilie Filmer-Wilson y Anja Sletten.

Los coautores del Estudio son Megan McCloskey y Stephen Meyers. Los coautores dirigieron la investigación con la ayuda de Valerie Karr y Amy Weiss.

Distintos investigadores prestaron su ayuda para el Estudio en los cuatro países de las visitas de campo ofreciendo perspectiva y asistencia a la investigación durante las visitas de campo, así como aportaciones a las conclusiones del informe. Agradecemos a Jorge Vinicio Fernández Yépez (Ecuador), Azzouz Ettoussi (Marruecos), Estêvão Jacinto Marrima (Mozambique) y María del Pilar Gomiz Pascual (España) por sus aportaciones a esta investigación.

Queremos dar las gracias a Lola Martin Villalba de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), por su dedicación y apoyo a esta iniciativa. Este estudio también se ha beneficiado de las percepciones y experiencia del personal del UNFPA que realizaron valiosas aportaciones incluyendo a Upala Devi, Akiko Sakaue, Isatu Kajue, Anneka Knutsson, Erin Anastasi, Sylvia Wong, Ilya Zhukov, Satvika Chalasani, Danielle Engel, Neelam Bhardwaj, Darcy Allen, Seynabou Tall, Maria Bakaroudis, Bridget Asiamah, Enshrah Ahmed, Valentina Volpe, Nigina Abaszade, Idrissa Ouedraogo, Neus Bernabeu e Ingrid Fitzgerald. Además, queremos agradecer el apoyo y las aportaciones del personal de las Oficinas Nacionales del UNFPA en Ecuador, Marruecos y Mozambique, con un reconocimiento especial a Mario Vergara, Lola Valladares, Marcia Elena Alvarez, Pascale Barate, Agueda Nhantumbo, Won Young Hong, Abdel-Ilah Yaakoubd, Mohamed

Lardi, Jihad Zahir y Laila Acharai. Además agradecemos el amable apoyo del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), especialmente a Isabel Caballero Pérez.

Agradecemos a los siguientes expertos y especialistas los recursos tan valiosos aportados y sus contribuciones durante el Estudio a través de consultas virtuales y personales incluyendo como participantes en la Reunión del Grupo de Expertos y la Reunión del Grupo Asesor Técnico que se celebraron al comienzo del Estudio y durante la preparación del informe final del Estudio, respectivamente.

- James Aniyamuzaala, 360º Inclusion for All, Uganda
- Alessandra Aressu, Humanity & Inclusion (antes Handicap International)
- Rosangela Berman-Bieler, Disability Section, UNICEF
- Bonnie Brayton, DAWN-RAFH Canada
- Mussa Chiwaula, Federación Sudafricana de Personas con Discapacidad (SAFOD)
- Jennifer Collins-Foley, World Learning
- Marineia de Crosara de Resende, Federal University of Uberlandia, Brasil
- Vladimir Cuk, Alianza Internacional de la Discapacidad (IDA)
- Alex Devine, Nossal Institute for Global Health/University of Melbourne School of Population and Global Health
- Georgia Dominik, Alianza Internacional de la Discapacidad (IDA)
- Antony Duttine, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London
- Sue Eitel, Eitel Global LLC
- Nidhi Goyal, Point of View, India
- Nora Groce, Leonard Chesire Disability & Inclusive Development Centre, University College London
- Anastasia Holoboff, Women Enabled International (WEI)
- George Kayange, Federación Sudafricana de Personas con Discapacidad (SAFOD)

- Andrew Lange, Nathan Associates Inc.
- Elizabeth Lockwood, CBM International
- Mohammed Ali Loutfy, Disabled People's International, Región Árabe
- Maria Martinho, Naciones Unidas DAES, División de Política Social y Desarrollo, Secretaría de la ONU para la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Charlotte McClain-Nhlapo, Banco Mundial
- Sergio Meresman, Inter-American Institute on Disability Inclusive Development (iiDi), Uruguay
- Allan Ogwang Nume, Gulu Women with Disabilities Union, Uganda
- Stephanie Ortoleva, Women Enabled International (WEI)
- Emma Pearce, Comisión de Mujeres Refugiadas
- Sophie Pecourt, Humanity & Inclusion (antes Handicap International)
- Maya Sabatello, Programa de Derechos de Personas con Discapacidad en la sociedad, Universidad de Columbia
- Ruci Senikula, Foro sobre Discapacidad del Pacífico, Fiji
- Megan Smith, Alianza Internacional de la Discapacidad (IDA)
- Myroslava Tataryn, Humanity & Inclusion Canadá
- Cathy Vaughan, Universidad de Melbourne, Facultad de Población y Salud Global
- Rolando Villamero, Grupo de Defensa de la Juventud del Secretario General de las Naciones Unidas y GLOBI (Observatorio Global para la Inclusión)

También nos gustaría reconocer y dar las gracias a los investigadores estudiantes de la Universidad de Washington que brindaron su ayuda y perspectiva para el Estudio. Se incluyen:

- Miembros de la Universidad de Washington, Facultad Henry M. Jackson de Investigación Aplicada a Estudios Internacionales Equipo de proyecto: Sara Curran, Asesora de la Facultad y alumnos Stephanie Hansen, Adam Khan, Betz Mayer, Devon Stark, Zack Tarhouni y Rangsey Touch.
- Becarios de investigación en Lotus Circle, una ONG con sede en Seattle: Daisy Clemente, Lindy Madsen, Kyle Nelson, Julia Ragsdale y Shirlee Sophia Watson.

Por último, queremos dar las gracias a todos los demás participantes y ayudantes en este Estudio, que han ofrecido generosamente su tiempo y ayuda durante toda la preparación del Estudio. El Estudio no hubiera sido posible sin ellos. Lo que es más importante, queremos dar las gracias a las numerosas organizaciones de base y actores, además de jóvenes con discapacidad que han compartido su tiempo, su experiencia y su asesoramiento con los investigadores y el UNFPA.

// INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, más de mil millones de mujeres y hombres, niños y niñas están viviendo con alguna forma de discapacidad¹. A pesar de que la mayoría de las personas experimentarán discapacidad en algún momento de su vida, entender el significado de la discapacidad y su impacto en la capacidad de cada individuo para participar activamente en la vida social, económica, sociocultural y política sigue siendo un reto. Las barreras físicas, sociales y legales siguen limitando el acceso a la educación, la asistencia sanitaria incluyendo la salud sexual y reproductiva (SSR), el empleo, las actividades de ocio y la vida familiar para millones de personas con discapacidad a nivel mundial². Estas barreras pueden ser sumamente pronunciadas para los jóvenes con discapacidad.

Se estima que aproximadamente 180 a 200 millones de personas con discapacidad a nivel global son de edades comprendidas entre los 10 y 24 años³. Jóvenes con discapacidad⁴ son como los jóvenes de todo el mundo: Tienen sueños y ambiciones, intereses y deseos, y esperanzas para su futuro. Pero los jóvenes con discapacidad se enfrentan a desventajas sociales persistentes a nivel mundial que surgen de la discriminación, el estigma y los prejuicios, así como de la falta rutinaria de incorporar la discapacidad en el diseño de políticas y programas. Las barreras físicas, socioeconómicas, socioculturales y legales siguen limitando el acceso a la educación, la asistencia sanitaria incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), el empleo, las actividades de ocio, y la vida familiar para millones de personas con discapacidad a nivel mundial; y la violencia contra jóvenes con discapacidad es generalizada⁵.

Las personas con discapacidad, incluidos los jóvenes con discapacidad, están en mayor riesgo de vivir en pobreza que sus pares sin discapacidad⁶. Son mucho más vulnerables ante la violencia, incluida la violencia de género, y es menos probable que

acudan a la escuela. Reciben muy poca información sobre la pubertad, la sexualidad y las relaciones saludables, lo que los hace más vulnerables a la explotación sexual y les niega el derecho de llevar una vida sexual satisfactoria, elegir casarse y tener hijos.

El paso seguro de la infancia a la vida adulta es el derecho de cada persona, incluidas aquellas con discapacidad. Pero más allá del derecho a la seguridad, los jóvenes de todo el mundo tienen derecho a participar en su comunidad, de hablar y ser escuchados, de diseñar y participar en los avances tecnológicos, de ser creativos, y de asumir el liderazgo en asuntos que les atañen. La plena inclusión de jóvenes con discapacidad significa reconocer que ellos también tienen derecho a participar activamente en la sociedad como miembros equitativos, con los mismos derechos y privilegios como los de los demás jóvenes.

A los jóvenes con discapacidad se les ha reconocido reiteradamente como tenedores de derechos en los acuerdos internacionales. El Programa de Acción, adoptado en 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, incluye tres objetivos y sus respectivas acciones recomendadas relacionadas directamente con personas con discapacidad. Estos objetivos incluyen: a) Asegurar el reconocimiento de los derechos de todas las personas con discapacidad y su participación en todos los aspectos de la vida social, económica y cultural; b) Crear, mejorar y desarrollar las condiciones necesarias que aseguren oportunidades iguales para personas con discapacidad y la valoración de su capacidad en el proceso del desarrollo social y económico; y c) Asegurar la dignidad y fomentar la autosuficiencia de personas con discapacidad.

La Convención de 2006 de las Naciones Unidas sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD) reconoce el derecho de personas con discapacidad de todas las edades al disfrute pleno de todos los derechos humanos, incluido

el derecho a la participación en la sociedad en condiciones de igualdad y el derecho a llevar una vida con dignidad.

De igual manera, la Agenda de 2030 para el Desarrollo Sostenible insta a los Estados a promover un desarrollo inclusivo que reconozca el derecho de personas con discapacidad a la igualdad de acceso a la educación y el empleo entre otras cosas. Fija metas para la acción de los Estados para eliminar la violencia contra todas las niñas y mujeres, incluidas aquellas con discapacidad, y para asegurar el acceso a todo el mundo a los servicios de salud sexual (SSR) y a la educación.

En la Agenda de 2030 para el Desarrollo Sostenible, la comunidad global se ha comprometido a no dejar atrás a nadie. Para hacer realidad este compromiso para jóvenes con discapacidad, los gobiernos deben invertir en los jóvenes y asegurar que los jóvenes con discapacidad tengan las oportunidades, el conocimiento y las destrezas que necesiten para llevar una vida saludable, completa y productiva.

Los gobiernos deben actuar también de forma proactiva, identificando y eliminando los obstáculos que impiden a los jóvenes con discapacidad alcanzar su pleno potencial. Este informe pretende asistir a los gobiernos a lograr esta meta.

En 2016, al reconocer que los jóvenes con discapacidad son colaboradores fundamentales en los esfuerzos por crear sociedades pacíficas y más igualitarias a nivel mundial, el UNFPA, con el apoyo económico de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), y diversos socios más, lanzó el programa NOSOTROS DECIDIMOS para apoyar los esfuerzos de mujeres y jóvenes con discapacidad a la hora de hacer que se escuche su voz. Como se afirmó en el lanzamiento del programa, NOSOTROS DECIDIMOS tiene como finalidad aumentar la contribución de los jóvenes a la paz, la justicia social y los derechos humanos, y también a la eliminación de barreras y estereotipos⁷.

Los jóvenes no son solamente pacientes, clientes y beneficiarios de los servicios y programas sanitarios. Los jóvenes son proveedores, líderes, y defensores que pueden llevarnos a una vida futura más saludable, y efectivamente lo harán. Están listos para diseñar políticas y programas que cumplan con sus necesidades y las de sus pares⁸.

Para aumentar la visibilidad de los jóvenes con discapacidad ante los responsables de la política y los defensores, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) encargó este estudio como parte del programa NOSOTROS DECIDIMOS. El estudio proporciona lo siguiente:

1. Un análisis actualizado sobre la situación de jóvenes con discapacidad con respecto a la discriminación y la violencia sexual, incluidos los efectos sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR);
2. Una evaluación detallada de los desarrollos legales, normativos y de programación así como buenas prácticas específicas en la prestación de servicios junto con medidas sobresalientes de prevención y protección; y
3. Recomendaciones detalladas sobre políticas y programación para ayudar al UNFPA en la elaboración de un programa integral en este campo.

El estudio pretende contribuir al fortalecimiento de leyes y políticas nacionales que fomentan la inclusión social y la igualdad de género para el beneficio de jóvenes con discapacidad, sobre todo las mujeres jóvenes y niñas con discapacidad; eliminar la discriminación contra ellas, particularmente en lo que se refiere al acceso y disfrute de sus derechos de salud sexual y reproductiva y a la prevención de la violencia de género y a los servicios de respuesta; y reconocer y promover su derecho a ser miembros activos de la sociedad con una capacidad

reconocida para tomar decisiones sobre asuntos que les afectan. El estudio pretende asimismo identificar áreas en las que faltan datos o en las que éstos son insuficientes y donde sería de valor una investigación adicional.

El empoderamiento de los jóvenes con discapacidad con conocimiento e información acerca de derechos de salud sexual y reproductiva es una de las claves del cambio.

–Aniyamuzaala James Rwampigi, ex presidente de la Red Africana de Jóvenes con Discapacidad

La audiencia deseada incluye entidades gubernamentales pertinentes, agencias de las Naciones Unidas (ONU), defensores de derechos humanos y organizaciones de la sociedad civil (OSC), incluidas organizaciones de personas con discapacidad (OPD), organizaciones de mujeres, y organizaciones juveniles. Incluidos en esta audiencia se encuentran individuos que trabajan para velar por que los jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y niñas con discapacidad, puedan disfrutar del acceso a sus derechos de salud sexual y reproductiva y a la prevención de la violencia de género y a los servicios de respuesta. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es la agencia líder de las Naciones Unidas para lograr un mundo donde cada embarazo es deseado, cada nacimiento sea seguro y el potencial de cada joven se vea cumplido. Como parte de este encargo, la labor del UNFPA sobre la discapacidad se ha centrado en asegurar que las mujeres, los adolescentes y los jóvenes estén a salvo de discriminación y violencia, y estén empoderados para tomar decisiones con respecto a su SSR y sus opciones de vida. Este estudio pretende fomentar los derechos humanos y la inclusión social de los jóvenes con discapacidad, haciendo hincapié en el acceso a los servicios de prevención y respuesta contra la VDG además del acceso y disfrute de los servicios relacionados con sus derechos de SSR, así como el acceso a la información y la educación.

TOMAR EN CUENTA LA DISCAPACIDAD

La discapacidad es un concepto complejo y dinámico. Entre otros retos, su significado en la vida de personas con impedimentos no es uniforme⁹. Los individuos con deficiencias de movilidad pueden sufrir la discapacidad de una forma que difiera significativamente de los que tienen una discapacidad intelectual. De igual manera, los que nacen con alguna deficiencia sufrirán la discapacidad de una manera muy distinta a los que adquieren una deficiencia en el transcurso de su vida. El Capítulo 1 ofrece una discusión más a fondo sobre las formas en que se ha especulado sobre la discapacidad a lo largo del tiempo y las consecuencias que eso ha traído. Pero por ahora es importante notar que muchas de las barreras discriminatorias a que se enfrentan los jóvenes con discapacidad resultan de actitudes y supuestos negativos o paternalistas sobre lo que significa ser una persona con discapacidad. Con demasiada frecuencia las barreras a la plena inclusión a que se enfrentan los jóvenes con discapacidad son sencillamente el resultado de que los planificadores, los responsables de la política, los legisladores, los activistas y otros no tomaron en cuenta la discapacidad en toda su diversidad.

La discapacidad es parte del curso normal de la vida - algo que afectará a casi todo el mundo en algún momento de su vida¹⁰.

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja la interacción entre las características del cuerpo de una persona y las características de la sociedad en que vive. La superación de las dificultades que afrontan las personas con discapacidad requiere intervenciones para eliminar las barreras sociales y ambientales.

–Organización Mundial de la Salud¹¹

La discapacidad es parte de la diversidad de la experiencia humana. El tomarla en cuenta requiere más que el sólo hacer accesibles estructuras y programas existentes. La inclusión plena exige que los Estados, los donantes y los actores de la sociedad

civil de todos tipos, redacten leyes y políticas y diseñen programas de una manera que reconozca lo diversificado que es la experiencia humana, sobre todo entre los jóvenes. En lugar de planificar para una norma de personas sin discapacidad, que luego puede hacerse accesible a los que no se encajan en esa norma, la inclusión plena insiste en una auténtica *igualdad* de participación que toma en cuenta la posibilidad y probabilidad de la diferencia.

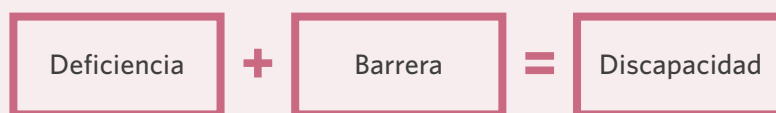
Cuando se trata de personas, no existe la ‘normalidad’ como tal. Las interacciones que diseñamos con la tecnología dependen en gran medida de lo que podemos ver, escuchar, decir y tocar. Suponer que todos esos sentidos y habilidades están plenamente habilitados en todo momento da lugar a la posibilidad de omitir gran parte de la diversa humanidad.

–Microsoft¹²

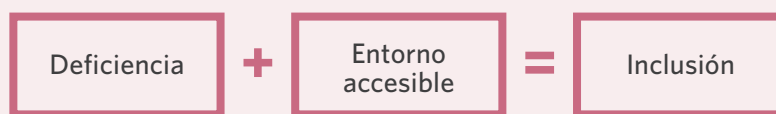
Este estudio documenta dónde persisten las barreras contra la plena inclusión de jóvenes con discapacidad, especialmente en lo que se refiere al cumplimiento de sus derechos de salud sexual y reproductiva y a la prevención de la violencia de género y a los servicios de respuesta, y proporciona ejemplos concretos de los pasos prometedores que están dando los Estados a fin de abordar y eliminar estas barreras. Aunque cada Estado tiene sus propias fortalezas y retos individuales, las intervenciones resaltadas en este estudio están tomadas de contextos diversos en todo el mundo e ilustran el potencial de todos de tomar medidas significativas para la inclusión y cumplimiento de los derechos de jóvenes con discapacidad.

DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN

En pocas palabras, la discapacidad se puede definir como la relación entre la deficiencia de una persona y su entorno. Cuando se facilitan entornos inclusivos y accesibles para todos, una deficiencia por ella misma no conducirá a la discapacidad. CBM ha desarrollado dos ecuaciones para simplificar esta compleja relación:



O MEJOR:



Nota: Un texto alternativo para la infografía está disponible como un anexo [aquí](#).

Fuente: CBM International (2017). *Juego de Herramientas para el Desarrollo Inclusivo para Personas con Discapacidad*.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA METODOLOGÍA

La investigación emprendida para este informe incluyó una extensa revisión bibliográfica, consultas con expertos y defensores nacionales e internacionales mediante entrevistas medio estructuradas, y la distribución de encuestas, visitas de campo en cuatro países, y una revisión del asesoramiento técnico en dos reuniones celebradas en la oficina central del UNFPA en Nueva York y mediante presentaciones escritas.

Investigación basada en derechos: coproducción y captación de jóvenes con discapacidad¹³

Uno de los principios centrales del movimiento de derechos para discapacitados es 'nada sobre nosotros, sin nosotros'. El proceso de investigación para este informe buscó hacer honor a ese principio al incluir lo más posible a personas con discapacidad, particularmente jóvenes con discapacidad. Las personas con discapacidad fueron los miembros principales de este grupo de expertos quienes comentaron sobre el diseño de la investigación, contribuyeron a su desarrollo y brindaron orientación técnica sobre sus hallazgos y recomendaciones. Más aun, durante el proceso de la investigación, el equipo de investigadores consultó con miembros de las Organizaciones de Personas Discapacitadas en función de interesados y declarantes claves, y recibió orientación sobre cómo estaban enmarcados los temas.

Además de eso, durante cada una de las cuatro visitas de campo, los investigadores sostuvieron reuniones con grupos de sondeo comprendidos por jóvenes con discapacidad, y se comunicaron también con organizaciones manejadas por jóvenes para invitar a sus miembros a participar en el estudio, incluyendo muchos miembros con discapacidad. Entre estas organizaciones se incluían YouAct, con base en Europa; FRIDA - el Fondo de Feministas Jóvenes; y participantes en el Programa Líderes Jóvenes de Women Deliver, entre otros.

Un pequeño grupo de estudiantes universitarios, incluidos estudiantes con discapacidad, también apoyó el equipo de investigadores durante el curso del estudio.

Aunque los aportes de jóvenes con discapacidad están incorporados lo más posible en el informe, no representan la gama completa de experiencia de jóvenes con discapacidad a nivel global, a quienes, como indica el informe, se les niega frecuentemente el acceso a la educación, habilidades, asociaciones y tecnología que fuera necesario para que pudieran participar. Tampoco puede considerarse como representativo de todos los tipos de impedimento, ya que casi todos los que participaron estaban asociados con organizaciones que representan tipos de impedimentos discretos. Las voces de personas jóvenes con discapacidad intelectual en particular son las que más probablemente falten en estas páginas, lo que refleja su marginalización en comunidades en todo el mundo.

Reconocer la diversidad de personas jóvenes con discapacidad

Los jóvenes con discapacidad no son un grupo uniforme y constituyen una población mucho más amplia de lo que se refleja actualmente en la investigación existente o en el lenguaje de la política. Los jóvenes con discapacidad, al igual que sus pares sin discapacidad, tienen identidades diversas de género, raza, origen étnico y clase, entre muchos otros, pero los datos que reconocen identidades entrecruzadas, especialmente las identidades de género, entre personas jóvenes con discapacidad son escasos. En su lugar, tal como se discutió en los Capítulos 1 y 4, la investigación que da consideración a la violencia de género contra jóvenes con discapacidad tiende a centrarse en la experiencia de las personas que se identifican como mujeres y niñas, aunque existe un pequeño pero creciente cuerpo de investigación sobre la violencia sexual contra hombres y niños con discapacidad. La investigación sobre las experiencias de mujeres u hombres transexuales, u otros miembros de la comunidad LGBTYQI (lesbianas, gays, bisexuales,

transgénero, queer o en duda, e intersexuales) es prácticamente ausente. Existen lagunas similares en la investigación y análisis de otros grupos marginalizados e identidades entrecruzadas que incluyen jóvenes con discapacidad.

De igual manera, el lenguaje existente en la política acerca de la igualdad de género y la prevención de la violencia de género, y los servicios de respuesta, refleja típicamente una manera binaria de abordar el género, al condenar la violencia contra mujeres y niñas (VAWG, por sus siglas en inglés) sin reconocer la posibilidad de violencia contra hombres y niños, además de hombres y mujeres transgénero y otras identidades dentro del espectro de género.

Aunque este informe refleja en gran parte la terminología utilizada en el discurso público y en la investigación existente, los autores reconocen la necesidad de una mayor inclusión de *todos* los jóvenes con discapacidad en las recomendaciones incluidas en el Capítulo 7, comenzando con el lenguaje que utilizamos para reconocer a los jóvenes con discapacidad que son los supuestos beneficiarios de las políticas y los programas.

Los lectores observarán asimismo que aunque este informe resalta la naturaleza interseccional de la discriminación, sobre todo la discriminación contra jóvenes con discapacidad, este informe no puede proporcionar un panorama integral de todas las formas de discriminación que podrán sufrir los jóvenes con discapacidad. Los jóvenes con discapacidad son tan diversos como la población global y pueden ser objeto de la discriminación en base a raza, origen étnico, clase, origen indígena, y una gran cantidad de otros motivos además de la discriminación en base a edad, sexo y discapacidad que se ha discutido en este informe.

Las iniciativas prometedoras se beneficiarían del monitoreo y evaluación

Este informe adopta un enfoque de estudios de caso diseñado para resaltar los pasos prometedores que los Estados están tomando para promover los derechos

de jóvenes con discapacidad. La investigación por estudios de caso se usa por su naturaleza específicamente en casos arraigados en contextos de entorno particulares, por lo que la generalización es más difícil así que en la investigación con una base amplia. Sin embargo la importancia de los estudios de caso es la de preservar la complejidad de casos que se pierden frecuentemente en las muestras más amplias, y desempeñar un papel generativo en la identificación de temas, principios y patrones que puede utilizarse en el desarrollo de nuevas investigaciones en campos donde existe poco conocimiento. En breve, inicia el proceso de rellenar las lagunas en el conocimiento existente.

Los estudios de caso contenidos en este informe resaltan las iniciativas que se consideran prometedoras de tal forma que se ajustan a las directrices reconocidas de buenas prácticas, o son considerados por activistas como pasos positivos, o demuestran serlo mediante las evaluaciones publicadas. Muchas de las iniciativas descritas son el producto de alianzas con la sociedad civil, y reflejan la coordinación de servicios con múltiples interesados, que de por sí es una buena práctica. Los ejemplos proporcionados no son exhaustivos, ni se puede suponer que funcionen en todas las ubicaciones ni para todas las personas. Los investigadores no han monitorizado independientemente ninguna de las intervenciones descritas, ni han evaluado independientemente su sostenibilidad o implantación satisfactoria.

Cada iniciativa discutida aquí se reconoce como un solo paso en un proceso independiente más amplio para asegurar que los jóvenes con discapacidad puedan acceder y disfrutar de sus derechos. Es preciso tomar nota de que aunque cada uno de estos pasos puede ser necesario, ninguno de ellos solo es suficiente en sí mismo. Las leyes que no se implementan pueden tener poco efecto, y las políticas para las cuales no se comprometen los recursos o para las cuales nadie rinde cuentas es poco probable que logren sus objetivos. Para que los gobiernos aseguren que los jóvenes con

discapacidad puedan disfrutar de sus derechos y libertades en la misma base como sus pares sin discapacidad, los gobiernos deben adoptar un enfoque integral que informa y capta a los interesados de múltiples sectores, incluidos los propios jóvenes con discapacidad. Los pasos hacia ese compromiso se detallan a continuación.

Se requiere mayor investigación para aumentar la visibilidad de jóvenes con discapacidad

No existen actualmente estimaciones globales fiables y representativas de la cantidad y proporción de niños con discapacidad. La escasez de estadísticas rigurosas y comparables ha contribuido a la falsa idea de que la discapacidad no es una preocupación importante con respecto a la salud global y los derechos humanos¹⁴.

Los retos a que se enfrentan los jóvenes con discapacidad se ven agravados por la falta de información acerca de sus experiencias vividas, sobre todo información que toma en cuenta la diversidad de jóvenes con discapacidad y las formas entrecruzadas de discriminación. Con demasiada frecuencia la investigación que aborda a personas con discapacidad no toma en cuenta las experiencias individuales de niños y adolescentes con discapacidad. De igual manera, la investigación que se centra en la prevención de la violencia de género o al acceso y disfrute de sus derechos de salud sexual y reproductiva no incluye las personas con discapacidad.

Este estudio pretende llenar el vacío en la investigación y ofrece sugerencias para el camino hacia adelante.

LA ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio es la culminación de la investigación primaria y secundaria para comprender las barreras

con los que tienen que lidiar los jóvenes con discapacidad para lograr sus derechos de salud sexual y reproductiva y su derecho a vivir libres de violencia, en particular la violencia de género. Identifica y describe los pasos prometedores que han tomado los Estados para garantizar esos derechos. En este sentido, contribuye al creciente cuerpo de literatura sobre las obligaciones y acciones de los Estados de invertir en jóvenes e incluirlos en las leyes, políticas y programación de manera que puedan alcanzar su pleno potencial como miembros equitativos de la sociedad.

El Capítulo 1 describe el contexto situacional en el que los jóvenes con discapacidad buscan ejercer sus derechos. Discute la naturaleza agravante de la discriminación a la que están sometidos demasiado frecuentemente los jóvenes con discapacidad, debido a su discapacidad, su poca edad y su género. Luego, el Capítulo 1 pasa a resaltar las formas en que los jóvenes con discapacidad son vulnerables ante la violencia, especialmente la violencia de género y los obstáculos a que se enfrentan cuando solicitan servicios y a la hora de obtener apoyo para responder a dicha violencia. El Capítulo 1 concluye con una discusión de cómo se vuelven más difíciles los retos de acceder y ejercer sus derechos de salud sexual y reproductiva debido a la inaccesibilidad, la falta de autonomía, y el limitado empoderamiento, entre otras cosas.

El Capítulo 2 continúa con la discusión sobre el contexto situacional y recalca el hecho de que el tiempo y el espacio tienen efectos profundos sobre la capacidad de los jóvenes discapacitados para acceder a sus derechos de salud y seguridad. En las crisis humanitarias y entornos de pocos recursos, los jóvenes con discapacidad tienden a ser los últimos en recibir una atención significativa. Sigue siendo demasiado común el internamiento de personas con discapacidad y esto coloca a los jóvenes en espacios donde la negación de sus derechos es rutinaria y las tasas de violencia son profundas. El Capítulo 2 incluye también un análisis comparativo de los cuatro Estados donde

se ha llevado a cabo la investigación de campo; estos son contextos representativos en los que los responsables de la política deben fijar prioridades y tomar medidas para promover la inclusión de jóvenes con discapacidad.

El Capítulo 3 plantea los marcos normativos internacionales y regionales que establecen las obligaciones de los Estados de prevenir y responder a la violencia contra jóvenes con discapacidad y asegurar su acceso y disfrute de sus derechos de salud sexual y reproductiva.

El Capítulo 4 resume las estrategias efectivas para prevenir y responder a la violencia de género e incluye estudios de caso de programas prometedores a nivel internacional, regional, y estatal.

El Capítulo 5 describe las buenas prácticas en la promoción de la realización de los derechos de salud sexual y reproductiva para jóvenes con discapacidad.

El Capítulo 6 discute la importancia de la inclusión, asociación y compromiso de las organizaciones de las OSC en todas las etapas del desarrollo de políticas y de programas.

El Capítulo 7 presenta recomendaciones detalladas para la acción a fin de asegurar que los jóvenes con discapacidad puedan alcanzar el pleno disfrute de sus derechos.

A lo largo de cada Capítulo se hace un esfuerzo para identificar y resaltar el progreso logrado a nivel regional y nacional y de brindar listas de control para acción que funjan de orientación para los interesados y los responsables de política. Cada Capítulo incluye asimismo casillas de texto donde se destaca información adquirida durante las cuatro visitas de campo, resaltando los pasos prometedores tomados en Ecuador, Marruecos, Mozambique y España.

El estudio identificó múltiples áreas en las que están progresando las OSC, los responsables de políticas nacionales, las entidades regionales de monitorización y las organizaciones internacionales, en la reducción y eliminación de la discriminación contra los jóvenes con discapacidad. Este informe busca favorecer esa labor importante y contribuir al movimiento global, sin dejar atrás a nadie.

// CAPÍTULO 1

COMPRENDER EL PROBLEMA

// I. INTRODUCCIÓN

Un requisito previo fundamental para los jóvenes con discapacidad para participar por completo en todos los aspectos de la vida social, económica y política es la libertad de ejercitar su capacidad; la libertad para tomar decisiones por sí mismos sobre todos los aspectos de sus vidas. A menudo, a los jóvenes con discapacidades se les niega la capacidad por un estigma y perjuicio que asume que son menos capaces de lo que son, por leyes o normas que legalizan la discriminación contra los jóvenes con discapacidades, y mediante barreras físicas y falta de atención a los derechos de los jóvenes con discapacidades para acceder a la información y los espacios públicos. Cuando a los jóvenes con discapacidad se les niega la autonomía, tienen menos posibilidades de acceder a los servicios que necesitan, como la atención sanitaria, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), educación, tecnologías de la información, y empleo, lo que tiene importantes consecuencias para su desarrollo.

Se nos ha mentido sobre la discapacidad... Se nos ha vendido la idea de que la discapacidad es algo malo y que vivir con una discapacidad hace que sea excepcional. No es algo malo. Y no le hace excepcional.

La discapacidad no le hace excepcional. Pero cuestionar qué piensa que sabe sobre ella lo hace.

–Stella Young, TEDxSydney, Abril 2014

Reconociendo que no todos los jóvenes con discapacidad son iguales, las siguientes secciones exploran las formas en las cuales las experiencias sociales sobre la juventud, la discapacidad y el género se entrecruzan y crean barreras que impiden que los jóvenes con discapacidad ejerzan su autonomía y satisfagan sus derechos humanos en dos áreas importantes: la libertad de vivir sin

violencia, especialmente la violencia de género (VDG), y la libertad para decidir sobre sus propias vidas sexuales y reproductivas. La edad y el género son dos entre los muchos factores que se entrecruzan que pueden afectar a cómo la discriminación se manifiesta contra los jóvenes con discapacidades. La raza, etnia, religión, clase, indigenidad, y otras muchas categorías y contextos sociales pueden hacer surgir la discriminación o afectar a cómo se sufre. Además, las identidades de género también pueden llevar a un tratamiento discriminatorio. El equipo de investigación reconoce que hay muchas formas en las cuales las diversas identidades pueden complicar y dar lugar a la discriminación; sin embargo, una discusión completa sobre este tema está más allá del alcance de este estudio. Se necesita más investigación para garantizar que todas las formas de discriminación contra los jóvenes con discapacidades se sacan a la luz y se eliminan.

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Este Capítulo comienza con una visión general de los conceptos cambiantes de la discapacidad y el grado al cual estos han reforzado o cuestionado las actitudes negativas hacia las personas con discapacidades que a menudo dan lugar a tratamiento discriminatorio. Analiza cómo la juventud, género y la experiencia social de la discapacidad se entrecruzan y pueden limitar la capacidad de los jóvenes con discapacidades para disfrutar por completo de sus derechos humanos. Además, este Capítulo explora conclusiones de recientes investigaciones sobre las vulnerabilidades hacia la violencia de los jóvenes con discapacidades, las barreras a las que deben enfrentarse para responder a dicha violencia, y la discriminación a la hora de acceder y disfrutar de su salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR). Cada sección destaca cómo y cuándo la edad y el género se entrecruzan con la discapacidad para hacer que los derechos estén más y menos disponibles para los jóvenes con discapacidades.

PUNTOS CLAVE

- La libertad para ejercitar la capacidad —la **libertad para tomar decisiones propias** sobre todos los aspectos de sus vidas; es esencial para el derecho de los jóvenes con discapacidades participar por completo en la vida social, económica y política. **A los jóvenes con discapacidades se les niega demasiado a menudo la capacidad por estigma y perjuicio, las leyes contra la discriminación y las barreras físicas** y la falta de atención a los derechos de los jóvenes con discapacidades para acceder a la información y los espacios públicos.
- Los jóvenes con discapacidades son vulnerables a la discriminación en base a su edad, su género, y su discapacidad, entre otros factores. **Múltiples formas de discriminación se entrecruzan y agravan las desventajas existentes**, aumentando la vulnerabilidad de los jóvenes con discapacidades a ser denegados de sus derechos humanos.
- **La discapacidad es un concepto complejo, dinámico y cambiante.** Las barreras para la inclusión completa de los jóvenes con discapacidad son sociales, medioambientales, y físicas, y no todas las barreras las sufren los jóvenes con discapacidades de la misma forma.
- **Reconocer cómo los diferentes sistemas de opresión se entrecruzan para dar forma a las experiencias de discriminación es esencial** para comprender completamente la variedad diversa y compleja de los efectos que pueden tener en la práctica.
- Los jóvenes con discapacidades, especialmente las mujeres jóvenes y niñas con discapacidades, son **más vulnerables a la violencia** que aquellas sin discapacidades. Se enfrentan a diferentes formas de violencia, incluyendo **abuso físico, sexual, psicológico y emocional; acoso, coacción, institucionalización, tráfico y esterilización forzosa; y creencias y prácticas no favorables para los derechos humanos como matrimonio infantil y mutilación genital femenina.**
- A los jóvenes con discapacidad, especialmente a las mujeres jóvenes y niñas con discapacidad, a menudo se les **niega el acceso a la justicia y a los servicios de respuesta para víctimas** de violencia sexual y de género.
- Los jóvenes con discapacidades se enfrentan a **desigualdades persistentes** a la hora de acceder a servicios SSR, que se ven agravadas por la discriminación basada en edad, género y discapacidad.
- Las dificultades a las que se enfrentan los jóvenes con discapacidades a la hora de acceder a sus derechos se ven **agravadas por la pobreza, los riesgos asociados con los entornos de conflicto y las crisis humanitarias, y la institucionalización.**
- La **recopilación de datos que está desglosada por discapacidad, sexo, y edad es crítica** para comprender la situación de los jóvenes con discapacidades y para comunicar políticas que garantizarán la inclusión y los derechos humanos de estos jóvenes con discapacidades.

// II. LAS INTERSECCIONES DE JUVENTUD, DISCAPACIDAD Y GÉNERO

Hay más personas jóvenes entre las edades de 10 y 24 años vivas actualmente que en ningún otro momento de la historia¹⁵. La forma en que estos jóvenes realicen su transición a la edad adulta será un determinante importante del tipo de futuro que podrán disfrutar y una reflexión poderosa sobre la seriedad con la que la comunidad global asume su compromiso en la Agenda de 2030 para el Desarrollo Sostenible de «no dejar a nadie atrás». Se acepta ampliamente que invertir en jóvenes tiene sentido económico y es esencial para el desarrollo sostenible. Pero como señalan los defensores de la juventud, comprometerse por completo y capitalizar las habilidades y creatividad de los jóvenes requiere el reconocimiento de los derechos humanos de los jóvenes —de todos los jóvenes—, a participar plenamente en sus comunidades y en la sociedad global¹⁶.

Los jóvenes con discapacidades comparten los mismos derechos y aspiraciones que sus iguales sin discapacidades, y tienen el mismo poder para dar forma a un futuro sostenible para todos. Se estima que hay 270 millones de jóvenes con discapacidades en todo el mundo, y la mayoría de ellos viven en países en desarrollo. Para su poder y potencial de ser aprovechados completamente, los jóvenes con discapacidades deben hacerse visibles y debe permitírseles ejercitar su capacidad.

Todos los jóvenes se enfrentan a obstáculos en el camino a su vida adulta, y esos obstáculos varían durante las diferentes etapas de la vida. En algunas partes del mundo, cuando una niña cumple 10 años, se considera que está lista para el matrimonio¹⁷. Se estima que 47.700 niñas de 17 años o menos se

casan cada día en los países en desarrollo¹⁸. Para cuando las niñas lleguen a la edad de 19 años, 1 de cada 3 estará casada y muchas de ellas habrán dado a luz, y ninguna de estas cosas habrá sido por propia elección¹⁹.

Es probable que los adolescentes también se enfrenten a desafíos a la hora de acceder a servicios sanitarios y realizar elecciones positivas sobre su salud. Más de la mitad de los adolescentes entre 10 y 19 años viven en países con altos niveles de desnutrición y elevadas tasas de infección con el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), lesiones y violencia. Cuando los adolescentes son sexualmente activos pero carecen de información sobre los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) o el uso de anticonceptivos, o no pueden negociar el uso de anticonceptivos, están en riesgo. Uno de cada siete nuevos contagios de VIH se produce durante la adolescencia²⁰.

Para los jóvenes con discapacidades, estos desafíos pueden ser aún más significativos. Existe una evidencia creciente que los jóvenes con discapacidades de todo el mundo están desproporcionalmente aislados en sus comunidades, tienen muchas menos posibilidades que sus iguales de conseguir los mismos resultados de educación y empleo, y a menudo no pueden crear una familia o establecer parejas sexuales saludables. Estos resultados, que se dan en los países desarrollados y en desarrollo por igual, significan que muchos jóvenes con discapacidades no pueden realizar una transición correcta hacia la madurez, definida para los fines presentes de asumir “roles de adulto” en sus comunidades. Aunque algunos roles de adulto pueden definirse de forma diferente en las culturas específicas, la noción de poder participar por completo en el desarrollo social, económico y político de una sociedad está ampliamente compartida en todo el mundo.

CÓMO SUENA EL EMPODERAMIENTO

En 2011, la Red de Jóvenes Africanos con Discapacidad se fundó para unir a los jóvenes africanos con grupos de discapacidades para dar a los jóvenes con discapacidades una voz en todo el continente. En 2012, Robert Ssewagudde, el líder del grupo activista para los derechos de los discapacitados de Uganda, se unió a la red y asistió a la conferencia Elevar nuestras voces para la inclusión, con el apoyo de las Fundaciones de la Sociedad Abierta y World Enabled. Durante la conferencia, Robert describió su sentimiento de empoderamiento:

En mi comunidad, si alguien está sordo, abusan de él. Se te llama Kasiru. En nuestro idioma, eso significa estúpido. Así que eso me dolía mucho e hizo que estuviese preocupado durante mucho tiempo. Las personas me miran como si yo fuese nada. Entré en un nuevo mundo sin experiencia. Pero nunca me rendí. Gané confianza. Mi madre sentía pena porque yo estaba sordo. Se sentía muy mal cuando yo estaba en casa, y las personas me llamaban estúpido. Así que intentó encontrar un lugar donde colocarme, y me inscribió en un colegio para sordos en Ntinda (en los suburbios de Kampala)... Aunque fui a un colegio especial, realmente quería saber qué pasaba con los alumnos que sí oían. Cuando terminé en el colegio [especial] conseguí buenas notas.. y fui integrado en un instituto de secundaria [regular]... Continué mi educación durante seis años, y ahora mi plan es ir a la universidad y aprender habilidades de gestión no gubernamental. Como persona sorda estoy orgulloso, he conseguido mucho, he trabajado duro. Perdí mi audición, pero nunca me rendí. Nosotros [jóvenes con discapacidades] soñamos mucho sobre la inclusión, sobre la educación de calidad. Soñamos sobre derechos humanos; soñamos sobre muchas cosas. Pero sabemos que lo conseguiremos. La gente dice que es imposible, pero yo digo que es posible y que el futuro es muy alentador.

La historia de Robert es un ejemplo de que los jóvenes con discapacidades no solo pueden conseguir cosas en su vida personal, sino que también son agentes activos del cambio social. Desde que fue a la universidad, Robert ha seguido trabajando como activista no solo en Uganda sino en toda África, animando a otros jóvenes con discapacidades no solo a soñar con sus derechos, sino a reclamarlos.

Aunque los derechos humanos de todos los jóvenes deben protegerse para garantizar una transición correcta hacia la madurez, la intersección única de edad y discapacidad requiere que los Estados tomen medidas necesarias para garantizar que se protegen los derechos humanos especialmente para los jóvenes con discapacidades. Los Estados

deben tomar medidas positivas no solo para impedir que los jóvenes con discapacidades queden al margen, sino también para dar respuesta a la manera en que múltiples formas de discriminación interactúan para volver a estos jóvenes invisibles y como objetivos para la denegación activa de sus derechos humanos.

DISCAPACIDAD Y DISCRIMINACIÓN

El trabajo seminal Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011) describe la discapacidad como “compleja, dinámica, multidimensional y cuestionada”²¹. Se trata de un «concepto en evolución» que en muchos sentidos es un producto de factores sociales y ambientales²². La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) reconoce a las personas con discapacidad como «aquellos que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que en interacción con diversas barreras pueden dificultar su participación completa y efectiva en la sociedad de igual forma que los demás». Esa misma interacción, entre las condiciones de salud y los factores contextuales, anima el enfoque hacia la discapacidad en el

Informe Mundial sobre Discapacidad²³. En vez de la discapacidad ser un atributo de cualquier persona individual, tanto la CDPD como el Informe Mundial sobre la Discapacidad enfatizan que la discapacidad es un producto de la deficiencia y de factores personales y medioambientales que impiden o limitan las actividades y promueven la exclusión social.

Los diferentes conceptos de discapacidad han tendido a localizar la discapacidad en el individuo y reforzado las nociones preconcebidas de normalidad (capacidad física) que definen lo que es diferente, es decir, la discapacidad física, como anormal²⁴. Tres de los cinco modelos o conceptualizaciones principales sobre la discapacidad, los modelos moral, caritativo y médico, enfocan la discapacidad como algo que debe arreglarse, un símbolo de retribución divina o tragedia personal que debe



MODELOS DE DISCAPACIDAD

Modelo moral: Ve la discapacidad como una señal de falta moral o el resultado de un acto divino o sobrenatural.

Modelo caritativo: Ve a las personas con discapacidades como personas que tienen la mínima capacidad, que requieren cuidados y protección.

Modelo médico: Se centra en “curar” la discapacidad o proporcionar intervenciones médicas para tratar el diagnóstico, en vez de al individuo.

Modelo social: Considera las barreras a la exclusión para las personas con discapacidades y trabaja para eliminarlas para permitir la inclusión y participación.

Modelo basado en derechos: Se centra en los derechos de la discapacidad como derechos humanos y promueve y protege la igualdad de accesibilidad e inclusión social, económica y física.

A pesar de las buenas intenciones de los modelos médico y caritativo, ambos han demostrado que marginan aún más a los jóvenes con discapacidades limitando su inclusión e independencia social y económica. La CRPD promueve el uso de los modelos social y basado en derechos.

atenderse o cuidarse, no acomodarse. En cada caso, la voluntad propia se deniega de manera efectiva a las personas con discapacidad, otorgando la autoridad de la toma de decisiones a profesionales del bienestar médico y social mientras se refuerza la idea de la discapacidad como diferencia, como algo inferior.

Cuanto más te alejes de lo normal, más expuesto estarás y mayor será el riesgo de sentirte estigmatizado.

–Psicólogo en una organización para los derechos de los niños, Dinamarca²⁵

La idea de que la discapacidad es igual a anormalidad o incapacidad sustenta las actitudes negativas y el estigma, y ambos llevan a la discriminación contra las personas con discapacidad y promueven su exclusión de la participación completa en la sociedad. Las actitudes negativas de otros hacia las personas con discapacidad afectan al potencial y a la calidad de la integración de sus comunidades, los tipos y calidad de servicios que reciben, y su capacidad de vivir vidas plenas y completas de igual forma que las otras personas²⁶. En un estudio sobre las actitudes hacia las personas con discapacidades intelectuales, los investigadores definieron esas actitudes como el grado de distancia social que las personas prefieren mantener entre ellas y las personas con discapacidades, sugiriendo que mientras menos comprendan los miembros del público a las personas con discapacidades, es menos probable que quieran trabajar, vivir cerca o estar asociados con personas con discapacidades²⁷. Aunque existen pruebas de que las actitudes negativas hacia las personas con discapacidad están cambiando, el público aún expresa sentirse inquieto, incómodo e inseguro sobre cómo actuar con las personas con discapacidad²⁸.

Aunque todas las personas con discapacidad se enfrentan a barreras sociales, la naturaleza de esas barreras puede diferir según el grupo de discapacidad. Los niños sordos, ciegos o autistas, que

tienen discapacidades psicosociales e intelectuales, o que tienen múltiples discapacidades, son más vulnerables a todas las formas de violencia²⁹. Los estudios han demostrado que los niños con discapacidades intelectuales tienen cinco veces más probabilidades de ser sometidos a abuso que otros niños, y son mucho más vulnerables al acoso³⁰.

Los jóvenes con discapacidades intelectuales están en alto riesgo de serles negado el derecho legal de tomar decisiones por sí mismos. La negación de la capacidad legal de los jóvenes con discapacidades no solo infringe sus derechos humanos sino que puede agravar su vulnerabilidad a la violencia de género. Además, puede hacer que sea más difícil para ellos denunciar los casos de violencia y abuso contra ellos y que les crean las autoridades relevantes³¹. También reduce o elimina su capacidad para testificar contra las personas que abusan de ellos. Cuando la negación de capacidad legal se utiliza para permitir la esterilización de mujeres y niñas con discapacidades sin su consentimiento, no solo se infringen sus derechos reproductivos, sino que también las convierte en objetivo fácil para agresores sexuales, ya que el embarazo deja de suponer un riesgo.

Pertenecer a otros grupos de discapacidad puede crear de forma similar barreras únicas. Un estudio sobre las experiencias de las personas sordas a la hora de acceder a los servicios de SSR en Ghana, por ejemplo, destacó las barreras a las que se enfrentan a la hora de buscar dichos servicios: barreras de comunicación incluyendo el analfabetismo entre las personas sordas y escasas habilidades de interpretación entre los intérpretes del lenguaje de signos, ignorancia sobre la sordera y actitudes hacia las personas sordas, ausencia de privacidad y confidencialidad en los centros, tiempo limitado de consulta y falta de confianza combinada para desanimar a las personas con discapacidad en su búsqueda de los servicios de SSR necesarios y denegación de acceso a información de alta calidad y precisa sobre su SSR³².

JÓVENES Y DISCAPACIDAD

Las actitudes negativas, la falta de comprensión sobre la discapacidad, y el estigma pueden tener consecuencias graves para todas las personas con discapacidades, especialmente los jóvenes con discapacidades. Estas actitudes representan uno de los principales impedimentos a los que se enfrentan los jóvenes con discapacidades para conseguir la inclusión. Los niños con discapacidades están entre los grupos de niños más marginados y excluidos³³. Según un informe de Canadá, el 53 por ciento de

los niños con una discapacidad reportó no tener ningún amigo cercano, o solo uno, y porcentajes significativos dijeron que eran rechazados o se les evitaba en el colegio³⁴. Los niños con discapacidad también están en riesgo de sufrir acoso escolar, lo que puede tener consecuencias a largo plazo para su desarrollo social y salud mental³⁵. En muchos casos, el estigma contra los niños con discapacidad se extiende hasta los miembros de la familia y los cuidadores, lo que provoca que muchas familias de niños con discapacidad los mantengan en casa para evitar los prejuicios y protegerlos de potenciales abusos³⁶.



LOS DATOS CLAVE INDICAN QUE³⁷:

- Existen relativamente pocos datos sobre los niños con discapacidades, y la evidencia que existe se basa en un conjunto de estudios más pequeño que los disponibles para la mayoría de otros grupos de niños.
- Los niños que viven en el contexto de la pobreza tienen más probabilidad de contraer una discapacidad debido a la falta de atención sanitaria, desnutrición, falta de acceso a agua potable e higiene básica, y condiciones de vida y trabajo peligrosas. Una vez discapacitados, tienen más probabilidad de que se les deniegue recursos que mitigarían o evitarían aumentar su pobreza. La pobreza y la discapacidad se refuerzan la una a la otra, contribuyendo a una mayor vulnerabilidad y exclusión.
- A una proporción significativa de niños con discapacidades se les niega el acceso a servicios básicos incluyendo educación y atención sanitaria.
- Aunque todos los niños tienen el mismo derecho a vivir en un entorno familiar, muchos niños con discapacidades siguen pasando la mayor parte o toda su vida en instituciones, guarderías, hogares de acogida u otras instituciones residenciales.
- Los niños con discapacidades son desproporcionalmente vulnerables a la violencia, explotación y abuso.
- Las barreras culturales, legales e institucionales convierten a las niñas y mujeres jóvenes con discapacidades en víctimas de una discriminación doble: como consecuencia de su género y su discapacidad.
- Los niños con discapacidades a menudo se pasan por alto en las acciones humanitarias y se marginan aún más, ya que hay menos recursos disponibles en medio de una emergencia.
- Las mayores barreras contra la inclusión de niños con discapacidades son el estigma, el prejuicio, la falta de conocimiento y la falta de formación y creación de capacidades.

BARRERAS CONTRA LA INCLUSIÓN DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Actitudes negativas - Las actitudes motivan cómo elegimos responder a los demás. Representan una predisposición o disposición adquirida "para actuar de una forma estereotipada y predecible en presencia de otras personas que son parte de un cierto grupo"³⁸. Implican un juicio y reacciones favorables/desfavorables a aspectos de la discapacidad³⁹. Las actitudes negativas hacia las personas con discapacidad son la base de las leyes, políticas, y prácticas que discriminan a las personas con discapacidad. Para que el cambio social positivo sea sostenible, las actitudes negativas deben abordarse.

Estigma - El estigma es la desaprobación social extrema de las personas que tienen una o más características que se desvían significativamente de las normas culturales de la sociedad. El estigma de la discapacidad describe la forma en que las personas reaccionan y finalmente rechazan a las personas con discapacidades debido a que sus defectos físicos, de salud mental (psicosociales), intelectuales, o sensoriales los deja fuera de las normas sociales. Erving Goffman, autor de dos textos cruciales en Estudios sobre la discapacidad, *Asilos: Ensayos sobre la situación social de los pacientes mentales y otros internos* (1959) y *Estigma: Notas sobre la gestión de la identidad deteriorada* (1962), definió estigma como, "El fenómeno por el cual un individuo con un atributo que está profundamente desacreditado por su sociedad se rechaza como resultado del atributo. El estigma es un proceso por el cual la reacción de otros deteriora la identidad normal"⁴⁰. Goffman es un importante contribuyente hacia la comprensión de la discapacidad como una construcción social.

Accesibilidad - La accesibilidad es una condición previa para que las personas con discapacidades vivan de forma independiente, participen completamente y con igualdad en la sociedad, y disfruten de sus derechos humanos de igual forma que los demás. El derecho a la accesibilidad incluye el acceso al entorno físico, transporte, información y comunicación, y los servicios⁴¹. La falta de accesibilidad se debe a los edificios construidos, productos diseñados y servicios proporcionados con la expectativa de que solo deberían estar disponibles para las personas que se adaptan a un rango pequeño de normas físicas, de salud mental (psicosocial), intelectuales o sensoriales. El CRPD recomienda los principios de diseño universal para conseguir la accesibilidad. "Diseño universal" significa el diseño de productos, entornos, programas y servicios para que sean utilizables por todas las personas, en la máxima medida posible, sin la necesidad de adaptación o diseño especializado⁴².

Invisibilidad - Invisible es la forma en que muchas personas con discapacidades se describen a sí mismas. La gente «habla sobre mí como si no estuviera ahí»⁴³ y toman decisiones en su nombre o simplemente los ignoran. Tratar a las personas con discapacidades como si fueran invisibles no es solo el resultado de las actitudes prejudiciales, sino también de una falta de leyes, políticas y prácticas que promuevan la concienciación. Por ejemplo, las políticas que niegan a las personas con discapacidad la capacidad legal y a cambio les asignan guardianes legales hacen que las personas con discapacidades sean invisibles en sus propios procesos de toma de decisiones.

Falta de datos - La falta de recogida de datos que incluyan a las personas con discapacidades o garantizar que los datos se desglosan según las discapacidades contribuye a la invisibilidad de las personas con discapacidades. El Artículo 31 de las órdenes de CRPD indica recoger "información apropiada" sobre el estado y situación de las personas con discapacidades para crear políticas.

Desarrollar relaciones exitosas con los compañeros es un componente crucial del desarrollo del niño⁴⁴. La estigmatización y la exclusión de los niños con discapacidad no solo inhiben esas relaciones, sino que pueden provocar la interiorización de las actitudes negativas sobre su propio valor, aumentando su vulnerabilidad a la violencia, como se explicará más adelante⁴⁵. Además aumenta el riesgo de hacer invisibles a los niños con discapacidad para los educadores, proveedores sanitarios, personas encargadas de hacer políticas, y otros, agravando el potencial de continuar la exclusión a medida que se convierten en adultos.

GÉNERO Y DISCAPACIDAD

La discriminación por género contra las niñas y mujeres jóvenes con discapacidades comienza a edad muy temprana. Las niñas con discapacidades tienen menos probabilidad de recibir atención y alimentos en el hogar y es más probable que se les deje fuera de las interacciones y actividades familiares⁴⁶. Tienen menos probabilidades de recibir asistencia sanitaria o dispositivos de ayuda que los niños con discapacidad y también tienen menos probabilidades de recibir una educación o formación vocacional que les permita encontrar empleo⁴⁷. Las niñas pequeñas nacidas con discapacidad tienen más probabilidades de morir por «asesinatos compasivos» que los niños pequeños con discapacidad⁴⁸ y quizá nunca sean registradas legalmente, lo que impide que reciban asistencia sanitaria, educación y servicios sociales públicos y las hace más vulnerables a la violencia y el abuso⁴⁹. Las niñas con discapacidad tienen menos probabilidades que los niños con discapacidad de asistir al colegio, haciendo que sea más difícil para estas niñas obtener un empleo y estar alfabetizadas. Como mujeres, es más probable que vivan en la pobreza y estén sometidas a violencia de género⁵⁰.

Las niñas y las jóvenes con discapacidades tienden a interiorizar lo que perciben como rechazo social⁵¹. Es más probable para ellas que para los varones que piensen en sí mismas como discapacitadas y

tengan una imagen negativa de sí mismas. Esto a su vez puede hacerlas más vulnerables a interacciones sociales dañinas. Las jóvenes con discapacidades han admitido que están más dispuestas a aceptar una pareja que abusa de ellas o las trata mal con tal de tener pareja⁵². Algunas han reportado que la necesidad de ser queridas era más importante para ellas que practicar el sexo seguro⁵³.

La investigación también sugiere que el género tiene un efecto poderoso sobre la experiencia social de los hombres con discapacidades. Un estudio de investigación revisó la investigación limitada sobre la masculinidad y discapacidad y concluyó que la discapacidad desestabiliza las ideas de los hombres sobre sí mismos. «Los hombres con discapacidades tienden a identificarse con ideales hegemónicos de la masculinidad como la fuerza física, la independencia y la valentía, lo que los pone en conflicto con su estado de marginación»⁵⁴. La forma en que responden los hombres a este conflicto puede ser complicada e individualizada⁵⁵.

Las personas con discapacidades que se identifican como LGBTQI (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, intersexo, queer o en duda, e intersexuales) también son vulnerables a formas concretas de discriminación de género que lleva a la negación de derechos⁵⁶. Comúnmente sufren discriminación debido a su orientación sexual o identidad de género y discapacidad en el colegio, en el trabajo y en los entornos de vida soportados, y están en alto riesgo de sufrir acoso escolar y malos resultados en el colegio⁵⁷. La diversidad sexual es a menudo un factor que falta en los programas de SDR, al igual que lo es la inclusión de la discapacidad en los programas y servicios para minorías sexuales⁵⁸. Estos temas suelen ser un tabú en muchos programas de educación especial en los colegios, lo que limita la capacidad de las personas jóvenes con discapacidad para desarrollar identidades positivas y diversas o explorar relaciones saludables⁵⁹.

Para aquellos que crean las políticas, investigadores y activistas, reconocer cómo los diferentes sistemas

de opresión se entrecruzan para dar forma a las experiencias de discriminación es esencial para comprender completamente la variedad diversa y compleja de los impactos que la discriminación puede tener en la práctica⁶⁰.

// III. VIOLENCIA CONTRA JÓVENES CON DISCAPACIDAD

La violencia contra niños y jóvenes adultos está entre los problemas globales más graves. Es difícil acceder a los datos sobre la violencia contra los niños, principalmente porque dicha violencia a menudo no se denuncia y porque la recogida de datos a menudo es irregular y de diversa fiabilidad entre los países y depende de las variadas definiciones de violencia y de niños⁶¹. Sin embargo, los estudios de todo el mundo han mostrado que los jóvenes con discapacidad, especialmente las niñas con discapacidad, son mucho más vulnerables a la violencia que los jóvenes y niñas sin discapacidad.

- Los niños con discapacidades tienen cuatro veces más probabilidades de convertirse en víctimas de violencia que los niños sin discapacidades. Más de uno de cada cuatro han sido sometidos a algún tipo de violencia y uno de cada cinco es víctima de violencia física⁶².
- Las niñas y los niños con discapacidad tienen casi tres veces más probabilidades de ser sometidos a violencia sexual, estando las niñas en un riesgo más alto⁶³. En un estudio del Foro Africano de Políticas Infantiles de violencia contra niños con discapacidades, casi todos los jóvenes (entre las edades de 18 y 24 años) que fueron entrevistados habían sido abusados sexualmente al menos una vez y la mayoría más de una vez en sus vidas⁶⁴.
- Los niños sordos, ciegos o autistas, que tienen discapacidades psicosociales e intelectuales, o

que tienen múltiples discapacidades son más vulnerables a todas las formas de violencia⁶⁵. Los estudios han demostrado que los niños con discapacidades intelectuales tienen cinco veces más probabilidades de ser sometidos a abuso que otros niños, y son mucho más vulnerables al acoso⁶⁶.

- Las niñas y las mujeres jóvenes con discapacidad tienen más probabilidades de sufrir violencia que sus compañeros masculinos con discapacidad o las niñas y las jóvenes sin discapacidad⁶⁷. En un estudio realizado en Australia, el 62 por ciento de las mujeres con discapacidad menores de 50 años habían sufrido violencia desde la edad de 15 años y las mujeres con discapacidad habían sufrido abusos sexuales tres veces más que aquellas sin discapacidad⁶⁸.
- Pertener a una minoría racial, religiosa o sexual o vivir en la pobreza aumenta el riesgo de violencia sexual contra las niñas y mujeres jóvenes con discapacidades⁶⁹.

La investigación ha demostrado que los niños con discapacidades están expuestos a un amplio abanico de violencia perpetrada por los padres, compañeros, educadores, proveedores de servicios y otros, incluyendo parejas sentimentales⁷⁰. La violencia puede tomar muchas formas, incluyendo acoso escolar, disciplina física a manos de los cuidadores, la esterilización forzosa para las niñas, o violencia disfrazada de tratamiento, como «terapia de aversión» con descargas eléctricas para controlar el comportamiento. En algunos casos, a los niños se les daña deliberadamente para infligirles discapacidades, para que reciban más compasión como mendigos en la calle⁷¹.

Los niños con discapacidades pueden ser más vulnerables a la violencia en el colegio. Un estudio de escolares con discapacidades en Uganda descubrió que los colegios eran los principales lugares donde sufrían violencia, a menudo de la mano del personal del colegio y sus compañeros

niños y niñas sin discapacidades⁷². Otros estudios han descubierto que las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad tienen mayor riesgo de sufrir violencia sexual cuando no están en el colegio⁷³. Los vecinos y miembros de la familia que saben que están solos pueden aprovechar la oportunidad para abusar sexualmente de ellas, sin apenas riesgo de ser descubiertos⁷⁴.

A pesar de existir pruebas de tasas elevadas de violencia contra jóvenes con discapacidad, la mayor parte de las investigaciones realizadas hasta la fecha no han incluido todas las formas de violencia a las cuales los niños con discapacidad son vulnerables,

lo que sugiere que los niños con discapacidad pueden estar expuestos a tasas de violencia significativamente más altas que las reportadas⁷⁵.

Las investigaciones han estado además principalmente centradas en países de ingresos altos, dejando a los países de ingresos bajos y medios prácticamente sin examinar. Dado que este último grupo tiene índices de población con discapacidad más altos y menos servicios de asistencia disponibles para aquellos que vivan con discapacidad o sufran violencia, la brecha en la investigación puede dejar a millones de niños con discapacidad sin contabilizar⁷⁶.



ROMPIENDO EL SILENCIO: UN INFORME SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN ÁFRICA⁷⁷

Un informe del 2010 realizado por el Foro Africano de Políticas Infantiles atrae la atención hacia niños con discapacidades que sufren violencia en cinco países de África. Los investigadores realizaron casi 1.000 entrevistas estructuradas con jóvenes con discapacidades entre las edades de 18 y 24 años en Camerún, Etiopía, Senegal, Uganda y Zambia.

- Todos los jóvenes que participaron en el estudio habían sufrido abusos físicos al menos una vez, y la mayoría habían estado sometidos a violencia física desde tres a diez veces o más.
- Los perpetradores eran principalmente otros niños en los mismos colegios o barrios, seguidos por miembros de la familia no inmediata.
- Más de la mitad de aquellos que habían sido sometidos a violencia física dijeron que habían sufrido huesos o dientes rotos o sangrado y contusiones. El dos por ciento llegó a estar completamente discapacitado debido al abuso.
- En cuatro de los cinco países estudiados, todos los participantes habían sufrido abusos sexuales al menos una vez, y la mayoría casi tres veces.
- En general, más de uno de cada tres habían sido forzados a realizar el acto sexual, y en Camerún, el 30 por ciento había sido forzado a ejercer la prostitución.
- Tanto las mujeres como los hombres jóvenes reportaron haber sido sometidos a violencia sexual al menos una vez, en casi la misma proporción, pero las chicas tenían muchas más probabilidades de haber sido abusadas sexualmente de forma repetida, diez veces o más.

¿POR QUÉ LA VIOLENCIA CONTRA JÓVENES CON DISCAPACIDADES ESTÁ TAN EXTENDIDA?

Hughes et al. (2012)⁷⁸ atribuyó el aumento del riesgo a la violencia al que se enfrentaban las personas con discapacidad a la exclusión de la educación y el empleo, a la dependencia de asistencia personal, defensas físicas y emocionales reducidas, barreras de comunicación, estigma y

discriminación. Muchos de estos factores no solo aumentan el riesgo de violencia, sino que también contribuyen a que la violencia se repita, dure más tiempo y no se denuncie⁷⁹.

La violencia contra niños y jóvenes con discapacidad ha sido atribuida a muchos de los mismos factores y a la presión añadida sobre los padres de cuidar de un niño con una discapacidad, la ausencia de soporte comunitario para los padres de niños con discapacidad y los prejuicios a los cuales muchos

POSIBLES CAUSAS DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS CON DISCAPACIDAD



Nota: Las causas de la violencia contra los niños con discapacidad fueron identificadas por los encuestados en el estudio fuente que incluyó a profesionales, principales interesados de organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones matrices y otras organizaciones no gubernamentales, y a encargados de la elaboración de políticas de 13 estados miembro de la Unión Europea: Austria, Bulgaria, Croacia, República Checa, Dinamarca, Italia, Lituania, Países Bajos, Polonia, Portugal, Eslovenia, Suecia y Reino Unido. Hay un texto alternativo para esta infografía como anexo [aquí](#).

Fuente: Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2015). *Violencia hacia los niños con discapacidad: legislación, políticas y programas en la UE*.

están sometidos y a la frecuencia con la cual los niños con discapacidad son ingresados en instituciones, todo lo cual puede aumentar el riesgo de violencia, en el último caso, dramáticamente⁸⁰.

La violencia contra niños con discapacidades también se tolera ampliamente, en parte como una forma de controlar o disciplinar el comportamiento. Un estudio de 2017 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) descubrió que en todo el mundo, aproximadamente 1100 millones de cuidadores, o algo más de 1 de cada 4, admitía creer que la violencia física era necesaria para castigar o controlar el comportamiento no deseado⁸¹.

La violencia contra cualquier niño puede dañar el bienestar físico, psicológico y social del niño y, en algunos casos, provocar una muerte prematura⁸². La violencia puede también causar una discapacidad o agravar una condición discapacitante existente⁸³.

EL GÉNERO Y LA EXPERIENCIA DE VIOLENCIA ENTRE MUJERES JÓVENES Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD

Aunque las personas con discapacidades de todo el mundo deben enfrentarse a obstáculos para conseguir sus derechos, las niñas y mujeres jóvenes con discapacidades salen peor paradas, particularmente con respecto a la violencia.

En un estudio sobre los SDSR de niñas y mujeres jóvenes con discapacidades, el Relator Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades recogió pruebas robustas sobre la prevalencia de la violencia contra niñas y mujeres jóvenes con discapacidades, en las cuales son visibles patrones consistentes⁸⁴. Los estudios de todo el mundo han concluido que las mujeres y niñas con discapacidad tienen un mayor riesgo de sufrir violencia y explotación sexual que las mujeres sin discapacidad o los hombres con discapacidad⁸⁵. Las mujeres con discapacidad en

Estados Unidos, por ejemplo, tienen un 40 por ciento más de probabilidades de sufrir abusos que las mujeres sin discapacidad⁸⁶, y estudios de Nepal, Bangladesh y Australia, entre otros, encontraron que la violencia contra las mujeres y niñas (VAWG) con discapacidad estaba extendida⁸⁷.

La violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidades se produce en casa pero también en las instituciones, colegios, centros de salud y otros espacios públicos y privados y tiene un abanico más amplio de perpetradores⁸⁸. En un estudio llevado a cabo en Camboya, los investigadores descubrieron que las mujeres con discapacidad reportaban índices mucho más altos de todo tipo de violencia que las mujeres sin discapacidad, y que los perpetradores eran variados e incluían a diferentes miembros de la familia⁸⁹.

Además, para las mujeres jóvenes y niñas con discapacidades, la violencia doméstica y sexual se sufre como opresión de género y violencia discapacitante⁹⁰. Esto significa que las actitudes hacia el género y la discapacidad dan forma a cómo las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad sufren violencia sexual y cómo (y si) esto se aborda en sus comunidades⁹¹. Un estudio expuso la naturaleza compleja del abuso y su impacto profundo y generalizado sobre las mujeres con discapacidad a través de una serie de entrevistas⁹².

Los supervivientes de abuso recordaron cómo sus experiencias de discapacidad y sus propias ideas sobre su valor exacerbaban el poder de sus abusadores:

Eso es lo que recuerdo... el abuso verbal. El poder del mismo no debe subestimarse. Si estás discapacitada, es una lucha mantener una imagen corporal positiva de todas formas. . . probablemente pensé que eso era todo lo que valía físicamente. Estaba impedida; no merecía ser tratada bien⁹³.

¿CÓMO SE MANIFIESTA LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS CON DISCAPACIDAD?

La Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) define la violencia contra los niños para incluir “todas las formas de violencia física o psicológica”, sin excepción⁹⁴. El Comité sobre los Derechos del Niño ha especificado que esto incluye formas concretas de violencia dirigida a niños con discapacidad⁹⁵:

- **Negligencia o tratamiento negligente.** La negligencia incluye la falta de satisfacer las necesidades físicas o psicológicas de los niños, de proteger a los niños del peligro, o de obtener servicios médicos, de registro de nacimiento u otros cuando aquellos responsables del cuidado de los niños tienen los medios, conocimiento y acceso a los servicios para hacerlo.
- **Violencia psicológica.** La violencia psicológica se refiere al maltrato psicológico, abuso mental, abuso verbal y abuso emocional o negligencia.
- **Violencia física.** Para todos los niños, la violencia física incluye tanto la violencia fatal como la no fatal, pero los niños con discapacidad también pueden estar en riesgo de formas concretas de violencia física, como esterilización forzosa, violencia disfrazada de «tratamiento», como el tratamiento por aversión para controlar el comportamiento, y violencia a manos de los cuidadores y personal en entornos institucionales o residenciales⁹⁶.
- **Abuso y explotación sexual.** El abuso y la explotación sexual incluye la incitación o coacción de un niño para que participe en cualquier actividad sexual ilegal o psicológicamente dañina, el uso de niños en explotación sexual comercial, prostitución infantil, tráfico de menores, y la venta de niños para matrimonios forzados, entre otros.
- **Tortura y tratamiento o castigo inhumano o degradante.** Esto incluye el castigo de los niños por comportamientos no deseados a manos del personal de las instituciones residenciales y otras, o la fuerza usada por estas mismas personas para coaccionar a los niños para que participen en actividades en contra de su voluntad.
- **Creencias y prácticas no favorables para los derechos humanos.** Éstas incluyen, entre otras, la mutilación genital femenina; matrimonio forzado, temprano e infantil; acusaciones de brujería; y amputaciones, ataduras, formación de cicatrices, quemaduras y marcación, entre otras prácticas.
- **Violencia a través de las tecnologías de la información y comunicación.** Ya que todos los niños, especialmente los niños con discapacidad, están cada vez más en contacto con otros mediante la tecnología de la información y la comunicación (ICT), pueden estar expuestos al ciber acoso, burlas u hostigamiento, o pueden estar expuestos a información dañina, violenta, sesgada o discriminatoria con la intención de hostigar o causar daño psicológico.
- **Violaciones institucionales y sistémicas de los derechos del niño.** La falta de aquellos responsables de proteger a los niños contra la violencia para adoptar o implementar de forma adecuada y efectiva leyes relevantes, o de proporcionar recursos suficientes para identificar y responder a la violencia contra a los niños con discapacidades, constituye violaciones de los derechos de los niños con discapacidades y tiene el potencial de causar un daño sustancial.



VIOLENCIA SEXUAL CONTRA HOMBRES Y NIÑOS CON DISCAPACIDAD

Está bien documentado que las personas con discapacidades tienen un mayor riesgo de violencia de género, incluyendo violencia sexual, que las personas sin discapacidades. Entre las personas con discapacidades, las mujeres y las niñas tienen un mayor riesgo de violencia de género, incluyendo violencia sexual; sin embargo, los hombres y los niños también sufren violencia sexual a índices alarmantes.

Un estudio basado en la población del 2011 en Estados Unidos concluyó que los hombres con discapacidades tienen cuatro veces más probabilidades de denunciar victimización durante su vida y en el último año que los hombres sin discapacidades (el 13,9 por ciento en comparación con el 3,7 por ciento, respectivamente)⁹⁷. Los resultados de un estudio más reciente (2014) sobre la violencia de la pareja íntima en las relaciones de los hombres con discapacidad en Estados Unidos también reveló que los hombres con discapacidad tenían más probabilidades de denunciar violencia de la pareja íntima durante su vida que los hombres sin discapacidad. El estudio también concluyó que los hombres con discapacidad denunciaban más violencia de la pareja íntima en el último año que los hombres y mujeres sin discapacidad⁹⁸.

Es vital realizar investigaciones adicionales sobre la violencia de género incluyendo violencia sexual contra hombres y niños con discapacidades para crear sistemas y mecanismos que puedan prevenir y dar respuesta a los casos de violencia.

Sí, estaba exhausta, completamente exhausta, hecha polvo. Y ser sorda es difícil, sabes. . . y se ponía furioso y me abofeteaba y me pateaba para despertarme. Y solía decir, “No te duermas; quiero una mujer, una verdadera mujer, no una vieja” . . . y lo odiaba; lo odiaba.⁹⁹

Me insultaba llamándome de todo, tú “subnormal” y todo eso, quién querría casarse contigo, mírate. . . Gritando insultos “tú tullida”, todo ese tipo de cosas. Una vez, cuando estaba furioso, me lanzó al suelo con mi cena y dijo que ahí es donde iba a tomarme la cena; que ahí es donde pertenecía. Por supuesto, no pude levantarme de nuevo.¹⁰⁰

Las parejas íntimas, cuidadores e incluso los proveedores de servicios tienen más probabilidad de perpetrar violencia contra las mujeres con discapacidades que contra los hombres con

discapacidades y contra la población general de personas sin discapacidades. Pero la percepción de que los cuidadores son “héroes del cuidado” puede permitir que el abuso pase desapercibido:¹⁰¹

A las personas les da pena porque está cuidando de ti. . . Las personas son reacias a criticar a este santo o a pensar que podría estar haciendo estas cosas horribles. Y posiblemente también . . . las personas no “ven” realmente a la mujer discapacitada como una esposa, pareja, madre. Así que pienso que para algunas personas es difícil pensar, bien, ésta puede ser una mujer que está siendo abusada sexual o físicamente por su pareja, está sufriendo violencia doméstica, porque las mujeres discapacitadas no practican el sexo, ¿no?¹⁰²

Las desventajas superpuestas que acompañan a la discriminación por discapacidad y la discriminación por

ÍNDICES REGIONALES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN TODO EL MUNDO



Nota: Los datos de las zonas en gris no estaban disponibles. El mapa utiliza las regiones de los grupos del Banco Mundial. Hay un texto alternativo para esta infografía como anexo [aquí](#).

Fuente: Análisis preliminar de la base de datos sobre prevalencia global de la Organización Mundial de la Salud (2013) de la forma presentada en *Voice and Agency: Empowering Women and Girls for Shared Prosperity* (2014) por Klugman et al.

género amplifican así la experiencia de violencia por las mujeres jóvenes y niñas con discapacidades, aumentan su vulnerabilidad hacia ella, y hacen que sea aún más difícil para ellas ser creídas cuando lo denuncian.

Las actitudes discriminatorias hacia las mujeres y las niñas con discapacidades también pueden hacer que sea más difícil para ellas reconocer la violencia de género cuando les sucede a ellas. Se ha reconocido que la exclusión de las niñas y las mujeres jóvenes de la educación sobre su sexualidad debido a la percepción de que son asexuales o no sexuales aumenta su vulnerabilidad al abuso sexual, ya que son menos capaces de distinguir entre el comportamiento que es apropiado y el que no lo es¹⁰³. La incapacidad de reconocer la violencia de género cuando sucede expone a las mujeres jóvenes con discapacidad a consecuencias de salud

significativas adicionales, aumentando su riesgo a contraer VIH/SIDA u otras ETS, y las hace más vulnerables a embarazos no deseados.

CREENCIAS Y PRÁCTICAS NO FAVORABLES PARA LOS DERECHOS HUMANOS Y FORMAS ESPECIALES DE VIOLENCIA CONTRA JÓVENES CON DISCAPACIDADES

Las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidades son tan vulnerables a las creencias y prácticas no favorables para los derechos humanos como el matrimonio temprano o infantil o la mutilación genital femenina, como aquellas sin discapacidades y son mucho más vulnerables al tráfico sexual u otras formas de trabajos forzados.



NORMAS SOCIOCULTURALES, INCLUYENDO MITOS Y ESTIGMAS, QUE CONTRIBUYEN A LA VULNERABILIDAD DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Las actitudes y creencias sobre la discapacidad difieren dentro de las comunidades y familias pero en muchos casos se ven afectadas por normas socioculturales, incluyendo mitos que llevan a una mayor vulnerabilidad hacia la violencia contra jóvenes con discapacidades. Un estudio del 2011 por el Foro Africano para Políticas Infantiles en Camerún, Etiopía, Senegal, Uganda y Zambia reveló creencias persistentes de que la discapacidad en la infancia estaba causada por el pecado o promiscuidad de la madre, una maldición ancestral, o la posesión demoníaca¹⁰⁴. En algunos casos, el estigma asociado con estas creencias causa que las familias oculten a sus hijos con discapacidad y que dichos niños sean excluidos del colegio y el contacto con sus comunidades.

Uno de los mitos más significativos para los jóvenes con discapacidad es la creencia de que las personas que padecen una ETS pueden curarse practicando el sexo con una persona virgen¹⁰⁵. Los jóvenes con discapacidad tienen un riesgo alto de violación por parte de los individuos infectados porque a menudo se cree de forma incorrecta que son asexuales, y por tanto, vírgenes. También pueden representar objetivos más fáciles debido a su movilidad física u otras vulnerabilidades. En entrevistas realizadas para *la Encuesta Global sobre VIH/SIDA y Discapacidad* del 2004, los activistas y proveedores de servicios para discapacitados denunciaron violaciones de personas vírgenes con discapacidad en 14 de los 21 países revisados¹⁰⁶.

El veintiuno por ciento de las mujeres entre los 20 y los 24 años en todo el mundo se casaron antes de la edad de 18 años, incluyendo un 5 por ciento que se casaron antes de los 15 años¹⁰⁷. Las complicaciones relacionadas con el embarazo son una de las principales causas de muerte a nivel global para las niñas entre las edades de los 15 y los 19 años¹⁰⁸, y las niñas que dan a luz antes de la edad de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir en el parto que las mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 24 años¹⁰⁹, lo que hace que el matrimonio temprano sea un factor de riesgo significativo para la discapacidad o muerte de las jóvenes. Los datos sobre la prevalencia del matrimonio temprano o infantil de niños con discapacidades son escasos, pero un estudio del 2017 sobre el matrimonio infantil en Nepal descubrió que los niños con discapacidades son propuestos para el matrimonio a la misma edad aproximadamente que los niños

sin discapacidades y por los mismos motivos. La discapacidad, sin embargo, añadió una capa adicional de vulnerabilidad¹¹⁰.

La condición comprometida bajo la cual se lleva a cabo el matrimonio para los niños con discapacidades intensifica las consecuencias y el impacto del matrimonio. No solo afecta al bienestar general y a la calidad de vida del niño, sino que también pone en peligro su capacidad para soportar y superar el impacto. Así tiene un efecto de espiral durante su infancia y más allá, afectando también a sus hijos¹¹¹.

Aunque es más probable que sean las niñas las afectadas por el matrimonio infantil, los niños también pueden ser casados antes de los 18 años. Según el UNFPA, y a partir de los datos de 83 países

DEFINIR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD¹¹²

Las mujeres y las niñas con discapacidades se exponen a las mismas formas de violencia que sufren las mujeres y las niñas sin discapacidades. Sin embargo, la intersección de discapacidad hace que las mujeres y niñas con discapacidades sean vulnerables a formas de violencia adicionales, tanto física como psicológica.

En su Estudio temático sobre el problema de la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU) reconoció que la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad puede incluir:

- La negación de medicación y dispositivos de asistencia (como sillas de ruedas, correctores y bastones);
- La eliminación de una rampa o dispositivos de movilidad;
- La negación por parte de un cuidador a ayudar con la vida cotidiana (como el baño, vestirse y comer);
- Negación de comida o agua, o amenazar con hacer esto;
- Abuso verbal y ridiculización en relación con la discapacidad;
- Eliminar o controlar las ayudas para la comunicación;
- Causar miedo mediante la intimidación;
- Dañar o amenazar con dañar, llevarse o matar a mascotas o animales guía, o destruir objetos;
- Manipulación psicológica;
- Controlar comportamientos que impliquen restringir el acceso a la familia, amigos o llamadas telefónicas; y
- Esterilización y tratamiento médico forzosos, incluyendo la administración de medicamentos y electrochoque.





de renta baja y renta media, solo 1 de cada 25 chicos (3,8 por ciento) se casan antes de los 18 años y el matrimonio antes de los 15 años se sitúa en niveles muy bajos, en el 0,3 por ciento. De estos países, solo 10 muestran una prevalencia del matrimonio infantil en los niños varones que supere el 10 por ciento¹¹³. No está claro cuántos niños u hombres jóvenes con discapacidad están entre los casados de forma precoz, pero la investigación sugiere que un catalizador para el matrimonio forzado o precoz es un deseo de asegurar el cuidado para una persona con necesidades especiales, lo que sugiere que los niños y las niñas con discapacidad tienen un mayor riesgo¹¹⁴.

La discapacidad también aumenta el riesgo de los jóvenes a ser traficados para trabajo sexual u otro trabajo forzado. El Informe sobre el Tráfico con personas de 2016 publicado por el Departamento de Estado de Estados Unidos, destacó la vulnerabilidad de los niños y adultos jóvenes al tráfico humano. Los niños con discapacidades pueden ser el objetivo de los traficantes para forzarles a pedir en la calle y creen que las discapacidades de estos niños hacen que los niños den más pena a los viandantes. En algunos casos, se abusa de los niños, especialmente de las niñas, para que queden discapacitados y ejerzan la mendicidad¹¹⁵.

NÚMERO Y PROPORCIÓN DE LAS NIÑAS CON EDADES ENTRE 10 Y 17 AÑOS SIN PROTECCIÓN CONTRA EL MATRIMONIO INFANTIL EN 112 PAÍSES



Índice de niñas no protegidas contra el matrimonio infantil (porcentaje)

	GRUPOS DE INGRESOS 	BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO ALTO	ALTO
18+	EDAD LEGAL				
	2015	2,0%	10,0%	5,7%	1,1%
	2017	2,0%	10,0%	5,7%	1,1%
	CONSENTIMIENTO PARENTAL				
	2015	12,2%	21,1%	22,5%	18,0%
	2017	8,1%	22,5%	15,9%	17,7%
	CONSENTIMIENTO JUDICIAL				
	2017	16,8%	35,1%	33,7%	26,3%
	CUALQUIER CONSENTIMIENTO				
	2017	20,3%	38,1%	36,3%	35,5%

Nota: Se utilizan tres definiciones de la edad de matrimonio en cada país: (1) la edad legal para el matrimonio sin consentimiento de padres y órganos judiciales; (2) la edad mínima con consentimiento parental; (3) la edad mínima con la autorización de los órganos judiciales. La muestra incluye 22 países con ingresos bajos, 35 países con ingresos medio bajos, 3 países con ingresos medio altos y 22 países con ingresos más altos. El análisis se llevó a cabo en estos 112 países con datos sobre las leyes para la edad mínima de matrimonio recopilados por el programa Mujer, Empresa y Derecho en el Banco Mundial. Un texto alternativo para la infografía está disponible como un anexo [aquí](#).

Fuente: Wodon, Q., Tavares, P., Fiala, O., Le Nestour, A. y Wise, L. (2017). *Ending Child Marriage: Legal Age for Marriage, Illegal Child Marriages, and the Need for Interventions (Terminar con el matrimonio infantil: la edad legal para el matrimonio, los matrimonios infantiles ilegales y la necesidad de intervenir)*.

Una presentación del 2012 por Disability Rights International a la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos pidió una investigación de las alegaciones de tráfico de mujeres con discapacidades que habían sido institucionalizadas¹¹⁶. La petición alegó que mujeres con discapacidad intelectuales estaban siendo forzadas a practicar el sexo con otros pacientes y estaban siendo traficadas a la prisión de al lado por los guardas de la prisión. En respuesta a la petición, la Comisión ordenó al Gobierno de Guatemala que tomara medidas inmediatas para evitar la violencia y la explotación sexual de las mujeres y niñas de la institución¹¹⁷.

El riesgo se atribuye a la falta de inclusión social de los jóvenes con discapacidades, algunos de los cuales pueden asistir al colegio y muchos de ellos pueden estar sometidos a estigmatización. "Demasiado a menudo, los jóvenes con discapacidades se consideran indeseables e incluso pueden estar sometidos a tráfico de personas por sus propias familias"¹¹⁸. La falta de acomodación dentro de los sistemas legales también puede hacer que sea difícil para los jóvenes con discapacidad sometidos al tráfico de personas denunciar el abuso o testificar contra los traficantes, dando el poder a los traficantes para abordar a dichos jóvenes con impunidad.

VIOLENCIA DE GÉNERO COMO CAUSA DE DISCAPACIDAD

El 29 de mayo de 1983, mientras Maria da Penha Fernandes estaba dormida en casa, su marido le disparó en la cabeza. Ésta fue la culminación de años de abuso violento que había causado repetidas lesiones. Tras el disparo, Maria quedó paralizada de la cintura para abajo y sufría un grave trauma físico y psicológico. Se vio forzada a someterse a numerosas cirugías, y dos semanas tras volver del hospital, su marido trató de electrocutarla mientras se bañaba¹¹⁹.

El caso de Maria da Penha ante el Tribunal Interamericano de los Derechos Humanos resultó en una decisión referente que por primera vez hizo a un Estado responsable por no tomar medidas para proteger a una mujer de la violencia doméstica. Pero también representa un ejemplo notable del riesgo de discapacidad que la violencia de género representa para todas las mujeres.

Investigaciones en Estados Unidos han demostrado que la violencia de la pareja íntima es una de las causas más comunes de lesiones en las mujeres¹²⁰. Entre el 40 y el 60 por ciento de las mujeres abusadas en cualquier año sufren lesiones¹²¹. Las mujeres golpeadas tenían más probabilidad de sufrir lesiones en la cabeza, rostro y cuello que otras mujeres, y muchas se sometían a sexo forzado, provocando problemas ginecológicos duraderos y discapacitantes¹²². La investigación ha demostrado de forma consistente un aumento el riesgo de discapacidad entre las mujeres supervivientes a la violencia de su pareja íntima, que puede incluir síntomas físicos y psicológicos crónico¹²³.

Cada vez más, los investigadores han conectado el riesgo de lesiones traumáticas en el cerebro con la exposición a violencia de la pareja íntima. La mitad de las víctimas de violencia doméstica son estranguladas en algún momento en el curso de su relación, en muchos casos de forma repetida y a lo largo de los años¹²⁴. La estrangulación aumenta el riesgo de muerte por embolia, coágulo en la sangre o aspiración, y los golpes en la cabeza están conectados con el riesgo de lesión traumática en el cerebro, lo que puede provocar una discapacidad sustancial¹²⁵. Una lesión traumática en el cerebro es una interrupción de la función cerebral y puede provocar depresión y ansiedad, además de disminución cognitiva, entre otros daños. A menudo se diagnostica de forma errónea en las mujeres que sufren violencia doméstica, dejando a muchas mujeres con discapacidades recién adquiridas o en un riesgo mayor de discapacidad con la atención médica inadecuada¹²⁶.

RESPUESTAS A LA VIOLENCIA: ACCESO A LA JUSTICIA PARA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

En su informe del 2011 sobre el Progreso de las mujeres del mundo: En Pursuit of Justice, la entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género

y empoderamiento de las mujeres (ONU Mujeres) hizo un estudio de la significativa transformación que han sufrido los derechos legales de las mujeres en el último siglo¹²⁷.

Aun así, aunque se han creado leyes para reducir o eliminar la discriminación contra las mujeres, los sistemas de justicia han sido lentos a la hora

de ajustarse y siguen existiendo barreras para las mujeres que recurren a la justicia. Como indicó el informe, en algunas comunidades, las mujeres no pueden acceder a los sistemas de justicia sin la ayuda de un familiar varón, y carecen de autonomía para tomar decisiones fuera de su núcleo familiar¹²⁸. En otras, las normas sociales promueven resolver los agravios dentro de la familia o comunidad, sin implicar a personas de fuera. A menudo, las fuerzas policiales y judiciales no desean o no pueden responder a las necesidades concretas de las mujeres.

Las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidades se enfrentan a acceder a sistemas judiciales para realizar denuncias de abuso sexual o de cualquier otro tipo que tienen las mismas barreras, agravados por las actitudes discriminatorias hacia la discapacidad. En ausencia de apoyo institucional y comunitario significativo, es poco probable que las mujeres jóvenes y las niñas consigan justicia por las violaciones de sus derechos.

Si somos serios a la hora de conseguir la igualdad de género, bien entrados en el siglo 21, debemos dedicar más energía a dismantelar las presunciones perjudiciales sobre las mujeres y los hombres. . . Debemos verlos por quienes son, seres humanos en toda su diversidad. Ésta es la exigencia de igualdad, que es la base de la ley de los derechos humanos. . . Espero sinceramente que el trabajo en este problema crítico comience en el lugar que más simboliza la justicia: la sala del tribunal.

–Juez Navi Pillay, entonces Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2014)¹²⁹

El apoyo institucional comienza con la formulación e implementación de leyes sensibles a la discapacidad y el género. La mayoría de los países del mundo ahora tienen leyes que prohíben muchos de los actos que constituyen violencia contra las mujeres¹³⁰. Sin embargo, una revisión de la legislación contra la violencia doméstica en 22 países encontró pocas

referencias sustanciales a la discapacidad o las necesidades o vulnerabilidades específicas de las personas con discapacidad en esas leyes. Cuando las leyes que abordan la violencia de género no incorporan las formas concretas de violencia que las personas con discapacidades pueden sufrir, estas leyes ofrecen poca protección contra dicha violencia para aquellas personas más vulnerables.

La comunidad y especialmente las agencias de orden público deben cambiar su actitud hacia nosotras las niñas y las mujeres con discapacidad intelectual; esto debe hacerse compartiendo la formación con . . . las partes interesadas, incluyéndonos a nosotros, para conocernos mejor. Es malo cuando algo así te sucede, y cuando vas a la policía, comienzan a reírse y a burlarse de nosotras diciendo que somos grandes y maduras [así que no deberíamos] . . . presentarlo como un caso de abuso sexual.

–Una mujer con discapacidad intelectual que se defiende a sí misma, entrevistada por la Coalición para la Violencia contra las Mujeres y la Asociación de Kenya de Personas con Discapacidad Intelectual¹³¹

La investigación también ha revelado que los gobiernos a menudo no implementan de forma efectiva leyes sobre la violencia contra las mujeres y las niñas. Un informe del 2017 de Oxfam Canadá reveló que aquellos en los gobiernos que eran responsables de implementar leyes sobre la violencia de género contra mujeres y niñas no seguían los procedimientos establecidos en las mismas leyes¹³². Existía poca coherencia en cómo se gestionaban las denuncias, en las medidas de protección disponibles para las mujeres que denunciaban o en la aplicación de las sentencias dictadas por los tribunales. Existían pocos servicios a disposición de las mujeres que intentaban escapar a la violencia, tanto si necesitaban refugio, asesoramiento o asistencia legal, y los enfoques hacia la detección de los perpetradores y la calidad de las instalaciones no restringían a los perpetradores. Las mujeres que denunciaban en el

sistema de justicia a menudo se venían acosadas, victimizadas, culpadas o simplemente no se las creía¹³³.

La investigación sobre la experiencia de las mujeres y niñas con discapacidades encontró problemas similares. Simplemente denunciar el abuso sexual es desafiante por las muchas razones explicadas anteriormente, es decir, que las mujeres y las niñas con discapacidades a menudo dependen de sus abusadores para su cuidado además de apoyo financiero, y no pueden denunciar sin arriesgar su propio bienestar. Las mujeres con discapacidades intelectuales se enfrentan a desafíos adicionales a la hora de reconocer el abuso y comunicarlo cuando sucede, y a muchas no se las cree cuando lo hacen¹³⁴.

Si un caso va a ser procesado, la superviviente debe ser entrevistada y testificar en el tribunal, y su testimonio debe comprenderse de forma suficiente y ser plausible para justificar una condena contra un abusador acusado. Cuando la policía, jueces y personal del tribunal carecen de conocimiento en relación con la discapacidad y de las herramientas apropiadas para comunicarse con las personas con discapacidades intelectuales, es poco probable que las denuncias contra los abusadores lleguen lejos.

Un reciente estudio por el Observatorio de los Derechos Humanos de 17 casos de violencia sexual contra mujeres con discapacidades en India encontró pruebas de que las mujeres con discapacidades no obtienen la asistencia que necesitan en todas las etapas del proceso judicial¹³⁵. En un caso, una joven con una discapacidad intelectual fue violada repetidamente por un vecino, pero ella no sabía que debía denunciar la violación y encontró difícil explicar qué había pasado¹³⁶. En otro caso, una víctima de violación de 11 años con una discapacidad intelectual fue llevada a la policía que ofreció un intérprete de lenguaje de signos, aunque ella no conocía el lenguaje de signos y no estaba sorda¹³⁷. De acuerdo con el comisario de policía adjunto para mujeres en West Bengal, citado en el informe:

No habíamos recibido formación. Cuando nos encontrábamos con una mujer discapacitada, no sabíamos cómo hablar con ella adecuadamente. La policía no es cruel. En la mayoría de los casos, la policía es, simplemente, ignorante. No es que no las creamos, sino que nos preocupa que si cometemos un error, será castigada la persona equivocada. La policía necesita educación, y necesitamos ser sensibilizados sobre cómo gestionar estos casos.¹³⁸

En Kenya, la Coalición sobre la Violencia contra las Mujeres y la Asociación de Kenya para las Discapacidades Intelectuales colaboraron en un proyecto para mejorar el acceso a la justicia para las mujeres y niñas con discapacidades intelectuales que habían sido abusadas sexualmente¹³⁹. La asociación incluyó una encuesta de referencia que evaluaba las barreras a las que las mujeres y niñas con discapacidad se enfrentan al denunciar el abuso. Más de la mitad de las mujeres y niñas encuestadas reportaron haber sufrido abusos sexuales al menos una vez, y la mayoría reportó haberlos sufrido en múltiples ocasiones. Pero cuando se les pregunta que puntúen los servicios que recibieron de los trabajadores sanitarios o de los oficiales de orden público, la mayoría los puntuaron negativamente. Entre las necesidades más significativas que citaron fueron la formación sobre cómo conservar las pruebas (en caso de violación o asalto sexual), servicios de asistencia, incluyendo asistencia psicosocial para las supervivientes, y una implicación más activa de los agentes de la ley y los trabajadores sanitarios en la recogida de pruebas, toma de declaraciones y atención tras la violación.

Uno de los desafíos más significativos a los que las mujeres y niñas con discapacidades se enfrentan a la hora de presentar una denuncia en los tribunales es la reivindicación de sus derechos a la capacidad legal, que es el tema del siguiente cuadro de texto.

EL DERECHO A LA CAPACIDAD LEGAL

El Artículo 12 del CRPD reconoce el derecho de todas las personas con discapacidades a la “igualdad ante la ley”. Esto significa que las personas con discapacidades deben ser reconocidas como titulares de derechos y reconocidas como personas legales con derecho a certificados de nacimiento, por ejemplo, o asistencia médica cuando sea necesario. También significa que las personas con discapacidades tienen capacidad legal para actuar sobre sus derechos, y de que sus decisiones sean reconocidas por las autoridades legales¹⁴⁰. En su primer Comentario General en virtud de la CDPD, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoció la importancia de la capacidad legal para las personas con discapacidad, a las que a menudo se les negaban sus derechos:

La capacidad legal es indispensable para el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Adquiere una significancia especial para las personas con discapacidades cuando tienen que tomar decisiones fundamentales sobre su salud, educación y trabajo. La negación de capacidad legal a las personas con discapacidades ha llevado, en muchos casos, a ser privadas de muchos derechos fundamentales, incluyendo el derecho a votar, el derecho a casarse y formar una familia, derechos reproductivos, derechos parentales, [y] el derecho a dar su consentimiento a las relaciones íntimas y el tratamiento médico.

La negación de la capacidad legal para mujeres y niñas con discapacidades no solo viola sus derechos humanos sino que puede agravar su vulnerabilidad a la violencia de género. A ellas puede resultarles más difícil informar de casos de violencia y abuso en su contra y que les crean las autoridades relevantes. También reduce o elimina su capacidad para testificar contra las personas que abusan de ellas. Cuando la negación de capacidad legal se utiliza para permitir la esterilización de mujeres y niñas con discapacidades sin su consentimiento, no solo se infringen sus derechos reproductivos, sino que también las convierte en objetivo fácil para los agresores sexuales, que ya no corren el riesgo de dejar embarazadas a sus víctimas.

IV. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DERECHOS

Los jóvenes con discapacidad tienen las mismas necesidades y derechos de salud reproductiva que sus congéneres sin discapacidad¹⁴¹. Los estudios han demostrado que son sexualmente activos y tienen las mismas dudas sobre la sexualidad, relaciones e identidad que los demás¹⁴². Aun así, a menudo el estigma y las ideas falsas sobre la

discapacidad, junto con una falta de servicios de SSR accesibles, autonomía personal limitada y una falta de empoderamiento, impide que los jóvenes con discapacidad tengan vidas sexuales saludables y disfruten por completo de sus derechos¹⁴³.

Es la ideología de la capacidad¹⁴⁴ o el discurso de la normalidad¹⁴⁵ lo que ofrece un horizonte de posibilidades o limitaciones a través de las cuales se media el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para los jóvenes con discapacidad¹⁴⁶.

MARGINACIÓN DE NIÑAS Y MUJERES JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN MOZAMBIQUE¹⁴⁷

Durante la visita al campo del estudio de investigación en Mozambique, tanto los proveedores de servicios de SSR y los activistas de los derechos para los discapacitados expresaron que las niñas y mujeres jóvenes con discapacidades se enfrentan a obstáculos extraordinarios para acceder y ejercitar incluso una SSR mínima. Estas niñas y mujeres jóvenes argumentaron, tienen un mayor riesgo de contraer VIH, particularmente porque muchas no pueden negociar prácticas de sexo seguro o la monogamia con sus parejas sexuales. Los informantes principales indicaron que las normas sociales devalúan tanto a las mujeres con discapacidades que los activistas reportaron que los hombres que elegían tener una relación a largo plazo con mujeres con discapacidades no eran respetados. Una entrevistada, una enfermera en una clínica de planificación familiar en Maputo operada por una organización nacional de la sociedad civil, dijo: “Hay mucho estigma. Ellos [los hombres] las buscan, pero solo por curiosidad. Quieren saber cómo es estar con una mujer discapacitada, pero nunca querrán una relación”. Como resultado, las mujeres no pueden mantener relaciones saludables o hacer que sus parejas sexuales sean responsables, a pesar de su conocimiento de los riesgos de practicar el sexo con hombres que tienen múltiples parejas.

Muchas mujeres con discapacidades sufren de extrema pobreza y usarán sexo transaccional para su supervivencia. Un miembro femenino de la junta de una organización nacional para la defensa de la discapacidad de las personas con discapacidades en Maputo explicó: “Si tiene hambre, tendrá sexo con un hombre por una comida. No se pregunta sobre los condones. No si necesita comer”. El informante principal compartió que incluso cuando las mujeres con discapacidades conocen los riesgos, es común mantener un comportamiento sexual arriesgado como resultado de la pobreza y de sus necesidades de supervivencia.

Cuando las mujeres con discapacidades buscan servicios SSR, es probable que también sufran discriminación. En un grupo de enfoque con mujeres jóvenes sordas que son miembros de una organización para personas discapacitadas (DPO) de jóvenes sordos, una mujer de 19 años explicó que cuando estaba embarazada dos años antes, una enfermera la discriminaba: “Mi madre no me contó nada sobre el embarazo, así que estaba embarazada de más de cinco meses antes de ir al hospital, pero allí la enfermera se negó a explicar nada. No tenían información, ni consulta pre-nacimiento. La enfermera se negó a hacer algo e incluso exigió dinero”.

“La incapacidad de las personas con discapacidad para acceder a los servicios sanitarios se debe a una trama compleja de discriminación formada por actitudes sociales negativas y asunciones culturales,

además de barreras medioambientales que incluyen políticas, leyes, estructuras y servicios, lo que resulta en la marginación y la exclusión social”¹⁴⁸.

- Las investigaciones revelan que los adolescentes con discapacidades se sienten aislados socialmente y carecen de confianza social y autoestima sexual¹⁴⁹. Los padres, profesores y proveedores de atención sanitaria dicen sentirse nerviosos, poco formados, y con falta de confianza a la hora de hablar de la sexualidad con niños y adolescentes con discapacidad, particularmente niños y adolescentes con discapacidad intelectual¹⁵⁰.
- Se ha descubierto que los jóvenes con discapacidades tienen niveles bajos de conocimiento de SSR, y las niñas y las mujeres jóvenes tienen niveles más bajos¹⁵¹. No se considera que las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad necesiten información sobre su SSR o que sean capaces de tomar sus propias decisiones sobre sus vidas sexuales y reproductivas¹⁵².
- Los bajos niveles de educación sexual, incluyendo la educación sobre la transmisión del VIH y su prevención, pueden provocar comportamientos sexuales arriesgados. Los estudios han desvelado que los adolescentes con discapacidades reportan un nivel bajo de uso de preservativos y anticonceptivos, realizan sexo casual y transaccional, y tienen múltiples parejas durante su vida¹⁵³. La evidencia indica que los jóvenes con discapacidad tienen un riesgo igual o mayor de contraer enfermedades de transmisión sexual que los jóvenes sin discapacidad, pero las pruebas de VIH son inferiores entre los jóvenes con discapacidad¹⁵⁴.
- Los jóvenes con discapacidad también reportan bajos niveles de acceso a los servicios de planificación familiar y SSR. En un estudio llevado a cabo en India, solo el 22 por ciento de las mujeres reportaron haber tenido visitas ginecológicas regulares¹⁵⁵.

Los jóvenes del mundo siguen luchando para acceder a derechos reproductivos y que se

satisfagan sus necesidades¹⁵⁶. Para los individuos y jóvenes con discapacidad, el desafío es encontrar formas de combatir las ideas erróneas y el estigma sobre la discapacidad y el sexo para permitir una representación igualitaria en el discurso sobre los asuntos de salud y justicia que son críticos para la seguridad, salud y bienestar de todas las personas.

Ningún otro grupo de personas marginadas ha estado tan gravemente limitado o se le ha tratado tan negativamente, con respecto a sus derechos reproductivos, que las mujeres con discapacidad¹⁵⁷.

EDUCACIÓN INTEGRAL SOBRE LA SEXUALIDAD Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD

La *Guía técnica internacional sobre la educación para la sexualidad* de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) toma un enfoque integral sobre la educación para la sexualidad que comienza desde el principio de que la sexualidad es un aspecto fundamental de la vida del ser humano con dimensiones importantes físicas, psicológicas, sociales, espirituales y culturales¹⁵⁸. Conforme al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y la CDN, la Guía técnica enfatiza que todas las personas jóvenes necesitan educación sobre sexualidad, incluyendo los jóvenes con discapacidad. Entre otras cosas, una educación sexual efectiva es una parte crucial en la prevención de VIH y ETS y reduce los riesgos de embarazos no deseados y actividades sexuales coaccionadas o abusivas, al tiempo que aumenta el conocimiento y habilidades de los jóvenes para que puedan tomar decisiones informadas sobre su propia SSR y bienestar y el de sus parejas reales o potenciales¹⁵⁹.

La investigación ha revelado que los jóvenes con discapacidades tienen niveles bajos de educación

ESTIGMA, SEXO Y DISCAPACIDAD¹⁶⁰

La investigación muestra que la ausencia de SDR y educación se debe a menudo a la falta de conocimiento de que la actividad sexual es un aspecto normal y saludable del crecimiento y desarrollo.

Para asegurar que los jóvenes con discapacidades tienen los mismos derechos y acceso a una educación e información apropiada, debe reconocerse lo siguiente:

- A pesar de las falacias que sugieren que los jóvenes con discapacidades están en un estado infantil perpetuo, la mayoría de los jóvenes con discapacidades físicas, intelectuales y psicosociales experimentan la pubertad y el desarrollo del interés sexual y el deseo en la misma proporción que los jóvenes sin discapacidades;
- Independientemente de la discapacidad, todas las personas necesitan amor, afecto y compañía;
- La percepción de que los jóvenes con discapacidades son hipersexuales y/o no pueden controlar sus impulsos es a menudo el resultado de una falta de explicar de forma apropiada los asuntos relacionados con la sexualidad y la ausencia o negación de educación SDR.
- La educación sobre la salud reproductiva es particularmente importante, ya que aquellos con discapacidades tienen el derecho de tomar decisiones sobre su propia fertilidad y capacidad o interés en tener o criar a un hijo.
- El acceso a la educación SDR es un derecho, no un lujo.

sexual y poco conocimiento sobre SDR¹⁶¹. Las niñas con discapacidad probablemente tienen menos conocimiento que los niños con discapacidad¹⁶². Las diferencias en los niveles de conocimiento han sido atribuidas a las diferencias en el tipo y gravedad de la discapacidad, siendo los jóvenes con discapacidad intelectual los que tienen el nivel más bajo¹⁶³.

El conocimiento limitado de SDR de los jóvenes con discapacidades es en parte producto de su exclusión social, particularmente de los colegios y otros centros donde la educación sobre la sexualidad está disponible. Muchas niñas con discapacidades, en particular, no asisten al colegio o no permanecen en el colegio hasta los cursos en que se enseña educación sexual¹⁶⁴.

Los padres también presentan una barrera para que los jóvenes con discapacidades consigan un conocimiento de SDR apropiado. Muchos padres de jóvenes con discapacidades reportan sentirse incómodos a la hora de comunicarse con sus hijos sobre la sexualidad, y muchos de estos padres no confían en que puedan hacerlo de forma efectiva¹⁶⁵. Si se buscan, los proveedores de servicios de SDR a menudo no proporcionan información a los jóvenes con discapacidad debido a las creencias estereotipadas de que las personas con discapacidad son asexuales, no tienen interés o son incapaces de consentir.

Las campañas generales de salud pública con frecuencia también son inaccesibles para ellos. Por ejemplo, los jóvenes con discapacidades no se

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ENTRE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN ETIOPÍA¹⁶⁶

Una encuesta del 2012 a 426 jóvenes con discapacidades en Addis Ababa, Etiopía, descubrió que tenían poco conocimiento integral sobre su SSR. La encuesta se realizó a jóvenes con discapacidades con edades comprendidas entre los 10 y los 24 años que se habían inscrito en organizaciones de apoyo para aquellos con discapacidades físicas, discapacidades auditivas y visuales, lepra, y discapacidades intelectuales. La mayoría de los participantes tenían entre 15 y 24 años, principalmente porque las personas con discapacidades más jóvenes tenían acceso limitado a las DPO.

Las conclusiones clave incluían:

- La mayoría de los encuestados habían oído sobre los métodos de planificación familiar pero tenían un conocimiento limitado. Pocos sabían cuándo en el ciclo menstrual era más probable que se produjera un embarazo o cómo usar los diferentes métodos anticonceptivos.
- La mayoría había oído hablar de ciertas enfermedades que podían ser transmitidas a través del contacto sexual, pero pocos sabían mucho sobre ellas y algunos no sabían que el VIH/SIDA se transmitía sexualmente.
- Los jóvenes con discapacidades intelectuales estaban menos informados sobre la SSR.
- La mitad de los encuestados creían que los servicios SSR no estaban disponibles para las personas con discapacidades. La inaccesibilidad de los proveedores de servicio era la principal barrera (citada por el 62,2 por ciento), con la falta de información (43,7 por ciento), la desaprobación de los proveedores (33,3 por ciento), la falta de dinero (26 por ciento), el miedo a ir a obtener servicios (23 por ciento) y la desaprobación de los padres (13 por ciento) se ofrecieron como motivos adicionales.
- Menos de uno de cada cuatro pensaba que estaban en riesgo de contraer VIH/SIDA y el 88 por ciento tenía poco conocimiento de los medios para evitar la transmisión del VIH.
- La mayoría (el 77,9 por ciento) nunca había hablado sobre temas de SDRS con sus padres; y
- Solo el 60 por ciento creía que una esposa tenía el derecho a negarse a practicar sexo sin protección con su marido.

Los autores del estudio concluyeron que los jóvenes con discapacidades mostraban un conocimiento limitado de la SRHS, un mal uso de los servicios, y un alto porcentaje de actitudes negativas hacia el uso de dichos servicios.

benefician igual de los programas de prevención del VIH/SIDA, ya que a veces no pueden acceder físicamente a las clínicas, y los materiales informativos

a menudo no están disponibles para aquellos con discapacidad visual (Braille) o sordos (acompañados por un intérprete de lenguaje de signos).

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Aunque las personas con discapacidades tienen derecho a los mismos SDR que sus congéneres sin discapacidades, existen pruebas de negación y/o infracciones consistentes de estos derechos en las comunidades de todo el mundo. Las barreras a las que las personas con discapacidades se enfrentan son complejas, y varían desde la ausencia de leyes y políticas que protejan sus derechos en ciertos contextos, a barreras más sutiles motivadas por creencias y actitudes en relación con las personas con discapacidades. Las barreras no están necesariamente vinculadas a la deficiencia sino que reflejan la falta de apoyo legal e institucional disponible para los jóvenes con discapacidad¹⁶⁷.

La mitad de todas las mujeres jóvenes con edades entre 15 y 19 años en el sur global que son sexualmente activas y quieren evitar el embarazo tienen una necesidad no satisfecha de anticoncepción moderna¹⁶⁸. Muchas adolescentes jóvenes (entre 10 y 14 años) dieron a luz aproximadamente 777.000 veces en 2016¹⁶⁹ y se cree que más de 15 millones de chicas adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año¹⁷⁰. Las tasas de embarazo adolescente son sustancialmente más altas para aquellas que se encuentran en el 20 por ciento de la población global más pobre, entre aquellas que viven en zonas rurales y entre aquellas con los niveles más bajos de educación¹⁷¹.

Acceder a los servicios de SSR es particularmente desafiante para los jóvenes con discapacidades. Las actitudes de los proveedores, sobre todo hacia las mujeres jóvenes, es una disuasión, al igual que los estigmas conectados con el sexo antes del matrimonio¹⁷². Los jóvenes con discapacidad también deben luchar contra el estigma y el prejuicio hacia su discapacidad. Las mujeres con discapacidades que buscaron servicios de salud reproductiva en Sudáfrica, por ejemplo, reportaron que los proveedores de atención sanitaria hicieron

preguntas inapropiadas sobre cómo y por qué participaban en actividades sexuales y no estaban preparados para aceptar que las personas con discapacidades son seres humanos sexualmente activos¹⁷³.

A menudo las instalaciones de atención sanitaria son inaccesibles para las personas con discapacidades, lo que hace que sea difícil para ellos obtener servicios de salud reproductiva¹⁷⁴. Cuando los jóvenes con discapacidad necesitan acompañamiento para poder acceder a los servicios, sea de un cuidador, un intérprete de lenguaje de signos o similar, tienen muchas menos probabilidades de buscar dichos servicios¹⁷⁵.

La calidad de los servicios que los jóvenes con discapacidades reciben también se ve afectada por las actitudes discriminatorias hacia la discapacidad. Los proveedores de salud reproductiva que a menudo asumen que las personas con discapacidad no son sexualmente activas, suelen no examinarles para ver si tienen enfermedades transmitidas sexualmente ni les proporcionan acceso a anticonceptivos¹⁷⁶. Esta exclusión se ha descubierto que es especialmente frecuente en muchos países en vías de desarrollo¹⁷⁷ y plantean riesgos aún mayores para las jóvenes y niñas con discapacidad en áreas con una elevada incidencia de VIH/SIDA¹⁷⁸.

La calidad de la atención también se ve influenciada por el tipo de discapacidad y el nivel de comunicación que permite. Investigaciones entre mujeres sordas de Ciudad del Cabo, por ejemplo, revelaron que la comunicación era un determinante importante de la calidad de los servicios de embarazo y maternidad que estas mujeres recibían¹⁷⁹. Más de la mitad de las participantes reportaron que ellas y el personal de atención sanitaria no se entendían durante las citas y cerca de dos tercios reportaron lo mismo durante el parto y el nacimiento. La necesidad número uno que citaron era el acceso a servicios de interpretación¹⁸⁰.



ESTERILIZACIÓN FORZOSA Y ABORTO OBLIGADO

Históricamente, las teorías sobre la eugenesia promovían la noción de que solo aquellos considerados “aptos” deberían poder reproducirse; de acuerdo con la teoría, aquellos que eran demasiado diferentes o se consideraban inferiores debilitarían las especies si se les permitía tener familias. Para las personas con discapacidades, especialmente las mujeres, dichas teorías dieron licencia a la negación integral de sus derechos a vivir libremente y elegir si querían y cuándo querían empezar una familia. Aunque hace mucho que la eugenesia cayó en descrédito, las mujeres y niñas con discapacidades aún se enfrentan a

percepciones persistentes de que no son aptas para ser madres.

La esterilización forzosa está prohibida por la CDPD, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la CDN y representa una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas con discapacidad¹⁸¹. Aun así, está muy extendida, con mujeres y niñas con discapacidades de forma desproporcionada sometidas a esterilización forzada e involuntaria por numerosos motivos¹⁸². La esterilización a menudo es justificada por los cuidadores como un medio para reducir la carga de cuidado añadida mediante la gestión de la menstruación y como un esfuerzo para evitar el embarazo¹⁸³.

NEGACIÓN DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS A MUJERES CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL - MÉXICO¹⁸⁴

En 2015, Disability Rights International publicó un informe sobre la negación de los SDRS de las mujeres con discapacidades intelectuales en México. Tras encuestar a 51 mujeres con discapacidades intelectuales, los investigadores concluyeron que a más de la mitad les dijeron que no deberían tener un hijo. Una entrevistada escribió, “Según las creencias culturales y construidas socialmente con las que me crié, es la responsabilidad de las mujeres sin capacidades reproducirse, y yo, como mujer discapacitada, no podía y no debería reproducirme”.

Otras conclusiones clave incluyen:

- Más de la mitad de las mujeres dijeron que sabían poco sobre la sexualidad o la salud reproductiva, y la mayoría dijo que no visitaban a un ginecólogo regularmente o que nunca habían visto a uno.
- El cuarenta y tres por ciento de las mujeres encuestadas dijeron que habían sufrido abusos sexuales en la consulta del ginecólogo, y algunas habían sido violadas por un proveedor o personal de atención sanitaria.
- A una de cada dos mujeres encuestadas un miembro de su familia le había recomendado la esterilización, y casi la mitad de las entrevistadas habían sido esterilizadas permanentemente.
- Tres de las mujeres esterilizadas sabían que se habían sometido a una cirugía pero en ese momento no sabían para qué.
- De las mujeres que se quedaron embarazadas, casi un tercio habían sido presionadas para abortar.

Los padres y proveedores de servicios a menudo buscan la esterilización de jóvenes con discapacidades intelectuales en vez de abordar los desafíos percibidos de evitar el abuso y proporcionar CSE. Una de las razones más comunes dadas para la esterilización de niñas y mujeres jóvenes con discapacidades es que las protegerá contra el embarazo si son violadas¹⁸⁵. Pero en la práctica, lejos de proteger a las jóvenes y niñas de la violencia sexual, la esterilización puede aumentar su vulnerabilidad ante el abuso sexual, en parte porque hace que el abuso sea más difícil de detectar¹⁸⁶.

La anticoncepción sin el consentimiento libre e informado de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidades también está muy extendida, al igual que el aborto forzoso u obligado, por muchas de las mismas razones indicadas anteriormente. Aunque las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidades tienen la misma necesidad de anticoncepción que aquellas sin discapacidades, tienen más probabilidad de recibir el anticonceptivo por inyección o dispositivo intrauterino en vez de oralmente, para reducir la carga a los cuidadores¹⁸⁷. Dichos métodos tienden a ser más duraderos y proporcionan cobertura sin requerir intervenciones frecuentes.

VIH/SIDA EN JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Los adolescentes y los jóvenes en su conjunto tienen mayor riesgo de contraer VIH/SIDA que cualquier otro grupo de edad. Parte de ese mayor riesgo es porque la juventud está definida por la transición desde la infancia hacia la madurez, incluyendo la transición de no ser sexualmente activo a ser sexualmente activo. A menudo, esa transición se produce en un momento en el tiempo antes de que los jóvenes hayan aprendido la información sobre SSR necesaria, hayan establecido libremente relaciones estables con sus parejas, hayan ejercido control sobre sus entornos de vida y su seguridad

personal y hayan obtenido libertad para reunirse con proveedores de SSR libremente y en privado. Uno de cada siete nuevos contagios de VIH se produce durante la adolescencia¹⁸⁸. El VIH es la segunda causa de muerte entre los adolescentes de todo el mundo¹⁸⁹.

Las personas con discapacidades tienen un riesgo igual o mayor a contraer el VIH que la población general. Grupos específicos de personas jóvenes con discapacidades tienen mayor riesgo que otros, incluyendo mujeres y niñas, jóvenes con discapacidad intelectual, y jóvenes con discapacidades en instituciones u otros entornos segregados. Éste es un resultado directo de la discriminación por discapacidad, incluyendo las actitudes sociales y las falsas creencias sobre la sexualidad de las personas con discapacidades y la relación específica entre VIH y las personas con discapacidades. Como resultado de la discriminación por discapacidad, las personas con discapacidades tienen muchas menos probabilidades de tener acceso a la educación, información o comunicaciones; a menudo tienen menos control sobre su situación de vida y entorno cotidiano; no pueden acceder a servicios públicos y privados básicos; y no disfrutan de la libertad para consultar de forma privada con proveedores de atención sanitaria. Solo un 5 por ciento de los niños con discapacidad completan su educación primaria¹⁹⁰ y eso resulta en su exclusión de la educación sexual en los colegios y de los programas de concienciación sobre el VIH/SIDA. Cuando los niños con discapacidades se inscriben en el colegio, a menudo están en clases de educación especial donde la educación sexual no se incluye en el currículo¹⁹¹. La información relacionada con el VIH a menudo no está disponible en múltiples formatos y al acceso del público, como en campañas puerta a puerta, y muchas veces no se ofrecen formas accesibles de comunicación. Las personas con discapacidades tienen más probabilidad de ser institucionalizadas o ingresadas en instalaciones segregadas, como escuelas de educación especial. Esto es especialmente cierto para las personas con discapacidades psicosociales o intelectuales,

que a menudo son ingresadas en residencias, que pueden ser lugares con altos niveles de violencia sexual¹⁹². Los servicios relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana a menudo están en instalaciones que no son accesibles para las personas con discapacidad y el personal no está formado en la inclusión y acomodación de la discapacidad¹⁹³. Finalmente, las personas con discapacidad, especialmente los jóvenes con discapacidad, a menudo dependen de cuidadores, debido a custodias legales o necesidad básica, para acceder a las clínicas y otras instalaciones y por tanto no pueden acceder de forma privada a los servicios y consultas.

El género añade una dimensión adicional de la discriminación y vulnerabilidad para la juventud y la discapacidad. Las creencias de género sobre el papel de las mujeres y las niñas en la sociedad significan que las mujeres y las niñas son más vulnerables a contraer el VIH que los hombres y los niños en muchos contextos¹⁹⁴. Esto es porque las mujeres y las niñas tienen menos probabilidad de acceder a la educación sexual, tienen un estatus social y económico más bajo y a menudo se les niegan los derechos básicos, incluyendo el control sobre sus cuerpos. Por ejemplo, la pobreza de las mujeres o la dependencia económica de los hombres aumenta que las mujeres adopten comportamientos más arriesgados, como trabajo sexual y limita la capacidad de las mujeres para negociar un sexo seguro en sus relaciones¹⁹⁵. En otros contextos, las mujeres jóvenes y las niñas no pueden elegir a sus parejas sexuales a largo plazo, incluyendo sus parejas para el matrimonio. Se estima que hay 39.000 niñas que se ven forzadas al matrimonio cada día¹⁹⁶, a menudo sin la educación sexual más básica y sin ninguna capacidad para controlar sus opciones sexuales y reproductivas en el matrimonio.

Las actitudes sociales y las falsas creencias sobre la edad, discapacidad y género son contribuidores importantes hacia el aumento del riesgo al que se enfrentan los jóvenes con discapacidades, especialmente las mujeres jóvenes

y las adolescentes. Por ejemplo, los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes y las niñas, a menudo son consideradas por los demás como seres no sexuales¹⁹⁷.

Esto está en la base de muchas políticas y prácticas que discriminan contra las personas con discapacidades, negándoles el acceso a información relacionada con el VIH o a los servicios básicos porque son innecesarios dada su condición no sexual. Otras creencias más específicas juegan un papel dañino. Por ejemplo, durante un estudio cualitativo sobre la relación entre el VIH y la discapacidad en Zambia, una entrevistada que había explicado que se le había negado la prueba en una clínica de VIH/SIDA local declaró que cuando pidió que se le realizara la prueba, el médico se negó y contestó, "Dios ya te ha castigado una vez; Él no te castigará de nuevo dándote SIDA"¹⁹⁸. Esta es una poderosa demostración del modelo moral/religioso de la discapacidad como un castigo divino y una creencia similar se aplica a la infección por VIH. Los jóvenes con discapacidades, especialmente las mujeres y las niñas, también tiene mayor vulnerabilidad debido a las creencias locales específicas sobre el VIH, como la creencia de la limpieza por virgen. Los jóvenes con discapacidades son objetivo de violencia sexual por las personas contagiadas por VIH, que creen que dichos jóvenes son vírgenes y que violar a una persona con una discapacidad es, como tal, una cura para el VIH¹⁹⁹. A menudo se asume que los niños también son vírgenes porque los miembros de la comunidad creen que su temprana edad les impide la actividad sexual²⁰⁰. Así, los niños y adolescentes con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes y las niñas, tienen un riesgo aún mayor que los niños sin discapacidad o los adultos de más edad con discapacidad.

Otra dimensión de interseccionalidad está entre el estado de VIH y la discapacidad y otras identidades y características sociales. Muchas sociedades estigmatizan a las personas afectadas por el VIH/SIDA. La mayoría de la investigación sobre el VIH y

la interseccionalidad se ha centrado en las múltiples dimensiones de la discriminación a las que se enfrentan las minorías raciales y étnicas, las personas LGTBQI, trabajadores sexuales y otros grupos contra los que se discrimina tradicionalmente²⁰¹. Es raro que la literatura relacionada con el VIH/SIDA utilice un análisis interseccional para valorar la intersección entre el estigma relacionado con el VIH y la discriminación por discapacidad, y mucho menos la intersección específica entre el estigma relacionado con el VIH y los jóvenes con discapacidad. Existen algunas excepciones importantes escritas a partir de una perspectiva de estudios sobre la discapacidad que resaltan el hecho de que muchos proveedores de servicios y activistas relacionados con el VIH discriminan a las personas con discapacidades, creando una doble discriminación de las personas con discapacidades afectadas por el VIH/SIDA²⁰². Esto incluye la creencia por parte de los defensores y los proveedores de servicios del VIH/SIDA de que las personas con discapacidad son asexuales, por lo que sus campañas de concienciación y otros servicios rara vez utilizan formatos múltiples de información y comunicación²⁰³. Las personas con discapacidad y sus organizaciones representativas pueden también discriminar a las personas con discapacidad afectadas por el VIH, e incluso se rechaza a las personas que padecen el VIH como miembros de OPD y se impide que sus derechos a servicios de VIH sean una prioridad en el activismo de las OPD. Existen, sin embargo, señales positivas de organizaciones de discapacidad y organizaciones relacionadas con el VIH que colaboran y crean políticas y programas que abordan esta importante intersección, incluyendo la forma en que el estigma del VIH y la discapacidad se entrecruzan con la juventud y el género²⁰⁴.

En el modelo de derechos humanos desde la perspectiva de la discapacidad se revela que la participación de los jóvenes con discapacidad en los servicios relacionados con el VIH/SIDA va más allá de un enfoque limitado al acceso y la inclusión en la prestación de los servicios de salud, y que se necesita un enfoque que reconozca la interconexión de todos los derechos. La CDPD proporciona un modelo para el desarrollo de enfoques jurídicos y políticos nacionales para la inclusión de los jóvenes con discapacidad en los servicios relacionados con el VIH al destacar la importancia de un enfoque integral de los derechos²⁰⁵. Es necesario reconocer que todos los derechos se interconectan y se deben fomentar para garantizar que los jóvenes con discapacidad, especialmente las jóvenes y adolescentes, puedan disfrutar plenamente de sus derechos para acceder a los servicios relacionados con el VIH/SIDA. Por ejemplo, el derecho económico a un nivel de vida adecuado aborda la pobreza; el derecho social a la educación proporciona las herramientas para acceder a la información; el derecho civil a acceder a la justicia es necesario para que las protecciones contra la violencia de género sean eficaces; el derecho político al voto es necesario para que los gobiernos se hagan responsables de la prestación de servicios accesibles; y así sucesivamente. La realización de cada uno de estos derechos contribuye directamente a abordar la mayor vulnerabilidad al VIH de los jóvenes con discapacidades. También requieren medidas positivas, como garantizar el derecho a la educación a través de la educación inclusiva, o el derecho a acceder a la justicia a través de la provisión de acomodaciones y el desarrollo de la capacidad de la policía, tribunal y otro personal de la justicia.

// CAPÍTULO 2

RECONOCER LOS DERECHOS DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN DIVERSOS CONTEXTOS

// I. INTRODUCCIÓN

De la misma forma que la juventud y el género, sumados a las otras múltiples identidades de los jóvenes con discapacidad, pueden tener un profundo efecto en cómo sufren discriminación los jóvenes con discapacidad, las barreras discriminatorias pueden ser producto de numerosos contextos. Más personas que nunca se han tenido que desplazar forzosamente de sus casas²⁰⁶. Y muchas comunidades están siendo castigadas con un número de desastres naturales superior al de antes²⁰⁷. Se piensa que los jóvenes con discapacidad que se desplazan forzosamente tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia y el abuso que aquellos sin discapacidad. Por ejemplo, un informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados sobre los refugiados de Bhután en Nepal reveló que casi la mitad (49 %) de las víctimas que lograron sobrevivir a una violación eran personas con discapacidad²⁰⁸.

Además de estas crisis humanitarias, continúan otros problemas. Por ejemplo, la mayoría de la población del mundo continúa viviendo en países pobres o de bajos ingresos²⁰⁹. Un importante número de personas continúa viviendo en zonas rurales aisladas²¹⁰. Y en muchas regiones hay personas que tienen que hacer frente a epidemias como el VIH/SIDA. Por último, a pesar de que muchos países adoptan políticas de desinstitucionalización, decenas de miles de personas de todo el mundo continúan viviendo en orfanatos, hospitales psiquiátricos, centros de enfermería, cárceles y otros centros residenciales.

Incluso cuando las personas con discapacidad no tienen que hacer frente a crisis, el lugar donde viven puede ser un importante factor para tener la posibilidad de acceder a sus derechos. Esta investigación para este estudio mundial incluyó las visitas sobre el terreno a cuatro países: Ecuador, Marruecos, Mozambique y España. Todos ellos son parte de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la Convención

sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y están comprometidos con el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Aunque cada Estado se ha comprometido a alcanzar los mismos estándares y a reconocer los mismos derechos para los jóvenes con discapacidad, la implementación de estos estándares difiere considerablemente de un Estado a otro y, como consecuencia, los niños, adolescentes y jóvenes más marginados corren el riesgo de quedarse atrás.

En las siguientes secciones se demuestra que los adolescentes y jóvenes con discapacidad viven su día a día en contextos muy locales y en circunstancias específicas. Los jóvenes con discapacidad están en todos los lugares. Viven en aldeas rurales remotas de Estados de bajos ingresos. La mayoría son ciudades costeras de paso para huracanes y las instituciones las dejan al margen del mundo exterior. Los jóvenes con discapacidad son también parte de comunidades temporales o en movimiento, como los alojamientos de emergencia establecidos tras un desastre natural o las poblaciones desplazadas internamente en busca de seguridad o sustento en tiempos de conflicto o hambruna. Igualmente, forman parte de poblaciones de migrantes económicos y de refugiados políticos reasentadas en nuevas comunidades o que viven en campamentos lejos de sus hogares. Los jóvenes y los adolescentes con discapacidad se enfrentan a barreras específicas para ejercer sus derechos humanos dentro de estos contextos concretos, entre los que se incluyen los derechos en materia de salud sexual y reproductiva (SDSR), y el acceso a la prevención y los servicios de respuesta de la violencia por razón de género (VDG).

Estas barreras específicas a menudo construyen y agravan las barreras que los jóvenes con discapacidad ya experimentan con base en sus diversas identidades definidas por su edad, género, discapacidad y pertenencia a otros grupos de población marginados y discriminados por motivos de raza, etnia, religión, orientación sexual,

identidad de género, etc. Por ejemplo, los jóvenes con discapacidad que pertenecen a etnias, castas, minorías y grupos indígenas concretos pueden encontrarse con una mayor cantidad de barreras en la ley, las políticas y la práctica debido a estos otros ejes de desigualdad²¹¹. Los legisladores, los ejecutores de proyectos y los abogados deben tener en cuenta la diversidad de los jóvenes con discapacidad, su pertenencia a todos los grupos de población y la multitud de identidades transversales. Toda iniciativa que promueva los derechos de los jóvenes con discapacidad y su acceso a los servicios deben prestar atención a las formas combinadas de discriminación a las que ellos se enfrentan.

En muchos casos, las identidades de los jóvenes con discapacidad confluyen con la identidad de refugiado, una persona que vive en una zona rural, una persona con VIH o persona institucionalizada. Por definición, a menudo son objeto de nuevas formas de discriminación, como ser discriminados dentro de la propia comunidad de personas con discapacidad por ser VIH-positivos o ser discriminados dentro de un campamento de refugiados por ser personas con discapacidad. Es necesario abordar estas actitudes discriminatorias en todos estos contextos y para todas las identidades relacionadas con ellas.

Como se señaló en el Capítulo 1, un prerrequisito fundamental para que los jóvenes con discapacidad participen plenamente en todos los aspectos de la vida social, económica y política es la libertad de ejercer su autonomía; es decir, la libertad de tomar decisiones por sí mismos en todos los aspectos de sus vidas. Para asegurar que realmente no se deje atrás a ningún joven, los Estados deben tener en cuenta la diversidad de los entornos y las circunstancias locales para garantizar que los jóvenes con discapacidad puedan ejercer su autonomía, especialmente en todo lo relacionado con su salud y seguridad física. El riesgo de sufrir violencia sexual en épocas de conflicto es considerablemente más alto que en épocas de paz, del mismo modo que adentrarse en un sistema de

salud reproductiva para acceder a la planificación familiar es más difícil para los migrantes en un país extranjero que acceder a esos mismos servicios dentro de un sistema más familiar.

En muchos casos, por ejemplo, tras un desastre natural o en zonas con un alto número de casos de infección por VIH/SIDA, el estado local puede recibir asistencia para cumplir con sus obligaciones de proporcionar acceso a los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG por parte de organizaciones multilaterales, Estados extranjeros y organizaciones de la sociedad civil (OSC). Esta diversidad de actores puede ser de gran ayuda para garantizar los derechos, pero también puede actuar como una barrera para los jóvenes con discapacidad que caen en el olvido si esos actores sobre el terreno no están coordinados o no se consideran responsables de ser inclusivos con la discapacidad. Los estados locales están obligados a desarrollar leyes, políticas y programas que garanticen que los jóvenes con discapacidad se incluyen en los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, independientemente de la variedad de organizaciones y Estados involucrados en la implementación de los programas de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva y la VDG.

RESUMEN DEL CAPÍTULO

En este Capítulo se pondrán de relieve contextos específicos que pueden aumentar de manera desproporcionada el riesgo de que los jóvenes con discapacidad sufran violencia de género o no tengan acceso ni opción de disfrutar de su SDR. Las siguientes secciones se basan en el marco transversal presentado en el Capítulo 1, que identificó las identidades específicas relacionadas con la edad, el género, la discapacidad y otras características para remarcar de manera similar el papel que desempeñan las áreas y circunstancias específicas y las identidades relacionadas con ellas en la definición de las experiencias de los jóvenes y adolescentes con discapacidad. Las

siguientes secciones se centran en situaciones y circunstancias locales de crisis humanitaria, ruralidad, comunidades con altos índices de pobreza, zonas con una alta prevalencia del VIH e institucionalización. Por lo tanto, en el Capítulo

se abordarán las visitas sobre el terreno a Ecuador, Marruecos, Mozambique y España que ofrecen ejemplos de los retos a los que muchos Estados tienen que hacer frente para promover los derechos de los jóvenes con discapacidad en casa.



PUNTOS CLAVE

- Los jóvenes con discapacidad sufren **las barreras de contextos específicos** que les impiden ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con los demás.
- Los Estados tienen **la obligación de diseñar leyes, políticas y programas para contextos específicos** que aborden las crisis humanitarias, la pobreza, la ruralidad, la alta prevalencia del VIH y del SIDA, la institucionalización y otras circunstancias que aumenten de manera desproporcionada el riesgo de que se violen los derechos de los jóvenes con discapacidad.
- Los jóvenes corren **un riesgo desproporcionado de sufrir VDG y explotación sexual** en lugares de conflicto o después de la salida de un conflicto, y después un desastre natural.
- **Los Estados tienen la buena obligación** de proteger los derechos de las personas con discapacidad en sus **respuestas a las crisis humanitarias** y durante las mismas.
- **La pobreza por sí misma es una barrera** para que los jóvenes con discapacidad puedan acceder y disfrutar de su SDSR y de los servicios de prevención y respuesta ante la violencia de género en igualdad de condiciones con los demás.
- La mayoría de los jóvenes con discapacidad en países en desarrollo viven en **zonas rurales aisladas que carecen de servicios de SSR y VDG que tengan en cuenta la discapacidad**, en comparación con los servicios urbanos²¹².
- En comunidades con una alta prevalencia del VIH, a menudo se excluye a los jóvenes con discapacidad **de los servicios de prevención y tratamiento del VIH y SIDA**, entre los que se incluyen los servicios implementados por las OSC y a través de la ayuda exterior.
- Los jóvenes con discapacidad que viven en **instituciones corren un mayor riesgo** de sufrir violaciones de sus derechos, incluido un mayor riesgo de VDG y de negación de la adopción de decisiones sobre sus SDSR.
- **Cada país tiene sus contextos y circunstancias únicos** que deben tenerse en cuenta en el diseño de leyes, políticas y programas que garanticen los derechos de los jóvenes con discapacidad. **Ningún país ha logrado la implementación plena** de todos los derechos de los jóvenes con discapacidad. Los jóvenes con discapacidad se enfrentan a barreras específicas en cada uno de los países visitados sobre el terreno. Cada país visitado sobre el terreno aborda de manera proactiva esas barreras.

- Los jóvenes con discapacidad que viven en zonas rurales de **Ecuador** se enfrentan a un riesgo desproporcionado de sufrir VDG y mayores índices de fertilidad en la adolescencia que aquellos de las zonas urbanas. Ecuador está desarrollando nuevas políticas y programas de SDR y VDG para promover **la inclusión de las personas con discapacidad en las zonas rurales**.
- Los jóvenes con discapacidad en **Marruecos** sufren las barreras culturales a su SDR. El Estado, sin embargo, ha **desarrollado nuevas leyes y políticas** para promover los derechos de los jóvenes con discapacidad, entre los que se incluye el derecho a la asistencia sanitaria, pero se enfrenta a los retos que supone la implementación.
- Los jóvenes con discapacidad en **Mozambique** corren un riesgo desproporcionado de contraer el VIH, pero a menudo se les excluye de los programas de prevención, pruebas y tratamiento. El Gobierno involucra **a la sociedad civil y promueve la inclusión de la discapacidad** entre todos los actores para garantizar que se incluya a los jóvenes con discapacidad en los servicios del VIH y SIDA.
- Los jóvenes con discapacidad en **España** cuentan con el amparo de una importante protección legal, pero las políticas y programas de SDR y VDG se implementan a través de un sistema descentralizado de gobierno. Muchas de **las autoridades regionales y de los gobiernos locales de España han desarrollado nuevas estrategias para promover la inclusión de la discapacidad** en los servicios de SDR y VDG que puedan servir de modelos a otras regiones y ciudades.

// II. CRISIS HUMANITARIA Y CONTEXTOS FRÁGILES

Los refugiados con discapacidad, con demasiada frecuencia invisibles, olvidados e ignorados, están entre los excluidos más aislados y marginados socialmente de todas las poblaciones desplazadas.

—António Guterres, Secretario General de las Naciones Unidas, entonces Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados²¹³

El Banco Mundial estima que más de dos mil millones de personas viven hoy en día en situaciones de

fragilidad, conflicto o violencia²¹⁴. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estima que el 75 % de la población mundial vive en zonas que han estado castigadas por terremotos, ciclones tropicales, inundaciones o sequías a lo largo de un período de 20 años, entre el 1980 y el 2000²¹⁵. De hecho, estas estimaciones pueden ser bajas y el número de personas afectadas por las crisis humanitarias o vulnerables a estas puede ser mucho mayor. Por ejemplo, de los 163 países clasificados por el índice de paz mundial de 2017 solo 10 se identificaron como lugares completamente libres de conflicto y plenamente en paz²¹⁶ y un reciente informe sobre los desastres naturales observó un aumento constante en el número y magnitud de los desastres naturales en los últimos años, como consecuencia del cambio climático mundial²¹⁷.



No se puede negar, independientemente de que el número y la magnitud de las zonas que se enfrentan a crisis humanitarias sea mayor o menor, que los jóvenes con discapacidad se ven afectados de manera desproporcionada por las barreras que impiden el acceso a sus derechos humanos en el contexto de un conflicto o de los desastres naturales. La situación de riesgo se compone de muchos otros factores que afectan a los jóvenes y adolescentes con discapacidad, y a su acceso a los servicios de respuesta y prevención de la violencia de género y su ejercicio de sus SDR en igualdad de condiciones con los demás.

El 80 % de las personas con discapacidad viven en países en desarrollo y el 20 % de las más pobres que viven en dichos países tienen una discapacidad.

Informe mundial sobre la discapacidad, 2011²¹⁸

Las crisis humanitarias se están produciendo de manera desproporcionada en los lugares en vías de desarrollo, en donde vive la mayoría de jóvenes y adolescentes con discapacidad, y las mujeres y niñas. La mayoría de los desplazados del mundo son jóvenes. Por ejemplo, de los 22,5 millones de personas que viven actualmente en el mundo como refugiados, más de la mitad tienen menos de 18 años²¹⁹. Asimismo, los jóvenes son explotados de manera desproporcionada por los perpetradores; se recluta a decenas de miles de adolescentes que sirven en la actualidad como soldados en zonas de conflicto de todo el mundo²²⁰. Muchos de estos jóvenes y adolescentes son personas con discapacidad, entre los que se incluyen aquellos que han desarrollado nuevas discapacidades como consecuencia del trauma y la violencia sufridos en las zonas de conflicto. La violencia sexual contra las adolescentes e incluso contra las niñas más pequeñas se reconoce como una de las violaciones más comunes y graves contra los niños en épocas de conflicto²²¹. Las personas con discapacidad se ven desproporcionadamente afectadas por inundaciones, huracanes y desastres naturales²²². Con frecuencia experimentan índices de mortalidad

dos o tres veces superiores a los de la población general²²³. Ya que las personas con discapacidad tienen una mayor probabilidad de vivir en la pobreza, también están sobrerrepresentados en los alojamientos y las comunidades en riesgo debido a una construcción o ubicación deficientes en una zona propensa a la inundación, el desprendimiento de tierras u otras vulnerabilidades. Nuevamente, los jóvenes con discapacidad viven de manera desproporcionada en comunidades afectadas por desastres naturales, y estos desastres, debido a las lesiones físicas y traumas mentales que provocan, hacen crecer el número de jóvenes y adolescentes con discapacidad²²⁴. La inclusión de la discapacidad tras un desastre natural o durante un conflicto salva vidas; sin embargo, muchas personas con discapacidad son excluidas durante épocas de crisis humanitarias. Las personas con discapacidad tienen una menor probabilidad de ser evacuadas por los trabajadores humanitarios o de tener sus propios medios para huir a un lugar seguro²²⁵. Las mujeres y niñas no están lo suficientemente protegidas contra las diferentes formas de violencia de género, incluida la violencia perpetrada en los campos de refugiados y en los refugios de emergencia²²⁶. Las jóvenes y adolescentes desplazadas son a menudo también objetivo de los traficantes sexuales y otros. Igualmente, es durante estas épocas cuando los jóvenes con discapacidad, especialmente las adolescentes y las jóvenes con discapacidad, se topan con las mayores barreras para el acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, raramente accesibles durante una crisis, y a menudo es la última forma de asistencia sanitaria que se restablece después de una crisis²²⁷.

Históricamente, las directrices sobre la VDG en las crisis humanitarias han carecido de un reconocimiento específico de la elevada vulnerabilidad de las personas con discapacidad o de orientación para los trabajadores humanitarios sobre la inclusión de la discapacidad²²⁸. Solo recientemente se ha abordado esta necesidad mediante el desarrollo y la divulgación de nuevos instrumentos de formación²²⁹. Afortunadamente,

se están desarrollando actualmente nuevos instrumentos y hay un aumento de la cantidad de información y de herramientas prácticas para fomentar el acceso y disfrute de los servicios de SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género para jóvenes con discapacidad durante las crisis humanitarias. La CDPD proporciona un marco en el derecho internacional para la inclusión durante las situaciones humanitarias. La CDPD dispone de artículos que son cruciales que de manera conjunta garantizan los derechos de los jóvenes; en concreto, los de las jóvenes y niñas con discapacidad a los servicios de prevención y respuesta a los SDSR y la VDG. En el artículo 11 sobre «Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias» se manifiesta con claridad que son los Estados Partes los responsables de implementar «todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales». Este derecho confluye con las obligaciones de los Estados Partes para llevar a cabo medidas positivas que garanticen el trato pleno e igualitario de las mujeres y niñas con discapacidad (artículo 6), protejan su libertad contra la explotación de género, la violencia y el abuso (artículo 16), y eliminen la discriminación en lo referente al acceso a los SSR y a los programas de salud pública basados en la población (artículo 25a). En virtud de la CDPD, todos los Estados Partes, lo cual no solo incluye a los países en los que se produce la crisis, sino también a otros Estados que responden con ayuda humanitaria, tienen la responsabilidad de garantizar los derechos de los jóvenes con discapacidad durante las crisis.

Las identidades de los jóvenes y los niños con discapacidad se relacionan con la identidad de los refugiados y los desplazados de forma que se agrava la discriminación a la que se enfrentan. Los refugiados, como grupo, sufren la discriminación. La discriminación por sí misma puede provocar nuevas discapacidades entre la población

de refugiados. Por ejemplo, los refugiados adolescentes de Somalia que viven en los Estados Unidos desarrollaron nuevos problemas de salud mental, o los ya existentes se exacerbaban como consecuencia del estrés y el trauma causado por las experiencias de discriminación, como el acoso escolar por ser identificados como refugiados²³⁰. Los refugiados con discapacidad son más propensos a sufrir este trato discriminatorio que los refugiados sin discapacidad, lo que los hace incluso aún más vulnerables. Sin embargo, los refugiados con discapacidad a menudo son invisibles para aquellos que prestan servicios a los refugiados²³¹. Cuando se incluye el género, las refugiadas y desplazadas jóvenes y adolescentes con discapacidad se enfrentan incluso a mayores formas de discriminación y vulnerabilidad²³². Esto es particularmente cierto en lo referente al acceso y al disfrute de la SDSR y de los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género.

En la actualidad, los nuevos estudios y recursos están aumentando la concienciación en cuanto a la necesidad y disponibilidad de acciones concretas que garanticen que los jóvenes con discapacidad puedan acceder y disfrutar de los servicios de prevención y respuesta a los SDSR y la VDG en contextos humanitarios. Se han recogido tanto datos cuantitativos como cualitativos en contextos humanitarios y se han sacado a la luz a las «víctimas ocultas» anteriormente²³³. De esta manera se muestran claramente las cifras desproporcionadas de jóvenes con discapacidad en las poblaciones desplazadas²³⁴. Se están implementando y distribuyendo con rapidez nuevas directrices, entre las que se incluyen recomendaciones para que los actores no solo desarrollen su propia capacidad para la inclusión de la discapacidad durante las crisis, sino que también aborden proactivamente las actitudes sociales de discriminación hacia las personas con discapacidad, especialmente hacia las mujeres y niñas. Asimismo, estas nuevas directrices también reconocen la necesidad de contar con especialistas en SDSR y en la prevención y respuesta a la violencia de género, defensores de la discapacidad, personal

de emergencia humanitaria, donantes y gobiernos para trabajar juntos, en la creación de relaciones previas a las crisis y el trabajo conjunto durante las acciones humanitarias²³⁵.

/// III. POBREZA Y DISCAPACIDAD

A menudo no se tiene en cuenta a las personas con discapacidad pobres ya que se consideran los miembros más vulnerables y con menos voz de cualquier sociedad²³⁶.

El contexto específico de la pobreza crea barreras únicas y vulnerabilidades adicionales que afectan directamente al acceso de los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres y niñas con discapacidad, a servicios de SDR y de prevención y respuesta a la violencia de género. Las comunidades con altas concentraciones de pobreza reciben con frecuencia menos servicios públicos, a pesar de tener las mismas o más necesidades. Esto es así para todos los servicios, incluidos los servicios de prevención y respuesta a los SSR y la VDG. Además de las barreras directas que representa la provisión insuficiente de servicios de SSR y VDG, los jóvenes con discapacidad también se topan con otras barreras dentro de las comunidades pobres que hacen crecer su necesidad y disminuyen su disfrute de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, y el acceso a los mismos. Aquellas barreras indirectas y el aumento de las necesidades de los servicios de SDR y de prevención y respuesta a la violencia de género incluyen a menudo una falta de transporte público accesible, menos opciones para el empleo en la economía formal y mayores niveles de delincuencia y violencia. Estos factores afectan de manera desproporcionada a las jóvenes y niñas, y a las personas con discapacidad en comparación con otros residentes que viven en contextos de pobreza, lo que hace a las jóvenes y niñas con discapacidad de dichos contextos particularmente vulnerables a la

denegación de sus derechos humanos. Por ejemplo, recientemente la Organización Internacional del Trabajo identificó un fuerte aumento del desempleo juvenil en todo el mundo, que tiende a agravarse en entornos de desempleo ya de por sí elevado²³⁷. Las mujeres y niñas de países de bajos ingresos y comunidades pobres en países más ricos son un objetivo apabullante de los traficantes sexuales y de otras personas involucradas en la explotación sexual de las mujeres. Por último, las personas con discapacidad de comunidades pobres afectadas de manera desproporcionada por la delincuencia suelen ser con frecuencia el blanco de los delincuentes. Por todas estas razones, los Estados tienen la gran obligación de invertir en los servicios de SDR y de prevención y respuesta a la violencia de género en sus comunidades más pobres y de garantizar que esos servicios incluyan a los jóvenes con discapacidad.

A pesar de tener mayores necesidades de inversión pública y privada, los barrios pobres prácticamente nunca reciben los mismos niveles de inversión en infraestructuras y servicios en comparación con las comunidades más ricas, incluidos los distritos vecinos dentro de la misma ciudad o los pueblos vecinos dentro de la misma zona rural. Ya sean servicios básicos, como el agua y la electricidad, o servicios más avanzados como la conexión a internet²³⁸, esta falta de acceso a las infraestructuras está generalizada dentro de las comunidades pobres, que engloban a entornos rurales y urbanos²³⁹. En las zonas en desarrollo, solo el 60 % de las personas que viven en el contexto de la pobreza en zonas urbanas tiene acceso a agua corriente dentro de sus hogares, y solo el 50 % de la población rural tiene acceso a un suministro compartido de agua potable²⁴⁰. De manera similar, los servicios de salud, educación e incluso los policiales se deniegan a las comunidades pobres de las zonas rurales y urbanas. Los barrios pobres que sufren altos niveles de delincuencia con frecuencia no cuentan con protección policial y acceso básico a la justicia, por ejemplo para presentar denuncias tras producirse un delito²⁴¹, lo que aumenta la

vulnerabilidad de los residentes a sufrir violencia y explotación. El género y la discapacidad agravan esta desigualdad. Por ejemplo, dentro de las familias pobres que tienen menos probabilidades de tener acceso a la educación básica, los niños con discapacidad tienen menos probabilidades de asistir al colegio. Pero entre los niños con discapacidad, existen más probabilidades de que los padres o autoridades locales matriculen en el colegio a los niños antes que a las niñas con discapacidad. De esta forma, se matricula a menos del 10 % de los niños con discapacidad de todo el mundo en la escuela primaria, y de aquellos que se matriculan, solo la mitad finaliza por completo la educación primaria²⁴². Para las jóvenes y adolescentes con discapacidad, sin embargo, el nivel de educación es todavía más bajo. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) estima que solo el 1 % de las mujeres y niñas con discapacidad de todo el mundo saben leer y escribir, lo cual supone una tasa de alfabetismo destacadamente más baja que la de los niños con discapacidad. Esto significa que solo el 5 % de los adolescentes y de los jóvenes con discapacidad han completado la enseñanza básica y, de ese 5 %, muy pocas son mujeres y niñas. La consecuencia de esta denegación de la educación es la incapacidad para participar plenamente en las sociedades, incluidas sus economías locales.

Existe una mayor prevalencia de la discapacidad en los países de bajos ingresos que en los de ingresos altos. Las personas del quintil de riqueza más pobre y las mujeres tienen una mayor prevalencia de la discapacidad²⁴³.

A pesar del profundo grado de investigación y diseño de políticas sobre la pobreza y la reducción de la pobreza en las últimas décadas, se sabe muy poco acerca de la relación entre la pobreza y la discapacidad, y mucho menos de las políticas que trabajan para garantizar o atender las necesidades de las personas con discapacidad que viven en la pobreza o en contextos de alta pobreza, como son

los países de bajos ingresos, los barrios marginales urbanos o las aldeas aisladas pertenecientes a los países de ingresos medianos y altos. Según el Banco Mundial, una amplia mayoría de personas con discapacidad (el 80 %) viven todavía en economías en desarrollo y un 20 % aproximado de los más pobres del mundo tienen algún tipo de discapacidad²⁴⁴.

La pobreza se relaciona con la edad, la discapacidad y el género de maneras complejas que añaden otra dimensión a la discriminación que padecen los jóvenes con discapacidad en su vida cotidiana. Frecuentemente, a las personas que viven en el contexto de la pobreza se les niega tener voz en asuntos públicos y otros miembros de la comunidad las discriminan abiertamente. Desafortunadamente, se han recogido pocos datos sistemáticos sobre la relación entre la pobreza, la edad, la discapacidad y el género. La relación entre la pobreza y la desigualdad no solo es diferente entre las economías y dentro de ellas, sino también entre las líneas de género. Por ejemplo, se ha descubierto en investigaciones sobre la pobreza y la discapacidad lo siguiente:

Los problemas a los que se enfrentan las personas con discapacidad en los países ricos tecnológicamente con unas prestaciones sociales muy desarrolladas son, en efecto, diferentes a aquellos de los lugares en desarrollo. En un contexto global, la mayoría de las personas con discapacidad se encuentra con barreras inhabilitadoras y barreras para acceder a los escasos recursos. El acceso a los recursos se clasifica muy frecuentemente según el género, y las experiencias de las mujeres con discapacidad necesitan una atención específica²⁴⁵.

Los aspectos relacionados con el género de la intersección entre la pobreza y la discapacidad

necesitan diferentes políticas para abordar exclusivamente las vulnerabilidades relacionadas con el género, entre las que se incluye la discriminación de los SDR y el aumento del riesgo de VDG²⁴⁶. Por ejemplo, las mujeres y niñas adolescentes con discapacidad son especialmente vulnerables a la violencia de género debido a las normas matrimoniales dentro de las comunidades. En culturas en las que se necesita una dote, las mujeres con discapacidad se consideran menos aptas para contraer matrimonio y, de este modo, tienen más probabilidades de casarse dentro de un hogar pobre y de tener una pareja menos deseada. Igualmente, tienen menos probabilidades de ser valoradas dentro de su nuevo hogar y cuentan con un mayor riesgo de sufrir VDG. En otros casos, las mujeres con discapacidad que no pueden casarse y que no pueden obtener un empleo formal pueden terminar dedicándose a otras actividades de riesgo, como el trabajo sexual o el sexo a cambio de supervivencia, algo que aumenta su vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y a la VDG. Sin embargo, es posible que los hombres con discapacidad no se topen con las mismas barreras y vulnerabilidades en el matrimonio o en el mercado laboral, en concreto si son fuertes físicamente o si cuentan con habilidades útiles para el empleo²⁴⁷.

Las personas empobrecidas con discapacidad han sido simplemente ignoradas de las economías de desarrollo imperantes porque históricamente se ha supuesto que se trata de un grupo pequeño que es mejor que sea tratado por médicos especialistas y que reciba rehabilitación médica en lugar de que sea incluido en las políticas de desarrollo económico y social para la población general²⁴⁸. Esto es un ejemplo del modelo médico de discapacidad, en donde las experiencias de las personas con discapacidad se reducen a la supuesta necesidad de rehabilitación, en lugar de ser entendidas como una amplia variedad de experiencias sociales, entre las que se incluye la discriminación en la economía y la política económica. Esta invisibilidad en las investigaciones y las políticas llevadas a cabo es

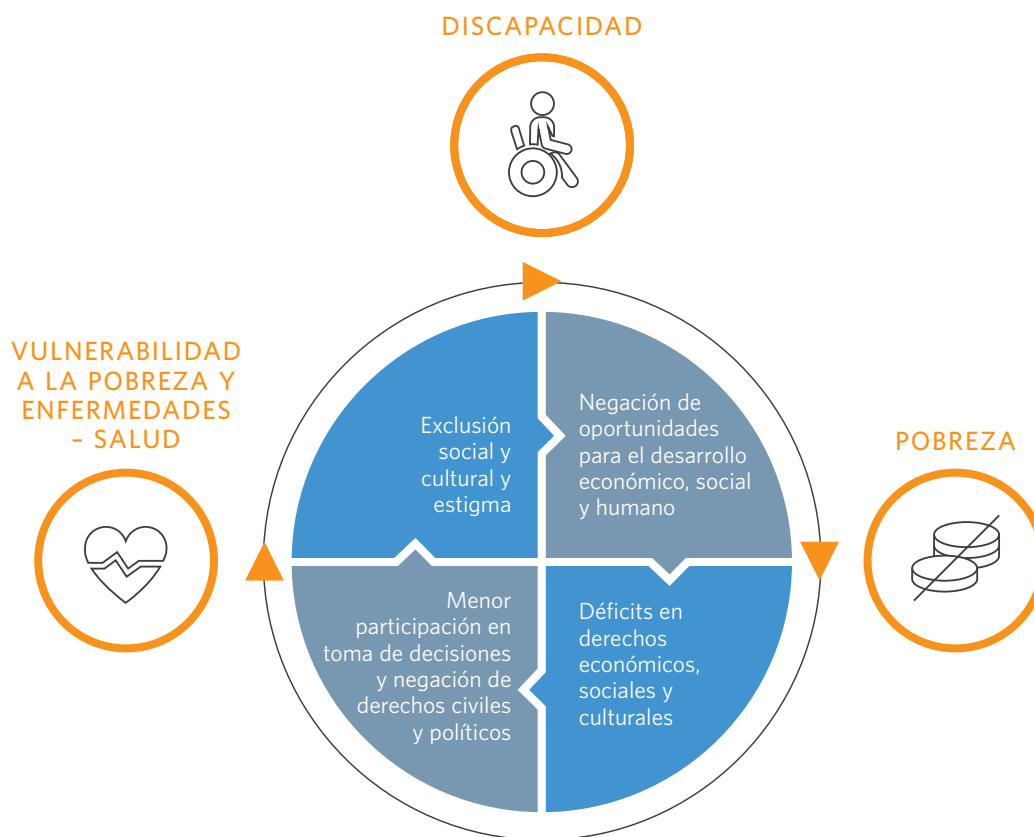
una demostración de la marginalidad que sufren las personas con discapacidad, a lo que se le suma la pobreza.

Lo que se sabe sobre la relación entre la pobreza y la discapacidad es que existe con frecuencia una relación de refuerzo mutuo entre las dos. Por ejemplo, las personas con discapacidad tienen más probabilidades de ser pobres, y las personas pobres tienen más probabilidades de ser personas con discapacidad. En el Informe mundial sobre la discapacidad se observa que de media las personas que viven en la pobreza tienen peor salud que aquellas que están en mejor situación económica y que la pobreza a menudo conduce a enfermedades relacionadas con la discapacidad, como son las condiciones de vida y trabajo peligrosas²⁴⁹. En efecto, la pobreza puede aumentar la probabilidad de que un problema de salud se convierta en una discapacidad²⁵⁰. Esta misma relación entre pobreza y discapacidad puede también empeorar la pobreza y agravar las discapacidades existentes.

Sin embargo, esta relación puede no ser igual en todos los lugares. Por ejemplo, en uno de los escasos estudios comparativos sobre el bienestar económico de las personas con discapacidad de 15 países en desarrollo se comprobó que la relación entre la pobreza y la discapacidad era más débil en los países de bajos ingresos que en los países de ingresos medianos. Lo que esto quería decir era que, a pesar del relativo mayor número de posibilidades económicas en los países de ingresos medianos, las consecuencias económicas de la discriminación por discapacidad eran mayores. En el mismo estudio también se observó que, al analizar diferentes datos, las desigualdades sufridas por las personas con discapacidad variaban de un país a otro. Por ejemplo, en algunos países existía una estrecha relación entre la pobreza, la discapacidad y los bajos niveles de educación, mientras que en otros países dicha relación no era significativa²⁵¹.

Además de la investigación comparativa e internacional sobre la relación entre la pobreza y la

LA CONEXIÓN ENTRE LA DISCAPACIDAD Y LA POBREZA: CÓMO LA DISCAPACIDAD PUEDE AGRAVAR LAS CONDICIONES QUE CONDUCEN A NIVELES AUMENTADOS DE POBREZA PARA POBLACIONES VULNERABLES



Nota: Un texto alternativo para la infografía está disponible como un anexo [aquí](#).

Fuente: DFID (2000). *Discapacidad, pobreza y desarrollo*.

discapacidad, también se necesitan unos enfoques más matizados para llevar a cabo la investigación y el cálculo dentro de una economía nacional. Por ejemplo, el economista galardonado con un Nobel, Amartya Sen, ha señalado con ahínco que las comparaciones totales basadas en los ingresos y la riqueza no tienen en cuenta importantes factores relacionados con las diferencias en los gastos entre los distintos hogares. Sen sostiene que una persona con discapacidad puede necesitar mayores ingresos para conseguir el mismo nivel de vida que una persona sin discapacidad²⁵². Por ejemplo,

un joven con discapacidad puede que tenga que gastar dinero en un taxi privado para acceder a un servicio de SSR en un barrio que carezca de transporte público, mientras que un joven sin discapacidad no tendría que pagar estos costes adicionales para acceder al mismo servicio. Por lo tanto, incluso teniendo los mismos ingresos, la persona con discapacidad es, en efecto, más pobre y tiene menos acceso al servicio de SSR, aunque sea gratuito y sus instalaciones sean accesibles. Por definición, el joven con discapacidad no disfruta de sus mismos derechos en igualdad de condiciones

que los demás, como consecuencia de su nivel relativamente mayor de pobreza. Podrían darse ejemplos similares sobre el relativo coste extra para acceder a la información para las personas con discapacidades sensoriales o de comunicación, o con respecto a los costes relacionados con el acceso de un joven con discapacidad a la justicia para denunciar VDG a la policía o participar en un procedimiento judicial.

// IV. ESCENARIOS RURALES

Los jóvenes con discapacidad que viven en zonas rurales se topan con barreras únicas para el disfrute de los servicios de SDR y de prevención y respuesta a la violencia de género, y el acceso a los mismos, en comparación con aquellos que viven en comunidades urbanas y semiurbanas. No solo el acceso a la información y a los servicios es más limitado en las zonas rurales, sino también la representación en la sociedad civil. Los jóvenes con discapacidad que viven en zonas rurales tienen menos probabilidades de conocer sus derechos, de tener acceso al transporte y a los lugares necesarios para reclamar sus derechos, o de ser parte de una organización de personas con discapacidad (OPD) u otros grupos, a través de los cuales puedan defender sus derechos. Esto es particularmente cierto en lo referente a la SDR y la violencia de género.

Los derechos de los jóvenes con discapacidad en las zonas rurales son violados desproporcionadamente por una serie de «factores geográficos, físicos, culturales, sociales y psicológicos dentro del contexto externo» que no están presentes o no perjudican tanto las vidas de aquellos que viven en las zonas urbanas²⁵³. Actualmente, la apabullante mayoría de las personas con discapacidad de los países en desarrollo vive en zonas rurales aisladas²⁵⁴ en las que existe una menor probabilidad de que los proveedores de servicios oferten alojamientos básicos y en las que el transporte público es totalmente inexistente o inaccesible²⁵⁵. En un

estudio sobre el acceso a la asistencia sanitaria en las zonas rurales de los Estados Unidos, las personas con discapacidad indicaron que muchos médicos tenían sus consultorios en edificios inaccesibles, que el personal médico tenía menores conocimientos sobre sus discapacidades específicas o los métodos básicos para el alojamiento que el personal médico de las zonas urbanas, y que la mayoría de las instalaciones médicas rurales eran inaccesibles mediante transporte público²⁵⁶. Con respecto a la SDR, en un estudio sobre las actitudes de las enfermeras matronas que prestan servicios de SSR en Kenya y Zambia se reveló que los proveedores en las zonas rurales estaban menos adaptados a las jóvenes que en las zonas urbanas. Por último, en la investigación sobre la integración de la perspectiva de género en las políticas de desarrollo rural de la Unión Europea se reveló que los legisladores y ejecutores de programas a menudo ignoraban o no tomaban en serio los problemas relativos a las mujeres y las niñas²⁵⁷. En todas estas situaciones, se evita que los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes y adolescentes, puedan hacer uso de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, así como acceder a estos, en igualdad de condiciones que los demás, independientemente de si se encontraban en un país de bajos o altos ingresos.

La relativa falta de inversión para garantizar los derechos y el fomento de oportunidades para la población de las zonas rurales está bien documentada. Las becas para los estudios de desarrollo han llamado la atención de los «sesgos urbanos» a través de los análisis de la inversión pública en los países en desarrollo y han observado que, a menudo, los gobiernos invierten de manera desproporcionada en recursos públicos en zonas urbanas porque los habitantes urbanos tienen más poder político que los rurales²⁵⁸. En pocas palabras, las personas de las zonas urbanas pueden organizarse y presionar al Estado con mayor eficacia que las personas dispersas en una región grande. Las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones internacionales

no gubernamentales, también invierten de manera desproporcionada en las zonas urbanas, ya que con frecuencia piensan que es más rentable la implementación de programas en ciudades que en el campo²⁵⁹. Esta falta de inversión en las zonas rurales incluye la falta de inversión en los servicios de SDR y de prevención y respuesta a la violencia de género, además de en iniciativas de inclusión de la discapacidad. Las consecuencias de esta inversión insuficiente pueden ser alarmantes. Por ejemplo, en un estudio sobre los índices de mortalidad materna de las mujeres rurales de Gambia se halló que a las mujeres que sufrían emergencias obstétricas en las zonas rurales se les negaba totalmente la atención, o solo la recibían después de largas esperas. De esta forma, los índices de mortalidad de las mujeres rurales de Uganda eran muy superiores a los ya elevados índices de mortalidad de las mujeres de las zonas urbanas con iguales o parecidas necesidades²⁶⁰. Frecuentemente, se excluye a las personas con discapacidad de manera desproporcionada de todos los servicios de las zonas rurales, incluso en zonas y sectores en los que se han realizado mejoras para la población general. Por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo observó que muy excepcionalmente se incluye a las personas con discapacidad en las estrategias y programas de desarrollo²⁶¹. Esto significa que los jóvenes con discapacidad no se benefician de la formación vocacional, de las inversiones en agricultura ni en otras industrias, ni de otros recursos en igualdad de condiciones con los demás de su comunidad. Por lo tanto, se agravan así las desigualdades ya existentes. Esto también quiere decir que los jóvenes con discapacidad de las zonas rurales tienen muchas más probabilidades de ser pobres que aquellos de las zonas urbanas, algo que afecta de manera indirecta al disfrute de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, y el acceso a los mismos.

En una revisión sistemática de la literatura disponible relacionada con el acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad en las

zonas rurales se descubrió que incluso cuando la asistencia médica, incluido la SSR, está a disposición de la población rural en general, las personas con discapacidad que acceden a ella reciben una atención mucho más deficiente, ya que normalmente no reciben alojamiento o se las remite a paraprofesionales con una formación inadecuada, a falta de profesionales sanitarios que tengan conocimientos sobre la discapacidad²⁶². Por último, no solo se excluyen a las personas con discapacidad de las oportunidades o se les niegan los servicios disponibles a otros miembros de la comunidad en zonas rurales, sino que a las personas con discapacidad que viven en zonas rurales se les niegan también las oportunidades y servicios que están disponibles para las personas con discapacidad de las zonas urbanas. Por ejemplo, a las personas con discapacidad que viven en las zonas rurales normalmente se las excluye de las OPD, que suelen estar ubicadas en las zonas urbanas²⁶³. De esta forma, se obvian las voces de las personas de las zonas rurales en la defensa de una mayor inclusión de la discapacidad. Del mismo modo, se dejan fuera de los programas e iniciativas que los Estados y otros actores llevan a cabo en colaboración con las OPD.

Las actitudes y prácticas discriminatorias son a veces más pronunciadas en las zonas rurales que en las urbanas. Por ejemplo, una OSC que fomente los SDR en Uganda cita actitudes culturales que limitan la propiedad de la tierra de las mujeres y el acceso a los recursos en las zonas agrarias como factores que contribuyen al riesgo de VDG y a la denegación de los SDR sufridos por las mujeres y niñas de Uganda²⁶⁴. Del mismo modo, se han presentado observaciones similares acerca de las actitudes hacia las personas con discapacidad en otras comunidades rurales. Por ejemplo, en un estudio acerca de las mujeres con discapacidad en Camboya se observó que las prácticas y creencias tradicionales relacionadas con el matrimonio impedían a muchas mujeres con discapacidad casarse y, por lo tanto, tener familia, o que una vez casadas, sus maridos se volvieran violentos²⁶⁵. Esto

puede ser debido a la permanencia de estructuras sociales tradicionales en las comunidades rurales porque se hayan modernizado en menor medida o se hayan dejado fuera de las campañas de género, discapacidad y otras campañas de concienciación que se hayan implementado en lugares más urbanizados.

Los Estados Partes de la CDPD tienen la obligación positiva de garantizar el disfrute de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, y el acceso a los mismos, para los jóvenes con discapacidad. Los Estados, para cumplir sus obligaciones, deben garantizar que sus políticas y programas de SDR y VDG incluyan a los jóvenes con discapacidad de las zonas rurales. Estas políticas y programas incluyen que los Estados Partes fomenten la asistencia internacional para el desarrollo.

// V. INCLUSIÓN EN LA PREVENCIÓN Y RESPUESTA AL VIH

Actualmente, varios países cuentan con un índice de prevalencia del VIH que supera el 20 %. En varios más supera el 10 %. La mayoría de los países con un alto índice de prevalencia del VIH se agrupan en el África subsahariana: una región que cuenta con el 60 % de todas las personas del mundo que tienen VIH. Dentro de estos contextos, los jóvenes con discapacidad corren un riesgo desproporcionado, ya que tienen menos probabilidades de ser incluidos en los servicios relacionados con el VIH/SIDA, entre los que se incluyen los servicios proporcionados por las OSC internacionales. Por esta razón, los Estados tienen la especial obligación de garantizar que todos los proveedores de servicios del VIH/SIDA incluyan a las personas con discapacidad en sus programas de concienciación, educación, pruebas y tratamientos. Muchos proveedores de servicios del VIH/SIDA también proporcionan servicios relacionados con

los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG. Por dicha razón, no solo los jóvenes con discapacidad directamente afectados por el VIH se enfrentan a las barreras específicas contra sus SDR y su derecho a vivir libres de violencia en contextos de alta prevalencia del VIH, sino también todos los jóvenes con discapacidad.

La falta de inclusión de las personas con discapacidad en las políticas y programas del VIH hace que los jóvenes con discapacidad corran un riesgo desproporcionado de contraer el VIH. Por ejemplo, en un estudio comparativo de jóvenes con y sin discapacidad en Swazilandia, que cuenta con la prevalencia del VIH más alta del mundo en la actualidad (un 27 %), se halló que los jóvenes con discapacidad disponían de información muy limitada sobre el VIH en comparación con los jóvenes sin discapacidad, y que la información de la que disponían los jóvenes con discapacidad a menudo era imprecisa, incluida la información sobre cómo podían infectarse²⁶⁶. Esta desigualdad fue el resultado de campañas de concienciación del VIH/SIDA que no fueron accesibles ni incluyeron a las personas con discapacidad. Los resultados de Swazilandia se repiten en toda la literatura e incluyen todos los contextos de alta prevalencia del VIH de todo el mundo: Los jóvenes con discapacidad corren un riesgo desproporcionado de contraer el VIH porque normalmente se les excluye de las intervenciones del VIH. Esto incluye la denegación o la incapacidad de acceso a los programas de prevención, el acceso a una educación sexual integral (ESI) y las pruebas y tratamiento del VIH, así como la incapacidad de ofrecer servicios básicos de alojamiento²⁶⁷.

Otra dimensión de la interseccionalidad entre la edad, la discapacidad y el género es el estado serológico respecto del VIH. Muchas sociedades estigmatizan a las personas afectadas por el VIH/SIDA. La mayoría de las investigaciones sobre el VIH y la interseccionalidad se han centrado en las múltiples dimensiones de discriminación a las que se enfrentan las minorías étnicas y raciales,

el colectivo LGBTQI (personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, «queer» o intersexuales), los trabajadores sexuales y otros grupos tradicionalmente discriminados²⁶⁸. Es raro que la literatura relacionada con el VIH/SIDA utilice un análisis interseccional para valorar la intersección entre el estigma relacionado con el VIH y la discriminación por discapacidad, y mucho menos la intersección específica entre el estigma relacionado con el VIH y los jóvenes con discapacidad. Existen algunas excepciones importantes escritas desde la perspectiva de los estudios sobre la discapacidad que destacan el hecho de que muchos proveedores de servicios y defensores relacionados con el VIH discriminan a las personas con discapacidad, lo que crea una doble discriminación hacia las personas con discapacidad infectadas por el VIH/SIDA²⁶⁹. Esto incluye la creencia por parte de los defensores y los proveedores de servicios del VIH/SIDA de que las personas con discapacidad son asexuales, por lo que sus campañas de concienciación y otros servicios rara vez utilizan formatos múltiples de información y comunicación²⁷⁰. Las personas con discapacidad y las organizaciones que los representan pueden también discriminar a las personas con discapacidad que hayan contraído el VIH, incluso mostrando su rechazo a que las personas que tengan el VIH sean miembros de las OPD y negándose a que sus derechos a los servicios relacionados con el VIH sean una prioridad en la promoción de las OPD. Sin embargo, existen señales positivas de que las organizaciones para las personas con discapacidad y las organizaciones relacionadas con el VIH colaboran y crean políticas y programas que abordan esta importante intersección, incluida la forma en que tanto el VIH como el estigma de la discapacidad se relacionan con la juventud y el género²⁷¹.

En el modelo de derechos humanos desde la perspectiva de la discapacidad se revela que la participación de los jóvenes con discapacidad en los servicios relacionados con el VIH/SIDA va más allá de un enfoque limitado al acceso y la inclusión en la prestación de los servicios de

salud, y que se necesita un enfoque que reconozca la interconexión de todos los derechos. La CDPD proporciona un modelo para el desarrollo de enfoques jurídicos y políticos nacionales para la inclusión de los jóvenes con discapacidad en los servicios relacionados con el VIH al destacar la importancia de un enfoque integral de los derechos²⁷². Es necesario reconocer que todos los derechos se interconectan y se deben fomentar para garantizar que los jóvenes con discapacidad, especialmente las jóvenes y adolescentes, puedan disfrutar plenamente de sus derechos para acceder a los servicios relacionados con el VIH/SIDA. Por ejemplo, el derecho económico a un nivel de vida adecuado aborda la pobreza; el derecho social a la educación proporciona las herramientas para acceder a la información; el derecho civil a acceder a la justicia es necesario para que las protecciones contra la VDG sean eficaces; el derecho político al voto es necesario para que los gobiernos se hagan responsables de la prestación de servicios accesibles; y así sucesivamente. La puesta en marcha de cada uno de estos derechos contribuye directamente a la creciente vulnerabilidad de los jóvenes con discapacidad al VIH. Estas personas también necesitan medidas que sean positivas, como son la garantía al derecho a la educación mediante una educación integradora o el derecho a acceder a la justicia a través de la provisión de alojamiento y el desarrollo de la capacidad de la policía, los tribunales y otro personal jurídico.

Un factor final en relación con el VIH/SIDA y la discapacidad que se debe considerar es el importante papel que llevan a cabo las OSC en el fomento de los servicios relacionados con el VIH. Esto es especialmente cierto en los países en desarrollo de bajos ingresos en los que muchas organizaciones internacionales no gubernamentales y sus socios locales son los mayores actores con respecto al fomento de los servicios relacionados con el VIH. Esto significa que, aunque los Estados hayan podido establecer leyes y políticas estrictas que obliguen a integrar a los jóvenes con discapacidad en los servicios relacionados con el VIH, las OSC

pueden ser los proveedores principales de aquellos servicios en algunas comunidades. Es importante que los Estados, que tienen la responsabilidad de garantizar el acceso igualitario para todos sus ciudadanos a los servicios relacionados con el VIH, desarrollen directrices políticas para las OSC, y así garanticen la inclusión de las personas con discapacidad. Los Estados Partes en la CDPD que proporcionan ayuda exterior y otros medios de cooperación internacional también están obligados, en virtud del artículo 32, a garantizar que todas las actividades internacionales de desarrollo, como los servicios relacionados con el VIH/SIDA, sean accesibles e incluyan a las personas con discapacidad, incluidos los jóvenes y adolescentes con discapacidad.

// VI. INSTITUCIONES

Aproximadamente 2,7 millones de niños y adolescentes de todo el mundo viven acogidos en instituciones²⁷³. Otros tantos millones de jóvenes de entre 18 y 24 años también viven acogidos en instituciones. Un número desproporcionado de personas institucionalizadas son personas con discapacidad. Los adolescentes y jóvenes con discapacidad viven en asilos, hogares funcionales, hospitales psiquiátricos, internados, orfanatos y cárceles. La institucionalización es la principal barrera para que los jóvenes con discapacidad disfruten de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás, incluidos los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, y el acceso a los mismos. La institucionalización en sí misma, que limita la libertad de los niños y adultos a elegir, tomar decisiones en su vida diaria y les impide la participación en sus comunidades en igualdad de condiciones con los demás, se considera cada vez más una violación de los derechos humanos. Las instituciones son, normalmente, el contexto de violaciones directas de los SDR y la VDG, en donde el acceso a la ESI es limitado o inexistente, se oculta la violencia sexual y se mantiene la esterilización forzada. Dentro de

estas instituciones, no solo todas las personas con discapacidad corren un riesgo muy elevado de sufrir abusos de derechos humanos, sino que también los jóvenes, adolescentes y las personas con discapacidades intelectuales y psicosociales corren un riesgo todavía mayor.

La institucionalización es contraria al modelo de derechos humanos de discapacidad y está cada vez más reconocida como una violación de los derechos del niño. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH) han exigido que se ponga fin de inmediato a la práctica de internar a niños en instituciones²⁷⁴. El Comité de los Derechos del Niño ha apelado a los Estados Partes de la CDN para que implementen medidas activas que eviten la separación de los niños de sus familias y presten apoyo a los padres en su papel como tales para promover el objetivo de la desinstitucionalización²⁷⁵. La CDPD promueve el derecho de las personas con discapacidad a «tener la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir en igualdad de condiciones con las demás» (artículo 19) y obliga a los Estados Partes a «asegurar que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad» y en los casos en los que «la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar» (artículo 23). Gracias a los avances relacionados con los derechos humanos de los niños y las personas con discapacidad, muchos Estados han tratado de desarrollar ayudas basadas en la comunidad para las personas con discapacidad y sus familias como alternativa a la institucionalización. Sin embargo, este progreso ha sido desigual y afecta cada vez más a personas con discapacidades específicas que a otras. Actualmente, la institucionalización, por ejemplo, afecta de manera desproporcionada a personas con discapacidades intelectuales y psicosociales, mientras que en el pasado se



utilizaba para diversas discapacidades. Asimismo, la institucionalización persiste más en algunas regiones del mundo que en otras, como en Europa oriental y Asia central²⁷⁶.

Además de que la institucionalización en sí misma es contraria a las normas internacionales, vivir dentro de una institución coloca a los jóvenes con discapacidad en riesgo extremo de nuevas violaciones de sus derechos humanos, incluidos sus derechos reproductivos y el derecho a vivir libres de violencia. Estas violaciones de derechos específicas afectan de manera desproporcionada a las jóvenes y adolescentes y a las personas con discapacidades intelectuales y psicosociales.

Las actitudes discriminatorias y las falsas creencias relacionadas con las personas con discapacidad han descrito tradicionalmente a dichas personas, en especial a las mujeres y niñas, como asexuales o como personas incapacitadas para ejercer responsabilidades como la maternidad. Las historias de la eugenesia en todo el mundo también han conducido a prácticas dañinas que impiden que las personas con discapacidad disfruten de su derecho a la sexualidad, el matrimonio, la reproducción y la crianza de los hijos. Mientras que se han remediado muchas leyes basadas explícitamente en la eugenesia, esta ideología todavía conforma muchas de las políticas y procedimientos que existen en las instituciones para personas con discapacidad. De esta manera, se niega normalmente a los jóvenes con discapacidad que viven en instituciones el acceso a la información y servicios básicos de SSR, que incluyen información referente a la planificación familiar y las ITS²⁷⁷. Las instituciones se basan también de una manera abrumadora en los modelos médicos de discapacidad. Como consecuencia, los profesionales médicos toman a menudo decisiones e implementan procedimientos sin el consentimiento de las personas con discapacidad, lo que supone una violación del artículo 12 de la CDPD, que reconoce la capacidad legal de las personas con discapacidad para tomar decisiones. El Relator Especial de las Naciones Unidas (ONU)

sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes ha indicado que los actos de discriminación grave y la violencia contra las personas con discapacidad los cometen con frecuencia los profesionales médicos que someten a las personas con discapacidad a tratamientos médicos de naturaleza invasiva e irreversible sin el consentimiento informado y libre de la persona en cuestión. Estos procedimientos incluyen acciones como el aborto forzado y la esterilización²⁷⁸. Las familias también son cómplices de los profesionales médicos en la coacción a las personas con discapacidad para que se sometan a estos procedimientos, especialmente en los Estados en los que no se reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad o en las instituciones en las que no existen protocolos de toma de decisiones con apoyo. En un informe de Disability Rights International sobre la institucionalización de las mujeres con discapacidad psicosocial se reveló que el 40 % de las entrevistadas se habían sometido a una esterilización forzada o coaccionada²⁷⁹.

Las instituciones son también lugares con un riesgo muy elevado de violencia de género. Se ha estimado que los índices de niños y adolescentes con discapacidad intelectual sujetos a abusos sexuales son hasta cuatro veces superiores a los de aquellos sin discapacidad²⁸⁰. Los perpetradores más frecuentes en las instituciones son los empleados y otros residentes. Los Estados y las OSC excluyen a menudo a las instituciones de las campañas de concienciación sobre la violencia de género, lo que significa que, a pesar de ser lugares de elevado riesgo, se deja con frecuencia a las instituciones sin la vigilancia necesaria²⁸¹. Los procedimientos como el aborto forzado y la esterilización y la perpetuación de la violencia sexual van normalmente de la mano. Esto es así porque las instituciones pueden ocultar de manera eficaz las consecuencias de la violencia sexual poniendo fin a los embarazos que, de otro modo, podrían alertar a otros de que se ha producido una violación. Igualmente, las instituciones son también lugar de otras violaciones de la SDR y de violencia

de género, entre las que se incluyen la producción de pornografía infantil, la trata de personas y otras formas de explotación sexual²⁸². Las personas con discapacidad mentales e intelectuales, además de ser trasladadas a hospitales psiquiátricos y otras instalaciones residenciales, son normalmente encarceladas de manera inapropiada. De esta manera, se las expone a otro entorno institucional que cuenta con un muy elevado riesgo de violencia sexual, exposición a las ETS y disfrute limitado de los servicios de SDR y de prevención y respuesta ante la violencia de género, y el acceso a los mismos. La institucionalización dentro de las cárceles también agrava los problemas de salud mental ya existentes y puede crear un nuevo trauma, así como trastornos psíquicos²⁸³. El Departamento de Justicia de los Estados Unidos estima que un 26 por ciento de la población carcelaria federal de los Estados Unidos son personas con discapacidad²⁸⁴, una estimación que muchos creen que puede subestimar enormemente el número de personas encarceladas con discapacidad intelectual o psicosocial sin diagnosticar²⁸⁵. Los jóvenes con discapacidad dentro de la cárcel son a menudo objeto de violencia, como la VDG y otras violaciones de derechos.

Aunque ha habido una disminución de la institucionalización en el mundo, continúa siendo prevalente, especialmente en Europa oriental y Asia central. En muchos Estados, las OSC, los donantes e incluso los profesionales médicos y los miembros de la familia eligen la institucionalización, especialmente para jóvenes con discapacidad intelectual y psicosocial. Los Estados Partes de la CDN y la CDPD, para fomentar los derechos de los jóvenes con discapacidad y evitar su institucionalización, están obligados a concienciar a la comunidad y a proporcionar los apoyos necesarios basados en la comunidad para garantizar el derecho de los jóvenes con discapacidad a vivir en casa o independientemente en sus comunidades. Asimismo, los Estados Partes tienen la obligación de fomentar los servicios de SDR y de prevención y respuesta a la violencia de

género en aquellas situaciones extremas en las que se necesite la institucionalización.

VII. VISITAS SOBRE EL TERRENO EN PAÍSES

En el estudio se incluyeron las visitas sobre el terreno a los países de Ecuador, Marruecos, Mozambique y España para conocer mejor cómo los Estados trabajan para apoyar los derechos de las personas con discapacidad en contextos nacionales específicos. Los lugares de las visitas sobre el terreno se preseleccionaron para garantizar la diversidad regional, geográfica y económica. Aunque cada país anfitrión de una visita sobre el terreno ha adoptado algunas medidas importantes para promover los derechos de los jóvenes con discapacidad, se asume que ninguno ha eliminado por completo las barreras para la plena integración de los jóvenes con discapacidad. Más bien ofrecen una oportunidad para evaluar cómo cualquier Estado implementa la CDPD, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y otros instrumentos internacionales de importancia para la integración de los jóvenes con discapacidad en los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG.

Aunque cada visita sobre el terreno estuvo sujeta a limitaciones de tiempo y recursos y, por lo tanto, los datos recopilados fueron limitados, cada una de ellas ofreció a los investigadores la oportunidad de considerar la forma en que el contexto es importante, ya que se están aplicando diversas políticas y prácticas para reducir la marginación de los jóvenes con discapacidad. A lo largo de este informe se destacan las principales conclusiones y los ejemplos de prácticas positivas adoptados por cada Estado. Sin embargo, las secciones sucesivas ofrecen una descripción más detallada de los retos a los que cada Estado se enfrenta para garantizar que cada joven con discapacidad tenga las mismas oportunidades de éxito y que ninguno se quede atrás.

ECUADOR

Ecuador proporciona un contexto único para comprender los derechos de los jóvenes con discapacidad. En muchos aspectos, es un gran representante de la región de Latinoamérica, del Caribe y, más en general, de los países de ingresos medianos. No obstante, también representa un contexto específico en donde el Estado debe abordar situaciones únicas, como que más de un tercio de su población continúe viviendo en zonas rurales en las que algunas comunidades tienen unas actitudes y prácticas sociales que crean barreras específicas a la hora de garantizar los derechos de los jóvenes con discapacidad. Ecuador tiene uno de los índices de embarazo adolescente más altos de la región de Latinoamérica, concretamente en sus zonas rurales y entre su población indígena. Sin embargo, ha desarrollado y adoptado medidas positivas para abordar los importantes desafíos a los que se enfrenta en relación con el fomento de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG para los jóvenes con discapacidad de todo el país. En este sentido, Ecuador demuestra la importancia de que los Estados adapten prácticas y localicen leyes, políticas y programas para abordar sus respectivos contextos específicos.

Ecuador es un país de ingresos medianos. Ocupa el puesto 89 de los 188 países que figuran en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD²⁸⁶. Representa a una región y un nivel de desarrollo económico en el que muchos Estados están desarrollando activamente nuevas instituciones para promover los derechos humanos de sus ciudadanos. Estos nuevos desarrollos incluyen leyes que promueven la igualdad de las personas con discapacidad, las mujeres y las niñas, y nuevas políticas y estrategias que garantizan la integración dentro de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG. Ecuador también tiene una composición intercultural única. De su población de 14,5 millones, el 65 % se identifica como mestizo, el 13 % como indígena, el 7,2 % como

afrodescendiente, el 7,4 % como montubio y el 19 % como blanco. Muchas de estas comunidades tienen su propia cultura e idiomas, lo que requiere que el Estado desarrolle estrategias separadas para cada población y así garantizar el conocimiento y acceso a sus derechos.

Ecuador, a pesar de ser un país de ingresos medianos, tiene un índice de fertilidad adolescente muy superior a lo normal en los países de ingresos medianos, así como dentro de Latinoamérica y el Caribe. Según el censo de 2015, el índice de fertilidad adolescente de Ecuador fue del 75,60 ‰ de las adolescentes entre 15 y 19 años²⁸⁷. Esto hace que el índice de fertilidad de Ecuador sea más de un 50 % superior al de sus países vecinos, Colombia y Perú (48,45 ‰ y 48,58 ‰, respectivamente) y significativamente superior a la media regional de Latinoamérica y el Caribe. Se pueden atribuir algunos de los índices de fertilidad a la violencia sexual perpetrada contra las niñas, adolescentes y jóvenes. Según una encuesta nacional de 2012, una de cada cuatro mujeres ha sufrido violencia sexual, y las mujeres más vulnerables a la violencia son las jóvenes entre los 16 y los 20 años²⁸⁸. Estas pruebas indican que las mujeres y las niñas con discapacidades intelectuales corren un riesgo desproporcionado de sufrir violencia sexual. En la investigación también se indica que existen importantes barreras sociales, económicas, culturales e institucionales que impiden de manera desproporcionada que las personas que viven en zonas rurales e indígenas disfruten de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, y del acceso a los mismos.

Ecuador ha desarrollado un importante marco jurídico y político para la promoción de los derechos de los jóvenes con discapacidad, entre los que se incluye el acceso y el disfrute de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG. Sin embargo, existen importantes barreras culturales que estigmatizan a los jóvenes, especialmente a los jóvenes con discapacidad, e impiden que accedan a sus SDR, incluidos los anticonceptivos. De hecho,

a pesar de las políticas y estrategias implementadas por el Ministerio de Salud Pública para aumentar el uso de la planificación familiar, una parte significativa de la población joven no mantienen relaciones sexuales seguras. Por ejemplo, en una reciente encuesta nacional se halló que el 97 % de los adolescentes eran conscientes de la existencia de métodos anticonceptivos modernos, pero el 89 % de aquellos que eran sexualmente activos antes de los 17 años no habían usado preservativo en su primera experiencia sexual²⁸⁹. En un informe anterior se observó que, en las zonas rurales, el 50 % de los encuestados que eran sexualmente activos indicaron que nunca habían utilizado un preservativo²⁹⁰. Esta discrepancia entre el conocimiento y la práctica es un indicativo del tabú que existe entre los jóvenes que buscan y utilizan anticonceptivos. Este estigma en torno a la planificación familiar y a la presentación de informes sobre la VDG se compone de jóvenes con discapacidad que normalmente son considerados individuos asexuales.

Ecuador ha demostrado su dedicación para fomentar los derechos de sus ciudadanos, incluida la igualdad de derechos de los jóvenes con discapacidad mediante la ratificación de leyes nacionales e instrumentos jurídicos internacionales. Ecuador también ha adoptado medidas proactivas para garantizar que las personas con discapacidad disfruten igualmente de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, y del acceso a los mismos. Ecuador fue uno de los primeros países signatarios y en ratificar la CEDAW (firmada en 1980 y ratificada en 1981) y la CDPD (firmada en 2007 y ratificada en 2008). Además, las normas internacionales de igualdad de género y discapacidad se reflejan en la Constitución de 2008 de Ecuador, que específicamente promueve los derechos y la igualdad de las personas con discapacidad, las mujeres, las niñas y los jóvenes. La protección y promoción de los derechos de estos grupos se especifica de manera detallada en los actos legislativos y en las políticas públicas.

La Constitución Nacional se dirige a estos tres grupos de representados: las personas con discapacidad, las mujeres y los jóvenes. El artículo 11 (2) de la Constitución prohíbe la discriminación por razón de sexo, identidad de género, orientación sexual y discapacidad. El artículo 27 exige al Estado que adopte políticas de acción para todas las personas que sufran desigualdad. El artículo 47 ratifica de manera específica los derechos de las personas con discapacidad, y numerosas disposiciones adicionales ratifican de manera específica los derechos de las personas con discapacidad, entre los que se encuentran la garantía de tener prioridad en la asistencia sanitaria, especialmente para los ancianos (arts. 35 y 38), y la igualdad de oportunidades para la inclusión social (art. 47). Respecto a la igualdad de género, el artículo 66 (4) ratifica «el derecho a la igualdad formal, la igualdad material y a la no discriminación». En el artículo 69 establece la igualdad en el matrimonio y que las hijas tengan los mismos derechos dentro de la familia que los hijos. En el artículo 70 se ordena al Estado que desarrolle políticas para lograr la igualdad de género e insta a la incorporación de la perspectiva de género en la planificación y el desarrollo de políticas estatales. Concretamente, en cuanto a este estudio, en el artículo 66 (9 y 10) se garantiza que las mujeres «tengan el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual [. . .] y el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener». En lo que respecta a los jóvenes, en el artículo 39 se expone que el Estado garantizará los derechos de los jóvenes y promoverá el ejercicio eficaz de estos derechos por medio de políticas, programas, instituciones y recursos que garanticen y apoyen, de manera permanente, su participación e inclusión en todos los sectores. En el artículo 46 se demanda que el Estado adopte medidas para apoyar a los adolescentes, incluida la «atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad», y que se garantice la «protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato,

explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia» de niños y adolescentes. Estas obligaciones constitucionales se complementan con la Ley sobre Discapacidades, la Ley Integral (u *Orgánica*) de Discapacidades, la Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género, etc.

Una forma de institucionalizar la ley y las políticas públicas es mediante la creación de organismos u oficinas públicas específicas con los ministerios existentes. Esto incluye al Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), el Consejo Nacional para la Igualdad de Género (CNIG) y oficinas y cargos específicos dentro del Ministerio de Salud Pública, tales como el coordinador de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva; el director de Derechos Humanos, Género e Inclusión; y el director de Discapacidad. Cada organismo y oficina ha participado en la promoción de la inclusión de la discapacidad en los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, lo que proporciona una sólida base institucional. Sin embargo, la intersección específica de género, discapacidad, y adolescentes y jóvenes con discapacidad no ha sido institucionalizada completamente, algo que supone un notable problema. Las personas con discapacidad, por ejemplo, las mujeres, niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad, se identifican fundamental y principalmente como personas con discapacidad en lugar de como personas con una identidad transversal. Por definición, los organismos normalmente remiten al Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades y a la Dirección de Discapacidades del Ministerio, en lugar de reconocer que todos tienen la misma responsabilidad con respecto a los jóvenes con discapacidad que están representados en su propia circunscripción. Sin embargo, la creación de estos organismos y cargos para la discapacidad, el género, etc. proporciona un marco organizativo en el que las intersecciones se pueden institucionalizar con facilidad a través de la continua cooperación entre ellos.

A pesar de las importantes leyes, políticas y programas desarrollados por el Estado, los

progresos realizados para garantizar los SDR y el derecho de los ciudadanos a vivir libres de violencia han sido limitados, sobre todo en las zonas rurales. Las mujeres y las niñas de las zonas rurales representan una desproporcionada parte de los embarazos no planeados. En un reciente estudio sobre los embarazos en la zona rural de la cuenca del Amazonas de Ecuador se observó que un 73,7 % de las mujeres indígenas indicaron haber tenido al menos un embarazo no planeado²⁹¹. A pesar de la creación de nuevos derechos y del aumento del desarrollo socioeconómico, en anteriores estudios se atribuyó el alto índice de fertilidad de Latinoamérica a la conservadora cultura religiosa que estigmatiza a las personas que busquen formas de planificación familiar²⁹². Unas actitudes conservadoras similares hacia la sexualidad son especialmente fuertes en las comunidades indígenas de la cuenca del Amazonas de Ecuador, en donde se celebra la familia tradicional y en las que los embarazos a una temprana edad son una norma cultural que a menudo se celebra como un rito necesario de la edad adulta²⁹³. En estas mismas comunidades, el uso de los anticonceptivos es bajo y, normalmente, un tabú. La violencia sexual es prevalente, aunque con frecuencia no se aborda ni se denuncia²⁹⁴. Ecuador tiene también un sistema jurídico pluralista. En la Constitución de 2008 se reconocen los derechos de las comunidades indígenas a mantener y practicar sus propios sistemas jurídicos. Aunque esto es un importante derecho cultural, puede impedir indirectamente que las mujeres y niñas, juntamente con los hombres y niños, disfruten de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, y del acceso a los mismos. Esto es particularmente cierto porque Ecuador no ha unificado las jurisdicciones indígenas con el sistema nacional de justicia a través de una «Ley de Coordinación» u otro mecanismo legal que garantice que todas las normas sobre derechos humanos se den igualmente en la práctica jurídica indígena²⁹⁵.

Las actitudes sociales hacia el acceso a la planificación familiar, la aceptación pasiva de la VDG y las creencias sociales acerca de las personas

con discapacidad, incluidas las adolescentes y las jóvenes con discapacidad, constituyen grandes barreras que impiden que los jóvenes con discapacidad de Ecuador accedan a sus SDSR. Sin embargo, Ecuador ha tomado la iniciativa a la hora de hacer frente a estas barreras a nivel local. En el Capítulo 4: La prevención y la respuesta a la violencia por razón de género del nuevo curso obligatorio de formación de Ecuador sobre violencia de género, Atención integral a la violencia de género, se abordará como una importante práctica de Estado para la inclusión de los jóvenes con discapacidad en los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género. Al tratarse de un curso de formación en línea, está a disposición de todos los funcionarios del Ministerio de Salud Pública, incluidos los que trabajan en zonas rurales aisladas y que normalmente no pudieron asistir con facilidad a los cursos de formación realizados en el pasado. El curso también dedica uno de sus cinco módulos a la VDG y a la discapacidad. Todos los funcionarios del Ministerio de Salud Pública deben completar el curso en línea; de este modo, dicho Ministerio puede supervisar que los funcionarios hayan finalizado la formación. Otra medida positiva, que se destaca en el Capítulo 5: El logro de la salud sexual y reproductiva, y los derechos de los jóvenes con discapacidad, es un programa de certificación del Centro de Salud con Servicios Inclusivos de Ecuador. Este nuevo programa de certificación para las instalaciones del Ministerio de Salud Pública incluye que se garantice que todas las instalaciones sean «accesibles para los adolescentes» y «accesibles para las personas con discapacidad». Este programa de certificación ha realizado un importante progreso, como es el aumento del acceso de los jóvenes con discapacidad a la SDSR en las zonas rurales.

MARRUECOS

Marruecos es un país sumamente representativo de los Estados Árabes y de los países de ingresos bajos-medianos en general. Marruecos ocupa

el puesto 123 de los 188 países que figuran en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD²⁹⁶. Representa a una región y un nivel de desarrollo económico en el que muchos estados están desarrollando nuevas instituciones para promover los derechos humanos de sus ciudadanos, pero que también se están enfrentando a retos. Estos nuevos avances incluyen leyes que no solo promueven la igualdad de las personas con discapacidad, sino también consideraciones específicas; en particular, la estipulación de que las políticas y prácticas nacionales no entren en conflicto con las disposiciones de la ley islámica sharía, lo cual puede afectar a las políticas y estrategias implementadas relacionadas con los servicios de prevención y respuesta a los SDSR y la VDG. No obstante, se eligió a Marruecos para este estudio debido al progreso que ha realizado en la promoción de los derechos de los jóvenes con discapacidad, entre los que se incluye el disfrute de los servicios de prevención y respuesta a los SDSR y la VDG, y el acceso a los mismos.

Los estudios muestran que el índice de prevalencia nacional de personas con discapacidad en Marruecos es del 6,8 por ciento²⁹⁷. Las discapacidades más comunes son las relacionadas con la visión y la movilidad. La ratio de hombres y mujeres es similar: el 49,7 % para los hombres y el 50,3 % para las mujeres. Además, el 60,8 % de las personas con discapacidad señalaron las dificultades con las que se encontraban para acceder a los servicios de salud en general, de las cuales el 62,9 % se atribuyeron a factores económicos. Solo el 34,1 % de las personas con discapacidad se benefició de los sistemas de protección social²⁹⁸ y solo un 10,6 % dijo conocer sus derechos²⁹⁹.

En los últimos años, Marruecos ha conseguido importantes logros en el desarrollo del marco jurídico y político necesario para el fomento de los derechos de los jóvenes con discapacidad en relación con los servicios de prevención y respuesta a los SDSR y la VDG. Muchas leyes de este marco se encuentran en las fases finales de su aprobación. Marruecos ha

firmado y ratificado la CEDAW, la CDN y la CDPD, y ha desarrollado un marco jurídico nacional para su implementación. La nueva Constitución nacional de 2011 incluye el derecho a la salud de todos sus ciudadanos. En ella se expone la intención del Estado de movilizar todos los medios disponibles para facilitar el acceso igualitario de los ciudadanos a los derechos de tratamiento, asistencia médica, protección social, cobertura sanitaria, solidaridad y a vivir en un entorno saludable. Del mismo modo, la Constitución reconoce el principio de igualdad de género en todos los derechos y libertades civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, así como el derecho a la integridad física y moral de las personas, el principio de igualdad y lucha contra todas las formas de discriminación. Marruecos aprobó la Ley Núm. 103-13 para combatir la violencia contra las mujeres en 2018³⁰⁰. Asimismo, se ha modificado el Código Penal de 2003 para prohibir y castigar la discriminación por motivos de discapacidad.

Como consecuencia de estas leyes, se han formulado muchas políticas y estrategias gubernamentales intersectoriales, pero su implementación continúa siendo un reto. El Ministerio de Solidaridad, Familia, Igualdad y Desarrollo Social, responsable de la coordinación tanto de las políticas para mujeres y niñas, como para personas con discapacidad, ha puesto en marcha importantes medidas mediante el desarrollo de planes nacionales de acción que reúnen a todos los ministerios del Gobierno y a otras partes interesadas para la implementación de políticas y programas. Sin embargo, en la actualidad, no se tienen especialmente en cuenta la SDR en el Plan Nacional sobre Discapacidad, y las personas con discapacidad no están específicamente incluidas en el Plan de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud. Las OSC tienen una gran importancia en estas estrategias y políticas, gracias a su compromiso activo con el Gobierno a través de la participación en foros y talleres públicos, y a través de su propia acción. Actualmente, estas organizaciones proporcionan muchos de los servicios educativos, médicos, psicológicos

y jurídicos a las personas con discapacidad. Esto es un mérito importante, ya que las relaciones sexuales prematrimoniales son contrarias a la ley de Marruecos. Por otro lado, la prestación de servicios por parte del Estado plantea dificultades. Igualmente, se considera que las OSC tienen una gran importancia en la mejora de la cercanía de los servicios, ya que están presentes en la mayoría de las regiones, especialmente en las más pequeñas.

Existe una enorme brecha entre los diferentes tipos de discapacidad en lo que respecta al acceso a los servicios de salud, incluidos algunos servicios de SSR. Por lo tanto, las personas con discapacidad intelectual y psicosocial son más vulnerables, mientras que las personas con discapacidad visual han indicado niveles de servicio similares a los de aquellos sin discapacidad. Además, existe una gran disparidad entre las regiones urbanas y rurales.

Hay un vacío de estadísticas en el área de los servicios de salud, incluidos los servicios de SSR relacionados con las personas con discapacidad. En la mayoría de los casos, no existen datos sobre discapacidad, lo que hace imposible valorar las estrategias correctamente e impide la implementación de políticas relacionadas con las personas con discapacidad. Se necesitan recursos adicionales que refuercen el acceso y la concienciación sobre los servicios, incluido el desarrollo del conocimiento y las habilidades de los proveedores de servicios con respecto a la inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de SSR.

Hay mucha tergiversación y falsas creencias acerca de las personas con discapacidad y la sexualidad. Por ejemplo, creer en la asexualización de las personas con discapacidad, especialmente de aquellas con discapacidad intelectual. Esas representaciones suponen barreras para que los jóvenes con discapacidad tengan una vida sexual y reproductiva saludable y para que se les proteja de la violencia sexual o de la VDG. Las personas con discapacidad dependen a menudo de sus familias.

Esto se considera un gran obstáculo que les impide tener una vida sexual normal y saludable. Debido a esta dependencia, y a los desafíos que supone el acceso a los servicios, el disfrute de los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG, y el acceso a los mismos, dependen a menudo de la percepción, las predicciones y los miedos de su familia relacionados con su sexualidad.

MOZAMBIQUE

Mozambique representa un importante contexto que se debe tener en cuenta a la hora de comprender los derechos de los jóvenes con discapacidad. Es uno de los Estados con ingresos más bajos del mundo y tiene uno de los índices de prevalencia del VIH/SIDA más altos. Estos dos factores contribuyen a que aparezcan barreras, a las cuales se tienen que enfrentar los jóvenes con discapacidad en Mozambique. Estas también ponen de relieve la importancia de la coordinación del Estado con los actores de la sociedad civil. Debido a que Mozambique es una economía en desarrollo con una alta prevalencia del VIH, muchos Estados extranjeros y OSC internacionales actúan como financiadores e implementadores de programas relacionados con los SDR y la VDG. Algunos de estos actores internacionales de desarrollo no incluyen la integración de la discapacidad. Por lo tanto, Mozambique no solo debe fomentar los derechos de los jóvenes con discapacidad mediante sus propias políticas e instituciones, sino que también debe coordinarse con los proveedores de servicios extranjeros y no estatales que, posiblemente, no cuentan con políticas de integración de la discapacidad en sus iniciativas de prevención y respuesta a los SDR y la VDG.

Mozambique es una gran representante del África subsahariana y de los países de bajos ingresos en general. Como tal, representa a una región y un nivel de desarrollo económico en el que los Estados se enfrentan a importantes desafíos a la hora de

desarrollar nuevas instituciones que promuevan los derechos humanos de sus ciudadanos. Mozambique hace frente a retos únicos debido a sus ingresos bajos y a la elevada prevalencia del VIH/SIDA. Ocupa el puesto 181 de los 188 países que figuran en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD³⁰¹ y tiene uno de los índices más altos de prevalencia del VIH/SIDA del mundo (estimado en un 10,5 por ciento para adolescentes y adultos de entre 15 y 49 años de edad)³⁰². Aunque actualmente no hay datos sistemáticos sobre la prevalencia del VIH/SIDA entre las personas con discapacidad de Mozambique, hay pruebas anecdóticas de que la prevalencia es igual o mayor que la de la población en general. En respuesta a esta incipiente evidencia, el Gobierno de Mozambique incluyó una disposición específica en la Ley 12/2009 sobre los derechos y deberes de las personas con VIH/SIDA para así manifestar que las personas con discapacidad tienen el mismo derecho a la prevención, protección y tratamiento del VIH/SIDA. Un reto específico al que se enfrenta Mozambique para garantizar la participación de los jóvenes con discapacidad en los servicios de prevención y respuesta a los SDR y la VDG generales y relacionados con el VIH/SIDA es el número de OSC que prestan servicios sanitarios. Esto supone una barrera para la implementación de los derechos, ya que solo el Gobierno está obligado a llevar a cabo el mandato público para proteger los derechos de todos sus ciudadanos de manera igualitaria, y para implementar la discapacidad en leyes, políticas y estrategias integradoras. Las OSC como, por ejemplo, las organizaciones internacionales no gubernamentales y las organizaciones de base, no comparten la misma responsabilidad ni son responsables ante el Estado de la misma manera. Sin embargo, son las principales implementadoras del plan nacional de los SDR. A pesar de estos retos, Mozambique ha tomado la iniciativa para desarrollar un marco jurídico y político que fomente los derechos de los jóvenes con discapacidad, incluidos los SDR y el acceso a los servicios de prevención y respuesta a la VDG, por medio de sus compromisos con las leyes, políticas y estrategias internacionales y regionales,

y el desarrollo de un marco jurídico nacional para implementar políticas y programas que garanticen que los jóvenes con discapacidad tengan acceso a los servicios en igualdad de condiciones y puedan disfrutar plenamente de sus derechos. Esto incluye la asignación de responsabilidades específicas dentro de los ministerios del Gobierno para la implementación de estas leyes, políticas y estrategias.

Mozambique ha firmado y ratificado todas las convenciones internacionales de relevancia, entre las que se incluyen la CEDAW, la CDPD y la CDN. Asimismo, ha firmado y ratificado instrumentos regionales, como la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, que protege los derechos de las mujeres y niños (artículo 18, cláusula 3); el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de la mujer en África, que se refiere específicamente a las protecciones especiales para las mujeres con discapacidad (artículo 23); la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño, que apunta directamente a los derechos de los niños con discapacidad (artículo 13), la protección de los niños contra el abuso (artículo 16) y la protección de los niños contra la explotación sexual (artículo 27). Además, Mozambique es signatario del Programa de Acción de la CIPD.

Mozambique también ha desarrollado un continuo marco jurídico nacional, empezando por su constitución y pasando por leyes, decretos y estrategias. La Constitución de 2004 de Mozambique otorga la igualdad de derechos a las personas con discapacidad (artículo 37), la igualdad de derechos a las mujeres (artículo 36), un compromiso del Estado que promueva el desarrollo de la mujer (artículo 122), el desarrollo de los jóvenes (artículo 123) y el derecho a la salud, aunque no específicamente a los SSR (artículos 89 y 116). En la legislación nacional, la Ley 12/2009 sobre los derechos y deberes de las personas con VIH/SIDA se especifica que las personas con discapacidad tienen derecho a una prevención, protección y

tratamiento del VIH/SIDA que tenga en cuenta sus necesidades especiales, incluidas las comunicativas e informativas (es decir, el lenguaje de signos). El Decreto 78/2009 establece un Consejo Nacional de Discapacidades, una Ley Nacional 29/2009 sobre la violencia doméstica, y una serie de leyes adicionales y estrategias que promueven los derechos de las personas con discapacidad, las mujeres, los niños y las niñas. La responsabilidad de implementar estas leyes se ha institucionalizado dentro de los organismos públicos mediante la creación de oficinas específicas y cargos de responsabilidad. Esto incluye un Departamento de Discapacidad y un centro de coordinación de VIH/SRRH con el mandato de garantizar el acceso en igualdad de condiciones a la prevención y tratamiento del VIH para las personas con discapacidad en el Ministerio de Género, Infancia y Acción Social. El Ministerio de Género, Infancia y Acción Social proporciona un foro de sociedad civil que incluye a las OPD. La Oficina de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia es la responsable de la inclusión de la discapacidad, que incluye los derechos y la protección relacionada con la VDG.

En los últimos años, la ayuda internacional al desarrollo se ha ido canalizando cada vez más mediante las OSC como, por ejemplo, las organizaciones internacionales no gubernamentales y las organizaciones de base, más que a través de los ministerios del Gobierno. El sector sanitario de Mozambique incluye un importante número de OSC que prestan servicios de prevención y respuesta a la VDG y relacionados con los SDR. Aunque muchas OSC desarrollan un excelente trabajo en los contextos de bajos recursos, pueden suponer un desafío al Estado a la hora de garantizar la protección de los derechos de los jóvenes con discapacidad y otros grupos, así como que todos los ciudadanos de Mozambique tengan un acceso en igualdad de condiciones a los servicios prestados. Por ejemplo, el número de OSC que prestan servicios sanitarios ha llevado a la fragmentación del sector sanitario, lo cual presenta importantes retos para el Estado a la hora de garantizar la

coordinación e implementación de su plan de atención sanitaria integral³⁰³. Esto se debe a que las organizaciones no gubernamentales pueden especializarse en servicios específicos o centrarse en grupos específicos, en respuesta a los donantes o como resultado de su misión o experiencia organizativa, más que en las necesidades del lugar, las prioridades del Gobierno o el plan nacional. Las organizaciones internacionales no gubernamentales suelen situarse en capitales y otras grandes ciudades por su facilidad de acceso, infraestructuras de comunicación (teléfono e internet), las necesidades sanitarias y de seguridad del personal internacional, la ubicación de los ministerios del Gobierno y otras consideraciones que no responden directamente a necesidades³⁰⁴. Esto puede provocar un sesgo urbano en el que la población de las comunidades rurales o los entornos afectados por el conflicto quede excluida. Por último, se ha observado que las OSC que proporcionan servicios relacionados con el VIH/SIDA tienen una gran importancia en algunos contextos en desarrollo. Estas pueden desviar al personal de atención sanitaria o reorientar los recursos públicos hacia unos enfoques más amplios de la SDR³⁰⁵.

Como resultado de la presencia relativamente importante de las OSC que participan en la implementación de la programación nacional de los SDR y la VDG de Mozambique, las organizaciones que no han puesto de relieve la integración de la discapacidad han pasado por alto a los jóvenes con discapacidad. Durante el transcurso de la investigación de este estudio, varias de las principales organizaciones no gubernamentales que ofrecen SDR han diferenciado sus objetivos de los del Gobierno, declarando que sus programas financiados por donantes se dirigieron a otras poblaciones marginadas como, por ejemplo, los trabajadores sexuales y las personas del colectivo LGBTQI, y no a las personas con discapacidad. Las OPD han intentado implementar sus propios programas, por ejemplo impartiendo educación sobre el VIH a sus socios, pero indicaron que sus

escasos recursos solo les permitían centrar sus actividades en la capital, Maputo, y en otras grandes ciudades, ya que era demasiado difícil desde el punto de vista económico trabajar en comunidades rurales donde a menudo tenían poca relación con los socios u otras personas con discapacidad, y pocos recursos para llevar a cabo actividades de organización y concienciación.

A pesar de estos desafíos, Mozambique ha desarrollado y adoptado varias medidas positivas para colaborar con la sociedad civil con el fin de garantizar una mejor integración de la discapacidad en la labor de la sociedad civil y velar por que se incluya a las personas más jóvenes con discapacidad en varios programas cruciales de SDR. En el Capítulo 6 sobre la Integración de la sociedad civil, se pone de relieve la colaboración del Ministerio de Género, Infancia y Acción Social con la Asociación Mozambiqueña de Coalición de Jóvenes (ACJM por sus siglas en portugués) y la Associação Moçambicana para Desenvolvimento da Família (Asociación Mozambiqueña para el Desarrollo de la Familia) (AMODEFA por sus siglas en portugués). A través de esta colaboración entre el Estado y la sociedad civil, se ha incorporado a los jóvenes con discapacidad como consejeros en la iniciativa Geração Biz («generación ocupada»). Esto se trata con más detalle en el Capítulo 6.

ESPAÑA

España proporciona un importante contexto que se debe tener en cuenta para garantizar los derechos de los jóvenes con discapacidad. España es un país de ingresos altos y un actor importante en los derechos humanos internacionales y el desarrollo internacional. Por definición, España ha avanzado en la integración de los jóvenes con discapacidad en el país y en el extranjero mediante leyes, políticas y programas. Ha dado grandes pasos a nivel nacional para integrar los derechos reconocidos en la CDPD en la legislación y políticas nacionales. No obstante, España se enfrenta al desafío de garantizar que

los derechos de los jóvenes con discapacidad se logren en igualdad de condiciones en todo el país. El descentralizado sistema jurídico de España otorga autonomía al desarrollo de las políticas sanitarias y educativas, entre otras cuestiones, a las autoridades regionales, las cuales han prestado una atención diferente a las necesidades de los jóvenes con discapacidad. Mientras que un sistema descentralizado de gobierno ofrece oportunidades para desarrollar programas muy localizados y dirigidos a personas con discapacidad, debido a la ausencia de normas o directrices nacionales, España corre el riesgo de no cubrir los derechos de los jóvenes con discapacidad en algunas partes del país.

Ocupa el puesto 27 de los 188 países que figuran en el Índice de Desarrollo Humano del PNUD³⁰⁶ y ha sido líder en la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) en proporcionar asistencia oficial para el desarrollo (AOD). En el 2016, la red de AOD de España alcanzó los más de 4000 millones de dólares estadounidenses, lo que la posicionó en el décimo lugar de la OCDE en número de donantes³⁰⁷. Del mismo modo, España se ha implicado de forma activa para garantizar que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible sea integradora, adopte un enfoque basado en los derechos y esté financiada de manera sostenible. En el 2007, España firmó un acuerdo histórico con la ONU y ofreció la generosa cantidad de 528 millones de euros (710 millones de dólares estadounidenses) para el establecimiento del Fondo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio³⁰⁸. El Gobierno de España también ha puesto en marcha medidas activas para integrar al sector privado en la financiación del desarrollo y aumentar su AOD en apoyo al desarrollo y la gestión de los bienes públicos mundiales³⁰⁹.

España, como uno de los principales donantes internacionales, ha defendido la integración de la discapacidad, el género y la juventud en los programas y políticas de desarrollo mundial. En su análisis de 2016, el Comité de Asistencia para

el Desarrollo de la OCDE exigió exactamente este impulso y sugirió que España adopte y mejore mecanismos para integrar de manera eficaz el género, entre otros, en las operaciones sobre el terreno³¹⁰. España, en los casos en los que se compromete activamente a la financiación de iniciativas para aliviar la pobreza y corregir las desigualdades, tiene la capacidad de dar prioridad a proyectos y programas diseñados para incluir a los jóvenes con discapacidad en toda su diversidad y promover el desarrollo de la inclusión de sus socios beneficiarios.

El compromiso de España con los derechos de las personas con discapacidad viene de lejos. Fue el primer país en enviar un informe de Estado Parte al Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2010. En 2011, España aprobó una norma jurídica de trascendencia: la Ley 26/2011, que incorpora el lenguaje de la CDPD en la legislación española y promueve el pleno reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad³¹¹. Esta ley la continuó de inmediato el Real Decreto 1276/2011, que adapta los reglamentos actuales relacionados con la discapacidad a las normas de la CDPD, conforme a la Ley 26/2011³¹². España, aunque desde entonces ha avanzado significativamente en la adaptación de su marco jurídico nacional para cumplir con las normas establecidas por la CDPD, continúa haciendo frente a los retos para garantizar los derechos en igualdad de condiciones para las mujeres, hombres y jóvenes con discapacidad de todo el país.

España ha desarrollado un positivo marco jurídico nacional relacionado con los servicios de prevención y respuesta a los SDRS y la VDG para las personas jóvenes con discapacidad. La Constitución española de 1978 ha fomentado específicamente la igualdad de género (artículo 14) y la participación social de los jóvenes (artículo 48). España aprobó la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social en 2013. Sin embargo, la implementación de estos derechos se

lleva a cabo a través del sistema descentralizado de España. El artículo 2 del Estatuto de Autonomía de la Constitución de 1978 reconoce el derecho a la autonomía de las 17 comunidades autónomas y de dos ciudades autónomas. Las características federales del Estado de Autonomías han creado 19 implementaciones distintivas a nivel local de muchas leyes nacionales³¹³. Los sistemas descentralizados formales, como España, y sistemas descentralizados menos formales que delegan las responsabilidades de la implementación de leyes y políticas a las provincias, municipios y otras autoridades locales ponen de relieve las oportunidades y los retos de la implementación de derechos a través de los sistemas descentralizados de gobierno. Esto es una oportunidad porque los gobiernos locales tienen poder para desarrollar las políticas y los programas más adecuados para su población y contexto específicos. Por otro lado, es una barrera porque en la práctica puede suponer que no haya una normalización para el logro de la protección y el fomento de los derechos en las comunidades. La coordinación nacional/subnacional puede constituir una carga burocrática adicional en la distribución de recursos, el flujo de información y la gestión general de programas³¹⁴.

En España, las autoridades regionales han estado a la vanguardia en el fomento de los SDR, pero los beneficios de los programas se han limitado normalmente a las regiones y no se han extendido mucho más allá de ellas. Por ejemplo, en las entrevistas realizadas sobre el terreno los defensores de los jóvenes con discapacidad expresaron su preocupación por el número limitado de fuentes de servicios de planificación familiar para dichos jóvenes en todo el país y la falta de servicios de alta calidad de ESI, ambos incluidos en los mandatos regionales. Aunque algunos centros urbanos habían adoptado planes para la prevención del embarazo, no existía una estrategia nacional que garantizara que todos los jóvenes, incluidos los jóvenes con discapacidad, tuvieran acceso a los servicios de SSR adecuados. Las mujeres de las zonas rurales estaban especialmente desatendidas.

Incluso la accesibilidad puede diferir considerablemente según la región. En Barcelona, en donde las personas con discapacidad están representadas en el ayuntamiento y todo el transporte público es accesible para múltiples discapacidades, la legislación local y regional sobre accesibilidad está en vigor desde 2014. Además, existe un servicio a domicilio para las personas con discapacidad que incluye cuatro trayectos en taxi por el precio de un billete de autobús. Sin embargo, en otras partes del país, particularmente en las zonas rurales, el acceso al transporte público es mucho más limitado, lo que complica considerablemente más que las personas con discapacidad reciban atención sanitaria y su participación activa en las actividades sociales.

Según encuestas, los jóvenes con discapacidad señalaron que sus mayores problemas eran tener libertad para irse de casa, y tener acceso al trabajo y a las actividades de tiempo libre³¹⁵. Existe una gran brecha en cuanto a los logros académicos entre los jóvenes con y sin discapacidad. Solo el 8 % de los jóvenes con discapacidad de España tienen grados universitarios, y un porcentaje considerable es analfabeto funcional³¹⁶. El analfabetismo entre los jóvenes con discapacidad es cuatro veces mayor que entre los jóvenes con discapacidad³¹⁷.

Del mismo modo, el acceso a la información de los servicios sobre sexualidad y SSR varía según la localización. La Federación de Planificación Familiar financia cuatro centros para jóvenes en el país. Todos ellos ubicados en zonas urbanas. Aunque al menos algunos de los centros son accesibles físicamente, las calles en las que están ubicados tienen bordillos altos y adoquines. Esto hace que para un importante número de jóvenes con discapacidad resulten inaccesibles. Aunque los socios de esta federación realizan ocasionalmente visitas sobre el terreno a las zonas rurales, estas dependen de las relaciones con los gobiernos u organismos locales o provinciales, y no sustituyen a los servicios de atención sanitaria consistentes y accesibles. Por otro lado, ha habido informes en los

que se ha señalado que ha habido esterilizaciones y abortos forzados realizados a mujeres y niñas con discapacidad, concretamente a aquellas con discapacidad intelectual o psicosocial. Esto significa que estos servicios se han proporcionado sin su consentimiento, sin el conocimiento de la finalidad específica del procedimiento y normalmente bajo el pretexto de cuidar del bienestar de la persona con discapacidad, en lugar de reconocer el derecho de la persona a tomar sus propias decisiones sobre salud reproductiva³¹⁸.

En un estudio dirigido bajo el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia por la Dirección General de Políticas Sociales, de las Familias y de la Infancia y el Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia se observó que la discapacidad es un factor clave que aumenta enormemente el riesgo de maltrato de niños. Entre los datos más destacados que la investigación proporcionó se encuentra que el maltrato es más prevalente cuando el niño tiene algún tipo de enfermedad física o mental (7,8 %, frente al 3,57 % en ausencia de esa enfermedad). Los niños con algún tipo de discapacidad sufren índices de violencia mayores que aquellos que no la tienen (23,08 % y 3,87 %, respectivamente)³¹⁹.

Aunque el Gobierno nacional ha aprobado las pertinentes políticas nacionales, hay pocas disposiciones que garanticen un seguimiento y una evaluación periódicos, lo que dificulta la evaluación del cumplimiento o de la calidad de la implementación. Por ejemplo, mientras que la normativa nacional proporciona ESI a todos los jóvenes, la implementación se deja en manos de las autoridades locales y regionales, por lo que la programación real depende del interés y el conocimiento del personal docente. En las entrevistas realizadas sobre el terreno, los defensores observaron que la educación sexual en muchos colegios se ofrecía después de que los jóvenes fueran ya sexualmente activos y se centraba más en las conductas de riesgo que en las relaciones sanas. Algunos señalaron que, en algunos lugares, la única educación sexual que reciben

los estudiantes se limita a las presentaciones del personal de ventas de higiene femenina.

No obstante, algunas autoridades regionales han fomentado de manera activa los derechos de las personas con discapacidad a nivel local. Por ejemplo, la Escuela Andaluza de Salud Pública puso en marcha un programa para formar a los profesionales sanitarios que trabajan en la prestación de servicios de SSR y que incluye a las personas con discapacidad, concretamente en lo referente a la promoción de una vida sexual saludable, el uso de la planificación familiar y los servicios de SSR. Los hospitales de la región cuentan con al menos una habitación equipada para realizar pruebas ginecológicas a mujeres con discapacidad.

En lo que respecta a la VDG, existen numerosas importantes iniciativas a nivel regional para dar poder a las mujeres con discapacidad vulnerables a la VDG. En Aragón, las OSC de y para las mujeres con discapacidad colaboran con el Gobierno regional del Instituto Aragonés de la Mujer para desarrollar nuevas políticas locales contra la VDG, que incluyen a las mujeres con discapacidad. De manera similar, en Barcelona, la Associació Dones no Estàndards ha elaborado unas directrices para la prevención de la violencia de género contra las mujeres con discapacidad. Igualmente, ayudó al Gobierno regional a desarrollar un protocolo obligatorio para los profesionales sanitarios diseñado para identificar presuntos casos de violencia, así como para apoyar la derivación de las víctimas. Del mismo modo, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) de Andalucía trabaja con el Gobierno regional para desarrollar normas comparables para los profesionales sanitarios y para promover más generalizadamente el seguimiento de los problemas a los que se enfrentan las mujeres con discapacidad en el acceso a la atención sanitaria y a los servicios de justicia, entre otras cosas.

Por ejemplo, el sistema de gobierno descentralizado de España ofrece modelos del potencial del

Gobierno descentralizado para adaptar políticas y prácticas y cumplir con las necesidades de la población local, sumado al reto de garantizar que todos los ciudadanos reciban un acceso igualitario a los servicios y disfruten de los mismos derechos. Esto es especialmente cierto en lo referente a la realización de los SDSR y la implementación de un enfoque integral para evitar y responder a la VDG entre los jóvenes con discapacidad. Por ejemplo, en un estudio sobre el Gobierno descentralizado se ha observado, en relación con los SDSR en diversos contextos como la creación de tensiones entre los órganos nacionales y subnacionales (locales) sobre qué aspectos de las leyes y las políticas deberían tener prioridad, cuáles son las responsabilidades de las diferentes partes y qué normas son las apropiadas para una implementación responsable³²⁰. Por ejemplo, en un estudio sobre la SDSR y la descentralización en Ghana se halló que la implementación de los programas de SDSR dependía más del compromiso de las autoridades locales que de las políticas nacionales³²¹. De una manera parecida, en un estudio de Uganda, que ha ido delegando cada vez más la gobernanza a un nivel de distrito, se observó tensión entre los recursos en lo referente a la distribución de recursos para la incorporación de la perspectiva de género que se destinaron al gobierno central, pero no se compartieron adecuadamente con las autoridades a nivel de distrito encargadas de la implementación de la política³²². Se concluyó de una manera similar en un estudio de caso del sistema sanitario federal de Brasil, en donde expertos nacionales e

internacionales formaron al personal del ministerio federal de salud sobre la implementación de una nueva política de SDSR, pero se proporcionó poca formación al personal del Ministerio de Salud que más necesitaba la información³²³.

// VIII. CONCLUSIÓN

En este Capítulo se ha recalcado el importante papel que los contextos específicos juegan en las vidas de los jóvenes con discapacidad y las barreras únicas que las crisis humanitarias, la ruralidad, la pobreza, las zonas en las que hay una alta prevalencia del VIH y la institucionalización suponen para el disfrute de los servicios de SDSR y de prevención y respuesta a la violencia de género y el acceso a los mismos. Cada contexto y circunstancia pueden ser diferentes, pero los Estados están obligados a garantizar los mismos derechos en todos los casos. Por lo tanto, es importante que los Estados desarrollen leyes, políticas y programas que respondan y se adapten a contextos específicos en los que los derechos de los jóvenes con discapacidad se violen. En los siguientes capítulos se tratarán las respuestas del Estado a la violencia y el fomento de los SDSR por parte de los Estados. Los estudios de caso, incluidos aquellos obtenidos en las visitas sobre el terreno a Ecuador, Marruecos, Mozambique y España, destacarán las prácticas de Estado positivas implementadas en contextos nacionales y locales de las que todos los actores estatales y no estatales pueden aprender.

// CAPÍTULO 3

**LOS DERECHOS
DE JÓVENES CON
DISCAPACIDAD:
MARCOS
NORMATIVOS
INTERNACIONALES
Y REGIONALES**

// I. INTRODUCCIÓN

Las normas internacionales articulan las prioridades y responsabilidades de los Estados con respecto a la protección de los derechos humanos y ofrece una guía para conseguir alcanzar estos derechos en la práctica³²⁴. Estas establecen los estándares mínimos de los que pueden servirse los Estados para analizar el progreso del alcance de los derechos reconocidos en convenios internacionales y evaluar en qué puntos es necesario seguir actuando. El derecho convencional establece el estándar más alto para la rendición de cuentas de los Estados en relación con los derechos humanos y requiere que estos adopten medidas afirmativas y actúen con la debida diligencia para alcanzar los derechos con los que se han comprometido³²⁵. De conformidad con el estándar de diligencia debida, los Estados están obligados no solo a adoptar leyes y políticas que protejan los derechos, sino también a asegurar que funcionen con efectividad en la práctica y que se apliquen con diligencia³²⁶. El estándar de diligencia debida se explica con mayor detenimiento en el cuadro de texto que aparece en la página 114.

Las normas que reconocen y protegen los derechos de jóvenes con discapacidad se basan en principios articulados en prácticamente todos los tratados de derechos internacionales básicos que proporcionan colectivamente un marco convergente sólido para la acción estatal³²⁷. El sistema de tratados de derechos humanos es complementario e interdependiente. Gran parte de los derechos que este recoge reciben reconocimiento y protección en más de un instrumento y están sujetos a la regulación y supervisión de varios órganos creados en virtud de tratados y del Consejo de Derechos Humanos³²⁸. Al mismo tiempo, los derechos humanos se reconocen como interrelacionados, de tal modo que la realización de un derecho puede depender de la realización de otros³²⁹. Para jóvenes con discapacidad, la realización de su derecho a vivir vidas satisfactorias y plenas depende del respeto de los derechos garantizados en tratados que se

centran en proteger los derechos de personas con discapacidad, de niños y jóvenes, y de mujeres y niñas, entre otros.

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Este Capítulo proporciona en primer lugar un breve resumen de los marcos normativos internacionales básicos que protegen los derechos de jóvenes con discapacidad en tres áreas: (1) el derecho a la igualdad y a la no discriminación, (2) el derecho relacionado a no sufrir violencia por razón de género y prácticas perjudiciales que discriminan a mujeres jóvenes y a niñas, y (3) el derecho a alcanzar el nivel más alto de salud reproductiva y sexual. Estos derechos se reconocen en los términos y orientaciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, junto con otros a nivel regional e internacional. A lo largo del Capítulo, se consideran los mecanismos y estándares que los agentes e interesados pueden utilizar para garantizar que los Estados cumplan con las obligaciones que han asumido en virtud de los tratados.

// II. GARANTÍA DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

El derecho internacional reconoce desde hace tiempo el derecho de todas las personas a vivir sin

EL ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS DIRIGIDO A LA COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO: EL ENTENDIMIENTO COMÚN DE NACIONES UNIDAS

En 2003, las Naciones Unidas (ONU) adoptaron un Entendimiento común sobre los enfoques basados en los derechos humanos de Cooperación al Desarrollo. El Entendimiento común hace hincapié en lo siguiente:

- Todos los programas de cooperación para el desarrollo, políticas y asistencia técnica deberán ayudar a conseguir la realización de los derechos humanos tal y como se exponen en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) y demás instrumentos de derechos humanos internacionales, y
- Los estándares de derechos humanos incluidos en, y derivados de, la DUDH y demás instrumentos de derechos humanos internacionales guían toda programación y cooperación para el desarrollo en todos los sectores y en todas las fases del proceso de programación.
- Los principios de derechos humanos básicos destacados en el Entendimiento común incluyen:
- **Universalidad e inalienabilidad.** Los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas en todos los lugares del mundo tienen derecho a ellos. La persona a la que van asociados no puede renunciar a ellos voluntariamente. Nadie puede ser despojado de ellos por otros.
- **Indivisibilidad.** Los derechos humanos son indivisibles. Sean de carácter civil, cultural, económico, político o social, todos ellos son inherentes a la dignidad de toda persona. En consecuencia, todos ellos tienen la misma condición como derechos y no pueden ser clasificados, *a priori*, por orden jerárquico.
- **Interdependencia e interrelación.** La realización de un derecho a menudo depende, en todo o en parte, de la realización de otros.
- **Igualdad y no discriminación.** Todas las personas son iguales como seres humanos y en virtud de su dignidad intrínseca. Todos los seres humanos tienen derecho al disfrute de sus derechos humanos sin discriminación de ningún tipo por motivo de raza, color, sexo, origen étnico, edad, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, discapacidad, propiedad, nacimiento y otra condición como explican los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos.
- **Participación e inclusión.** Todas las personas y todos los pueblos tienen derecho a la activa, libre y significativa participación en, contribución a y disfrute de un desarrollo civil, económico, social, cultural y político en el cual se puedan hacer realidad los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- **Rendición de cuentas y estado de derecho.** Los Estados y otros titulares de deberes deben rendir cuentas en relación con la observancia de los derechos humanos. A este respecto, deben cumplir las normas y los estándares jurídicos recogidos en los instrumentos de derechos humanos. En caso de no hacerlo, los titulares de derechos perjudicados tienen derecho a iniciar procesos judiciales con el fin de obtener la reparación pertinente ante un tribunal competente u otra instancia judicial de conformidad con las normas y procedimientos previstos en la ley.

sufrir discriminación y con igualdad de dignidad y derechos. El respeto universal de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas se recoge en la Carta de las Naciones Unidas, y el principio de no discriminación aparece en la DUDH, el PIDCP (preámbulo y artículos 2, 3, 24 y 26), el PIDESC (preámbulo y artículos 2 y 3) y en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (artículos 2 y 5), entre otros³³⁰. Aunque en estos documentos previos la discapacidad no se reconociera formalmente como base de discriminación, los derechos que estos reconocen se aplican a todas las personas, «sin distinción alguna»³³¹. En la orientación posterior proporcionada por órganos de supervisión de tratados y con la adopción de la CDPD, en 2006 se declaró que las personas con discapacidad gozan de los mismos derechos y libertades fundamentales que aquellas sin discapacidad y que los Estados deben tomar medidas afirmativas para reconocer y responder a las necesidades particulares de las personas con discapacidad, incluidas las personas jóvenes con discapacidad³³².

Las personas jóvenes con discapacidad se enfrentan a múltiples formas de discriminación por motivos, al menos, de edad, sexo o discapacidad. Asimismo, pueden sufrir discriminación por razón de raza, religión, origen étnico o un sinfín de diferentes factores. Para que las personas jóvenes puedan disfrutar plenamente de sus derechos humanos, es esencial explicar cómo la discriminación y otras violaciones de los derechos humanos pueden contener componentes relacionados específicamente con la discapacidad que puedan agravarse por factores como la edad o el género, entre otros³³³. La acción de los Estados, en otras palabras, debe tener en cuenta la discapacidad, la edad y el género para abordar y eliminar completamente las barreras que impiden lograr derechos humanos para todas las personas. La base normativa para incorporar los derechos de jóvenes con discapacidad reposa sobre la CDPD, la CDN y la CEDAW, como se expone más adelante.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD³³⁴

La CDPD, ratificada por 175 partes, incluye 33 artículos básicos que abordan todas las áreas de la vida, desde la dignidad intrínseca de todas las personas con discapacidad hasta su derecho de inclusión en todos los aspectos de la vida social, política y económica.

La CDPD adopta un enfoque basado en los derechos que se centra en garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad. Destaca la discriminación interseccional a la que están sujetas las personas con discapacidad e incluye artículos dedicados a los derechos de las mujeres y personas jóvenes con discapacidad. Asimismo, exige a los Estados Partes que aseguren y promuevan «el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna» (artículo 4)³³⁵.

El artículo 7 requiere que los Estados Partes tomen «todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas [y adolescentes] con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas», mientras que el preámbulo y los artículos 3, 6, 8, 16 y 25 adoptan expresamente una perspectiva de género. La CDPD reconoce concretamente en el artículo 6 que las «mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación» y requiere que los Estados adopten «medidas para asegurar que [las mujeres y las niñas] puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales». Asimismo, dispone que los «Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención».

INCORPORACIÓN DE LOS DERECHOS DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD

La CDPD obliga a los Estados Partes a «tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad» [artículo 4, apartado 1, letra c)]. A nivel internacional, ordena que «la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad» [artículo 32, apartado 1, letra a)]. En consecuencia, la Convención impone el deber de incorporar los derechos humanos de las personas con discapacidad a todos los niveles de desarrollo de políticas y leyes estatales.

La incorporación es el «proceso de evaluación de las consecuencias para [personas con discapacidad] de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles»³³⁶. Requiere la incorporación completa de los derechos de personas con discapacidad en *todas* las leyes, políticas, programaciones y prácticas. Esto va más allá de la simple mención de las personas con discapacidad o de la limitación de la consideración de los derechos de las personas con discapacidad a programaciones o políticas específicas sobre discapacidad³³⁷. El «enfoque doble» insta a los Estados a:

- a. Integrar medidas que tengan en cuenta la discapacidad en el diseño, la implementación, la supervisión y la evaluación de todas las políticas y programas, y
- b. Proporcionar iniciativas relacionadas específicamente con la discapacidad para apoyar el empoderamiento de las personas con discapacidad³³⁸.

Para grupos particularmente excluidos como las personas jóvenes con discapacidad, que pueden sufrir múltiples formas de discriminación por motivos de edad, género o de otra índole, además de la discapacidad, la lucha contra la discriminación requiere el reconocimiento de cada razón de identidad sobre la que se basa esta. En otras palabras, los legisladores y demás responsables deben tener en cuenta las vulnerabilidades únicas que acompañan a la infancia, adolescencia y adultez temprana de personas con discapacidad³³⁹. La observación general n. 20 del Comité de los Derechos del Niño sobre la implementación de los derechos de los niños durante la adolescencia, por ejemplo, hace hincapié en la vulnerabilidad única a la discriminación de los adolescentes con discapacidad y urge a los Estados a trabajar activamente para superar las barreras particulares que enfrentan dichos adolescentes para garantizar su plena inclusión en la sociedad.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha precisado la exclusión, en concreto, de mujeres jóvenes y niñas hacia la discriminación y el alcance de las obligaciones de los Estados en virtud del tratado³⁴⁰. Consideró que la discriminación contra las mujeres y las niñas con discapacidad puede tomar múltiples formas, entre las que se incluyen:

(a) la discriminación directa, que se da cuando las mujeres y niñas con discapacidad reciben un trato menos favorable que aquellas sin discapacidad o que los hombres y niños con discapacidad; (b) la discriminación indirecta, como leyes neutrales a primera vista que se implementan de manera discriminatoria o con impacto discriminatorio;

(c) la discriminación por asociación, como la que sufren las madres de niños, niñas y adolescentes con discapacidad; (d) la denegación de ajustes razonables, y (e) la discriminación sistemática o estructural. La discriminación estructural en forma de estereotipación perjudicial de género y discapacidad puede agravar la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia y el abuso y dificultar aún más que presenten denuncias o logren justicia de tribunales y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

El Comité enfatizó que las obligaciones de los Estados Partes de respetar, proteger y satisfacer los derechos humanos de las mujeres y niñas con discapacidad requiere que actúen con la diligencia debida para garantizar que ni los actores estatales ni terceras partes infrinjan sus derechos y evitar todas las formas de discriminación contra ellas. Constituyó el enfoque «doble», que requiere que los Estados incorporen a las mujeres y a las niñas

con discapacidad en todos los planes de acción, políticas y estrategias nacionales relativos a las mujeres, los niños, la discapacidad, la igualdad de género, la salud reproductiva y sexual, la prevención de la violencia y el acceso a la justicia, entre otros, y que además desarrollen políticas, disposiciones, actividades y programas independientes dirigidos específicamente a mujeres y niñas con discapacidad.

Soy una mujer con una discapacidad intelectual. He ido al colegio y a la universidad; lucho por mí misma y soy instructora sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Y quisiera decir: “Encuentra tu sueño y hazlo realidad en tu comunidad, puesto que es el lugar indicado para vivir tu vida”.

–Mia Farah, Líbano³⁴¹

COMPRENSIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN

Una decisión de 1997 del Tribunal Supremo de Canadá ofrece orientación útil sobre la naturaleza de las obligaciones de los Estados para garantizar la igualdad de personas con discapacidad. Robin Eldridge y John y Linda Warren nacieron todos con sordera. Los tres preferían comunicarse mediante el lenguaje de signos y recibieron servicios de interpretación gratuitos de una organización de la sociedad civil local (OSC) cuando necesitaron atención médica. En 1990, dicha OSC, denominada Western Institute for the Deaf and Hard of Hearing, suspendió los servicios por falta de financiación. Como consecuencia, la Sra. Eldridge no pudo comunicarse con su médico en una visita posterior y la familia Warren tuvo que soportar el nacimiento de gemelos sin la habilidad de comprender completamente lo que el personal médico y de enfermería les decían. Los tres reclamaron que la falta de prestación por parte del gobierno de servicios de interpretación médica violaba sus derechos constitucionales de igualdad y que constituía un acto de discriminación contra ellos. El Tribunal Supremo de Canadá les dio la razón y sostuvo que, puesto que la comunicación efectiva es un componente necesario de los servicios sanitarios, la falta de prestación de interpretación a personas sordas constituía una discriminación, ya que impedía que obtuvieran un acceso efectivo a los servicios sanitarios gubernamentales sobre las mismas bases que las personas sin discapacidad³⁴². La decisión señaló las barreras de acceso a la asistencia sanitaria que encuentran las personas con discapacidad y destacó el grado de riesgo de que las políticas que no discriminan de manera explícita, sino que parecen tratar con igualdad a personas con discapacidad y sin ella, causen o refuercen un trato discriminatorio³⁴³.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Un siglo que comenzó con la casi inexistencia de derechos para los niños finaliza con el instrumento jurídico más poderoso para estos, que no solo reconoce sus derechos humanos, sino que los protege.

–Carol Bellamy,
ex Directora Ejecutiva de UNICEF

La CDN es uno de los tratados de derechos humanos más extensamente ratificados de la historia, que respaldan actualmente 196 Estados Partes³⁴⁴. La CDN adopta un «enfoque basado en los derechos del niño³⁴⁵» construido en torno a cuatro principios básicos:

Un enfoque basado en los derechos del niño es aquel que persigue la realización de los derechos de los niños ... reforzando la capacidad de los responsables de cumplir sus obligaciones de respetar, proteger y hacer efectivos esos derechos (artículo 4) y la capacidad de los titulares de derechos de reivindicarlos, guiados en todo momento por el derecho a la no discriminación (artículo 2), la consideración del interés superior del niño (artículo 3), el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo (artículo 6) y el respeto de las opiniones del niño (artículo 12)³⁴⁶.

La CDN fue la primera convención de derechos humanos en prohibir explícitamente la discriminación por motivos de discapacidad y, antes de la CDPD, era la única que expresaba el reconocimiento de los derechos humanos de los niños con discapacidad. No solo se prohíbe la discriminación contra los niños con discapacidad en virtud del artículo 2, sino que el artículo 23 además reconoce: «El niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad,

le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación del niño en la comunidad.»

En la orientación proporcionada en el artículo 23, el Comité enfatizó la importancia de que los Estados Partes incluyan la discapacidad en las disposiciones que prohíben la discriminación en políticas y leyes nacionales, y del desarrollo de políticas efectivas que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de los niños con discapacidad de conformidad con la Convención³⁴⁷.

Asimismo, el Comité ha publicado unas orientaciones que exigen que se preste especial atención a los adolescentes: Para promocionar la realización de sus derechos, fortalecer su potencial contribución a una transformación social progresiva y positiva, y superar los retos que encuentran en la transición de la infancia a la edad adulta en un mundo cada vez más globalizado y complejo³⁴⁸.

Al señalar que la «adolescencia en sí misma puede ser motivo de discriminación», el Comité insta a los Estados a prestar especial atención a garantizar que se respeten los derechos de los adolescentes³⁴⁹. Destaca la mayor vulnerabilidad de adolescentes con discapacidad a la discriminación y al aislamiento social e insta a los Estados a «garantizar la igualdad en el respeto de los derechos de los adolescentes con discapacidad, promover su plena inclusión y facilitar una transición eficaz de la adolescencia a la edad adulta»³⁵⁰.

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

La CEDAW, adoptada en 1979 por la Asamblea General de la ONU, prohíbe la discriminación contra las mujeres y las niñas en todas las áreas de la vida, incluidos los espacios políticos, sociales, económicos y culturales³⁵¹. Aunque el tratado

no hace referencia de manera específica a los derechos de las mujeres o niñas con discapacidad, la recomendación general n. 18 del Comité de la CEDAW insta a los Estados Partes a: incluir «en sus informes periódicos información sobre las mujeres discapacitadas y sobre las medidas adoptadas para hacer frente a su situación particular, incluidas las medidas especiales para que gocen de igualdad de oportunidades en materia de educación y de empleo, servicios de salud y seguridad social y asegurar que puedan participar en todos los aspectos de la vida social y cultural».

El movimiento de las mujeres debe ser interseccional; de lo contrario se está excluyendo a un grupo importante. Nosotras también somos mujeres. Tenemos las habilidades y el potencial, y queremos ser más visibles. Trabajemos juntos. Unámonos. Colaboremos. Queremos ocupar un sitio en la mesa en la que se toman las decisiones. Quiero ver a las mujeres con discapacidad en posiciones de liderazgo incluso en el movimiento dominante de las mujeres a nivel global, regional y local».

–Irene Ojiugo Patrick, Ogbogu, Nigeria³⁵²

El Comité de la CEDAW hizo hincapié en que las mujeres con discapacidad pueden ser objeto de doble discriminación por motivo de género y discapacidad y deben considerarse como un grupo en riesgo de sufrir discriminación y exclusión.

Desde la emisión de dicha recomendación, el Comité de la CEDAW ha continuado reconociendo la discapacidad como uno de los factores que pueden contribuir a la discriminación contra las mujeres y afectar a cómo diferentes mujeres puedan experimentar la discriminación³⁵³.

DECLARACIONES, RESOLUCIONES Y NORMAS INTERNACIONALES

Muchos de los derechos humanos reconocidos en los convenios mencionados en el presente documento, incluidos los derechos fundamentales de igualdad y no discriminación, tienen como base y cuentan con el respaldo de varias declaraciones, resoluciones y demás documentos, así como con el trabajo de titulares de mandatos de los procedimientos especiales en virtud del Consejo de Derechos Humanos. Todos estos instrumentos, adoptados por consenso por casi todos los gobiernos del mundo y aprobados mediante prácticas de presentación de informes, contribuyen al desarrollo de un marco completo mediante el cual conseguir los derechos humanos. Por ejemplo, la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) fue crucial para el reconocimiento de los derechos de las mujeres, entre los que se incluye el derecho a una asistencia sanitaria adecuada y accesible, servicios de planificación familiar y educación sexual, así como para colocar la eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas en un lugar prioritario del programa internacional. Con respecto a los derechos de las personas con discapacidad, el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad de 1982 y la posterior adopción de las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993) sentaron las bases del eventual desarrollo de la CDPD. El trabajo de los Reporteros Especiales de la ONU sobre violencia contra las mujeres, sus causas y consecuencias, y sobre los derechos de las personas con discapacidad y del Representante Especial sobre la Violencia contra los Niños ha dado lugar a un mejor entendimiento de las obligaciones de los Estados en virtud de la legislación internacional de derechos humanos. Estos representan solo unos pocos ejemplos de los numerosos medios con los que se han promocionado, interpretado y desarrollado las normas internacionales que articulan los derechos de jóvenes con discapacidad.

En el caso de las mujeres con discapacidad, no se puede lograr la inclusión de la discapacidad y la igualdad de género sin ocuparse de la cuestión de la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva. . . y las jóvenes con discapacidad pueden desarrollar identidades propias y realizar todo su potencial cuando se atienden sus necesidades de salud sexual y reproductiva y se respetan sus derechos en esa esfera, ya que así se favorece su salud y bienestar, se reducen las diferencias existentes en el acceso a la educación y al empleo y se logra empoderarlas.

–Reportero Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁵⁴

La siguiente sección ofrece un breve resumen de tres declaraciones importantes de prioridades globales: el Programa de Acción de la CIPD; la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, adoptada por consenso en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada de manera unánime por la Asamblea General de Naciones Unidas en 2015 que establece objetivos ambiciosos para lograr un futuro inclusivo.

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

El Programa de Acción, acordado por 179 países en la CIPD de 1994, supone un punto de referencia en el reconocimiento de la salud reproductiva y sexual como un derecho humano por parte de los gobiernos. Como la CDPD, la CDN y la CEDAW, la CIPD hace hincapié en el derecho de todas las personas a ser libres e iguales «en dignidad y derechos», sin distinción de ningún tipo, y reconoce además que todo el mundo tiene derecho «a la vida, a la libertad y la seguridad personal» (principio 1). El Programa de Acción identifica el avance de la igualdad de género y la eliminación de la violencia contra las mujeres como la «piedra angular» de los programas de desarrollo internacional y reconoce los derechos humanos de las mujeres y las niñas como «parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales» (principio 4). Asimismo, afirma

el derecho de toda persona a disfrutar «del más alto nivel posible de salud física y mental» e insta a los Estados a garantizar el acceso universal a los servicios de atención médica, en igualdad de condiciones, para todos los hombres y mujeres, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, la planificación familiar y la salud sexual (principio 8).

El Programa de Acción atiende directamente las necesidades de personas con discapacidad e insta a los gobiernos a:

- Considerar las necesidades de las personas con discapacidad en términos de las dimensiones éticas y de derechos humanos y reconocer las necesidades relativas a, entre otras, la salud reproductiva, que incluye la planificación familiar y la salud sexual, el VIH/SIDA, la información, la educación y la comunicación;
- Eliminar las formas específicas de discriminación de las que puedan ser objeto las personas con discapacidad en relación con los derechos reproductivos, la formación de hogares y familias, y la migración internacional;
- Desarrollar una infraestructura para atender las necesidades de las personas con discapacidad, en particular, con respecto a su educación, formación y rehabilitación;
- Promover mecanismos que garanticen la realización de los derechos de las personas con discapacidad y fortalecer sus facultades de integración; e
- Implementar y promover un sistema de seguimiento de la integración económica y social de las personas con discapacidad³⁵⁵.

Asimismo, reconoce las necesidades únicas de las personas jóvenes y urge a los gobiernos a hacerlas participar en: la planificación, implementación y evaluación de actividades de desarrollo que repercuten directamente en su vida diaria ...

[incluyendo] actividades y servicios sobre la salud reproductiva y sexual, incluida la prevención de los embarazos tempranos, la educación sexual y la prevención del VIH/SIDA y de otras enfermedades que se transmiten sexualmente³⁵⁶.

El Programa de Acción señala que «se debería garantizar» el acceso a los servicios de salud reproductiva y sexual . «de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño».

El Programa de Acción articuló la comprensión del contenido de los derechos reproductivos que ha servido de base para la comprensión de los SDRS adoptados por el Comité del PIDESC (véase la Recomendación General Núm. 22), CDN y la CDPD. Las disposiciones relativas a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva (SDSR) se tratarán con mayor detenimiento a continuación.

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, reconoce asimismo cómo las mujeres y las niñas con discapacidad pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación por motivo de su género y de su discapacidad. La Declaración toma «nota de la diversidad de las mujeres y de sus funciones y circunstancias», a la vez que reconoce la necesidad de responder a «las aspiraciones de las mujeres del mundo entero» (párrafo 3). Los gobiernos participantes afirmaron su compromiso de defender «los derechos y la dignidad humana intrínseca de las mujeres y los hombres» y garantizar la completa implementación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas (párrafos 8 y 9). El compromiso incluía «intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a todas las mujeres y las niñas que enfrentan múltiples barreras para lograr su potenciación y su adelanto por factores como la raza, la edad, ... o la discapacidad» (párrafo 32).

La Plataforma de Acción, que proporciona un marco global para actuar sobre los derechos que se reconocen en la CEDAW, comprometía a los gobiernos a tomar una serie de medidas para reducir la discriminación contra las mujeres y las niñas con discapacidad y a promover su empoderamiento e inclusión social. Estas incluían: garantizar el acceso en condiciones de igualdad a la educación y una atención médica de calidad, asequible y adecuada; reducir el analfabetismo en las mujeres con discapacidad, y promover la investigación y compartir información sobre la salud de las mujeres, entre otras cosas.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

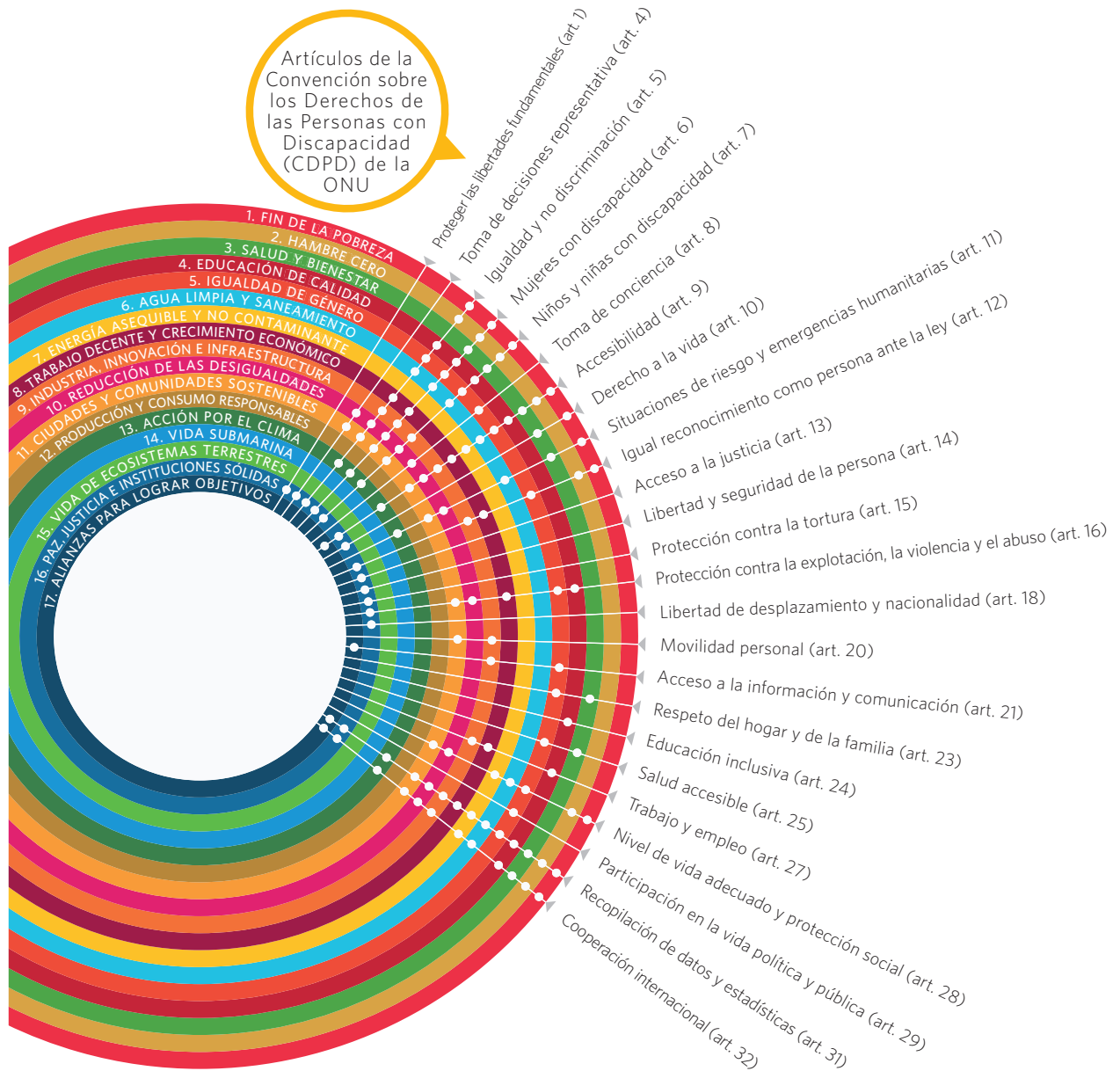
El Informe mundial sobre la discapacidad de 2011 concluyó que una de cada cinco de las personas más pobres del mundo tiene alguna discapacidad. El compromiso de la comunidad mundial de desarrollar una agenda transformadora para terminar con la pobreza, por lo tanto, tiene el potencial de sacar a millones de personas con discapacidad, incluidas las personas jóvenes con discapacidad, de la pobreza y permitirles hacer realidad los derechos expresados anteriormente.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible adoptó como principio básico que la comunidad mundial no debe «dejar a nadie atrás». Los Estados Miembros se comprometieron a adoptar «medidas audaces y transformativas» para hacer realidad los derechos humanos para todas las personas, incluidas aquellas marginadas. De los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) acordados por los 193 Estados Miembros de la ONU en agosto de 2015, cinco objetivos incluyen metas que hacen referencia de manera explícita a las personas con discapacidad. Asimismo, otras seis metas de los 17 objetivos hacen referencia a personas en situaciones vulnerables, lo que incluye a las personas con discapacidad, y 12 indicadores miden el progreso con mención expresa a las personas con discapacidad³⁵⁷. La meta 17.18 de los 17 ODS

también insta a los Estados a producir datos de alta calidad desglosados por discapacidad, entre otros, para medir el progreso conforme a los objetivos. Todos deben leerse junto con los requisitos de la CDPD, la CDN y la CEDAW descritos anteriormente.

El siguiente gráfico, creado por CBM International, destaca la interconexión que existe entre los ODS y la CDPD.

VÍNCULOS ENTRE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y LOS ARTÍCULOS DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Nota: Un texto alternativo para la infografía está disponible como un anexo [aquí](#).

Fuente: CBM International (2016). *Infografía CRPD y ODS*. Obtenida de <https://www.cbm.org/New-resources-on-Agenda-2030-and-the-CRPD-501728.php>.

OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE RELEVANTES:

<p>OBJETIVO 3: ASEGURAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR DE TODOS EN TODAS LAS EDADES</p>	<p>Metas pertinentes:</p> <p>3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.</p> <p>3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.</p>
<p>OBJETIVO 4: GARANTIZAR UNA EDUCACIÓN INCLUSIVA Y DE CALIDAD, Y PROMOVER OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE DURANTE TODA LA VIDA PARA TODOS</p>	<p>Metas pertinentes:</p> <p>4.5 De aquí a 2030, eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad.</p> <p>4.A Construir y adecuar instalaciones educativas que tengan en cuenta las necesidades de los niños y las personas con discapacidad y las diferencias de género, y que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos.</p>
<p>OBJETIVO 5: ALCANZAR LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EMPODERAR A TODAS LAS MUJERES Y NIÑAS</p>	<p>5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.</p> <p>5.2 Erradicar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y niñas en los ámbitos público y privado, incluida la trata y la explotación sexual y de otro tipo</p> <p>5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.</p> <p>5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.</p>
<p>OBJETIVO 8: PROMOVER EL CRECIMIENTO ECONÓMICO INCLUSIVO Y SOSTENIBLE, EL EMPLEO Y EL TRABAJO DECENTE PARA TODOS</p>	<p>Meta pertinente:</p> <p>8.5 De aquí a 2030, lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas las mujeres y los hombres, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.</p>
<p>OBJETIVO 10: REDUCIR LA DESIGUALDAD EN Y ENTRE LOS PAÍSES</p>	<p>Meta pertinente:</p> <p>10.2 De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.</p>
<p>OBJETIVO 16: PROMOVER SOCIEDADES PACÍFICAS E INCLUSIVAS PARA UN DESARROLLO SOSTENIBLE, PROPORCIONAR ACCESO A LA JUSTICIA PARA TODOS Y CONSTRUIR INSTITUCIONES INCLUSIVAS, RESPONSABLES Y EFECTIVAS A TODOS LOS NIVELES</p>	<p>Metas pertinentes:</p> <p>16.1 Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo.</p> <p>16.2 Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.</p> <p>16.3 Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos.</p> <p>16.9 De aquí a 2030, proporcionar acceso a una identidad jurídica para todos, en particular mediante el registro de nacimientos³⁵⁸.</p> <p>16.B Promover y aplicar leyes y políticas no discriminatorias en favor del desarrollo sostenible.</p>
<p>OBJETIVO 17: REVITALIZAR LA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE</p>	<p>Meta pertinente:</p> <p>17.18 De aquí a 2020, mejorar el apoyo a la creación de capacidad prestado a los países en desarrollo, incluidos los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, para aumentar significativamente la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales.</p>

// III. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y ELIMINACIÓN DE LAS PRÁCTICAS NOCIVAS

La violencia de género es una forma de discriminación extrema. Esta incluye múltiples formas de discriminación, como el abuso económico, psicológico y social, además del abuso físico, junto con prácticas nocivas que impiden a las mujeres jóvenes y a las niñas conseguir el pleno ejercicio de sus derechos humanos y dignidad. Las prácticas nocivas como el matrimonio precoz y forzado, la mutilación genital femenina y el aborto y la contracepción forzados u obligados constituyen formas de violencia arraigadas en los estereotipos de género y relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres³⁵⁹.

Las personas jóvenes con discapacidad tienen cuatro veces más probabilidades que aquellas sin discapacidad de ser víctimas de abusos y, entre las primeras, las personas con discapacidad intelectual, especialmente las niñas, corren un riesgo mayor³⁶⁰.

El derecho internacional garantiza el derecho a una vida libre de violencia para todas las personas, sin discriminación alguna³⁶¹. No solo múltiples convenios prohíben la violencia de género³⁶², sino que también las declaraciones políticas referentes adoptadas por los Estados Miembros de la ONU como la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, la resolución 1325 del Consejo de Seguridad de la ONU, adoptada en el año 2000, y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada en 2015, exigen que se ponga fin a la VDG. El 57.er período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de 2013 finalizó con un acuerdo histórico que señala la necesidad de llevar a cabo acciones urgentes para responder a la violencia contra las mujeres. De hecho, el reconocimiento

de que la violencia de género es una violación de los derechos humanos de las víctimas ha contado con tan amplia aceptación que se ha convertido en un principio del derecho internacional consuetudinario³⁶³.

Como las demás formas de discriminación, la discapacidad, la edad y el sexo son factores que pueden aumentar la vulnerabilidad a la violencia, afectar a la manera en la que esta se experimenta y a la capacidad de respuesta de las personas que la sufren. En el caso de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, por ejemplo, el Consejo de Derechos Humanos ha señalado el grado en el que la discriminación interrelacionada que sufren las expone a un mayor riesgo de violencia:

La doble discriminación marca todos los aspectos de sus vidas. En comparación con los hombres con discapacidad, las mujeres con discapacidad son más propensas a vivir en la pobreza y en el aislamiento, y tienden a percibir salarios inferiores y a estar menos representadas en la fuerza de trabajo. En consecuencia, también son más proclives a ser víctimas de la violencia y/o a tener mayores dificultades para salir del ciclo de violencia³⁶⁴.

Las personas jóvenes con discapacidad corren un riesgo particular de violencia. Son casi cuatro veces más proclives que aquellas sin discapacidad a ser víctimas de abusos y, entre las primeras, los niños con discapacidad intelectual, especialmente las niñas, corren un riesgo mayor³⁶⁵. La CDPD, la CDN y la CEDAW abordan estas intersecciones mediante disposiciones expresas que prohíben la violencia y el abuso contra todas las personas con discapacidad, niños y adolescentes, y mujeres y niñas con discapacidad.

Prohibiciones de la violencia en convenios internacionales

La CDPD prohíbe la violencia y el abuso, así como el trato degradante e inhumano contra todas las personas con discapacidad (artículos 15 y 16). Al reconocer la vulnerabilidad de las personas

COMPROMISO DE HOMBRES JÓVENES Y NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN LA ACCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA

Los hombres y los niños son una parte esencial de una repuesta completa a la VDG. El Programa de Acción de la CIPD hizo hincapié en que: Los cambios en el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de los hombres y las mujeres son condiciones necesarias para alcanzar una asociación armoniosa entre hombres y mujeres. Los hombres desempeñan un papel clave a la hora de lograr la igualdad de género ya que, en la mayoría de las sociedades, los hombres ejercen un poder preponderante en casi todas las esferas de la vida, desde las decisiones personales en cuanto al tamaño de las familias hasta las decisiones sobre programas que se toman a todos los niveles del gobierno. Resulta esencial mejorar la comunicación entre hombres y mujeres sobre cuestiones de sexualidad y salud reproductiva, y el entendimiento de sus responsabilidades conjuntas, de modo que los hombres y las mujeres sean compañeros iguales en la vida pública y privada³⁶⁶.

A nivel mundial, las pruebas demuestran que la mayoría de los casos de violencia sexual y violencia ejercida por la pareja es perpetrada por hombres contra mujeres y niñas, y que dicha violencia se asocia con mayor frecuencia con los conceptos tradicionales de masculinidad³⁶⁷. Los programas que consiguen que los hombres y los niños participen en la prevención de la violencia y que adoptan un enfoque crítico sobre las normas y expectativas basadas en el género, en particular aquellas en torno a la masculinidad, conducen a cambios en las actitudes y los comportamientos³⁶⁸.

Dichos programas deben ser accesibles y estar disponibles para hombres jóvenes y niños con discapacidad en igualdad de condiciones con aquellos sin discapacidad para garantizar que los miembros del grupo anterior posean el conocimiento y las herramientas que necesitan para manifestarse contra la violencia y participar en la respuesta y en la acción preventiva. La inclusión también permite a hombres y niños con discapacidad estar expuestos a programas que les ayudan a desafiar conceptos nocivos de masculinidad de un modo que también puede ser beneficioso para ellos.

jóvenes y la naturaleza de género de la violencia en numerosos casos, la CDPD exige a los Estados que tengan en cuenta el género y la edad en las medidas preventivas y en las respuestas a la violencia y les obliga a garantizar que los servicios de rehabilitación, recuperación y protección tengan en cuenta la edad y el género. En concreto, los Estados deben adoptar legislación y políticas centradas [...] en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados (artículo 16, párrafo 5).

La CDN también reconoce la vulnerabilidad de los niños a la violencia y, como la CDPD, insta a los Estados Partes a adoptar «todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental ... incluido el abuso sexual» mientras se encuentren bajo la custodia de cualquier otra persona (artículo 19). En su observación general Núm. 13, el Comité hizo hincapié en que los Estados deben reconocer las dimensiones de género de la violencia y los diferentes riesgos a que hacen frente las niñas y

los niños en diversos ámbitos y deben tenerlos en cuenta al desarrollar políticas.

Aunque la CEDAW no trata directamente la violencia contra las mujeres y las niñas en la convención en sí misma, el Comité ha adoptado la posición durante varias décadas de que la violencia de género constituye una violación de la prohibición de la CEDAW de la discriminación contra las mujeres y las niñas. Los Estados que informan al Comité aceptaron dicha decisión y la adaptaron a sus propias prácticas como respuesta. Las recomendaciones generales Núm. 12 y 19 urgen a los Estados a incluir información sobre las medidas adoptadas para eliminar la violencia contra las mujeres, y la recomendación general Núm. 19 reitera la conclusión del Comité que señala que la violencia contra las mujeres y las niñas es una forma de discriminación conforme al significado del artículo 1 de la Convención. Por consiguiente, se requiere que los Estados Partes «adopten medidas apropiadas y eficaces» para prevenir la VDG por parte de actores públicos y/o privados.

En una actualización de 2017 de la recomendación general Núm. 19, el Comité señaló que si bien la mayoría de los Estados habían adoptado una legislación que aborda la VDG, las reducciones en el gasto público, la disminución de los espacios democráticos y la erosión del estado de derecho han contribuido a la presencia continuada de la VDG y a una cultura de impunidad para los perpetradores³⁶⁹. Al reconocer que la violencia de género viola el principio de no discriminación en la base de la CEDAW, el Comité concluyó que los Estados tienen la obligación inmediata de conformidad con la Convención de perseguir, por todos los medios apropiados, la eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas, vengan de la mano de actores estatales o de terceros. Las acciones identificadas por el Comité para satisfacer la Convención incluyen:

- La adopción de legislación que prohíbe todas las formas de VDG y la unificación de la

legislación nacional y los sistemas de justicia consuetudinarios, religiosos e indígenas con la Convención;

- La concepción de políticas públicas focalizadas, con apoyo presupuestario y mecanismos de seguimiento adecuados;
- El establecimiento y la financiación de tribunales nacionales competentes;
- La provisión de servicios adecuados, accesibles y asequibles para proteger a las mujeres y a las niñas de la violencia, y
- La garantía de que todos los procedimientos jurídicos relativos a denuncias de VDG estén libres de estereotipos de género y discriminación, y la aplicación estricta de las leyes penales pertinentes.

La recomendación del Comité destacó ciertas áreas de superposición entre la VDG y los SDR, como el aborto o la esterilización forzados u obligados, el matrimonio precoz e infantil y la mutilación genital femenina. Estas cuestiones se tratarán en la siguiente sección sobre el derecho a la salud reproductiva y sexual.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing también reconoció que la violencia contra las mujeres impedía que gozaran plenamente de sus derechos y que grupos concretos de mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad, eran más proclives a convertirse en objetivos de violencia. Para contrarrestar esta amenaza, la Plataforma compromete a los gobiernos a «adoptar medidas especiales para eliminar la violencia contra las mujeres, en particular las especialmente vulnerables» [párrafo 126, letra d)]. Asimismo, requiere que garanticen que las mujeres con discapacidad tengan acceso a la información relativa a la prevención y respuesta a la violencia, y que los servicios adecuados estén disponibles para las supervivientes de violencia. Se debe divulgar

la información sobre sus derechos en formatos accesibles para mujeres con discapacidad física e intelectual [párrafo 233 letra b)].

La Plataforma incluye una disposición especial para las niñas, que requiere que los Estados deban: «favorecer la igualdad en la prestación de los servicios y el suministro de aparatos apropiados a las niñas con discapacidades y proporcionar a sus familias los servicios de apoyo pertinentes, cuando proceda».

Asimismo, insta a los Estados a erradicar la violencia contra todas las niñas, incluido el abuso sexual, y promover la formación de sensibilización en materia de género de los proveedores de servicios y demás responsables para ayudar a las niñas que son víctimas de violencia [párrafo 283, letra b)].

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible también convierte la erradicación de la VDG en una prioridad para la acción estatal. Las metas del ODS 5, lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, insta a los Estados a que actúen para poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, incluida la eliminación de la violencia y de las prácticas nocivas como el matrimonio precoz e infantil y la mutilación genital femenina³⁷⁰.

// IV. OBTENER DERECHOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El derecho a la salud reproductiva y sexual se incluye en numerosos instrumentos: Constituye una parte fundamental del derecho a la salud que se reconoce en el PIDESC (artículo 12), en la CEDAW (artículo 12), en la CDN (artículos 17, 23, 24, 25 y 27) y en la CDPD (artículos 23 y 25). El PIDESC, por ejemplo, reconoce el derecho de todas las personas «al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental», un derecho que incluye

«el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales»³⁷¹. Estos derechos se aplican a todas las personas con discapacidad que, además, tienen derecho a no sufrir discriminación en los servicios de salud³⁷².

La CDN, al igual que el PIDESC, garantiza a todos los niños el derecho «al disfrute del más alto nivel posible de salud» (artículo 24). En su observación general Núm. 20, el Comité instó a los Estados Partes a adoptar políticas de SSR con perspectiva de género y sexualidad para adolescentes, y afirmó que: Todos los adolescentes deben poder acceder a servicios, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, gratuitos, confidenciales, adaptados a sus necesidades y no discriminatorios ... que deben cubrir, entre otros asuntos, la planificación familiar, los métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia, la prevención, la atención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el asesoramiento, la atención antes de la concepción, los servicios de salud materna y la higiene menstrual³⁷³.

El Comité hizo hincapié en que se niega de manera extensa e injusta a adolescentes con discapacidad el acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva y sexual, y que pueden ser objeto de esterilización o anticoncepción forzadas, en violación directa de sus derechos de conformidad con la Convención. Una consecuencia de la falta de provisión de información adecuada es la mayor vulnerabilidad y susceptibilidad de adolescentes con discapacidad a infecciones de VIH y SIDA³⁷⁴. El Comité insta a los Estados a garantizar la igualdad en el respeto de los derechos de adolescentes con discapacidad y a «promover su plena inclusión y facilitar una transición eficaz de la adolescencia a la edad adulta».

La CDPD es la primera convención de derechos humanos que reconoce de manera explícita la

importancia de la salud reproductiva y sexual para las personas con discapacidad, y señala que: «Los Estados Partes 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 Partes 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 particular, los Estados Partes: a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la ...»³⁷⁵.



DEFINICIONES CLAVE EN EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

El entendimiento de los SDRS reconocidos en el Programa de Acción de la CIPD ha servido de base al entendimiento adoptado en los instrumentos y orientaciones posteriores sobre derechos humanos. Las definiciones clave incluyen las siguientes:

Salud reproductiva

[U]n estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Atención de la salud reproductiva

[C]onjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el mejor desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Derechos reproductivos

Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

DERECHOS REPRODUCTIVOS DE HOMBRES JÓVENES Y NIÑOS

Gran parte del discurso sobre los derechos reproductivos en los derechos humanos internacionales se ha centrado en los derechos de las mujeres y las niñas. Los derechos de las mujeres y las niñas a controlar su fertilidad, a recibir asistencia de la salud reproductiva de calidad, asequible y accesible, incluida la atención prenatal y posnatal, y a tomar decisiones sobre sus vidas reproductivas y sexuales, entre otros, son derechos humanos esenciales. No obstante, los hombres y los niños también tienen derechos reproductivos y de salud; además, desempeñan un papel importante en la consecución de la salud reproductiva y sexual de las mujeres y las niñas.

Los hombres participan en los derechos reproductivos debido a su papel como parejas sexuales, maridos, padres, familiares, líderes comunitarios y guardianes de información y servicios de salud³⁷⁶.

Los hombres jóvenes y los niños con discapacidad tienen los mismos derechos y necesidades relativas a su salud reproductiva y sexual que los hombres y niños sin discapacidad; no obstante, a menudo tienen menos acceso a la información sobre los servicios y la salud reproductiva y sexual³⁷⁷. Para cumplir con su compromiso de promover la igualdad entre los géneros y garantizar los derechos de salud reproductiva y sexual para todas las personas, los Estados deben garantizar que las políticas y los programas de salud reproductiva sean inclusivos y accesibles para hombres y mujeres con discapacidad desde una edad temprana. Al hacer partícipes a los hombres jóvenes y niños con discapacidad, los programas pueden:

- Mejorar la equidad y la igualdad entre los géneros
- Promover una responsabilidad compartida en materia de salud sexual y reproductiva
- Promover vidas sexuales satisfactorias para hombres y mujeres
- Garantizar que tanto los hombres jóvenes y los niños como las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad tengan acceso igualitario a la información sobre anatomía masculina y femenina, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y prevención del VIH/SIDA, y garantizar que se cubran las necesidades de asistencia médica durante el embarazo y el parto, y
- Garantizar que los hombres jóvenes y los niños obtengan la información y el acceso adecuados a la atención en asuntos relacionados con la sexualidad masculina³⁷⁸.

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud en colaboración con el Instituto Promundo concluyó que los programas que incluyen a los hombres jóvenes y a los niños contribúan a conseguir cambios en los comportamientos y las actitudes y que tienen un índice más alto de efectividad que los programas en su conjunto³⁷⁹.

El artículo 23 de la CDPD reconoce además el derecho de las personas con discapacidad a casarse y fundar una familia, así como a decidir libremente el número de hijos que quieren tener y el tiempo

que debe transcurrir entre un nacimiento y otro. Requiere que los Estados reconozcan el derecho de todas las personas con discapacidad a tener acceso a información sobre salud reproductiva y sexual y

a educación sobre reproducción y planificación familiar apropiadas para su edad, y que protejan el derecho de las personas con discapacidad, incluidas las personas jóvenes con discapacidad, a mantener su fertilidad en igualdad de condiciones con las personas sin discapacidad.

El Programa de Acción de la CIPD también solicita que los Estados actúen para garantizar los derechos reproductivos de las personas con discapacidad e insta a los gobiernos a: «adoptar medidas eficaces para eliminar todas las formas de coacción y discriminación en las políticas y prácticas». Asimismo, indica que se «debería proporcionar asistencia a los discapacitados para que puedan cumplir sus responsabilidades y ejercer sus derechos familiares y reproductivos».

La CDPD y la CEDAW requieren que los Estados garanticen que las mujeres y las niñas con discapacidad tengan acceso a la atención de la salud reproductiva y que del mismo modo obtengan protección contra las presiones coactivas. La recomendación general Núm. 24 de la CEDAW, por ejemplo, mantiene que: «Los Estados Partes deberían adoptar las medidas apropiadas para garantizar que los servicios de salud atiendan las necesidades de las mujeres con discapacidades y respeten su dignidad y sus derechos humanos».

La recomendación general Núm. 19 de la CEDAW, por su parte, insta a los Estados Partes a adoptar medidas preventivas para garantizar que las mujeres no sean objeto de presiones coactivas en relación con la fertilidad y la reproducción, incluido el hecho de verse forzadas a someterse a procedimientos médicos no seguros debido a la falta de acceso a servicios de anticoncepción. En su actualización de la recomendación general Núm. 19 de 2017, el Comité de la CEDAW hizo hincapié en que ciertas violaciones de la SDSR, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la criminalización del aborto, la negación o el retraso de un aborto seguro y de atención posnatal, la continuación forzada del embarazo, el abuso y el maltrato de las mujeres y las

niñas que buscan información y servicios en materia de salud reproductiva y sexual, se consideran violencia de género, que está prohibida por el derecho internacional.

MECANISMOS REGIONALES

La siguiente sección ofrece un resumen de las principales leyes y políticas regionales referentes a los derechos de personas jóvenes con discapacidad en materia de servicios y salud reproductiva y sexual, así como de protección contra la violencia de género. Por cuestiones de espacio, no será posible incluir un análisis completo de cada declaración política y convención; no obstante, esta sección incluye los puntos principales de instrumentos pertinentes identificados durante el ejercicio de mapeo preliminar y resume los derechos que recogen los instrumentos principales.

América Latina y el Caribe

- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y Protocolo de San Salvador
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) y mecanismo de seguimiento
- Consenso de Montevideo
- Carta de la Sociedad Civil de la Comunidad del Caribe

De los 33 Estados de América Latina y el Caribe, 30 forman parte de la CDPD y 20 han ratificado el Protocolo Facultativo³⁸⁰. Cada uno de los 33 Estados de la región ha ratificado la CEDAW y la CDN³⁸¹. La mayoría de los gobiernos han creado mecanismos nacionales para la implementación y la supervisión de la CDPD y han adoptado políticas y legislaciones destinadas a cumplir con sus estándares³⁸².

Además de las convenciones mencionadas anteriormente, existe una serie de iniciativas regionales que abordan los derechos de las personas con discapacidad, incluido el derecho a no ser objeto de VDG. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre reconoce el derecho de todas las personas a ser iguales ante la ley (artículo II) y «a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona» (artículo I). Asimismo, la Declaración reconoce el derecho de todas las personas a tener una familia (artículo VI) y a que se les reconozca como titulares de derechos (artículo XVII). La Convención Americana sobre Derechos Humanos, adoptada en 1969, obliga a los Estados Partes a respetar los derechos de todas las personas de su jurisdicción, sin discriminación alguna (artículo 1). El protocolo adicional de la Convención Americana, el Protocolo de San Salvador, reconoce de manera explícita el derecho de las personas con discapacidad «a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad».

El Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano, adoptado en 1996, insta a los gobiernos a «manifestar su más firme y decidido compromiso con la defensa y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad». El Compromiso de Panamá proporcionó un marco para la adopción de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad en 1999³⁸³. La Convención declara que las personas con discapacidad «tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas» y exige la eliminación de toda forma de discriminación contra las personas con discapacidad (preámbulo, artículo II). Asimismo, insta a los gobiernos a tomar medidas afirmativas para eliminar las barreras de acceso a instalaciones públicas y privadas y a la administración de justicia (artículo III).

Aparte de estos documentos fundacionales que reconocen los derechos de las personas con discapacidad a la igualdad y a la no discriminación,

existen dos instrumentos regionales básicos que abordan la VDG y los SDSR. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) entró en vigor en 1995. Esta afirma que todas las mujeres tienen el derecho a una vida libre de violencia y el derecho al reconocimiento, ejercicio y protección de todos los derechos humanos, incluido el derecho «a que se respete la dignidad inherente a su persona» (artículos 3 y 4). La Convención hace hincapié en que el derecho a llevar una vida libre de violencia incluye el derecho a no sufrir ninguna forma de discriminación, incluidos los «patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación» [artículo 6, letras a) y b)]. Obliga a los Estados a condenar la violencia y a castigar y erradicar la violencia «sin dilaciones» (artículo 7), además de a tomar medidas afirmativas, que se describen en el siguiente cuadro de texto, para promover la realización progresiva de los derechos de las mujeres. Asimismo, requiere que los Estados tengan en cuenta la especial vulnerabilidad de ciertos grupos de mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad, a la hora de desarrollar leyes y políticas para implementar la Convención (artículo 9).

Una serie de decisiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha proporcionado orientación explícita a los gobiernos con respecto al alcance de sus obligaciones para garantizar los derechos de las mujeres y las niñas a no ser objeto de violencia discriminatoria. Conforme a estas decisiones, los Estados se consideraron responsables, entre otras cosas: de no proteger a las mujeres y a los niños de la violencia doméstica cuando el Estado sabía que las víctimas se encontraban en peligro³⁸⁴; de no actuar con la debida diligencia en la investigación de las muertes de tres niños a manos de su padre³⁸⁵, y de no enjuiciar a los responsables de ejercer violencia contra las mujeres³⁸⁶.

El Consenso de Montevideo, adoptado en el primer período de sesiones de la Conferencia Regional



CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ

El artículo 8 de la Convención de Belém do Pará obliga a los Estados Partes a tomar medidas específicas que incluyan:

- a. La promoción y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos;
- b. La modificación de los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluido el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y cualquier otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitiman o exacerban la violencia contra la mujer;
- c. La promoción de la educación y capacitación del personal en la administración de justicia, policial y demás funcionarios encargados de la aplicación de la ley, así como del personal a cuyo cargo esté la implementación de las políticas de prevención, sanción y eliminación de la violencia contra la mujer;
- d. El suministro de servicios especializados apropiados para la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado, incluidos los refugios, los servicios de orientación para toda la familia, cuando sea necesario, y el cuidado y la custodia de los menores afectados;
- e. La promoción y el apoyo de la educación gubernamental y del sector privado destinada a concienciar al público;
- f. Provisión de acceso a la mujer objeto de violencia a programas eficaces de rehabilitación y capacitación que le permitan participar plenamente en la vida pública, privada y social;
- g. La invitación a los medios de comunicación a desarrollar directrices adecuadas de difusión que contribuyan a erradicar la violencia contra la mujer en todas sus formas y a realzar el respeto a la dignidad de la mujer;
- h. La garantía de realización de investigaciones y de recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios, y
- i. La promoción de la cooperación internacional para el intercambio de ideas y experiencias y la ejecución de programas encaminados a proteger a la mujer objeto de violencia.

sobre la Población y el Desarrollo en agosto de 2013, reafirmó los principios del Programa de Acción de la CIPD y abordó de manera directa los derechos y las necesidades de las personas jóvenes. Los Estados acordaron, entre otras cosas:

- Garantizar a niños, niñas y adolescentes, sin ningún tipo de discriminación, las oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, y el disfrute de la protección y el ejercicio de derechos humanos;

- Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, ... desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad ... de género y de derechos humanos;
- Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos ... para que adolescentes y jóvenes accedan y ejerzan sus SDSR;
- Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de SSR, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales, y
- Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad[.]³⁸⁷

Asimismo, el Consenso de Montevideo compromete a los Estados a actuar para erradicar todas las formas de violencia discriminatoria contra las mujeres, en especial contra mujeres con alto riesgo de sufrir violencia como las mujeres con discapacidad (párrafo 57).

Las instituciones interamericanas de derechos humanos han destacado el grado en el que las

violaciones de los SDSR pueden basarse en estereotipos de género y discriminación³⁸⁸. En acuerdos aprobados por la Comisión, los Estados se han comprometido a implementar cursos de formación para el personal sanitario con el objetivo de reducir las prácticas discriminatorias de género y tomar otras medidas para asegurar la autonomía en las decisiones del ámbito reproductivo³⁸⁹.

África Subsahariana³⁹⁰

- Carta Africana de³⁹¹ Derechos Humanos y de los Pueblos (1981).
- Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África (Protocolo de Maputo) (2003)
- Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (1990)
- Tratado de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo (1992)
- Declaración sobre los Derechos y el Bienestar del Niño Africano (1979)
- Gender and Development: A Declaration by Heads of State or Government of the Southern African Development Community (Género y desarrollo. Declaración de los Jefes de Estado y de Gobierno de la Comunidad para el Desarrollo del África Meridional) (1997)
- The Prevention and Eradication of Violence against Women and Children: An Addendum to the 1997 Declaration on Gender and Development (Prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres y los niños. Anexo a la Declaración sobre el Género y el Desarrollo de 1997) (1998)
- Recomendación Núm. 03/00/CM/UEMOA de la Unidad Económica de África Oriental sobre el papel de la mujer (1999)

- Tratado de la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (1993) y Protocolo sobre la Democracia y la Buena Gobernanza
- Declaración y Plan de Acción de Grand Bay (Mauricio) (1999)
- Acta constitutiva de la Unión Africana (2002)
- Declaración de Kigali (2003) de la Unión Africana
- Declaración Solemne de la Unión Africana sobre Igualdad de Género (2004)

La mayor parte de los Estados del África Subsahariana forman parte de la CDPD³⁹². Todos los países de la región menos uno, Somalia, han ratificado la CEDAW y todos han ratificado la CDN³⁹³. La mayoría de los gobiernos han creado mecanismos nacionales para la implementación y la supervisión de la CDPD y han adoptado políticas y legislaciones destinadas a cumplir con sus estándares³⁹⁴.

La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul) reconoce una serie completa de derechos culturales, socioeconómicos, políticos y civiles, y proscribire la discriminación del ejercicio de dichos derechos por razón de sexo u «otro status» (artículo 2)³⁹⁵. Asimismo, requiere que los Estados Partes protejan los derechos de las mujeres y los niños y de personas con discapacidad a no ser objeto de discriminación (artículo 18) y reconoce la obligación de cada persona a «respetar y considerar a sus semejantes sin discriminación» (artículo 28).

Con respecto a la violencia, la Carta de Banjul afirma enérgicamente: “Los seres humanos son inviolables. Todo ser humano tendrá derecho al respeto de su vida y de la integridad de su persona» (artículo 4). El Protocolo de Maputo para la Carta de Banjul amplía la prohibición de la Carta relativa a la discriminación y el respeto de los derechos, en especial, de las mujeres y las niñas. El Protocolo reafirma el principio de igualdad entre los géneros y exige a los Estados

que combatan todas las formas de discriminación contra las mujeres integrando, en parte, la perspectiva de género en la legislación y la política nacionales y adoptando medidas correctivas donde se sepa que existe discriminación³⁹⁶. El Protocolo se caracteriza por su amplia definición de discriminación, que es similar a la del artículo 1 de la CEDAW, y por incluir a las niñas en el concepto de mujeres³⁹⁷. El Protocolo de Maputo también reconoce las dimensiones estructurales de la discriminación de género e insta a los Estados a: Modificar los patrones socioculturales de conducta de mujeres y hombres mediante educación pública, información y estrategias de comunicación y educación, con vistas a conseguir eliminar las prácticas tradicionales y culturales nocivas y demás prácticas que se basan en la premisa de inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para las mujeres y los hombres³⁹⁸.

Este obliga a los Estados a «garantizar la prevención, la sanción y la erradicación» de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas (artículo 4) y exige la eliminación de las prácticas nocivas, incluida la mutilación genital femenina (artículo 5). Al igual que la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño, el Protocolo especifica la edad mínima para contraer matrimonio (18) (artículo 6).

El Protocolo es uno de los primeros instrumentos de derechos humanos que contiene disposiciones fundamentales sobre los derechos reproductivos y adopta gran parte del programa establecido en el Programa de Acción de la CIPD³⁹⁹. Obliga a los Estados a proteger y respetar la SDSR, incluido el derecho a controlar su propia fertilidad, a elegir cualquier método de contracepción y a recibir educación relativa a la planificación familiar (artículo 14). Asimismo, el Protocolo aborda de manera directa los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad, e insta a los Estados a tomar medidas afirmativas para proteger el derecho de las mujeres y las niñas con discapacidad a no ser objeto de violencia y discriminación por motivo de su discapacidad (artículo 23).

La Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño refuerza el compromiso de la Carta de Banjul con el principio de no discriminación y reconoce el derecho de todos los niños a no ser objeto de discriminación con independencia del sexo o cualquier otra condición (artículo 3). Esta garantiza que todos los niños menores de 18 años tengan derecho a la educación y a disfrutar «del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual» (artículos 11 y 14). Las personas con discapacidad tienen derecho a disfrutar de medidas especiales de protección en condiciones que garanticen su dignidad y que promuevan su inclusión como miembros activos de la sociedad (artículos 13 y 18). Los Estados Partes deben adoptar medidas activas para proteger a los niños de todas las formas de trato degradante, incluido el abuso sexual (artículo 16) y las prácticas perjudiciales (artículo 21). Con respecto a esto último, la Carta obliga a los Estados a eliminar «prácticas sociales y culturales perjudiciales que afecten el bienestar, la dignidad, el desarrollo normal y el crecimiento del niño», incluidas las prácticas como la mutilación genital femenina, que se consideran discriminatorias por razón de sexo o de otra índole. Asimismo, la Carta prohíbe el matrimonio infantil y obliga a los Estados a tomar «medidas efectivas» que establezcan la edad mínima para contraer matrimonio en 18 años para niños y niñas (artículo 21).

En 2012, la Conferencia de la Unión Africana de Ministros encargados del Desarrollo Social desarrolló el Plan de Acción Continental del Decenio Africano de las Personas con Discapacidad (2010-2019) y constituyó una institución de la Unión Africana dedicada a la discapacidad para ofrecer apoyo técnico a los Estados miembros⁴⁰⁰. De manera significativa, las personas jóvenes, las mujeres y los niños con discapacidad se especifican como elementos del tema estratégico del Plan de Acción Continental sobre integración⁴⁰¹. Bajo el tema de las mujeres con discapacidad, se da prioridad a la eliminación de la violencia sexual y al aumento del acceso a la SSR⁴⁰².

Desde entonces, la Unión Africana ha adoptado un Proyecto de Protocolo para la Carta de Banjul que completa el compromiso de la Carta por la igualdad de derechos para todas las personas y por la especial atención a las necesidades de personas con discapacidad⁴⁰³. El Proyecto de Protocolo exige a los Estados que integren la discapacidad en la legislación y políticas nacionales en todas las esferas de la vida y que prohíban las prácticas nocivas contra las personas con discapacidad (artículo 2). Prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidad y requiere que los Estados garanticen protección «igual y efectiva» contra todas las formas de discriminación (artículo 3). Asimismo, el Proyecto de Protocolo reconoce el derecho de cada persona con discapacidad a no ser objeto de trato degradante o cruel, incluidos el confinamiento forzoso, el tratamiento médico forzoso, como la esterilización sin consentimiento informado, y la explotación y el abuso dentro y fuera del hogar (artículo 5). Los Estados deben adoptar medidas efectivas para evitar la violación de estos derechos (artículo 5) y deben garantizar que las personas con discapacidad se reconozcan como iguales ante la ley con capacidad jurídica para oponerse a la privación de sus derechos (artículos 8 y 9). Para facilitar el ejercicio de sus derechos, los Estados Partes deben ofrecer ajustes adecuados a la edad y al género en los sistemas jurídicos y prevenir el uso de los sistemas tradicionales con el objetivo de privar de sus derechos a las personas con discapacidad (artículo 9).

El Proyecto de Protocolo insta a adoptar medidas para hacer que los servicios y las instalaciones públicas sean accesibles, incluidos los servicios de asistencia médica, y obliga a los Estados a tomar medidas efectivas para garantizar que las personas con discapacidad tengan un acceso igualitario a los servicios de salud reproductiva y sexual, para lo que se prohíbe, entre otras cosas, la discriminación por parte del personal de atención sanitaria y se exige el uso de comunicación y formatos accesibles (artículo 13).

Los artículos 22, 23 y 24 adoptan perspectivas que tienen en cuenta explícitamente la edad y el

género. En ellos se insta a los Estados a garantizar que las personas jóvenes, las mujeres y los niños con discapacidad puedan disfrutar plenamente de los mismos derechos y libertades que sus iguales sin discapacidad y se exige a los Estados Partes que adopten medidas efectivas para integrar el género y los intereses de las personas jóvenes y los niños en todas las políticas y legislaciones nacionales. Asimismo, el artículo 22 garantiza el derecho de las mujeres con discapacidad a la libertad reproductiva y sexual y al control sobre su fertilidad. Por otro lado, el artículo 24 obliga a los Estados a promover la educación de la SSR para las personas jóvenes con discapacidad. El Proyecto de Protocolo exige la protección de las mujeres y los niños con discapacidad contra la violencia sexual y la violencia de género, además de la eliminación de todas las barreras que impiden la inclusión y participación efectivas en la vida social de esos tres grupos.

Estados árabes⁴⁰⁴

- Carta Africana sobre los Derechos Humanos (1994)
- Declaración de El Cairo sobre los derechos humanos en el Islam (1990)
- Covenant of the Rights of the Child in Islam (Convención de los derechos del niño en el Islam)
- Organización de la Conferencia Islámica (OCI): Plan de Acción para el avance de la mujer de la OCI (Plan de Acción de El Cairo)
- Comisión Permanente Independiente de Derechos Humanos de la Organización de Cooperación Islámica (2011)

Actualmente, 18 de los 20 países de la región de los Estados árabes han ratificado la CDPD⁴⁰⁵. Todos los países de la región de los Estados árabes, a excepción de Somalia y Sudán, han ratificado la CEDAW. Todos los países forman parte de la CDN⁴⁰⁶. En la actualidad, la región de los Estados árabes es única

en dos aspectos relacionados con los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad. El primero es la cifra histórica de refugiados en la región. Según el informe de 2014 de Handicap International, titulado *Hidden Victims of the Syria Crisis* (Las víctimas ocultas de la crisis de Siria), el 30 % de los refugiados tienen necesidades específicas debido a discapacidades, enfermedades crónicas o lesiones, la mayoría de las cuales están relacionadas de manera directa con el conflicto⁴⁰⁷. Las mujeres y las niñas con discapacidad se enfrentan a niveles especiales de amenaza como refugiadas⁴⁰⁸. La segunda circunstancia única (y la más arraigada) es la aplicación de leyes religiosas a asuntos como el matrimonio, el divorcio y demás aspectos del derecho familiar, que han presentado barreras para la completa implementación de la CEDAW⁴⁰⁹. No obstante, existen tendencias positivas en la región con una creciente participación de las mujeres en la representación y la gobernanza, así como tendencias negativas con el auge de movimientos conservadores religiosos que tienden a restringir los derechos de las mujeres⁴¹⁰ y la persistencia de la inestabilidad política, los conflictos y la desigualdad económica, hecho que ha aumentado la incidencia de todas las discapacidades, incluidos los trastornos de salud mental debidos al estrés psicológico⁴¹¹.

La Carta Árabe de Derechos Humanos (2004), que precedía a la CDPD, representó un paso importante hacia los derechos de las personas con discapacidad. El artículo 40 está dedicado a los derechos de personas con discapacidad y en él se reconoce su derecho a llevar una vida decente, a la dignidad, a una participación en la sociedad y a servicios sociales gratuitos, incluidos el apoyo material, la salud y la rehabilitación, la educación y las oportunidades laborales. Sin embargo, en 2014, los miembros de la Liga de los Estados Árabes informaron de que las tasas de prevalencia de discapacidad en la región oscilan entre el 0,4 y el 4,6⁴¹², hecho que suscita preocupaciones debido a las definiciones particularmente restrictivas de discapacidad que han adoptado muchos de los países⁴¹³. El Banco Mundial estima que existen hasta

unos 30 millones de personas (aproximadamente el 15 %) que viven con alguna discapacidad en la región del Oriente Medio y África del Norte (MENA por sus siglas en inglés)⁴¹⁴. Asimismo, la Liga Árabe declaró el período de 2004 a 2013 como el Decenio Africano de las Personas con Discapacidad, lo que produjo objetivos específicos relativos a la inclusión de la discapacidad y estimuló la adopción y/o reforma de leyes sobre discapacidad⁴¹⁵. La mayoría de los Estados de MENA incluyen disposiciones relativas a las personas con discapacidad en sus constituciones. Numerosos Estados, como Jordania, poseen políticas de protección social progresiva que garantizan el acceso a la atención sanitaria, aunque a menudo se priva a mujeres y niñas con discapacidad del acceso a la atención de la salud reproductiva y general⁴¹⁶.

Asia y el Pacífico

- Declaración de Derechos Humanos de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN)
- Declaración para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la ASEAN (2004)
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres y la Eliminación de la Violencia contra los Niños en la ASEAN (2013)
- Comisión Intergubernamental de la ASEAN sobre los Derechos Humanos (2009)
- Comisión sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Mujeres y los Niños de la ASEAN
- Declaración de Bali sobre el Fortalecimiento del Papel y la Participación de las Personas con Discapacidad en la Comunidad de la ASEAN
- Estrategia de Incheon para Hacer Realidad los Derechos de las Personas con Discapacidad en Asia y el Pacífico
- Proclamación sobre la Participación e Igualdad Plenas de las Personas con Discapacidades en la Región de Asia y el Pacífico
- Marco de Acción de Biwako Hacia una Sociedad Inclusiva, Sin Barreras y Basada en los Derechos para las Personas con Discapacidad
- ASEAN Declaration on Strengthening Social Protection (Declaración de la ASEAN para el fortalecimiento de la protección social)

Una de cada seis personas en la región de Asia y el Pacífico (o 650 millones de mujeres, hombres, niñas y niños) viven con alguna discapacidad⁴¹⁷. Se les atribuye una representación superior a la normal dentro de los más pobres de la región y conforman, según se estima, un 20 % de los ciudadanos más pobres⁴¹⁸. A pesar de la prevalencia de la discapacidad en la región, esta posee uno de los índices de ratificación de la CDPD más bajos, con una aprobación de la Convención de solo el 54 % de los Estados partes. A principios de 1993, los gobiernos de la región habían tratado de promover los derechos de las personas con discapacidad mediante una serie de planes de acción, cuya expresión inicial fue el primer Decenio de las Personas con Discapacidad de 1993-2002. En 2003, los gobiernos de la región de Asia y el Pacífico adoptaron el Marco de Acción del Milenio de Biwako, que establecía objetivos para la inclusión de las personas con discapacidad e incluía el apoyo a las mujeres con discapacidad como una de las siete áreas políticas prioritarias. El Marco señala que las mujeres y las niñas con discapacidad sufren múltiples formas de discriminación y mayor riesgo de ser objeto de abuso sexual y físico, entre otras cosas⁴¹⁹.

En 2012, la región inició un nuevo Decenio de las Personas con Discapacidad (2013-2022) y adoptó un marco regional, denominado Estrategia de Incheon, para guiar los esfuerzos nacionales y regionales que buscan promover los derechos de las personas con discapacidad durante todo el decenio. La Estrategia de Incheon prioriza la igualdad de las mujeres y las niñas con discapacidad, así como el

empoderamiento de diversos grupos de personas con discapacidad, entre los que se incluyen las niñas y las personas jóvenes con discapacidad⁴²⁰.

Europa y Asia Central

- Convenio Europeo de Derechos Humanos (1953)
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000)
- Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul)
- Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños contra la Explotación y el Abuso Sexual (Convenio de Lanzarote) (2012)
- Council of Europe Strategy for the Rights of the Child 2016-2021 (Estrategia del Consejo de Europa para los derechos de los niños 2016-2021)
- Tratado de Ámsterdam (1997)
- Tratado de Lisboa (2007)
- Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras
- Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar
- Council of Europe Disability Strategy 2017-2023: Human Rights: A Reality for All (Estrategia del Consejo Europeo sobre discapacidad 2017-2023. Derechos humanos: una realidad para todos)
- Directrices del Consejo de Europa sobre una justicia adaptada a los menores (2010)
- Council of Europe Gender Equality Strategy 2014-2017 (Estrategia del Consejo de Europa sobre igualdad de género 2014-2017)

- European Union Guidelines for the Promotion and Protection of the Rights of the Child (2017): Leave No Child Behind (Directrices de la Unión Europea relativas a la promoción y la protección de los derechos de la infancia (2017): no dejar a ningún niño atrás)

El Convenio Europeo de Derechos Humanos, redactado por el Consejo de Europa poco después de la aprobación de la DUDH por parte de la nueva Asamblea General de Naciones Unidas, tiene el objetivo de implementar los principios fundamentales que recoge la DUDH. Este incluye 17 artículos clave que afirman la igualdad de derechos y libertades, entre los que se incluyen: el artículo 14, que prohíbe la discriminación contra cualquier persona por cualquier motivo; el artículo 12, que garantiza el derecho de todos los hombres y mujeres en edad de contraer matrimonio a casarse y formar una familia, y los artículos 3 y 5, que prohíben la tortura y el trato degradante o inhumano y garantizan el derecho a la libertad y la seguridad de la persona, respectivamente. La Convención creó el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que ha permitido articular los estándares en materia de diligencia debida como base para hacer responsables a los Estados de las violaciones de los derechos humanos, en especial en cuanto a VDG⁴²¹.

El Consejo de Europa, una organización de derechos humanos intergubernamental que cuenta con 47 Estados miembros entre los que se incluyen Estados de Europa del Este, también ha liderado el establecimiento de un marco para contrarrestar la VDG que adopta la perspectiva de la discapacidad. El Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul) se ha identificado como uno de los acuerdos internacionales más completos sobre violencia contra la mujer y violencia doméstica⁴²². Este reconoce que las relaciones de poder desiguales son la raíz de la violencia de género e insta a los Estados a tomar acciones específicas para contrarrestar los estereotipos de género.

Asimismo, reconoce de manera explícita que los hombres y los niños pueden ser víctimas de violencia y, por tanto, deben gozar de los mismos derechos y protecciones reconocidos para las mujeres y las niñas. (Preámbulo y artículo 2: «Se alienta a las Partes a aplicar el presente Convenio a todas las víctimas de violencia doméstica»).

El Convenio obliga de manera explícita a los Estados Partes a proteger a todas las víctimas de violencia doméstica o VDG «sin discriminación alguna», incluida la discapacidad (artículo 4), y hace referencia a la CDPD como uno de los tratados de derechos humanos básicos que establecen los estándares pertinentes para la prevención de la VDG (preámbulo). En el Informe Explicativo que acompaña al Convenio, los encargados de redactarlo señalan su intención de reconocer el mayor riesgo que corren las mujeres y las niñas con discapacidad con respecto a la violencia y la correspondiente necesidad de tomar medidas urgentes⁴²³. Asimismo, el Informe Explicativo subraya el requerimiento que recoge el artículo 4 del Convenio por el que los Estados Partes deben tomar medidas afirmativas para prevenir la violencia contra las personas con mayor vulnerabilidad, incluidas las personas con discapacidad⁴²⁴.

El Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños contra la Explotación y el Abuso Sexual (Convenio de Lanzarote) es igualmente completo. Este obliga a los Estados a proteger los derechos de todos los niños víctimas de explotación y abuso, sin discriminación alguna (artículo 2). Requiere que los Estados tomen las medidas necesarias para garantizar que los niños reciban información adaptada a su edad sobre los riesgos de la explotación y el abuso sexual y sobre los instrumentos que pueden utilizar para protegerse (artículo 6). Asimismo, ofrece directrices claras sobre las acciones que los Estados deben llevar a cabo para proteger a los niños de la explotación y el abuso, intervenir en nombre de las víctimas, proporcionar apoyo a corto y largo plazo para las víctimas, e investigar y castigar los delitos.

A nivel político, la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras compromete a la Comisión Europea a promover la eliminación de la discriminación por razones de edad y discapacidad, en particular mediante el apoyo al acceso en condiciones de igualdad a la atención médica para personas con discapacidad^{425, 426}.

En la Estrategia del Consejo Europeo sobre discapacidad 2017-2023. Derechos humanos: una realidad para todos (Council of Europe Disability Strategy 2017-2023: Human Rights: A Reality for All) se subraya que las personas con discapacidad deben disfrutar de toda la gama de derechos humanos y se proponen cinco áreas basadas en los derechos que requieren acción prioritaria por parte de los Estados miembros:

- Igualdad y no discriminación
- Aumento de la concienciación
- Accesibilidad
- Igual reconocimiento como persona ante la ley
- Protección contra la explotación y el abuso⁴²⁷

Destaca una serie de temas transversales, incluido el riesgo al que se enfrentan muchas personas con discapacidad con formas de discriminación múltiples⁴²⁸. La Estrategia insta a los Estados Miembros a reconocer la existencia de múltiples formas de discriminación y a tenerlas en cuenta en el trabajo y las actividades a nivel local, nacional y regional. También pide a los Estados Miembros que promuevan un mayor acceso a la información por parte de los jóvenes con discapacidad y que incorpore los derechos de los jóvenes con discapacidad en todas las actividades, además de trabajar para prevenir y responder a la explotación, el abuso y la violencia discriminatoria⁴²⁹.

CONVENIO DEL CONSEJO DE EUROPA SOBRE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LA VIOLENCIA DOMÉSTICA (CONVENIO DE ESTAMBUL)

Resumen del Convenio⁴³⁰

El Convenio, que fue adoptado en mayo de 2011 y entró en vigor en agosto de 2014, creó un marco jurídico holístico y completo con el objetivo de prevenir la violencia contra las mujeres, proteger a las personas supervivientes a la violencia y acabar con la impunidad para los perpetradores⁴³¹. El Convenio incluye 81 artículos distribuidos en 12 capítulos y se basa en las «cuatro P»: Prevención; Protección y asistencia a las víctimas; Persecución de los delincuentes, y Políticas integradas.

Prevención de todas las formas de violencia contra las mujeres

El Convenio requiere que todas las Partes promuevan el aumento de la concienciación, la educación, la formación de los profesionales, la intervención preventiva y los programas de tratamiento, y la participación del sector privado y de los medios de comunicación en la modificación de los patrones de comportamiento socioculturales para eliminar las normas y prácticas perjudiciales.

El artículo 16 requiere que los Estados tomen medidas legislativas u otras necesarias para crear o apoyar programas dirigidos a enseñar a quienes ejerzan la violencia doméstica a adoptar un comportamiento no violento en las relaciones interpersonales para prevenir nuevas violencias y cambiar los esquemas de comportamiento violentos.

Protección contra todas las formas de violencia contra las mujeres

Las Partes se comprometen a tomar medidas legislativas para que las víctimas reciban información adecuada y oportuna sobre los servicios de apoyo y las medidas jurídicas disponibles en un idioma comprendan, tengan acceso a los servicios necesarios, incluidos los servicios sociales y de atención médica, y a un alojamiento seguro.

Este ofrece protección especial para los niños, en concreto para aquellos que puedan tener que actuar en calidad de testigos y/o necesiten asesoramiento psicológico (artículo 26).

Persecución de todas las formas de violencia contra las mujeres

El Gobierno obliga que las Partes tomen las medidas legislativas u otras necesarias para proporcionar recursos civiles adecuados contra los perpetradores, garantizar que todas las víctimas tengan derecho a solicitar una indemnización por parte de los perpetradores y a garantizar que las conductas intencionadas se tipifiquen como delitos.

Los artículos 38 y 39 requieren, respectivamente, que los Estados aprueben una legislación que tipifique como delitos la mutilación genital femenina y el aborto o la esterilización forzados.

Políticas integradas⁴³²

El Convenio tiene como objetivo acabar con la violencia contra las mujeres mediante el derecho y los procesos penales y políticas dirigidas a promover la igualdad entre los hombres y las mujeres, por lo que opera al mismo tiempo como tratado de derechos humanos y tratado de derecho penal. De este modo, busca crear cooperación entre todos los actores relevantes, incluidos los cuerpos de seguridad, el poder judicial, las ONG, los proveedores de servicios, etcétera.

Como tratado de derechos humanos, el Convenio aborda la violencia contra las mujeres como una forma de descripción con perspectiva de género. Al hacerlo, refuerza la obligación de los Estados, en virtud de la legislación internacional de derechos humanos, de terminar con todas las formas de discriminación y garantizar la igualdad entre las mujeres y los hombres.

Como tratado de derecho penal, el Convenio reconoce las diferentes formas de violencia contra las mujeres (familiar, comunitaria, estatal) y perpetradores (actores estatales y no estatales) que existen.

Monitorización

El Convenio establece un sistema de dos pilares para la monitorización que permite evaluar y mejorar la implementación del Convenio:

- El Grupo de expertos en la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (GREVIO): órgano de especialistas independiente compuesto por 15 personas.
- El Comité de las Partes: órgano político compuesto por representantes de las Partes del Convenio.

El Grupo de Expertos en Acción contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica se ocupa de monitorizar la implementación del Convenio por las Partes y también puede adoptar recomendaciones generales sobre temas y conceptos del Convenio. Por su parte, el Comité de las Partes se ocupa de realizar el seguimiento de los informes y las conclusiones del GREVIO, labor que incluye adoptar recomendaciones para las Partes interesadas.

Por último, las Partes del Convenio también están obligadas a invitar a sus parlamentos a participar en el proceso de monitorización y a facilitarles los informes redactados por el GREVIO.

Uno de los cinco objetivos estratégicos de la actual Council of Europe Strategy for the Rights of the Child 2016-2021 (Estrategia del Consejo de Europa para los derechos de los niños 2016-2021) es conseguir una Europa sin violencia contra los niños. La Estrategia incluye medidas para:

- promover un enfoque integrado para la protección de los niños contra la violencia, incluidos los niños con discapacidad, y

- combatir la explotación sexual, el tráfico y el abuso sexual y la VDG contra los niños.

De manera explícita, compromete al Consejo a proteger los derechos de los niños con discapacidad y a garantizar su completa inclusión en la sociedad⁴³³.

La Unión Europea también ha desarrollado una serie de directrices para la protección de



los derechos del niño, que incluye entre sus prioridades el apoyo al cumplimiento de las obligaciones legales existentes conforme a la CDN y demás instrumentos de derechos humanos de los Estados miembros de la Unión Europea, y el apoyo a la implementación de la Agenda de 2030 para el Desarrollo Sostenible⁴³⁴.

El Consejo de la Unión Europea, a través de una serie de iniciativas, ha tratado de integrar a las personas jóvenes con discapacidad en el desarrollo de las políticas. El Foro Europeo de la Discapacidad, establecido en 1996, posee un Comité Juvenil que se ocupa de la integración de la juventud en el trabajo del Foro y de trabajar con la Red de Jóvenes para representar los intereses de las personas jóvenes con discapacidad a nivel de la Unión Europea. Los miembros del Comité Juvenil mencionado también participan en el Foro Europeo de la Discapacidad, que se trata de una organización plataforma que representa a 104 organizaciones juveniles en Europa.

MONITORIZACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL TRATADO Y RENDICIÓN DE CUENTAS DE LOS ESTADOS

Los convenios regionales e internacionales articulan los estándares de comportamiento acordados por los Estados Partes, con la expectativa de que se incorporen estas normas a la legislación y política nacionales. Los Estados Partes deben tomar medidas para satisfacer las obligaciones especificadas en los tratados que firman y realizar los derechos que reconocen esos tratados. Cada tratado mencionado anteriormente establece un comité que monitoriza el cumplimiento de los Estados Partes mediante la redacción periódica de informes. Las organizaciones de la sociedad civil, los tribunales y los interesados nacionales interpretan un papel importante en la rendición de cuentas de los Estados relativo al cumplimiento de las obligaciones del tratado.

Los tribunales de derechos humanos también han sido actores cruciales a la hora de explicar qué deben hacer los Estados para proteger los derechos humanos, en especial el derecho de las mujeres a no sufrir violencia. El estándar en materia de diligencia debida, reconocido por Reporteros Especiales de la ONU, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, entre otros, como principio universal de derecho internacional consuetudinario, requiere que los Estados adopten medidas esenciales para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas, proteger a las personas que sobreviven a la violencia, perseguir y castigar a los perpetradores y garantizar que las personas supervivientes tengan acceso a medios de reparación. En el siguiente cuadro de texto se incluye una explicación detallada del principio de diligencia debida.

Las normas internacionales reconocen que los Estados tienen el poder y la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de todos sus ciudadanos, incluidos los derechos de las personas jóvenes con discapacidad. Para implementar completamente los compromisos internacionales subrayados anteriormente, los Estados deben reconocer por ley los derechos de las personas jóvenes con discapacidad a la igualdad y a la no discriminación, el derecho a vivir sin violencia y el derecho a conseguir el nivel más alto de salud reproductiva y sexual. Estos deben tomar medidas puntuales y efectivas para eliminar todas las barreras que impiden que las personas jóvenes con discapacidad disfruten plenamente de sus derechos y garantizar, hasta donde lo permita su capacidad, que todos los servicios y programas disponibles para personas jóvenes sean inclusivos y estén igualmente disponibles para personas jóvenes con discapacidad. Asimismo, deben movilizar recursos para invertir en programas inclusivos que tengan el potencial de ayudar a las personas jóvenes con discapacidad a conseguir disfrutar plenamente de sus derechos humanos y permitirles convertirse en miembros activos y participativos de las sociedades de todo el mundo.

¿QUÉ ES LA DILIGENCIA DEBIDA?

En 2001, Esmeralda Herrera Monreal, de 15 años de edad, Laura Berenice Ramos Monarrez, de 17 años de edad, y Claudia Ivette González, de 20 años de edad, desaparecieron de Ciudad de Juárez, México. Semanas más tarde se encontraron sus cuerpos en un campo de algodón con signos de haber sufrido abusos sexuales. Sus familias alegaron que las autoridades públicas no actuaron con la diligencia debida para investigar su desaparición y muerte debido a estereotipos discriminatorios contra las mujeres. En una decisión de 2009, la Corte Interamericana de Derechos Humanos les dio la razón y dictaminó que México había violado la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención de Belém do Pará al no actuar con la diligencia debida para proteger las vidas de las tres jóvenes y su derecho a no ser objeto de violencia, y al no investigar adecuadamente su desaparición⁴³⁵.

Conforme al derecho internacional, los Estados están obligados a ejercer la diligencia debida para promover, proteger y garantizar los derechos humanos. El deber de diligencia debida impone obligaciones a los Estados para sus propios actos y los de terceros que violan los derechos humanos. La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, por ejemplo, insta a los Estados a «proceder con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y [...] castigar todo acto de violencia contra la mujer, ya se trate de actos perpetrados por el Estado o por particulares».

Para satisfacer el estándar de diligencia debida, los Estados deben centrarse en las «cinco P»⁴³⁶: 1. Prevención; 2. Protección; 3. Persecución; 4. Penas suficientes y justas, y 5. Provisión de reparación e indemnización. Las personas supervivientes a la violencia deben tener la capacidad de obtener alguna forma de protección aplicable, como una orden de alejamiento, y la aplicación de la ley debe responder de manera efectiva a las peticiones de ayuda⁴³⁷.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos concluyó que «[I]o que es decisivo es si existe violación de los derechos reconocidos por el Convenio con la ayuda o conocimiento del gobierno, o si el Estado ha permitido que se lleve a cabo este acto sin tomar medidas para evitarlo o castigar a los responsables»⁴³⁸. Las acciones judiciales ineficaces que permiten la impunidad de los perpetradores probablemente violen las obligaciones del tratado⁴³⁹.

// CAPÍTULO 4

**PREVENCIÓN Y
RESPUESTA A LA
VIOLENCIA DE
GÉNERO CONTRA
LOS JÓVENES CON
DISCAPACIDAD**

// I. INTRODUCCIÓN

La eliminación de todas las formas de violencia de género (VDG) es ampliamente reconocida como una prioridad mundial. No solo múltiples instrumentos internacionales instan a los Estados a tomar medidas para poner fin a la violencia discriminatoria, sino que también se han incluido objetivos específicos dentro del programa de 2030 para el Desarrollo Sostenible. Un análisis de 2014 sobre el progreso en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) reveló que los gobiernos han estado tomando medidas contra la violencia de género en mayores proporciones que respecto a cualquier otra cuestión abordada en el Programa de Acción (88 %)⁴⁴⁰. En general, las tasas de creencias y prácticas que no favorecen a los derechos humanos, como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil precoz y forzado, han disminuido en algunos contextos, al igual que las actitudes hacia los esposos que abusan de sus esposas⁴⁴¹. Sin embargo, las tasas de violencia siguen siendo inadmisiblemente altas, especialmente con los más marginados.

Como se analiza en detalle en el Capítulo 1 de este informe, las personas con discapacidad tienen muchas más probabilidades de convertirse en víctimas de la violencia que sus compañeros sin discapacidad⁴⁴².

- Los niños con discapacidades tienen casi cuatro veces más probabilidades de experimentar violencia que los niños sin discapacidades, y casi tres veces más probabilidades de ser víctimas de violencia sexual⁴⁴³. En un estudio realizado en cinco países de África, casi todos los jóvenes (de entre 18 y 24 años) entrevistados habían sufrido abusos sexuales al menos una vez, y también más de una, a lo largo de sus vidas⁴⁴⁴.
- Los niños que corren el mayor riesgo son los que tienen discapacidades psicosociales

e intelectuales, deficiencias severas o impedimentos múltiples⁴⁴⁵. Los estudios han demostrado que los niños con discapacidad intelectual tienen cinco veces más probabilidades que otros niños de someterse a abusos y son mucho más vulnerables a la intimidación⁴⁴⁶.

- Las niñas y las mujeres jóvenes con discapacidad tienen más probabilidades de sufrir violencia que sus compañeros masculinos con discapacidad o las niñas y las jóvenes sin discapacidad⁴⁴⁷. Un estudio en Australia descubrió que entre las mujeres con discapacidad menores de 50 años, el 62 % había experimentado violencia desde la edad de 15 años, y las mujeres con discapacidad habían experimentado violencia sexual tres veces más que las personas sin discapacidad⁴⁴⁸. Las mujeres con discapacidad en Estados Unidos tienen un 40 por ciento más de probabilidades de sufrir abusos que las mujeres sin discapacidad⁴⁴⁹, y estudios de Nepal y Bangladesh, entre otros, encontraron que la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad estaba extendida⁴⁵⁰.
- Pertener a una minoría racial, religiosa o sexual o vivir en la pobreza aumenta el riesgo de violencia sexual contra las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad⁴⁵¹.

Todavía hay actitudes en la sociedad en las que se ve que este grupo realmente no existe. No es visible ...

Se cree que están atendidos. Viven en residencias de cuidados. Por ello existe la suposición de que es imposible que sean objeto de violencia⁴⁵².

Las desigualdades existentes y las normas y actitudes discriminatorias con respecto al género y la discapacidad se mezclan y hacen que los jóvenes con discapacidades, especialmente las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, sean más vulnerables a la violencia y agraven los efectos de la violencia⁴⁵³. En una encuesta realizada

en la Unión Europea (UE), los encuestados de los 13 Estados miembros indicaron que consideraban que el prejuicio hacia los niños con discapacidad es generalizado y que corren un mayor riesgo de convertirse en víctimas de la violencia⁴⁵⁴.

Poner fin a la violencia hacia los jóvenes con discapacidad requiere estrategias integrales y a largo plazo que se centren tanto en la prevención de la violencia como en respuestas apropiadas y de apoyo a la misma. Esas estrategias a menudo comienzan

ENFOQUE PARALELO PARA PREVENIR LA VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA JÓVENES CON DISCAPACIDAD

El “enfoque paralelo” es particularmente importante para garantizar la inclusión de los jóvenes con discapacidad en las políticas para prevenir y responder a la violencia de género. El enfoque paralelo es ampliamente reconocido en todo el sistema de las Naciones Unidas como una estrategia importante para promover los derechos de las personas con discapacidad en la aplicación de leyes, políticas y programas, y para garantizar su participación en sus derechos en igualdad de condiciones con los demás.

Sencillamente, significa evaluar las leyes principales, políticas e iniciativas de programas para asegurarse de que incluyan a personas jóvenes con discapacidad y no discriminen, incluso de manera involuntaria. Además, el enfoque también requiere pasos específicos que aborden las necesidades concretas de los jóvenes con discapacidad y busquen abordar las vulnerabilidades a la violencia que puedan experimentar o los obstáculos a los que se puedan enfrentar accediendo a los mecanismos preventivos de los servicios de respuesta⁴⁵⁵.

Para garantizar los derechos de las personas jóvenes con discapacidad y que puedan vivir sin violencia, un enfoque paralelo puede incluir la incorporación de un lenguaje dentro de las leyes o políticas nacionales que prohíban la discriminación por edad y género, entre otros factores, y una ley o política separada que detalla la responsabilidad del Estado para responder a la violencia hacia los jóvenes con discapacidad garantizando, entre otras políticas, el acceso a la justicia y proporcionar los servicios de apoyo necesarios a los supervivientes de la violencia.

De manera similar, en iniciativas de programas, un enfoque paralelo para la prevención de la violencia de género puede incluir la integración de la discapacidad mediante la inclusión de personas con discapacidad en campañas públicas para crear conciencia y prevenir la violencia de género, además de garantizar que la información sobre la respuesta disponible y los servicios de apoyo se difundan en múltiples formatos, como la comunicación en lenguaje de signos en anuncios de televisión y el uso de Braille en materiales impresos, junto con la promoción de una campaña específica para discapacitados en asociación con organizaciones de personas con discapacidad (DPO por sus siglas en inglés) que representan a jóvenes con discapacidades en reconocimiento del hecho de que estos jóvenes a menudo están aislados socialmente y, por lo tanto, con menos posibilidades de ser alcanzados por amplias campañas de divulgación pública.

con la adopción y aplicación de marcos jurídicos y normativos sólidos y amplios que reconocen y prohíben todas las formas de violencia hacia todas las mujeres y las niñas, incluidas explícitamente las mujeres y las niñas con discapacidad. Pero también deben incluir el compromiso de recursos suficientes para garantizar el apoyo adecuado para la implementación de programas y el reconocimiento de que la prevención y respuestas a la violencia deben integrarse en múltiples marcos de políticas, incluyendo programas de salud y educación, políticas de justicia y vigilancia policial, así como planes nacionales de desarrollo, entre otros. Para garantizar que las personas jóvenes con discapacidad reciban las mismas protecciones contra la violencia que sus compañeros sin discapacidad, las leyes, políticas y programas que abordan la violencia de género deberían reconocer explícitamente las múltiples formas de discriminación a las que se enfrentan las jóvenes y niñas con discapacidad, junto con otros grupos marginados, a las que son sometidos rutinariamente. Deben describir estrategias claras para atacar esas formas de violencia, al mismo tiempo que brindan apoyo a los jóvenes con discapacidad en riesgo de violencia o a aquellos que han sido víctimas de ella.

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Este Capítulo comienza con una breve discusión de los principios subyacentes a la prevención y la respuesta, y analiza la evidencia de las políticas y las intervenciones programáticas asociadas con los cambios en las normas sociales que subyacen a la violencia de género. Como se ha señalado en el Capítulo 1 de este informe, las normas de género y los estereotipos contribuyen al riesgo de violencia al que se enfrentan las personas jóvenes con discapacidad y dificultan su capacidad para acceder a los mecanismos de prevención de la violencia y los servicios de respuesta.

El Capítulo continúa con estudios de casos de iniciativas prometedoras adoptadas por los gobiernos para abordar la violencia de género

hacia los jóvenes con discapacidad. Casi todas estas iniciativas son producto de colaboraciones con la sociedad civil y de su defensa en nombre de los derechos de las mujeres y las personas con discapacidad. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) han sido líderes fundamentales en el movimiento para poner fin a la violencia de género a nivel mundial y son socios clave en los esfuerzos para implementar los derechos humanos de los jóvenes con discapacidad.

Los estudios de caso reflejan una concepción de la acción estatal que cubre un amplio espectro de posibilidades. Estas van desde proporcionar un marco legal propicio hasta la adopción de estrategias de implementación o planes de acción, diseño o apoyo de intervenciones programáticas con o en apoyo de las OSC, recolección de datos relevantes para informar del desarrollo de políticas y seguimiento del progreso para garantizar la rendición de cuentas.

Los estudios de caso resaltan iniciativas que se consideran prometedoras en la medida en que se ajustan a las pautas reconocidas para buenas prácticas o son consideradas como pasos positivos por activistas, o demostradas como tales por evaluaciones publicadas. Los ejemplos proporcionados no son exhaustivos, ni se puede suponer que funcionen en todas las ubicaciones ni para todas las personas.

Asimismo, cada iniciativa aquí analizada es reconocida como un paso único en un proceso más amplio e interdependiente para acceder y ejercer los derechos de los jóvenes con discapacidades. Cabe señalar que, si bien cada uno de estos pasos puede ser necesario, ninguno de ellos es suficiente por sí mismo. Las leyes que no se implementan pueden tener poco efecto, y las políticas para las cuales nadie rinde cuentas es poco probable que logren sus objetivos. Para que los gobiernos garanticen que los jóvenes con discapacidad puedan disfrutar de sus derechos y libertades de la misma manera que sus

EN RESPUESTA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA LAS NIÑAS Y LAS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

En un grupo de enfoque con jóvenes sordas que eran miembros de una OPD en Maputo, Mozambique, los participantes pintaron una imagen sombría del sistema de justicia en casos de violencia. Una participante, que tenía poco más de 20 años y criaba a una niña como madre soltera, describió su propia experiencia al tratar de denunciar los abusos físicos que había sufrido a manos de su ex marido. “Fui a la policía, pero no hicieron nada. No sabían el lenguaje de signos, así que tuve que llevar a una persona conmigo, pero aun así no hicieron nada. La policía no lleva a [los perpetradores] a la cárcel; simplemente te envían de vuelta a casa”.

Experiencias como estas no solo ocurren en Mozambique, como lo aclara el texto analizado en el Capítulo 1. En España, los representantes de las OPD describieron una falta general de servicios para las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad que experimentaron la violencia, además de múltiples barreras que impiden a las mujeres denunciar. Había muchos refugios inaccesibles o que se encontraban en áreas inaccesibles. Las medidas de protección para las mujeres con discapacidad que buscaban órdenes preventivas a menudo eran insuficientes y las dejaban vulnerables a nuevos abusos. Las mujeres con discapacidad también informaron que no tienen acceso a la información y orientación cuando se enfrentan a la violencia y temen las consecuencias al denunciar el abuso, especialmente, el riesgo de perder la custodia o el apoyo de sus hijos.

En cada uno de los países visitados durante el trabajo de campo para este estudio, los gobiernos y las OSC tomaron medidas para erradicar la violencia de género. En España, las entrevistas con las OPD, las autoridades judiciales, los legisladores y otros revelaron una defensa continua entre la rama judicial y la legislatura de importantes reformas para aumentar el acceso a la justicia para las supervivientes a la violencia con discapacidad, que se describen en más detalle a continuación.

En Ecuador, la adopción del Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género hacia los Niños, los Adolescentes y las Mujeres (2008) comprometió al gobierno a proporcionar suficientes recursos financieros para apoyar cada una de las actividades del plan y la agencia responsable para llevar a cabo esa actividad⁴⁵⁶. El plan nacional también especifica que las personas con discapacidad se deben incluir en los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género incluidos en dicho plan. Ecuador también ha tomado medidas activas a través de un programa nacional de capacitación en línea para garantizar que cada empleado de salud pública no solo esté capacitado para tratar casos de violencia de género, sino que también sea consciente del mayor riesgo de violencia que corren las personas con discapacidad y entienda cómo garantizar que la prevención y los servicios de respuesta de la violencia de género sean accesibles e inclusivos.

Los datos sobre programas específicos que representan pasos positivos para erradicar la violencia de género contra jóvenes con discapacidades se incorporan en las secciones a continuación.



PUNTOS CLAVE

- La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención para los Derechos del Niño (CDN) obligan a los Estados a ejercer la debida diligencia para prevenir y responder a la violencia de género hacia los jóvenes con discapacidad. Para cumplir con el estándar de diligencia debida, los Estados deben tomar medidas para **prevenir la violencia, proteger a sus víctimas, enjuiciar a los perpetradores y proporcionar compensaciones a los supervivientes.**
- Las personas jóvenes con discapacidad, especialmente las jóvenes y las niñas con discapacidad, son más vulnerables a la violencia que sus compañeros sin discapacidad y se enfrentan a **desigualdades persistentes** para acceder a los servicios de respuesta, incluidos los servicios SDR, que se combinan con la discriminación por edad, género, y discapacidad.
- Los Estados deberían adoptar un **enfoque paralelo** que satisfaga las necesidades e intereses de los jóvenes con discapacidad **integrándolos** en todas las leyes, políticas y programas relacionados con la promoción de la igualdad de género y previniendo y respondiendo a la violencia de género, al mismo tiempo que se desarrollen, cuando corresponda, **programas** específicos que aborden los riesgos que afrontan los jóvenes con discapacidad en términos de violencia y erradicación de los obstáculos a los servicios multisectoriales.
- Un **enfoque coordinado, basado en los derechos y centrado en las víctimas para la prevención y respuesta a la violencia es esencial** y requiere una comunicación y participación efectiva entre las partes interesadas. Los elementos básicos de dicho enfoque incluyen **marcos legales integrales, gestión, supervisión y rendición de cuentas, recursos y financiamiento, capacitación y desarrollo de la mano de obra, seguimiento y evaluación, y políticas y prácticas sensibles al género.** Tales políticas deberían **abordar la discriminación en todos los niveles del gobierno y en todos los sectores**, incluidas la salud, la educación, la policía, la justicia, y las políticas económicas.
- **Las estrategias prometedoras** para que los Estados prevengan y respondan eficazmente a la violencia de género hacia personas jóvenes con discapacidades incluyen:
 - **Asociarse con OSC** que representan a personas jóvenes con discapacidad en el desarrollo de políticas y programas sobre prevención y respuesta a la violencia;
 - **Sensibilizar** sobre los derechos de los jóvenes con discapacidad dentro del gobierno, a través de la gama de proveedores de servicios, y dentro de sus familias y la comunidad en general;
 - **Garantizar que los jóvenes con discapacidades comprendan sus derechos y desarrollen habilidades** para garantizar que puedan reclamar sus derechos en la prevención y respuesta a la violencia de género.
 - **Garantizar el acceso y la inclusión a los programas existentes de prevención y respuesta a la violencia de género**, para que la mayoría de los jóvenes con discapacidad puedan y deban beneficiarse de los mismos programas de violencia de género que la población general;

- **Garantizar la implementación efectiva de las leyes y políticas dirigidas a la eliminación de la violencia de género,** incluido el enjuiciamiento de los perpetradores;
 - **Garantizar los derechos de las personas jóvenes con discapacidad para acceder a los sistemas legales** garantizando el acceso a las instalaciones y procedimientos legales, proporcionando la capacitación adecuada para el personal policial incluyendo jueces y oficiales de policía, asegurando la disponibilidad de servicios legales de calidad sin costes y promoviendo la alfabetización legal entre familias y proveedores de servicios de salud;
 - **Garantizar que las personas jóvenes con discapacidad tengan acceso a toda la gama de servicios multisectoriales, incluidos los servicios psicosociales y los servicios SDSR,** en caso de violencia en las mismas condiciones que sus compañeros sin discapacidad;
 - **Abordar la inclusión en las políticas, las leyes y los presupuestos de la violencia de género** a nivel nacional y local al garantizar que sean inclusivos para los jóvenes y las personas con discapacidad; y
 - **Crear una base de evidencia** mediante la recopilación y diseminación continua de datos de investigación sobre la violencia de género hacia jóvenes con discapacidades.
- Todos los programas y políticas de prevención y respuesta a la violencia de género deben ser **amistosos con los jóvenes y deben incluir la discapacidad** para garantizar que estén disponibles, sean accesibles, asequibles y con la calidad adecuada para las personas jóvenes con discapacidades.
 - Los Estados deben **recopilar datos y supervisar el cumplimiento de una manera inclusiva para la discapacidad, el género y la juventud** que les permita a los investigadores desglosar por estado de discapacidad, sexo y edad para identificar claramente las brechas y desigualdades entre los grupos.

compañeros sin discapacidades, los gobiernos deben adoptar un enfoque integral que informe e involucre a las partes interesadas de múltiples sectores, incluidos los jóvenes con discapacidades. Los pasos hacia ese compromiso se detallan a continuación.

Se identificaron prácticas prometedoras durante una revisión de un texto que incluyó informes estatales a los órganos internacionales de supervisión de tratados y procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos; visitas de campo en España, Ecuador, Marruecos y Mozambique; y mediante la comunicación con expertos y defensores regionales y nacionales⁴⁵⁷.

II. PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA VDG HACIA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

ENFOQUE EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Es más probable que los esfuerzos para prevenir la violencia hacia los jóvenes con discapacidad sean eficaces cuando abordan las actitudes

discriminatorias que están en la raíz de la discriminación y la violencia basadas en el género y la discapacidad⁴⁵⁸. La violencia de género puede tomar muchas formas diferentes pero tiene sus fundamentos en relaciones de poder desiguales que contribuyen a la subordinación, especialmente de las mujeres y las niñas, y las normas y actitudes discriminatorias sobre el género que moldean las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales. Como se describe en detalle en el Capítulo 1, los estereotipos de género discriminatorios se mezclan con los prejuicios y el estigma relacionados con la discapacidad y la edad para agravar los riesgos de violencia a los que se enfrentan los jóvenes con discapacidad. Como resultado, los esfuerzos para prevenir la violencia hacia los jóvenes con discapacidades deben abordar cada una de estas formas de discriminación para que sean efectivas.

La CDPD exige a los Estados Partes que creen conciencia y fomenten el respeto por los derechos y la dignidad de todas las personas con discapacidad, incluidos los jóvenes con discapacidad (artículo 8). Esto incluye desafiar los estereotipos discriminatorios y los prejuicios que presentan obstáculos para los jóvenes con discapacidades. Los Estados Partes también deben garantizar que los jóvenes con discapacidad y sus familias tengan asistencia, apoyo y educación sobre temas de género y edad sobre cómo evitar, reconocer y responder a la violencia cuando se produzca.

Obviamente todos aquellos que trabajan en el gobierno en todos los niveles, el servicio civil o los ministros..., sus actitudes reflejan la sociedad como un todo. Asimismo, si se busca cambiar las actitudes de la sociedad hacia las personas con discapacidad, en realidad, es necesario cambiar las actitudes de aquellos que están dentro del gobierno.

–Objetivo principal nacional para la implementación de la CDPD, Reino Unido⁴⁵⁹

El “modelo ecológico” distingue los factores de riesgo de la violencia en función de cuatro niveles

en los que se producen: sociales, institucionales, comunitarios e individuales⁴⁶⁰. El modelo ilustra qué factores de riesgo tienen más probabilidades de verse influidos por los cambios de las políticas estatales⁴⁶¹. La imagen 1, a continuación, se ha modificado para reflejar los factores de riesgo específicos de las niñas y las jóvenes con discapacidad y estudia las implicaciones en la política.

La investigación sugiere que hay muchas estrategias que pueden ser efectivas para cambiar las normas sociales discriminatorias en torno al género entre los jóvenes. Los niveles crecientes de educación y crecimiento en oportunidades económicas, entre otras cosas, pueden llegar muy lejos hacia el cambio de las relaciones de género. Entre los adolescentes y los niños, y los hombres y las mujeres jóvenes, la educación, especialmente la secundaria, es uno de los factores más importantes que se correlaciona con la reducción de las actitudes discriminatorias hacia los roles de género tradicionales y las prácticas nocivas relacionadas⁴⁶². Los estudios han demostrado que las niñas y los niños que han cursado estudios secundarios o han terminado la escuela secundaria tienen muchas más probabilidades de rechazar prácticas como la mutilación genital femenina (MGF) y oponerse a las normas que legitiman la violencia doméstica⁴⁶³.

Hay evidencia de que los programas de apoyo a los movimientos sociales, como las campañas contra la MGF y el matrimonio infantil precoz y forzado, pueden influir en las normas sociales y reducir el apoyo a las prácticas nocivas⁴⁶⁴. Las estrategias que promueven modelos de conducta positivos, como personas famosas, atletas o líderes políticos, también pueden ser efectivas, al igual que los enfoques de los medios que se centran en modelar el comportamiento positivo⁴⁶⁵. La implementación efectiva de leyes que prohíban la discriminación por motivos de género o discapacidad también puede ser un paso importante para cambiar las actitudes discriminatorias y reducir la vulnerabilidad frente a la violencia de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad⁴⁶⁶.

IMAGEN 1: FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES JÓVENES Y LAS NIÑAS CON DISCAPACIDAD⁴⁶⁷

	SOCIEDAD Estructuras generales en el orden social	INSTITUCIONAL Normas y prácticas sociales que regulan la vida cotidiana	INTERPERSONAL/ COMUNIDAD Interacciones día a día en el entorno inmediato	INTRAPERSONAL Historia de vida individual
	FACTORES	FACTORES	FACTORES	FACTORES
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desvalorizar a mujeres y personas con discapacidades: Desigualdad de género, estigma de la discapacidad. ▪ Masculinidad: Masculinidad heterosexual normativa. ▪ Medios de comunicación: Glorificación de la violencia y la sexualización de mujeres y niñas, desconocimiento o inclusión de la discapacidad. ▪ Impunidad: Leyes deficientes o limitadas contra la violencia. ▪ El estado de los jóvenes: Falta de respeto a los derechos de los jóvenes, incluidos de las niñas; aceptación de la violencia contra los jóvenes con discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derecho: El derecho de los hombres al sexo y el control sobre las mujeres. ▪ Falta de sanción: Deficiente aplicación de las leyes contra la violencia y la discriminación. ▪ Discriminación: Discriminación contra las mujeres y las niñas y personas con discapacidad. ▪ Educación: Falta de conocimiento sobre la discapacidad. ▪ Aislamiento y segregación de personas con discapacidad. ▪ Situaciones de mayor vulnerabilidad: Altas concentraciones de pobreza, conflictos, crisis humanitarias o desastres naturales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprobación del compañero: Grupos de pares valoran la violencia contra niñas y mujeres, el acoso a los jóvenes con discapacidad. ▪ Esteretipos: Construcciones rígidas de lo que se considera "normal". ▪ Mitos: Malentendidos sobre la violencia hacia las mujeres y las niñas y discapacidad. ▪ Recompensas: Recompensas reales o percibidas por violencia o exclusión. ▪ Oportunidad: Los perpetradores ven a las mujeres y niñas con discapacidad como objetivos "fáciles". ▪ Estrés: Sobrecarga de padres y cuidadores, falta de capacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El yo masculino/El yo capaz: Hostilidad hacia las mujeres y las personas con discapacidad, y la aprobación de la violencia contra las mujeres y niñas, necesidad de demostrar que es un hombre "real". ▪ Carencias emocionales y cognitivas: Falta de empatía y respeto. ▪ Creer en familias que no pueden brindar la atención y el apoyo básicos. ▪ Sexo despersonalizado: Socialización sexual orientada al poder y el control. ▪ Abuso de estímulo: Abuso de imágenes sexualmente explícitas, alcohol y drogas. ▪ Trauma temprano: Exposición temprana a la violencia en el hogar o abuso de confianza.
	IMPLICACIONES POLÍTICAS	IMPLICACIONES POLÍTICAS	IMPLICACIONES POLÍTICAS	IMPLICACIONES POLÍTICAS
	<p>Intervenciones necesarias a nivel estructural para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr la igualdad de género formal y sustancial y eliminar la discriminación por discapacidad. ▪ Promover modelos positivos de masculinidad. ▪ Regular la violencia en los medios de comunicación. ▪ Regular la sexualización de mujeres y niñas en los medios y promover la inclusión. ▪ Fortalecer las leyes contra la violencia. ▪ Promover los derechos de los jóvenes, incluidas las niñas con discapacidad. 	<p>Intervenciones a nivel social para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desafiar la idea del derecho masculino. ▪ Mejorar la implementación de leyes y aumentar las tasas de condenas/sanciones a los perpetradores. ▪ Eliminar la discriminación hacia mujeres y niñas, y personas con discapacidad. ▪ Cuestionar las normas y estereotipos de género dañinos y el estigma de la discapacidad a través de la educación, la formación y la construcción de capacidades ▪ Incluir a las personas con discapacidad, especialmente a las mujeres y las niñas, en el diseño de políticas, programas y alcance. ▪ Mejorar el acceso a los recursos a las comunidades desfavorecidas y excluidas socialmente. 	<p>Intervenciones en el entorno inmediato necesarias para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desafiar el apoyo mutuo para la violencia hacia las mujeres y las niñas y la intimidación de personas jóvenes con discapacidades. ▪ Transformar los estereotipos de género y discapacidad a través de la educación y la conciencia pública. ▪ Desafiar los mitos sobre la violencia hacia las mujeres y las niñas y la discapacidad. ▪ Asegurar que todas las escuelas y lugares de trabajo tengan políticas, sanciones y reparaciones eficaces para todas las formas de discriminación y busquen un diseño inclusivo. ▪ Mejorar el acceso a recursos, educación y apoyo para familias y cuidadores, especialmente aquellos que viven en la pobreza. ▪ Revalorar a las hijas. 	<p>Intervenciones necesarias a nivel personal y familiar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover identidades masculinas positivas y alternativas. ▪ Ampliar la conciencia sobre la desigualdad de género y el estigma de la discapacidad. ▪ Aumentar el apoyo familiar y los programas de paternidad, especialmente para los padres de niños con discapacidades. ▪ Promover la ética sexual y de la atención a través de la educación. ▪ Permitir que los hombres jóvenes evalúen de manera crítica las imágenes sexualmente explícitas. ▪ Asegurarse de que los servicios de abuso de drogas y alcohol sean informados por la concienciación de la violencia hacia las mujeres y las niñas. ▪ Asegurarse de que la atención de salud mental esté informada por la concienciación de la violencia hacia las mujeres y las niñas. ▪ Asegurarse del apoyo para niños y jóvenes que han sido abusados.



CONCEPTOS CLAVE EN PREVENCIÓN Y RESPUESTA⁴⁶⁸

El género se refiere a los atributos y oportunidades sociales asociados con el hecho de ser hombre o mujer, las relaciones entre mujeres y hombres y niñas y niños, y las relaciones entre mujeres y entre hombres. Estos atributos, oportunidades y relaciones se construyen socialmente y se aprenden a través de procesos de socialización.

La igualdad de género significa que todos los seres humanos, independientemente de su sexo, son iguales en dignidad y derechos, y libres para desarrollar sus habilidades personales, seguir sus carreras profesionales y tomar decisiones sin discriminación y las limitaciones establecidas por estereotipos, roles de género rígidos y prejuicios.

Los enfoques transformadores de género son estrategias que fomentan la conciencia crítica de los roles y normas de género. Incluyen formas de cambiar las normas de género dañinas para fomentar relaciones de poder más equitativas entre mujeres y hombres y entre mujeres y otros en la comunidad. Tales estrategias promueven los derechos y la dignidad de las mujeres, desafían la distribución injusta y desigual de recursos y la asignación de deberes entre hombres y mujeres, además, consideran las necesidades específicas de mujeres y hombres.

Las normas sociales se refieren a factores contribuyentes y determinantes sociales de ciertas prácticas en una comunidad que pueden ser positivas y fortalecer su identidad y cohesión o pueden ser negativas y potencialmente dañinas. Una norma social puede ser una norma de conducta que se espera que tengan en cuenta los miembros de una comunidad. Las normas sociales pueden crear y mantener un sentido colectivo de obligación y expectativa social que condiciona el comportamiento de los miembros individuales de la comunidad, que pueden sentir que corren el riesgo de ser excluidos o estigmatizados si rechazan la norma o esperan ser recompensados si cumplen con la norma.

El enfoque de sistemas alude a reunir una variedad de estructuras, funciones y capacidades en todos los sectores para responder y prevenir la violencia de género en un contexto dado. El sistema se organiza alrededor a un objetivo común, y se presta atención a la coordinación de las acciones de diferentes agentes, organizaciones y subsistemas para que cada uno se refuerce mutuamente.

En cada uno de estos casos, la inclusión de jóvenes con discapacidades puede promover el reconocimiento de las personas con discapacidad como titulares de derechos y fomentar actitudes

de respeto y una mayor conciencia social hacia los jóvenes con discapacidades, de forma que se llegue a una reducción de la violencia.

ACCESO A LOS MEDIOS Y LA TECNOLOGÍA Y CAMBIO DE NORMAS SOCIALES

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han ofrecido nuevas vías para la inclusión de las personas con discapacidad, superando algunas barreras y ofreciendo nuevas oportunidades para las personas con discapacidad en materia de educación y empleo, entre otras cosas⁴⁶⁹. Pero también hay una creciente evidencia de que el acceso de los jóvenes a los medios de comunicación y las TIC está asociado a cambios en las normas y actitudes de género hacia la igualdad de género, algunos positivos y otros no, lo que sugiere nuevas posibilidades para contrarrestar la discriminación de género⁴⁷⁰.

En un ejemplo prometedor, Ibis Reproductive Health, en Sudáfrica, una organización internacional no gubernamental (ONG) con la misión de mejorar la autonomía reproductiva de las mujeres, las elecciones y la salud en todo el mundo, se asoció con Community Media Trust en 2014 para lanzar la campaña Mmoho con el propósito específico de aprovechar el poder de los medios para promover los derechos de los jóvenes en Sudáfrica a la SDRS así como a los servicios de prevención y respuesta a la VDG⁴⁷¹. Mmoho es una campaña que utiliza un enfoque basado en los derechos para cambiar la conversación sobre el embarazo adolescente y para abogar por servicios SDRS integrales y accesibles para mujeres y hombres jóvenes. Mmoho es una iniciativa inclusiva que reúne a docenas de organizaciones, agencias gubernamentales y grupos de base. Esta asociación de amplia base incluye OPD, como la Sociedad de Personas Ciegas de Johannesburgo.

La campaña tiene tres actividades principales: difusión de mensajes de SDRS mediante la radio, medios impresos, sitios web y redes sociales; movilizar a los jóvenes en asociación con la Asociación Nacional de Embarazo Adolescente (NTPP por sus siglas en inglés); e involucrar al gobierno y a los legisladores. Parte de su trabajo más importante se ha centrado en la prevención de la violencia de género⁴⁷².

Los talleres de participación en los medios son una de las principales herramientas de la campaña de Mmoho. En agosto de 2017, Mmoho organizó un taller sobre violencia de género que reunió a adolescentes y jóvenes procedentes de escuelas secundarias y defensores y personalidades de los medios, incluidos Ayanda Makayi, un actor de la popular serie *Shuga*, que se transmite en MTV-Sudáfrica, y Wandile Molebatsi, la estrella de las populares películas *Chappie* y *A Million Colours*. Los jóvenes que participaron pudieron preguntar a los paneles de activistas y personalidades de los medios sobre sus pensamientos con respecto a la violencia de género.

Agentes y productores de *Shuga* hablaron sobre los pasos que ellos mismos pueden dar para incluir las preocupaciones específicas de los jóvenes en los argumentos de la telenovela que tocan temas de SDRS y violencia de género. Como uno de los programas de televisión más populares de Sudáfrica para los jóvenes, *Shuga* es consciente de su poder y su responsabilidad de informar a los jóvenes y moldear positivamente sus actitudes con respecto a la sexualidad y el género.

El Gobierno sudafricano ha sido un participante activo en la campaña Mmoho. Los departamentos de Salud, Educación Básica y Desarrollo Social son parte de la NTPP y los participantes activos en los talleres de participación de los medios, incluido el envío de administradores de alto rango como oradores y panelistas para involucrarse directamente con los jóvenes participantes.



RESPETAR LOS DERECHOS DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN LAS RESPUESTAS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Una estrategia integral que aborde la violencia hacia los jóvenes con discapacidades debe garantizar que las leyes, políticas y programas diseñados para responder a la violencia de género incluyan y respalden los derechos y necesidades de los jóvenes con discapacidades en la misma medida que sus compañeros sin discapacidades. De acuerdo con los principios articulados en la CEDAW, la CDN, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción de la CIPD y la CDPD, entre otros instrumentos analizados en el Capítulo 3⁴⁷³, el Programa Global Conjunto de las Naciones Unidas (ONU) sobre servicios fundamentales para mujeres y niñas expuestas a violencia reconoce los siguientes componentes fundamentales de una respuesta eficaz a la violencia de género, adaptados aquí para incluir a los jóvenes con discapacidad⁴⁷⁴:

- La prestación de todos los servicios debe tener un enfoque basado en los derechos y respetar la dignidad y la humanidad inherentes a las personas con discapacidad;
- Los servicios deben respetar la diferencia y aceptar a las personas con discapacidad como titulares de derechos sobre la misma base y en la misma medida que las personas sin discapacidad;
- Los servicios deben promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres;
- Los servicios deben ser culturalmente apropiados para la edad y sensibles a la evolución de las capacidades de los niños y adolescentes con discapacidades de todo tipo;
- Los servicios se deben facilitar con un enfoque centrado en la víctima y deben ser accesibles

y estar adaptados a las víctimas y los supervivientes con discapacidades de todo tipo;

- La seguridad es primordial; y
- Los servicios deben responsabilizar efectivamente a los perpetradores, incluso mediante el apoyo a la participación de las víctimas y los supervivientes en el proceso de justicia y fomentar la representación de las víctimas⁴⁷⁵.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Women Enabled International (WEI) se asociaron recientemente a las próximas Directrices para proporcionar servicios basadas en los derechos y que respondan al género para abordar la violencia de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Estas pautas integrales brindan pasos prácticos y concretos que los encargados de formular políticas, implementadores de programas y proveedores de servicios pueden dar para garantizar que los jóvenes con discapacidades, incluidas las mujeres jóvenes y las adolescentes con discapacidad, tengan el mismo acceso y estén plenamente incluidos en la prevención y respuesta de violencia de género y servicios SDR. Las directrices también aseguran que los Estados, las OSC y otros agentes que prestan servicios tengan los conocimientos necesarios para desarrollar enfoques específicos para satisfacer las necesidades concretas de las discapacidades de las mujeres y los jóvenes con discapacidad. Se han desarrollado para poner en práctica el Marco DAAC para jóvenes con discapacidades, analizado en más detalle en el cuadro de texto a continuación.

Al igual que con los servicios SDR, los jóvenes con discapacidades pueden enfrentarse a desafíos particulares para acceder a los servicios que responden a la violencia de género, y que pueden no estar disponibles debido a la inaccesibilidad física, la falta de medios accesibles de comunicación, barreras de transporte, pobreza y otros factores.

EL MARCO DAAC Y LOS SERVICIOS DE RESPUESTA PARA JÓVENES CON DISCAPACIDADES SUPERVIVIENTES A LA VDG

La prestación de servicios a los jóvenes con discapacidad que son supervivientes a la violencia debe crearse y mantenerse para garantizar que ninguno sea objeto de discriminación, independientemente de dónde se encuentren, incluidas las zonas remotas y rurales, y que incluso los más marginados reciban la atención necesaria. El Marco DAAC es una herramienta útil para evaluar si los servicios satisfacen las necesidades de las mujeres y las niñas con discapacidad. El acrónimo DAAC significa disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Este marco basado en los derechos se ha utilizado en todo el sistema de las Naciones Unidas y se ha aplicado a una amplia gama de asuntos, incluida la evaluación de instalaciones de salud, bienes y servicios para la inclusión de personas con discapacidad⁴⁷⁶. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (CESCR por sus siglas en inglés) ha determinado cuatro componentes normativos del derecho a la salud y todos los determinantes subyacentes de la salud⁴⁷⁷. Estas normas se han adaptado a los jóvenes con discapacidad de la siguiente manera:

- **Disponibilidad:** Las instalaciones, los bienes y los servicios de la salud pública y de la atención sanitaria, incluyendo, por ejemplo, hospitales, clínicas, trabajadores de la salud capacitados, proveedores de servicios psicosociales, medicamentos esenciales, anticoncepción de emergencia, acceso a programas de prevención del VIH/SIDA, etc. deben estar disponibles y ser susceptibles a las necesidades particulares y los derechos humanos de todos los adolescentes y jóvenes con discapacidad, incluidos los que sufren la violencia.
- **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de la salud deben conocerse y ser de fácil acceso (económica, física y socialmente) para todos, incluidos los jóvenes con discapacidad, sin discriminación y, especialmente, para las personas más marginadas. La accesibilidad también incluye el derecho a buscar, recibir e impartir información sobre las necesidades de atención médica, y debe garantizarse la confidencialidad, cuando sea necesario.
- **Aceptabilidad:** Todas las instalaciones, bienes y servicios de la salud deben respetar los valores culturales, tener en cuenta el género, respetar la ética médica y ser respetuosos con los jóvenes con discapacidad y las comunidades en las que viven. El tratamiento médico debe explicarse de manera comprensible, y los trabajadores de la salud deben conocer las sensibilidades culturales.
- **Calidad:** Los servicios de la salud también deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad, lo que requiere personal médico capacitado para atender a los adolescentes y jóvenes con discapacidades. La calidad también se extiende a la manera en que se trata a las personas, y los determinantes subyacentes de la salud deben ser apropiados y de buena calidad⁴⁷⁸.

EL MARCO DAAC Y LOS SERVICIOS DE RESPUESTA A LA VDG PARA JÓVENES CON DISCAPACIDADES

DISPONIBILIDAD

Las instalaciones, bienes y servicios deben estar disponibles en cantidad suficiente y de manera continua.



ACCESIBILIDAD

Las instalaciones, bienes y servicios deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación en cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, económica e informativa.



ACEPTABILIDAD

Las instalaciones, bienes y servicios deben respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados.



CALIDAD

Las instalaciones, bienes y servicios deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad.



Nota: Un texto alternativo para la infografía está disponible como un anexo [aquí](#).

Fuente: Adaptado del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000). Comentario general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Doc. ONU Núm. E/C.12/2000/4.

El Marco DAAC proporciona un marco basado en los derechos humanos a través del cual los Estados y los proveedores de servicios sociales y de salud, entre otros, pueden analizar y evaluar las intervenciones de políticas. La implementación del Marco DAAC requiere necesariamente tener en cuenta las necesidades y características particulares de quienes acceden a los servicios, incluida la salud sexual y reproductiva (SSR) y los servicios de apoyo psicosocial, ya que lo que es aceptable para una mujer de 40 años probablemente sea diferente de lo que es aceptable para una niña de 10 años que ha sobrevivido a la violencia⁴⁷⁹.

La CDPD establece normas importantes para la idoneidad de los servicios para las personas con discapacidad y exige que los Estados Partes garanticen que las personas con discapacidad tengan derecho a acceder a la justicia, incluida la acogida según la edad específica para facilitar

su participación en los procedimientos judiciales (artículo 13), y que las personas con discapacidad tengan el derecho al igual reconocimiento ante la ley (artículo 12). Los pasos que los Estados han dado para garantizar que se cumplan estos derechos se describen más adelante⁴⁸⁰.

// III. INICIATIVAS MULTINACIONALES Y REGIONALES SOBRE PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA VIOLENCIA

Aunque el enfoque de este informe es sobre los pasos prometedores que los agentes nacionales están dando para proporcionar el acceso y promover el ejercicio de los derechos de los jóvenes con discapacidad, las iniciativas multinacionales y regionales proporcionan mecanismos importantes para el desarrollo de programas y orientación sobre la implementación de las políticas. Algunos de estos, liderados por la ONU y otras organizaciones multilaterales, se destacan en el cuadro de texto a continuación. Además, las iniciativas adoptadas por el Consejo de Europa, la Unión Africana y las instituciones interamericanas de derechos humanos ofrecen a los Estados instrucciones específicas sobre cómo cumplir con sus obligaciones de prevenir y responder a la violencia hacia los jóvenes con discapacidad.

La Estrategia sobre la Discapacidad del Consejo de Europa 2017-2023: Derechos humanos: Una realidad para todos enfatiza que las personas con discapacidad tienen derecho a disfrutar de todos los derechos humanos. Destaca una serie de temas transversales, incluido el riesgo al que se enfrentan muchas personas con discapacidad con formas de discriminación múltiples⁴⁸¹. La estrategia hace un llamamiento a los Estados Miembros para que reconozcan la existencia de una discriminación múltiple y tengan esto en cuenta en el trabajo y las iniciativas a nivel regional, nacional y local. También pide a los Estados Miembros que promuevan un mayor acceso a la información por parte de los jóvenes con discapacidad y que incorpore los derechos de los jóvenes con discapacidad en todas las

actividades, además de trabajar para prevenir y responder a la explotación, el abuso y la violencia discriminatoria⁴⁸².

En 2012, la Conferencia de Ministros de Desarrollo Social de la Unión Africana desarrolló el Plan de Acción Continental como parte del Decenio Africano de las Personas con Discapacidad (2010-2019) y fundó una Institución de la Discapacidad de la Unión Africana para proporcionar asistencia técnica a los Estados miembros⁴⁸³. De manera significativa, los jóvenes y los niños con discapacidades se especifican como temas estratégicos dentro del Plan de Acción Continental sobre la integración⁴⁸⁴. Bajo el tema de las mujeres con discapacidad, se da prioridad a la eliminación de la violencia sexual y al aumento del acceso a la SSR⁴⁸⁵.

Una serie de decisiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos han proporcionado una orientación explícita a los gobiernos sobre el alcance de sus deberes para garantizar los derechos de las mujeres y las niñas, y para que estén libres de violencia discriminatoria, haciendo responsables a los Estados, inter alia, de no proteger a las mujeres y los niños de la violencia doméstica cuando el Estado sabía que los supervivientes estaban en peligro⁴⁸⁶; de no actuar con la debida diligencia en la investigación de las muertes de tres niños a manos de su padre⁴⁸⁷, y de no enjuiciar a los responsables de ejercer violencia contra las mujeres⁴⁸⁸.

Cada una de estas políticas es importante en la medida en que reconoce explícitamente a las mujeres y niñas con discapacidad como titulares de derechos, especialmente el derecho a estar libres de violencia. Con demasiada frecuencia, las mujeres y niñas con discapacidad quedan fuera de las iniciativas regionales y nacionales para prevenir y responder a la violencia de género y las prácticas nocivas, un error que debe corregirse para que se respeten plenamente los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

EL TRABAJO DE LAS ORGANIZACIONES MULTILATERALES EN LA PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA VDG

El Programa Mundial de las Naciones Unidas sobre Servicios Esenciales para las Mujeres y las Niñas sometidas a Violencia, una colaboración de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres), el UNFPA, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), tratan de ofrecer mayor acceso a un conjunto coordinado de servicios multisectoriales esenciales y de calidad a todas las mujeres y niñas que han experimentado la violencia de género.

El programa identifica los servicios fundamentales que prestarán los sectores de salud, servicios sociales, policía y justicia, junto con pautas para la coordinación y la gestión de los procesos y mecanismos de coordinación. El programa también ha desarrollado e implementa las pautas de prestación de servicios para los elementos centrales de cada servicio fundamental. Estas pautas se han identificado para garantizar la prestación de servicios de alta calidad, especialmente para los países con ingresos bajos y medianos, y para las mujeres y las niñas que sufren violencia. El programa se está implementando en más de 40 países en Latinoamérica y el Caribe, África (este y sur de África y oeste y centro de África), Asia-Pacífico y los Estados Árabes.

La Iniciativa Spotlight para erradicar la violencia contra las mujeres y las niñas: La iniciativa UE-ONU Spotlight para erradicar la violencia contra las mujeres y las niñas, implementada por la ONU (incluyendo el FPNU, ONU Mujeres y el PNUD) responderá a todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas, con un enfoque particular hacia la violencia familiar, violencia sexual y de género y las prácticas nocivas, feminicidio, trata de personas y explotación sexual y económica (laboral) en Asia, África, el Caribe, América Latina y el Pacífico.

Programa conjunto del UNFPA y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) para acelerar el abandono de la MGF: Este programa es parte del esfuerzo mundial para abordar la mutilación genital femenina y tiene como objetivo desempeñar un papel estratégico y catalizador en el abandono de la práctica. El Programa Conjunto, que es el mayor programa mundial que brinda apoyo a los países para la erradicación de la MGF desde 2008, se encuentra actualmente en su fase III, apoyando iniciativas nacionales en 17 países: Burkina Faso, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea Bissau, Kenya, Malí, Mauritania, Nigeria, Senegal, Somalia, Sudán, Uganda y Yemen. La guía es una teoría de cambio que enfatiza firmemente un enfoque holístico e integrado, colaborando con el gobierno, la sociedad civil y las comunidades para promover políticas y reformas legales, apoyar la prestación de servicios y trabajar con las comunidades para impulsar una nueva norma social que respalde el abandono de la MGF.

Programa conjunto de UNICEF y UNFPA para una acción acelerada para poner fin al matrimonio infantil: El matrimonio infantil plantea un desafío mundial, influenciado por creencias religiosas y culturas, ya que son casi 750 millones las mujeres y niñas vivas hoy en día que se casaron antes de cumplir los 18 años. Cada año, 15 millones más de niñas se casan antes de cumplir los 18 años. Las tasas de prevalencia son más bajas entre los niños que entre las niñas. La eliminación del matrimonio infantil forma parte de la meta de igualdad de género dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo

Sostenible (ODS) para 2030, bajo el objetivo 5.3 sobre prácticas nocivas. Para cumplir este objetivo, UNICEF y UNFPA desarrollaron el Programa Mundial Conjunto para la Acción Acelerada para Poner Fin al Matrimonio Infantil. El esfuerzo actualmente está en marcha en 12 países y tiene como objetivo garantizar que todas las niñas disfruten plenamente de su infancia sin el riesgo de contraer matrimonio y que experimenten una transición de vida más sana, más segura y con más control de su propio destino, incluyendo decisiones sobre la formación de la relación/matrimonio y la maternidad. La teoría de cambio del programa depende de aprovechar la infraestructura existente para desarrollar la capacidad de los socios regionales, aumentar los compromisos del gobierno y dirigirse a comunidades enteras para un cambio de actitud que altere, de manera sostenible, la transmisión intergeneracional de las conductas en materia de matrimonio infantil.

// IV. ESTRATEGIAS NACIONALES PROMETEDORAS PARA PREVENIR Y RESPONDER A LA VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

MARCOS LEGALES INTEGRALES

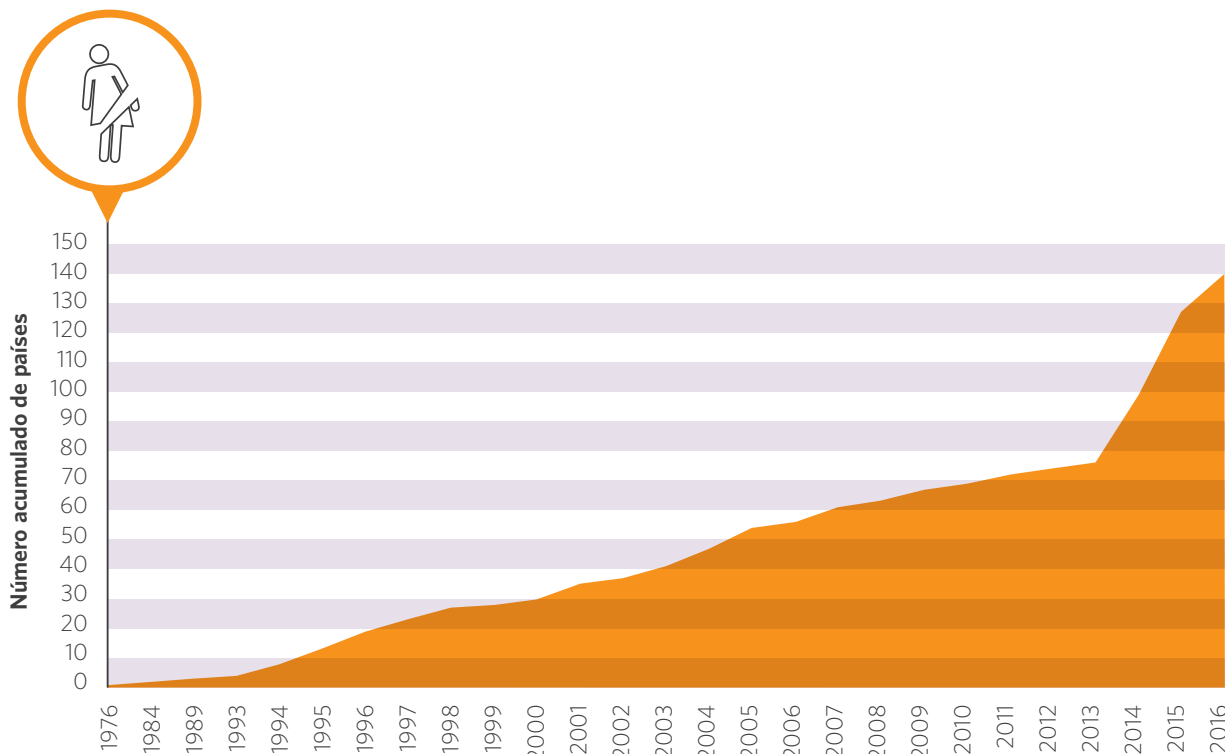
Desde la adopción del Programa de Acción de la CIPD en 1994 y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing un año después y, a través de los esfuerzos combinados de defensores de la sociedad civil, funcionarios gubernamentales y organizaciones y redes internacionales, los Estados han logrado avances importantes en la reforma de la legislación nacional para aumentar el respeto por los derechos de las mujeres y las niñas. La mayoría de los países del mundo tienen ahora una legislación que reconoce la igualdad de género y prohíbe la discriminación hacia las mujeres y las niñas, incluidas las mujeres y las niñas con discapacidad⁴⁸⁹. La mayoría de los países también tienen algún tipo de legislación que aborda la violencia de género de

alguna forma, a menudo especificando la violencia doméstica o la violencia contra la mujer⁴⁹⁰.

Las directrices propuestas por la ONU requieren un enfoque integral de la legislación nacional que, inter alia:

- Reconoce la violencia hacia las mujeres como una forma de discriminación basada en el género y una violación de los derechos humanos;
- Define la discriminación hacia la mujer como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga el efecto o el propósito de afectar o anular el reconocimiento, disfrute o ejercicio por parte de la mujer, en igualdad de condiciones con los hombres, de los derechos humanos y las libertades fundamentales;
- Establece que no se puede invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para justificar la violencia hacia la mujer;
- Es integral y multidisciplinario, penaliza todas las formas de violencia hacia la mujer y abarca cuestiones de prevención, protección, empoderamiento de supervivientes y apoyo junto con un castigo adecuado para los perpetradores y recursos para los supervivientes; y

NÚMERO ACUMULADO DE PAÍSES CON LEGISLACIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA, DE 1976 A 2016



Nota: Un texto alternativo para la infografía está disponible como un anexo [aquí](#).

Fuente: Banco Mundial (2015). *Mujer, Empresa y el Derecho: Getting to Equal* y la base de datos de Mujer, Empresa y Derecho (actualizada en 2016).

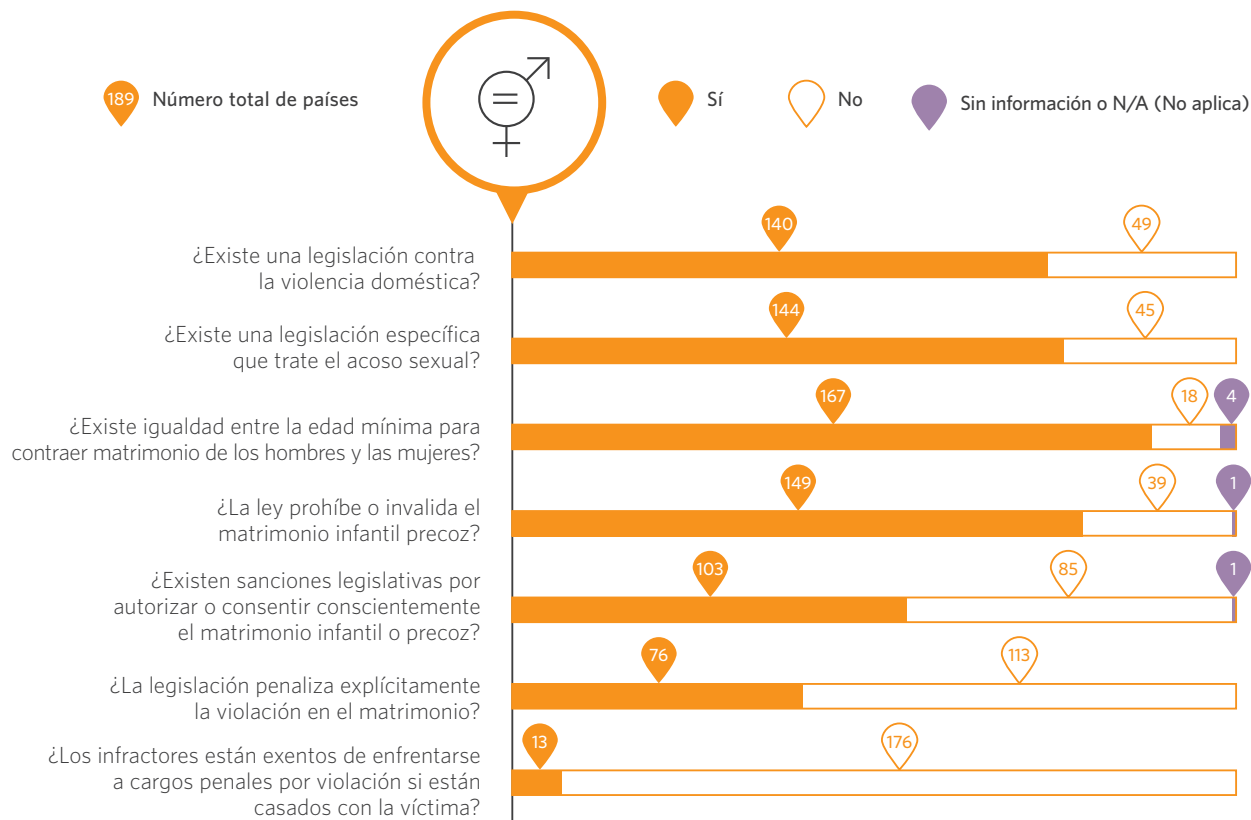
- Protege a todas las mujeres sin distinción de raza, color, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, estado civil, orientación sexual, estado de VIH/SIDA, estado migratorio o de refugiado o discapacidad⁴⁹¹.

Si bien una gran parte de las legislaciones nacionales se centran en la violencia doméstica y suelen abordar la violencia física, seguida de cerca por violencia emocional (124 y 122 países respectivamente)⁴⁹², las leyes más completas que abordan la violencia de género van mucho más allá, y no solo tratan los actos delictivos de VAWG, sino que también exigen cambios en la política o programación educativa para atacar las actitudes discriminatorias y promover la igualdad de género⁴⁹³.

Por ejemplo, la Ley Mexicana sobre el Acceso de las Mujeres a una Vida Sin Violencia (2007) requiere el desarrollo de programas educativos en todos los niveles de escolaridad para promover la igualdad de género y prevenir el refuerzo de las actitudes discriminatorias⁴⁹⁴. La Ley Chilena sobre Violencia Intrafamiliar también exige la inclusión de lecciones sobre la violencia intrafamiliar en los planes de estudio escolares, y la Ley Brasileña Maria da Penha (Lei Maria da Penha, Ley Núm.. 11.340) exige programas para crear conciencia sobre los riesgos y consecuencias de la violencia de género y requiere programas educativos sobre cuestiones de sexualidad y violencia⁴⁹⁵.

Algunas legislaciones nacionales también exigen servicios para víctimas de la violencia. Guatemala,

NÚMERO DE PAÍSES CON O SIN CLÁUSULAS SOBRE IGUALDAD DE GÉNERO ESPECÍFICAS



Nota: Un texto alternativo para la infografía está disponible como un anexo [aquí](#).

Fuente: Banco Mundial (2016). Proyecto Mujer, Empresa y el Derecho (última actualización en agosto de 2016). Disponible en: wbl.worldbank.org.

México, Turquía, Mauricio, Estados Unidos, Austria e India han adoptado mecanismos para proporcionar viviendas y refugios a las víctimas de la violencia de género y 45 países tienen leyes que garantizan a estas víctimas asistencia legal gratuita⁴⁹⁶.

Para las mujeres y niñas con discapacidad, las protecciones contra la violencia de género pueden encontrarse tanto en leyes específicas para la prevención de la violencia como en leyes que garantizan los derechos de las personas con discapacidad. Por ejemplo, en la India, la Ley de Derecho Penal (enmienda) de 2013 incorporó nuevas protecciones contra el asalto sexual para mujeres y niñas con discapacidad, incluidas las instituciones, y exigió que las víctimas de la

violencia con discapacidad recibieran apoyo y asistencia al registrar una queja, identificando al perpetrador y proporcionando un testimonio⁴⁹⁷. La nueva Ley de Derechos de las Personas con Discapacidad (2016) refuerza estas protecciones, prohíbe la violencia y la explotación de personas con discapacidad, garantiza el derecho a denunciar y recibir asistencia jurídica gratuita, además, obliga a las fuerzas del orden a actuar sobre las denuncias de violencia hacia las personas con discapacidad⁴⁹⁸.

La Ley Orgánica 1/2004 de España sobre Medidas Integradas contra la Violencia de Género garantiza protección contra la violencia a todas las mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad. La ley prohíbe "todos los actos de violencia física y

psicológica, incluida la privación de libertad sexual, amenazas, coacción y la arbitraria de libertad” e incorpora medidas para promover la sensibilización y la intervención en la educación formal para reforzar el respeto por la igualdad y la dignidad de la mujer⁴⁹⁹. La ley garantiza que las mujeres con discapacidad tengan acceso a la información sobre sus derechos y recursos disponibles en formatos accesibles y promueve la incorporación de las mujeres con discapacidad en las campañas de información y los esfuerzos de sensibilización para erradicar la violencia⁵⁰⁰.

La ley española también contiene múltiples garantías de los derechos de las personas con discapacidad, incluido el derecho a vivir sin violencia. Los derechos de las personas con discapacidad a vivir sin violencia y discriminación están garantizados por la Constitución Española de 1978, por ejemplo, y la Ley General sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que prohíbe explícitamente formas múltiples y contradictorias de discriminación hacia las personas con discapacidad⁵⁰¹. Del mismo modo, los derechos de los niños con discapacidad a estar protegidos contra la violencia están garantizados por el Código Penal español y por el Código Civil, que abordan específicamente la violencia contra los niños por parte de los padres⁵⁰².

Las leyes también se están utilizando como herramientas para mejorar las respuestas generales a la violencia, estableciendo estándares para las respuestas policiales a denuncias, por ejemplo, y estableciendo pautas para que los proveedores de servicios de la salud reconozcan e informen incidentes potenciales de violencia. Como se ha señalado en el Capítulo 2, el hecho de que no se investiguen con prontitud y exhaustivamente las denuncias de violencia hacia la mujer, incluidas las mujeres con discapacidad, viola la obligación estatal de diligencia debida en virtud del derecho internacional. Algunos Estados han respondido exigiendo que la policía investigue las denuncias y las penalice si no lo hacen. El artículo 7 de la Ley de Violencia Doméstica de Ghana (2007) exige que

los agentes de la policía respondan a una solicitud de asistencia de violencia doméstica de una persona y los obliga a ofrecer la protección que requieren las circunstancias del caso o la persona que realizó el informe⁵⁰³. De manera similar, el artículo 5 de la Ley de Criminalización de la Violencia hacia la Mujer de Costa Rica (2007) exige que los funcionarios públicos que se ocupan de la violencia contra la mujer actúen con rapidez y eficacia, respetando los procedimientos y los derechos humanos de las mujeres afectadas o corren el riesgo de cometer una negligencia del deber⁵⁰⁴. La legislación de Filipinas impone una multa a funcionarios locales o policiales que no denuncien un incidente de violencia y, en Corea del Sur, la Ley de Prevención de la Violencia Doméstica y Protección de Víctimas (1997) requiere una investigación por parte de la policía y el tratamiento de las víctimas por cualquier daño físico o psicológico⁵⁰⁵.

Algunos Estados también han impuesto mandatos que requieren servicios de apoyo para supervivientes de la violencia. Por ejemplo, el artículo 17 de la Ley Guatemalteca contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia hacia la mujer (2008) obliga al gobierno a garantizar a las supervivientes el acceso a centros de servicios integrados, como lo hacen leyes similares en México, Turquía, Mauricio y Austria⁵⁰⁶. La legislación en España y Australia, entre otros países, garantiza el apoyo financiero para las supervivientes de la violencia, incluyendo en algunos lugares los requisitos de que los perpetradores contribuyan a los gastos de vivienda de las supervivientes⁵⁰⁷. Y a partir de 2012, las leyes sobre violencia doméstica en al menos 45 países incluían garantías de asistencia jurídica gratuita para las mujeres⁵⁰⁸.

En su estudio temático sobre la violencia hacia las mujeres y las niñas con discapacidad, el Consejo de Derechos Humanos señaló que la prohibición de la discriminación por razón de sexo en la legislación nacional era insuficiente para proteger a las mujeres y niñas con discapacidad de la violencia de género. Dicha legislación, en la práctica, “a menudo no reconoce la variedad de entornos domésticos o

familiares en los que pueden vivir las mujeres con discapacidad (como hogares grupales o de ancianos) y la variedad de posibles perpetradores en tales contextos” junto con las variedades de formas de daño, algunas de las cuales pueden ser específicas de la misma discapacidad. De manera muy similar, la legislación que prohíbe la violencia hacia la mujer puede no proteger los derechos de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad si no reconoce

las formas únicas de violencia a las que pueden verse sometidas como resultado de la discapacidad. Si bien gran parte de la legislación detallada anteriormente puede promover los derechos de algunas mujeres y niñas jóvenes a vivir sin violencia, donde no incluye expresamente los derechos y las necesidades de las jóvenes y las niñas con discapacidad, o cuando es inaccesible para ellas, puede ser insuficiente para garantizar que estén libres de violencia.

PERSONALIDAD LEGAL Y EL PODER PARA CONSENTIR - TERMINAR CON LA ESTERILIZACIÓN FORZADA EN COLOMBIA Y ARGENTINA

Hay ciertas áreas en las que la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) y el derecho a vivir sin violencia se entrecruzan para los jóvenes con discapacidades; una de las más importantes es cuando la negación de la SDSR lleva a la esterilización, la anticoncepción o el aborto forzado o coaccionados. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha condenado estas prácticas y las ha calificado inequívocamente como violaciones de la CDPD y de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Estas prácticas no solo se reconocen como formas de violencia de género⁵⁰⁹, en la práctica, la esterilización y la anticoncepción forzada pueden aumentar la vulnerabilidad de las jóvenes y las niñas al abuso sexual, en parte porque el abuso es más difícil de detectar⁵¹⁰. Sin embargo, muchos Estados aún permiten la esterilización sin consentimiento, algo en que los defensores legales han progresado cambiando en Colombia y Argentina.

Desde 2012, PROFAMILIA⁵¹¹, la Asociación Colombiana de Síndrome de Down (ASDOWN)⁵¹², la Liga Colombiana de Autismo (LICA)⁵¹³, y el Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social (PAIIS) de la Universidad de los Andes⁵¹⁴ han estado trabajando para garantizar y promover la salud y derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en Colombia. La coalición, que reúne a proveedores de servicios de la salud con experiencia en SSR, personas con discapacidades y sus familias, y profesionales del derecho que trabajan para defender los derechos humanos, ha sido fundamental para crear conciencia sobre los derechos de las personas con discapacidad para tomar decisiones por sí mismas, especialmente con respecto a su SSR. Uno de los principales objetivos de la coalición ha sido fortalecer las acciones de defensa ante las autoridades judiciales y administrativas para la erradicación de las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, específicamente contra la esterilización forzada. Según los hallazgos de investigaciones que sugerían que los jueces y proveedores de servicios de salud permitían que los tutores asignados para proteger los intereses económicos de las personas con discapacidad tomaran decisiones de atención médica para ellos, la coalición desarrolló materiales para capacitar a personas con discapacidades, proveedores de servicios de la salud y profesionales legales sobre los derechos de las personas con discapacidad y la necesidad de una toma de decisiones con apoyo, especialmente con respecto a las decisiones de SSR.

En una decisión de 2016 motivada por la defensa legal del grupo, el Tribunal Constitucional ordenó al Ministerio de Salud regular el acceso a los servicios de SSR, incluso para personas con discapacidades. Después de una consulta prolongada con las partes interesadas pertinentes, incluidas las organizaciones que representan a las personas con discapacidad y sus familias, el Ministerio adoptó un nuevo reglamento en mayo de 2017 que prohíbe la esterilización de las personas con discapacidad sin su consentimiento fundamentado. La reglamentación exige que los proveedores de atención médica consulten directamente a los pacientes con discapacidades, en lugar de a sus tutores o padres, y proporcionen una toma de decisiones respaldada para garantizar que todas las decisiones relacionadas con la salud y el bienestar del paciente se tomen con el consentimiento fundamentado del paciente.

El Ministerio de Salud ha incorporado miembros de la coalición en sus reuniones internas, y el Ministerio de Justicia también ha promovido un curso de capacitación desarrollado por la coalición para sensibilizar a los jueces sobre los derechos de las personas con discapacidad, particularmente las normas aplicables a los resultados de la capacidad jurídica y las consecuencias de su negación.

El Gobierno de Argentina también ha tomado medidas para proteger los derechos de los jóvenes con discapacidad para que tomen decisiones por sí mismos, particularmente con respecto a su autonomía corporal y reproducción. Enmiendas recientes del Código Civil y Comercial de Argentina reconocen el derecho de los jóvenes a tomar sus propias decisiones sobre la atención y el tratamiento de la salud. El artículo 26 del Código establece que los jóvenes entre las edades de 13 y 16 años deben asumir que pueden dar o negar el consentimiento de cualquier tratamiento que no sea invasivo (definido como la imposición de un riesgo grave para su vida o salud) sin consultar o recibir el consentimiento de un padre o tutor. Para cualquier tratamiento invasivo, se les deberá consultar y solicitar su consentimiento, pero puede hacerse con la ayuda de los padres o tutores. Los jóvenes mayores de 16 años son reconocidos como adultos y totalmente capaces de tomar decisiones por sí mismos con respecto a todas las formas de atención médica.

La resolución 65/2015 adopta un enfoque similar hacia la autonomía progresiva, y autoriza a todos los jóvenes a tener acceso a información sobre SSR, pero limita el acceso a ciertos métodos anticonceptivos para niños menores de 13 años, a menos que sean asistidos por un padre o cuidador adulto. Los jóvenes de entre 13 y 16 años tienen derecho a acceder a la mayoría de los métodos anticonceptivos temporales, y a la edad de 16 años, se asume que los jóvenes son adultos y tienen derecho a acceder a toda la gama de servicios de SSR.

Estas reglas ofrecen nuevas protecciones para los derechos de los jóvenes con discapacidades, particularmente con respecto a sus derechos reproductivos. Conforme a la Resolución 65/2015, los profesionales médicos deben asumir que los jóvenes con discapacidad son legalmente capaces y están autorizados a dar o negar el consentimiento fundamentado a los servicios de SSR. Los centros médicos deben proporcionar las medidas de apoyo necesarias para que los jóvenes con discapacidad puedan tomar decisiones autónomas e informadas sobre su atención y no pueden esterilizarlos sin su conocimiento y consentimiento, a falta de una conclusión judicial de que carecen de capacidad según una norma reciente rigurosa⁵¹⁵.

IMPLEMENTAR POLÍTICAS PARA PREVENIR Y RESPONDER A LA VIOLENCIA CONTRA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Es más probable que las leyes se implementen de manera efectiva cuando se integran con una estrategia nacional o un plan de acción y un marco de política integral. Las políticas efectivas pueden originarse en muchos lugares y adoptar diferentes formas. Incluyen y dependen de la propiedad política dentro de las instituciones gubernamentales, las asociaciones con las OSC, el apoyo a la investigación y el desarrollo y la confianza en la experiencia práctica y de políticas y el análisis basado en la evidencia⁵¹⁶. Esta sección considerará las pautas para planes de acción nacionales y las estrategias para prevenir y responder a la violencia de género que incluyen a los jóvenes con discapacidad. Estudiará ejemplos de cómo esas directrices se han puesto en práctica en contextos particulares, incluso mediante la adopción de protocolos de atención de la salud que trabajan para identificar posibles víctimas de abusos entre jóvenes con discapacidad, programas para desarrollar capacidades dentro de las fuerzas del orden y sistemas judiciales para responder a las necesidades de los jóvenes con discapacidad que son víctimas de violencia y programas que ofrecen cuidado y apoyo a las víctimas. Concluye con un breve análisis sobre la importancia crítica de los recursos para garantizar que las leyes y políticas que promueven los derechos de los jóvenes con discapacidad se pongan en práctica. Concluye con un breve análisis sobre la importancia crítica de los recursos para garantizar que las leyes y políticas que promueven los derechos de los jóvenes con discapacidad se pongan en práctica.

PLANES NACIONALES DE ACCIÓN PARA PREVENIR Y RESPONDER A LA VIOLENCIA CONTRA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Muchos de los instrumentos internacionales y regionales analizados en el Capítulo 2 de este

informe requieren que los Estados tomen medidas activas para abordar la violencia de género, particularmente la violencia hacia mujeres y niñas. En virtud de la CDPD, por ejemplo, los Estados están obligados a garantizar que las mujeres y niñas con discapacidad puedan disfrutar de todos los derechos y libertades a las que tienen derecho (artículo 6) y de “tomar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales, educativas y otras medidas para proteger a las personas con discapacidad ... de todas las formas de ... violencia y abuso”, incluyendo la violencia de género (artículo 16)⁵¹⁷. El Comité de la CEDAW, entre otros, ha pedido a los Estados que desarrollen regularmente planes de acción nacionales que detallen cómo van a cumplir con sus obligaciones para erradicar la violencia hacia las mujeres y las niñas, incluidas las mujeres y las niñas con discapacidad⁵¹⁸. Los planes de acción nacionales pueden proporcionar “planos integrales, multisectoriales y sustentados para poner fin a la violencia hacia las mujeres”, incluidas las mujeres y las niñas con discapacidad⁵¹⁹.

Para asegurar que los jóvenes con discapacidades reciban la misma atención y apoyo que los compañeros sin discapacidades, y se incorporen a los programas de prevención y respuesta, los planes de acción nacionales también deben abordar explícitamente las formas interseccionales de discriminación como la discriminación por edad y discapacidad. Dada la frecuente marginación de las jóvenes y las niñas con discapacidad, es poco probable que se llegue a ellas con estrategias generalizadas⁵²⁰. También es menos probable que lleguen a ellas los servicios y programas que promueven esas estrategias y, además, tienen necesidades específicas que las estrategias generales puede que no traten. Un plan de acción nacional exhaustivo debería abordar las diferentes desigualdades y formas de discriminación a las que las mujeres jóvenes se pueden enfrentar, especialmente las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad; además de diseñar estrategias para abordar la discriminación interseccional⁵²¹.

ENCUENTRO DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO Y EL MARCO DEL PACÍFICO SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2016-2025)

El Encuentro de las Islas del Pacífico, una organización de socios de 18 naciones insulares del Pacífico, ofrece asesoramiento y orientación sobre políticas para que los Estados miembros promuevan enfoques integrados para los desafíos compartidos. Reconociendo que las personas con discapacidad se encontraban entre los grupos más marginados en los Estados del Pacífico y estaban representadas de manera desproporcionada entre los ciudadanos más pobres de la región, el Encuentro de las Islas del Pacífico aprobó una estrategia regional sobre discapacidad para los años 2010–2015. Esa estrategia condujo a la adopción del Marco del Pacífico sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2016.

El nuevo marco es el resultado de amplias consultas con los interesados pertinentes, incluidas las OPD, los funcionarios gubernamentales responsables de la aplicación de la CDPD y la protección de los derechos de las personas con discapacidad en los países miembros del Encuentro de las Islas del Pacífico y otras organizaciones interesadas. Según el Secretario General del Encuentro de las Islas del Pacífico, “intenta capturar las características únicas de la CDPD, como instrumento de derechos humanos y de desarrollo social y económico”, en parte garantizando un papel central para las personas con discapacidad en la elaboración e implementación del Marco⁵²². Establece una visión de “una sociedad inclusiva, sin barreras y basada en los derechos para hombres, mujeres y niños con discapacidad, que abarca la diversidad de todos los pueblos del Pacífico”.

El marco es notable por su inclusión de las mujeres con discapacidad y su llamado a la integración de la discapacidad en todas las políticas gubernamentales sobre prevención y respuesta a la violencia de género. Reconoce a las mujeres con discapacidad como un grupo particularmente marginado entre las personas con discapacidad e integra metas y objetivos específicos para la inclusión de las mujeres con discapacidad en los programas de desarrollo de capacidad de liderazgo y las organizaciones que promueven iniciativas de desarrollo económico.

Entre los ocho principios fundamentales, el marco reconoce:

- El respeto por la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia;
- La igualdad entre hombres y mujeres;
- El respeto por la evolución de las capacidades de los niños con discapacidades y el respeto por el derecho de los niños con discapacidades a preservar sus identidades; además
- Del respeto por la dignidad y el valor de los jóvenes y las personas mayores con discapacidad.

Enfatiza las múltiples y entrecruzadas formas de discriminación a las que se enfrentan las mujeres con discapacidad e insta a los Estados miembros a tomar en cuenta explícitamente a las mujeres cuando integran la discapacidad en las políticas, programas y servicios nacionales, especialmente los dirigidos a la violencia hacia mujeres y niñas. Entre los resultados esperados del marco se encuentra la inclusión de mujeres con discapacidad en el desarrollo de nuevas políticas y su participación en revisiones y evaluaciones de programas y políticas a nivel nacional y regional del gobierno.

El Plan de Acción Nacional para Prevenir la Violencia Hacia la Mujer adoptado por Camboya en 2014 es un ejemplo. Reconoce la violencia hacia las mujeres como una violación de los derechos humanos y proporciona una respuesta integrada y multisectorial que responde explícitamente y reconoce sus obligaciones en virtud de los tratados internacionales de derechos humanos. También reconoce las formas múltiples y entrelazadas de discriminación a las que las mujeres con discapacidad son vulnerables y exige diferentes estrategias de respuesta y acciones para dirigir las medidas de prevención y respuesta a sus necesidades⁵²³.

El Marco de Políticas y el Plan de Acción Nacional para abordar la violencia sexual y por motivos de género en Sri Lanka 2016-2020 se enfocan de manera similar en la intersección de género y discapacidad, pero también reconocen la vulnerabilidad de los jóvenes con discapacidades a la violencia de género. El Marco de Políticas encomienda al Ministerio de Asuntos de la Mujer y el Niño la prevención del abuso de niños en la atención institucional, incluidos los niños con discapacidad, y el establecimiento de nuevos mecanismos de protección para prevenir la violencia sexual y la violencia de género contra los niños con discapacidad.

En Australia, las estrategias nacionales y regionales para prevenir la violencia reconocen las diferentes vulnerabilidades y experiencias de violencia que tienen las jóvenes y las niñas con discapacidad. La estrategia de Victoria para prevenir todas las formas de violencia hacia las mujeres relata los hallazgos de la investigación realizada por Women with Disabilities Australia (WWDA por sus siglas en inglés) sobre las vulnerabilidades y la naturaleza agravante de la opresión hacia las mujeres y niñas con discapacidad y esboza un enfoque para acciones futuras que adaptan acciones estratégicas a riesgos y vulnerabilidades conocidos⁵²⁴. El Plan Nacional para Reducir la Violencia hacia la Mujer reconoce de manera similar la naturaleza interseccional de la discriminación hacia las mujeres y las niñas con discapacidad y se reserva subvenciones de acción comunitaria para satisfacer las necesidades de las mujeres con discapacidad que sufren violencia⁵²⁵.

Para lograr sus objetivos, los planes y estrategias nacionales deben adoptar no solo un enfoque interseccional sino también intersectorial que involucre a múltiples agentes en todo el gobierno para prevenir y responder a la violencia. Un ejemplo de este enfoque es el adoptado por el Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, analizado en el cuadro de texto a continuación.



LA INTEGRACIÓN DE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS CON DISCAPACIDAD EN LA RESPUESTA A LA VIOLENCIA SEXUAL - PROGRAMA NACIONAL DE URUGUAY PARA LA DISCAPACIDAD

En 2008, un pequeño equipo de investigadores apoyados por el gobierno local en Montevideo en colaboración con la Universidad de la República de Uruguay se asoció con OSC para realizar un estudio amplio sobre las experiencias de las mujeres con discapacidad que acceden a los servicios de SSR. El estudio encontró que más del 84 por ciento de las mujeres que habían acudido a los servicios al menos una vez, nunca lo intentaron de nuevo, casi en su totalidad debido a la forma en que fueron atendidas por los proveedores de los mismos. Las entrevistas con grupos destinatarios realizadas como parte del estudio también demostraron que las mujeres con discapacidad solían ser objeto de violencia sexual, a menudo a manos de los cuidadores.

La publicación del estudio generó una nueva apreciación de los desafíos a los que se enfrentan las mujeres con discapacidad y en 2013 condujo a la creación de una nueva oficina dentro del Programa Nacional de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social para enfocarse en la intersección de género y discapacidad. El Programa Nacional de Discapacidad también ha agregado el acceso a los servicios de SSR para mujeres con discapacidad como un tema central en su plan de trabajo y ha desarrollado múltiples iniciativas intersectoriales para integrar a las mujeres con discapacidad en las políticas y planes gubernamentales que abordan la SDR y la prevención y respuesta a la violencia de género.

En asociación con el Ministerio de Salud y los proveedores de servicios de la salud, la Oficina de Género preparó un capítulo sobre los servicios apropiados de SSR para mujeres con discapacidad para su inclusión en la “Guía Verde”, el recurso principal utilizado por estudiantes de medicina y clínicos, y distribuido detalladamente como folletos para profesionales médicos y escuelas de medicina para su uso en sus prácticas y planes de estudios.

Bajo el amparo del programa Barriendo Barreras, la Mesa de Género del Programa Nacional sobre Discapacidad inició un proyecto para llegar a las mujeres con discapacidad y asegurar que conocieran su SDR. El proyecto creó espacios para mujeres con discapacidades, sus familias y cuidadores, y proveedores de servicios para hablar sobre sexualidad y reproducción, comprender sus derechos y aprender más sobre los servicios disponibles para ellos. La Oficina de Género también ha proporcionado talleres para jóvenes con discapacidades en las escuelas, con información básica sobre sexualidad, pubertad y prácticas saludables sobre las relaciones.

La Oficina de Género ha trabajado con la oficina de violencia sexual del Ministerio de Desarrollo Social para garantizar que las mujeres con discapacidad se incorporen a sus programas y políticas. En 2014 y 2015, el grupo preparó folletos sobre los riesgos y la prevalencia de la violencia sexual hacia las mujeres con discapacidad y también elaboró un manual que brinda orientación técnica a los proveedores de servicios médicos y sociales que trabajan con supervivientes de la violencia para garantizar que dichos servicios sean abiertos e inclusivos para las mujeres con discapacidad. El Programa Nacional sobre Discapacidad ahora ofrece soporte técnico para supervivientes y proveedores de servicios de apoyo a través de equipos de consultores que pueden ayudar a mujeres con discapacidades desde el momento en que presentan una denuncia de violencia sexual o de otra índole a través de la recopilación y presentación de pruebas ante el tribunal y la resolución del caso. Los equipos de soporte técnico incluyen abogados, psicólogos y trabajadores sociales capacitados para ayudar a los supervivientes y sus familias, a los agentes de la ley y a los proveedores de servicios sociales.

El Programa Nacional de Discapacidad también tiene un acuerdo con la Facultad de Derecho para proporcionar servicios de asistencia jurídica a personas con discapacidades, y el nuevo Plan Nacional de Acceso a la Justicia para Personas con Discapacidades brinda capacitación al personal judicial y a los estudiantes de derecho sobre los derechos y necesidades de las personas con discapacidad⁵²⁶.



PONIENDO ESTRATEGIAS EN ACCIÓN

Una respuesta efectiva a la violencia de género requiere que todas las entidades involucradas en las respuestas trabajen juntas de una manera coherente e integrada. Los Estados pueden y han utilizado planes de acción nacionales para fortalecer y estandarizar la capacitación y educación de profesionales que están o pueden estar involucrados en programas de prevención o respuesta para que puedan reconocer la violencia cuando y donde sea más probable, además de tomar medidas apropiadas para intervenir, responder y cuidar a los supervivientes cuando sea necesario⁵²⁷. Las siguientes secciones describen las acciones que los Estados han emprendido para fortalecer la atención médica y los sistemas legales para responder a la violencia, especialmente la violencia hacia mujeres jóvenes y niñas con discapacidad, y asegurar que las mujeres y niñas con discapacidad tengan acceso a servicios de apoyo adecuados, como refugios, asistencia legal y grupos de apoyo.

Establecer protocolos para los proveedores de atención sanitaria

El desarrollo de capacidades para los proveedores de servicios de la salud es particularmente importante, ya que ellos son a menudo los primeros en reconocer y atender a los supervivientes de la violencia⁵²⁸. Brindan atención médica crítica a mujeres y niñas supervivientes y pueden remitirlas a servicios adicionales, incluidos refugios u otros servicios sociales, servicios psicosociales y servicios relacionados con la justicia. Como parte de una estrategia nacional integral para responder a la violencia de género, el Comité de la CEDAW ha pedido que se eliminen todas las barreras de acceso de las mujeres a los servicios de la salud e información relevante para su salud y ha pedido a los Estados que garanticen el derecho de las mujeres a la autonomía, privacidad y confidencialidad en los servicios y cuidados de la salud⁵²⁹.

Para las mujeres y niñas con discapacidad, que pueden ser marginadas en sus hogares o para quienes el viaje puede restringirse o ser imposible sin un acompañante, las visitas privadas con proveedores de atención médica pueden brindar una oportunidad esencial para compartir experiencias de abuso que de otra manera no serían reconocidas. Las políticas nacionales que integran a los proveedores de servicios de la salud en estrategias para prevenir y responder a la violencia hacia las mujeres, incluidas las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, pueden ofrecerles el apoyo que tanto necesitan para responder y escapar de la violencia.

Las guías clínicas de la OMS para la atención de las supervivientes a la violencia resaltan la importancia de brindar “atención centrada en la mujer” que reconozca las diferentes necesidades de las mujeres supervivientes a la violencia, incluidas las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad⁵³⁰. Las directrices reconocen la importancia de establecer vínculos entre los proveedores de atención médica y las OSC junto con la garantía de la colaboración intersectorial y el mantenimiento de vías claras de referencia.

Estos estándares se reflejan en las próximas directrices desarrolladas por el UNFPA y WEI. Las directrices del UNFPA se basan en y se alinean con el Paquete de Servicios Esenciales de las Naciones Unidas para Mujeres y Niñas Sometidas a Violencia. Además, enfatizan la importancia del Marco DAAC de los servicios para jóvenes con discapacidad que han experimentado la violencia y la necesidad de que servicios como la atención médica de emergencia estén disponibles y accesibles para supervivientes de violencia de género con discapacidad⁵³¹. Tanto la guía de la OMS como la del UNFPA/WEI proponen programas de capacitación que pueden garantizar que los proveedores de atención médica tengan las habilidades para reconocer el potencial de violencia de género en los pacientes que atienden y luego responder de manera apropiada. En el cuadro de texto a continuación se describe una estrategia para establecer tal curso de capacitación en Ecuador:

CURSO DE INSTRUCCIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ECUADOR

Para luchar contra la violencia de género, el Ministerio de Salud Pública ecuatoriano creó una Norma Técnica de Atención Integral a la violencia de género (2014) y un Curso de Instrucción dirigido a los proveedores de salud para capacitarse en cuestiones de violencia de género. Los objetivos del curso son: a) Permitir que los proveedores de salud pública desarrollen sus capacidades y habilidades para garantizar la atención médica a las víctimas de violencia de género; b) Proporcionar conocimientos sobre los conceptos, las herramientas, las técnicas metodológicas y los procedimientos relacionados con la asistencia a víctimas de violencia de género; y c) Aprender cómo identificar y reconocer las realidades de las víctimas de violencia de género. Incluye explícitamente a los jóvenes con discapacidad, incorporando ejemplos de sus vidas e incluyendo secciones sobre las necesidades específicas de salud de los jóvenes con discapacidades que sufren violencia.

El curso tiene cinco módulos:

1. Marco conceptual y legal: Los estudiantes aprenden qué se entiende por discriminación y violencia de género y se les proporciona el marco legal que los vincula para brindar atención integral a todas las víctimas de violencia de género, incluidas las víctimas con discapacidades, con un enfoque en los derechos que tienen las personas que tienen acceso a la atención médica.

Este módulo hace visibles los problemas estructurales que la sociedad ecuatoriana tiene en relación con la desigualdad y el acceso al ejercicio de los derechos humanos, como la desigualdad de género, la pobreza, el racismo, la homofobia, la falta de acceso a la educación, las discapacidades, etc. Para superar estos problemas, el módulo establece que los proveedores de servicios de salud deben trabajar a través de las lentes de la justicia social, tener un enfoque de género/intergeneracional/intercultural y respetar los derechos de las personas en la movilidad humana.

Los estudios de caso para esta sección describen escenarios en los que diferentes personas sufren discriminación debido a sus contextos como minorías o porque no se ajustan a los estándares normalizados de la sociedad. Los estudiantes deberán resolver preguntas con respecto a cada estudio de caso para que se pueda medir si pueden o no identificar situaciones de discriminación.

Por ejemplo, uno de los estudios de caso gira en torno a la vulnerabilidad en la que Emilia, una mujer de 28 años, que tiene orígenes indígenas y habla quichua, vive en un área rural y vive con sus padres (que son hablantes de quichua también). Nunca ha tenido acceso a la educación o al trabajo debido a su discapacidad de aprendizaje basada en el lenguaje, y ha sido víctima de violencia sexual. Se les pide a los estudiantes que identifiquen cuáles son las situaciones de vulnerabilidad en las que vive Emilia y cuáles son los desafíos a los que se enfrenta en el acceso a la salud integral, la educación y el trabajo.

A los estudiantes también se les hacen preguntas sobre los conceptos de sexo, género, igualdad de género y racismo. Es importante tener en cuenta que esas preguntas tienden a aclarar que el enfoque de igualdad de género no se centra en los esfuerzos para hacer que las mujeres se consideren “mejores que los hombres”; por lo tanto, el curso en línea deconstruye los mitos en torno al feminismo.

2. Atención integral a víctimas de violencia de género (enfoque en violencia sexual): Los estudiantes aprenden los procedimientos básicos que deben seguir para brindar una atención integral a las víctimas de violencia sexual. Se les dan herramientas para identificar casos de violencia sexual que les pueden llegar; los protocolos que deben seguir después de identificar un caso; y la importancia de la confidencialidad, la no revictimización, el consentimiento fundamentado y el trabajo interinstitucional que existe para atender a las víctimas y supervivientes.
3. Atención integral a víctimas de violencia de género (enfoque en violencia física): Los estudiantes reciben herramientas para identificar casos de violencia física que les pueden llegar, aprender procedimientos de atención integral y el trabajo interinstitucional que existe para atender a la víctima y a los supervivientes.
4. Atención integral a víctimas de violencia de género (enfoque en violencia fisiológica): Los estudiantes aprenden procedimientos de atención integral para identificar y ayudar a las víctimas de violencia psicológica y aprenden a utilizar la red interinstitucional.
5. Atención integral a víctimas de violencia de género que son personas con discapacidad: Los estudiantes aprenden el marco legal y conceptual sobre discapacidades y estudian cómo proceder de acuerdo con el protocolo forense para delitos sexuales.

En este módulo, los estudiantes vuelven a introducirse en el caso de Emilia, que analizaron primero en el módulo 1. Esta vez, sus padres llevaron a Emilia al Centro de Salud después de encontrarla inconsciente y con signos de haber sido víctima de la violencia. El módulo describe paso a paso cuál es el procedimiento que deben seguir los proveedores de salud cuando se enfrentan a un caso de violencia sexual sufrida por una persona con discapacidad.

Están instruidos para atender las necesidades urgentes de la víctima, mantener la evidencia intacta y comunicarse con el médico forense del fiscal para proceder con el examen médico (una sola vez, ya que la persona no será revictimizada). Se recuerda a los estudiantes que el consentimiento fundamentado de la víctima es necesario para poder ejecutar el examen médico. Como la persona tiene una discapacidad, los proveedores de salud deben determinar si la persona puede dar su consentimiento o si los padres deben darlo en su nombre.

A medida que finaliza el examen médico y se recopilan pruebas, entran en un estado de custodia, como parte del procedimiento penal. Después de esto, se enviará a la víctima para recibir la atención médica necesaria para su recuperación del episodio violento.

FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LEGALES

La gran mayoría de las mujeres y niñas que son víctimas de la violencia nunca buscan ayuda formal ni denuncian la violencia⁵³². Una revisión reciente de los datos de la encuesta realizada por el Banco Mundial reveló que menos de la mitad de las mujeres que habían sufrido violencia se lo contaron a otra persona y solo el 6 % solicitó ayuda a autoridades como la policía o abogados⁵³³. En muchos casos, las mujeres no denuncian la violencia porque no saben dónde o cómo presentarla. Pero, para algunas supervivientes, las experiencias con el personal encargado de hacer cumplir la ley y el sistema judicial pueden ser traumáticas. En particular, a las personas con discapacidad a menudo se les niega el acceso a un trato justo y equitativo en los tribunales y por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, lo que dificulta la posibilidad de reclamar sus derechos.

La CDPD exige que los Estados garanticen que las personas con discapacidad tengan un acceso equitativo a la justicia y proporcionen la asistencia necesaria para que puedan actuar como testigos en todos los procedimientos legales, en todas las etapas (artículo 13). Fortalecer los sistemas legales para asegurar que los jóvenes con discapacidades afectados por la violencia puedan tomar medidas para protegerse y alcanzar cierta medida de justicia es un componente fundamental de una respuesta integral a la violencia y un paso importante para cumplir con las obligaciones estatales en virtud del derecho internacional.

Entre las barreras más obvias para las personas con discapacidad que buscan acceso a la justicia están las barreras físicas dentro de los juzgados, estaciones de policía y otras instituciones del sistema legal⁵³⁴. Muchos Estados ahora exigen la accesibilidad a las instituciones públicas y algunos han mejorado la accesibilidad física de los tribunales. En España, por ejemplo, el Consejo General de la Magistratura estableció el Encuentro de Discapacidad y Justicia para revisar y abogar por la eliminación de los obstáculos a los que las personas con discapacidad podrían enfrentarse dentro del sistema legal⁵³⁵. A partir de junio de 2017, la mayoría de los edificios judiciales se hicieron físicamente accesibles para las personas con discapacidad de movilidad, y algunos se modificaron para garantizar el acceso de las personas con discapacidad visual⁵³⁶.

España también ha establecido tribunales especializados para conocer casos de violencia de género, y el Consejo General del Poder Judicial y el Observatorio hacia la Violencia Doméstica y la Violencia de Género ofrecen cursos de capacitación obligatoria para jueces que incluyen capacitación sobre cómo trabajar con mujeres y niñas con discapacidad como demandantes y testigos en la sala del tribunal⁵³⁷.

En los cuadros de texto a continuación se detallan otros esfuerzos para sensibilizar al personal encargado de hacer cumplir la ley y garantizar que los jóvenes con discapacidad tengan los mismos derechos a la justicia que otros.



CONJUNTO DE HERRAMIENTAS DEL ENCUENTRO SOBRE DISCAPACIDAD DEL PACÍFICO PARA RECONOCER Y PREVENIR LA VIOLENCIA DE GÉNERO⁵³⁸

En 2014, el Encuentro sobre Discapacidad del Pacífico y la Federación de Personas Discapacitadas de Fiji, ambas como ONG, publicaron el Conjunto de Herramientas sobre la Erradicación de la Violencia hacia las mujeres con discapacidad en Fiji. El Conjunto fue la culminación de un extenso programa para

crear conciencia entre las OPD y sus miembros, familiares y cuidadores de personas con discapacidad y trabajadores comunitarios en todo Fiji sobre los derechos de las personas con discapacidad, especialmente las mujeres y niñas con discapacidad, para vivir sin la violencia, además de las vulnerabilidades a las que se enfrentaron. El programa incorporó una capacitación sobre la prevención de la violencia y servicios y políticas legales disponibles para los supervivientes de la violencia junto con estrategias de investigación para que las OPD pudieran recopilar y analizar datos sobre la prevalencia y experiencia de violencia de las mujeres y niñas con discapacidad en sus comunidades.

Los datos recopilados por estas organizaciones y las consultas en curso con grupos interesados y funcionarios gubernamentales informaron del desarrollo del conjunto de herramientas al tiempo que promovieron un nuevo entendimiento entre las partes interesadas sobre el alcance y la naturaleza del problema. El Ministerio de Mujeres, Niños y Alivio de la Pobreza de Fiji fue un socio esencial en el proyecto, al igual que el Equipo Regional de Recursos de Derechos, una organización que brinda apoyo técnico y orientación sobre la implementación de los derechos humanos en la región del Pacífico. Una reunión de esta última organización brindó a abogados y otras partes interesadas de toda la región la oportunidad de escuchar a las mujeres con discapacidad sobre sus propias historias de abuso y analizar los pasos que podrían dar para abordar la violencia hacia las mujeres con discapacidad en sus propios países.

El conjunto ofrece una guía clara sobre cómo abordar las barreras a las que se enfrentan las mujeres con discapacidad cuando son víctimas de la violencia junto con los principios rectores para aumentar la conciencia sobre el alcance de dicho abuso y cómo prevenirlo. Insiste en que quienes trabajan para erradicar la violencia hacia las mujeres tomen en serio las voces y las experiencias de las mujeres con discapacidad e las incluyan en estrategias para responder a la violencia.

Entre sus elementos de acción más concretos, el conjunto proporciona una lista de OPD en Fiji que puede ayudar con los esfuerzos para responder a la violencia junto con detalles sobre sus áreas específicas de experiencia, como la interpretación del lenguaje de signos o ayudas a la movilidad o auditorías de accesibilidad, y la información el contacto relevante. El conjunto también proporciona información importante sobre el desarrollo inclusivo de la discapacidad y los enfoques de transformación de género junto con una guía práctica sobre cómo preparar un lugar apropiado e inclusivo y garantizar el acceso a los materiales de capacitación. Proporciona ejemplos útiles de cómo un enfoque basado en los derechos humanos puede aplicarse a la prevención de la violencia, como garantizar que los proveedores de atención médica reconozcan y respeten los derechos de las mujeres con discapacidad para tomar sus propias decisiones sobre denunciar el abuso o tomar acciones legales, y asegurar que la policía entienda que es su responsabilidad responder e intervenir en situaciones de violencia, cuando lo solicite una mujer con discapacidad.

El conjunto ha tenido un impacto importante, no solo en la vida de las mujeres con discapacidad que viven en Fiji, sino también en la forma en que las mujeres con discapacidad interactúan con los funcionarios del Gobierno. El Encuentro sobre Discapacidad del Pacífico se ha asociado con una organización de altos oficiales de policía para promover la capacitación del personal legal y funcionarios de justicia utilizando el conjunto de herramientas, y el Ministerio de Mujeres, Niños y Alivio de la Pobreza de Fiji ha incluido una OPD local en su grupo de trabajo para erradicar la violencia hacia las mujeres.



APOYO AL ACCESO A LA JUSTICIA PARA SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA - KENYA Y SUDÁFRICA

Aunque las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad intelectual corren un riesgo mucho mayor de violencia sexual que sus compañeras sin discapacidades, es muy raro que los casos contra los perpetradores sean llevados a los tribunales. Dos proyectos en África meridional han intentado cambiar esa situación ofreciendo apoyo a los supervivientes de la violencia sexual y a sus familias, y al personal encargado de hacer cumplir la ley, además de a los funcionarios judiciales.

El proyecto de Agresión Sexual y Empoderamiento de las Víctimas fue iniciado por Cape Mental Health en 1990 en respuesta a las solicitudes de ayuda del Servicio de Policía de Sudáfrica y los fiscales del Departamento de Justicia⁵³⁹. El programa atiende a personas con discapacidad de aprendizaje que han sido atacadas sexualmente. Ofrece servicios de trabajo social a los supervivientes y a sus familias para ayudarles a superar el trauma y ayudar a las familias a prevenir futuros abusos. Los participantes en el programa también reciben apoyo antes y durante los casos judiciales contra presuntos autores, incluida la preparación para el tribunal, evaluaciones psicológicas, incluso con respecto a la capacidad del superviviente para testificar, así como el testimonio de expertos cuando sea necesario.

Una evaluación de 2005 de los primeros 14 años del programa concluyó con que el número de casos de violencia hacia personas con discapacidad intelectual procesadas aumentó de manera constante después de que se estableció el programa, y un número significativo de esos casos condujo a condenas de los perpetradores. El personal encargado de hacer cumplir la ley comentó a los investigadores que sin el programa, serían llevadas a juicio menos demandas, trazando una línea clara entre los servicios que ofrece el programa y el acceso a la justicia para los supervivientes de la violencia.

En un programa similar, la Asociación de Kenya para Discapacitados Intelectuales (KAIH por sus siglas en inglés) se asoció con la Coalición contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAW) en Kenya para ayudar a las víctimas de la violencia con discapacidad intelectual y sus familias a presentar demandas contra los perpetradores.

El Proyecto Acceso a la Justicia funciona en tres niveles de procedimientos legales. En la etapa previa al juicio, los participantes identifican las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad intelectual para denunciar la violencia de género y ayudarles a llevar sus casos a los tribunales. Durante los ensayos, la KAIH apoya a las víctimas para garantizar que puedan participar plenamente. Finalmente, el proyecto recopila datos posteriores al juicio para garantizar que se lleve a los perpetradores ante la justicia para sentenciarles. Los medios concretos de apoyo que la KAIH proporciona a sus miembros incluyen proporcionar soporte de comunicaciones para garantizar una comunicación efectiva en el tribunal, preservar la evidencia para garantizar que sea admisible y trabajar con investigadores y fiscales para comprender el caso, reunir pruebas y representar eficazmente a las personas con discapacidad intelectual⁵⁴⁰.

La KAIH también se ha convertido en un socio importante para la policía, los fiscales y los jueces junto con los proveedores de atención médica, brindando capacitación sobre cómo recibir denuncias de personas con discapacidad intelectual y apoyando sus esfuerzos en los tribunales para perseguir a

los perpetradores. La KAIH se ha asociado con el Consejo Nacional para Personas con Discapacidad de Kenya en un programa de capacitación para miembros del poder judicial y su personal sobre cómo trabajar con supervivientes de la violencia que tienen discapacidades intelectuales y ha coordinado con múltiples agentes estatales, incluido el Instituto Judicial de Capacitación de Kenya y la Comisión Nacional de Derechos Humanos. En respuesta a las aportaciones de los defensores del Proyecto de Acceso a la Justicia, el Ministerio de Justicia está promoviendo la capacitación sobre la inclusión de las personas con discapacidad intelectual para jueces y magistrados⁵⁴¹.

APOYAR Y EMPODERAR A LOS SUPERVIVIENTES DE LA VIOLENCIA

La atención, el apoyo y la protección de las personas jóvenes con discapacidad que han sido víctimas de violencia deben ser un componente fundamental de cualquier estrategia nacional para responder a la violencia de género. Dicha atención debe incluir atención médica y de salud mental de emergencia, alojamiento seguro y acceso a largo plazo al asesoramiento y los programas de empoderamiento basados en la evidencia y con los recursos adecuados, y debe estar disponible para los jóvenes con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás.

Se ha demostrado que los “centros de ventanilla única” y otros modelos de atención coordinada

que permiten que las mujeres y las niñas afectadas por la violencia se reúnan con agentes de policía, denuncien y den su testimonio, reciban la atención médica y asesoramiento necesarios, y un refugio seguro sean estrategias eficaces para responder a la violencia en diferentes contextos⁵⁴². Pero garantizar que dichos servicios estén disponibles para las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad requiere una atención constante a la accesibilidad. La Red de Mujeres Discapacitadas (DAWN por sus siglas en inglés) de Canadá, una organización que promueve los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad, desarrolló una herramienta de encuesta para que los gobiernos y otras organizaciones la utilicen para evaluar los servicios de respuesta disponibles para mujeres y niñas con discapacidad. Dicha herramienta es el tema del cuadro de texto a continuación.

PROMOVER REFUGIOS ACCESIBLES PARA MUJERES EN CANADÁ

La Red de Mujeres Discapacitadas (DAWN) de Canadá ha promovido el acceso a refugios para mujeres durante más de 25 años⁵⁴³. Los refugios seguros y accesibles son un servicio vital de la violencia de género. Mientras que se ha prestado mayor atención a proteger de la violencia de género a las mujeres con discapacidad y promoviendo el acceso a la justicia para que los autores puedan ser enjuiciados, se ha prestado muy poca atención para garantizar que los refugios sean accesibles y puedan acoger a mujeres con discapacidad.

Los refugios pueden ser un recurso importante para las mujeres amenazadas por la violencia de género, especialmente la violencia infligida por la pareja⁵⁴⁴. Los refugios brindan a las mujeres un

lugar seguro para ir por períodos cortos y puede resultar vital para apoyar la capacidad de las mujeres de conectarse con otros servicios de prevención y respuesta a la violencia de género y justicia⁵⁴⁵. Sin embargo, los efectos beneficiosos de los refugios no se comparten por igual. La investigación ha demostrado que los refugios benefician desproporcionadamente a las mujeres que encajan en un ideal normativo⁵⁴⁶. Las mujeres con discapacidad representan un grupo al que a menudo se les niega el acceso pleno y equitativo a refugios y servicios relacionados, como la vivienda temporal.

DAWN comenzó a inspeccionar refugios y programas de vivienda de transición en Canadá en 1992. DAWN es una OPD fundada en 1985 por mujeres con discapacidad en Canadá. La misión de DAWN es terminar con la pobreza, el aislamiento, la discriminación y la violencia que sufren las mujeres con discapacidad y las mujeres sordas. La oficina del ministro canadiense sobre el estado de la mujer es defensora y patrocinadora de DAWN.

Un estudio piloto temprano realizado por DAWN en refugios demostró que la gran mayoría de los refugios en Canadá eran inaccesibles para las mujeres con discapacidad. DAWN desarrolló un manual de accesibilidad para los refugios. A continuación, decidió desarrollar una herramienta de encuesta integral como parte de su estrategia a largo plazo para crear conciencia y hacer que los refugios se responsabilizaran en todo Canadá. Utilizando un proceso altamente participativo que reunió a todos los grupos de partes interesadas (mujeres con discapacidades y administradores y personal de alojamiento), DAWN desarrolló la Encuesta Nacional de Accesibilidad y Alojamiento. La encuesta profundiza en preguntar al personal de los refugios sobre su experiencia brindando servicios a personas con discapacidades en los últimos cuatro años, incluidos grupos específicos de personas con discapacidades y preguntas detalladas sobre la accesibilidad actual y el alojamiento disponible dentro de los refugios.

La encuesta, enviada por correo electrónico a los refugios, es un recurso disponible gratuito en la página web de DAWN (enlace a continuación). Es minucioso pero muy fácil de usar. Por ejemplo, la encuesta hace preguntas específicas sobre los tipos de picaportes o interruptores que se usan en todas las instalaciones, pero luego proporciona fotografías o ilustraciones útiles que los encuestados simplemente pueden marcar o desmarcar⁵⁴⁷.

Las conclusiones de la encuesta demostraron que menos de una cuarta parte de los refugios proporcionaban teléfonos accesibles a personas con deficiencias auditivas, solo el 17 por ciento prestaban servicios de interpretación del lenguaje de signos, y solo el 5 por ciento proporcionaba material de lectura en Braille. Resultados como estos proporcionan una herramienta poderosa para hacer que los proveedores de servicios de respuesta y prevención de la violencia de género y el Estado se responsabilicen.

La encuesta también proporciona una herramienta importante para que los gobiernos implementen prácticas estatales positivas en los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género para llevar a cabo evaluaciones de referencia y continuas de los servicios de vivienda de refugio y transición.

Se puede acceder a la Encuesta Nacional de Accesibilidad y Alojamiento en: www.dawncanada.net/issues/issues/national-accessibility-and-accommodation-survey/

GRUPOS DE APOYO ENTRE COMPAÑEROS PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD EN FILIPINAS

Muchas iniciativas que promueven el derecho de las personas con discapacidad a los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género se centran en las barreras directas al abogar por la inclusión de las personas con discapacidad en las leyes y políticas de violencia de género; mejorar el acceso físico a las comisarías de policía, a los tribunales, e incluso a los refugios; asegurando que se brinde una comunicación compatible al informar casos, etcétera. El programa W-DARE (Mujeres con Discapacidad que toman medidas en materia de salud sexual y reproductiva) promueve muchas de estas mismas acciones, pero también va más allá al promover el conocimiento de las mujeres con discapacidad sobre la representación y los derechos. En resumen, las leyes pueden estar vigentes y las salas de audiencia pueden ser accesibles, pero en muchos casos, para que esas leyes y tribunales sean efectivos, las mujeres con discapacidad necesitan conocer sus derechos y sentirse individualmente facultadas para reclamarlos. W-DARE ha establecido varios grupos de apoyo entre compañeras en Filipinas que reúnen a las mujeres con discapacidad para brindarles confianza a las participantes cuando acceden a servicios de prevención y respuesta a la violencia de género.

W-DARE es un proyecto de colaboración entre Australia y Filipinas dirigido por un equipo de investigación con sede en la Universidad de Melbourne, Australia y la Universidad De La Salle, Filipinas. El proyecto trabaja en asociación con las OPD, las organizaciones de derechos humanos y de derechos de la mujer, y múltiples niveles de gobierno, incluidos los legisladores de políticas nacionales y locales y los proveedores de servicios⁵⁴⁸. W-DARE originalmente implementó un estudio de investigación participativa sobre las mujeres con discapacidad y los servicios de SDRS y de prevención y respuesta a la violencia de género y luego desarrolló y aplicó estrategias piloto para promover los derechos de las mujeres con discapacidad sobre la base de los resultados de la investigación. Los diferentes proyectos piloto implementados incluyen talleres de sensibilización sobre SDRS y sobre proveedores de servicios de prevención y respuesta a la violencia de género, desarrollando políticas de referencia más efectivas para garantizar que las mujeres con discapacidad accedan a servicios y, lo que es más importante, grupos de apoyo entre compañeros que empoderan a mujeres con discapacidad para reclamar sus derechos⁵⁴⁹.

Los Grupos de Acciones Participativas de W-DARE (PAGS, por sus siglas en inglés) son grupos de apoyo entre compañeras y facilitados por mujeres con discapacidad o, en el caso de un grupo, padres de niños con discapacidad. Cada dos semanas, estos pequeños grupos, que tienen su sede en Quezon City y Ligao City, se reúnen para hablar de SDRS, incluida la violencia de género. Juntos, aprenden sobre sus derechos, expresan sus inquietudes, discuten experiencias personales, se remiten unos a otros a servicios y trabajan juntos para desarrollar sus habilidades. Estos incluyen tanto sus habilidades individuales de autodefensa como sus habilidades colectivas para reclamar sus derechos a los servicios de prevención y respuesta a la SDRS y violencia de género, y para hablar sobre la violencia hacia las mujeres con discapacidad.

Como resultado de estos grupos de apoyo entre iguales, los participantes informan que se sienten apoyados emocionalmente y que han desarrollado el conocimiento y la confianza que necesitan para informar de la violencia de género y exigir servicios. Los grupos también se han reunido con funcionarios del gobierno local y proveedores de servicios para analizar los cambios que necesitan para garantizar que tengan el mismo acceso a los servicios de prevención y respuesta de SDRS y violencia de género que sus compañeros sin discapacidades⁵⁵⁰.

Esta es una práctica positiva porque se enfoca no solo en el lado de la “oferta” para asegurar que los Estados tengan leyes, políticas y servicios inclusivos para la discapacidad, sino que también asegura que el lado de la “demanda” de la relación entre el Estado como portadores del deber y sus ciudadanos como titulares de los derechos han sido abordados mediante la sensibilización y el apoyo a las personas con discapacidad para acceder a esos servicios y reclamar sus derechos a la SDR y una vida sin violencia.

PRESUPUESTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Uno de los elementos más críticos para la implementación efectiva de leyes y políticas que abordan la violencia de género son los recursos adecuados. La legislación nacional y los planes de acción nacionales centrados en la prevención y respuesta a la violencia de género deben tener en cuenta los fondos necesarios para cumplir los compromisos del gobierno⁵⁵¹. Las leyes, políticas y estrategias no pueden tener el efecto que se pretende que tengan si no aseguran los recursos adecuados para su implementación. El presupuesto para la inclusión de personas jóvenes con discapacidad en la violencia de género implica dos prácticas importantes de presupuestación nacional: asegurar que los recursos se asignen para abordar la violencia de género y asegurar que esos recursos incluyan la discapacidad. En todos los casos, las asignaciones de recursos deben estar en curso para garantizar los recursos necesarios para abordar la violencia de género de forma continua. Garantizar la financiación continua es esencial porque la violencia de género está profundamente arraigada en todas las sociedades y no puede abordarse adecuadamente en uno o varios ciclos de financiación⁵⁵².

La legislación puede usarse para garantizar presupuestos adecuados destinados a eliminar la violencia de género. Esto se logra mediante leyes específicas destinadas a eliminar la violencia de género y una legislación más amplia sobre igualdad de género. Las leyes de familia, por ejemplo, deben

armonizarse con las garantías de igualdad de género para que las mujeres y las niñas, incluidas las personas con discapacidad, no sean discriminadas dentro de estas leyes en términos de divorcio, herencia y otros derechos. Por ejemplo, la Ley de México sobre el acceso de las mujeres a una vida sin violencia (2007) establece claramente que tanto el gobierno nacional como los municipios deben garantizar presupuestos adecuados para abordar la violencia de género⁵⁵³.

Otros países abordan la violencia de género a través de procesos legislativos más amplios de presupuestación basada en el género. Por ejemplo, los países adoptan cada vez más prácticas de presupuestación de género. Del mismo modo, los Estados también están obligados a garantizar la inclusión de la discapacidad en el presupuesto. Esta es una práctica mucho menos desarrollada pero incluye principios similares que obligan legalmente al Estado a desarrollar presupuestos y asignar recursos desde una perspectiva de discapacidad para asegurar que la inclusión de la discapacidad se integre en los presupuestos nacionales y subnacionales, incluidos los presupuestos de violencia y de igualdad de género.

Muchas leyes y planes de acción nacionales también van más allá al identificar claramente los ministerios y agencias específicos que recibirán nuevos fondos o deben tomar medidas administrativas para destinar recursos adecuados para incluir a las personas con discapacidad en los servicios de prevención y respuesta de violencia de género dentro de sus presupuestos regulares. El Plan Nacional de Ecuador para la Erradicación de

la Violencia de Género hacia Niños, Adolescentes y Mujeres (2008), por ejemplo, establece claramente los compromisos presupuestarios para cada una de las actividades del plan y la agencia responsable de llevar a cabo esa actividad⁵⁵⁴. El plan nacional también especifica que las personas con discapacidad se deben incluir en estos servicios de prevención y respuesta a la violencia de género.

RESPONSABILIDAD Y ESTRATEGIAS DE RECOPIACIÓN DE DATOS

La recopilación de evidencias sobre cómo las leyes nacionales se implementan y su aplicación en la práctica es una herramienta esencial para los responsables de las políticas, ayudando a garantizar que las políticas beneficien a quienes están destinados

INCLUSIÓN DE GÉNERO Y DISCAPACIDAD EN LA ASISTENCIA EXTERNA - AUSTRALIA

Los Estados que proporcionan cooperación internacional están obligados a garantizar que las personas con discapacidad estén incluidas en sus programas de desarrollo internacional en virtud del artículo 32 de la CDPD. El Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio de Australia ha hecho hincapié tanto en la inclusión de la discapacidad como en la igualdad de género entre sus prioridades presupuestarias para la asistencia exterior. El presupuesto de ayuda exterior para 2017-2018 asigna 55 millones de dólares australianos al Fondo para la Igualdad de Género⁵⁵⁵. Australia también se ha comprometido a ser un líder mundial en el desarrollo inclusivo de la discapacidad, que se articula claramente en su estrategia *Development for All 2015-2020* (Desarrollo para todos 2015-2020). *Development for All* describe cuatro principios básicos para la estrategia de desarrollo inclusivo de la discapacidad de Australia, incluido apoyar un rol activo para las personas con discapacidad, desarrollar políticas y programas basados en la evidencia, mejorar la inclusión de una amplia gama de personas con discapacidades y, lo que es muy importante, tener en cuenta la interacción de género y discapacidad⁵⁵⁶. Estas dos prioridades de financiación garantizan que las mujeres y las niñas y las personas con discapacidad se integren en la asistencia exterior de Australia. También aseguran programas específicamente enfocados en mujeres y niñas con discapacidad, incluida su inclusión en los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género.

En 2013, el Programa de Ayuda de Australia (AusAID) publicó el informe *Triple Jeopardy* (Peligro triple): Un informe de violencia de género y violaciones de los derechos humanos experimentadas por mujeres con discapacidad en Camboya⁵⁵⁷. Este informe fue financiado por el Sistema de Ayudas a la Investigación y el Desarrollo del Programa de Ayuda de Australia, un sistema de subvenciones competitivo que solicita una investigación que aumentará la efectividad de la ayuda de Australia a los países en desarrollo. La convocatoria de propuestas para esta concesión fue específicamente diseñada para desarrollar investigaciones que aumenten la efectividad del Programa de Ayuda de Australia en el tratamiento de la violencia de género para mujeres y niñas con discapacidad. El proyecto de investigación incluyó tanto una perspectiva de discapacidad como una perspectiva de género al asociarse con la Organización de Personas Discapacitadas de Camboya y la Agencia Internacional de Desarrollo de la Mujer.

La investigación *Triple Jeopardy* incluyó datos cuantitativos que recopilaban la prevalencia de la violencia hacia las mujeres con discapacidad en comparación con sus compañeras y datos

cualitativos sobre las experiencias únicas de violencia y las barreras y facilitadores para acceder a los servicios. El informe identificó problemas importantes, incluyendo mujeres con discapacidad que experimentan tasas de violencia igual que las mujeres sin discapacidad y que tienen casi cuatro veces más probabilidades que las mujeres sin discapacidad de experimentar también el comportamiento controlador de sus parejas, como tener que pedir permiso para abandonar el hogar. También demostró que más de la mitad de las mujeres con discapacidad experimentaron abuso emocional, una cuarta parte experimentó violencia física y casi el 6 por ciento experimentó violencia sexual perpetrada por un miembro de la familia. El informe también encontró que la dependencia y el control familiar de mujeres y niñas con discapacidad presentaba una barrera importante para la capacidad de estas mujeres para denunciar la violencia y acceder a los servicios. Lo que sugiere el informe es que tanto Camboya como los Estados que apoyan proyectos de desarrollo internacional, como Australia, necesitan urgentemente garantizar que las mujeres y niñas con discapacidad se integren en sus políticas y programas centrados en la violencia de género. El informe también señala que los programas dirigidos son necesarios para llegar a las personas con discapacidades que sufren violencia de género debido a las barreras específicas a las que se enfrentan.

El presupuesto de la asistencia exterior de Australia representa una práctica estatal positiva para incluir a los jóvenes con discapacidad en los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género. En primer lugar, la igualdad de género y la inclusión de la discapacidad están claramente indicadas como prioridades presupuestarias dentro del presupuesto de asistencia extranjera, y la integración de género y discapacidad está profundamente integrada en la política de desarrollo de Australia. En segundo lugar, Australia ha asignado recursos específicamente en materia de género, discapacidad y violencia, como el informe *Triple Jeopardy*. Es importante destacar que el informe *Triple Jeopardy* constituye una base probatoria para futuras asignaciones presupuestarias dirigidas a la inclusión de la discapacidad en los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género.

a servir, que los recursos se utilicen de manera efectiva y que los gobiernos cumplan sus obligaciones bajo las leyes nacionales e internacionales. Existen múltiples mecanismos para supervisar el cumplimiento de los compromisos nacionales, regionales e internacionales con los derechos humanos, especialmente el derecho a vivir sin violencia. Algunos de ellos se describen en los siguientes párrafos.

Supervisar el rendimiento del Estado

A nivel nacional, las leyes pueden servir como una herramienta importante para garantizar una supervisión y una responsabilización efectivas. Varias leyes nacionales que abordan la violencia de género requieren que los gobiernos supervisen la implementación de la ley y establezcan instituciones para ayudar. Bajo la

Constitución de Rwanda de 2003, por ejemplo, se estableció la Oficina de Supervisión de Género para apoyar a las oficinas gubernamentales implementando nuevos estándares de igualdad de género. Sus responsabilidades ahora incluyen supervisar la calidad de los servicios ofrecidos a los supervivientes de la violencia y controlar la efectividad de los esfuerzos de prevención y respuesta del gobierno⁵⁵⁸. La Ley de Filipinas contra la Violencia hacia las Mujeres y sus Hijos (2004) creó un consejo interinstitucional sobre la violencia hacia la mujer que reúne a representantes de diferentes organismos gubernamentales para coordinar y vigilar la aplicación de la ley⁵⁵⁹.

Las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos (INDH) son organismos públicos autorizados y

financiados por el Estado con el mandato legal de proteger y promover los derechos humanos dentro del Estado. Pueden promover el derecho de las personas jóvenes con discapacidad a los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género utilizando una variedad de estrategias. Las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos pueden implementar estrategias de protección, que pueden incluir recolectar datos y supervisar el acceso de jóvenes con discapacidad a los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género, investigar denuncias presentadas por individuos y la sociedad civil, recomendar o proporcionar soluciones para abordar la discriminación sistémica y las violaciones en curso, facilitando la resolución de conflictos alternativa y emitir opiniones consultivas sobre leyes y políticas propuestas. Las INDH también pueden implementar estrategias de promoción, incluyendo la educación pública y concienciación, investigación y publicación, y formación y desarrollo de capacidades en las instituciones estatales para comprender y cumplir con sus obligaciones de derechos humanos y garantizar los derechos de los jóvenes con discapacidad. Finalmente, las INDH pueden asesorar y ayudar al gobierno, brindándole asesoría sobre leyes, políticas y programas que deberían estar vigentes para garantizar que el gobierno cumpla con sus obligaciones en virtud de la CDPD, CEDAW y otros instrumentos internacionales de derechos humanos de los cuales el Estado es Estado Parte⁵⁶⁰.

Las organizaciones de la sociedad civil también pueden ser socios críticos en cualquier estrategia de supervisión. Una revisión de 2012 de las políticas mundiales contra la violencia de género concluyó que los movimientos feministas han tenido una profunda influencia en el desarrollo de políticas que prohíben la violencia de género, planteándola como una cuestión de interés mundial, y abogando por medidas gubernamentales en múltiples frentes para asegurar que la erradicación de la violencia permanezca en la parte superior de las agendas internacionales y nacionales⁵⁶¹.

Reconociendo la importancia de la sociedad civil, La Ley Maria da Penha de Brasil, por un lado, establece

explícitamente la supervisión de sus términos por parte de la sociedad civil⁵⁶². El Ministerio de Deportes y Personas con Discapacidad de Canadá proporcionó fondos para que las organizaciones de la sociedad civil prepararan informes sombra para presentar al Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y enviaron representantes a Ginebra para que pudieran asistir y participar en la reunión del gobierno con el Comité en 2017⁵⁶³. Al menos una OPD, DAWN Canada, presentó informes sombra a otros dos comités, además, incluido el Comité para la Erradicación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, lo que generó sólidos hallazgos sobre las responsabilidades de Canadá en un espectro de derechos humanos⁵⁶⁴. El Ministro de Deportes y Personas con Discapacidad de Canadá también acompañó a las OPD canadienses a la Conferencia de Estados Parte de 2017 en la CDPD en junio de 2017 y solicitó a las OPD que colaboraran con investigaciones sobre cuestiones prioritarias, incluidas reformas y posibles programas para garantizar que las personas con discapacidad puedan ejercer la capacidad legal para apoyar a las mujeres y niñas con discapacidad y erradicar la discriminación en su contra, y para comprender y responder a la discriminación interseccional contra las personas con discapacidad⁵⁶⁵.

Los organismos regionales también han desarrollado mecanismos para supervisar el cumplimiento de los compromisos regionales para erradicar la violencia de género. Las partes en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer acordaron un proceso de evaluación independiente denominado Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. El Mecanismo de Seguimiento es una metodología de evaluación sistemática que depende del intercambio de información y cooperación técnica entre los Estados que son parte de la convención y un comité de expertos. Los Estados Partes se comprometen a proporcionar información

DIRECTRICES PARA LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE DERECHOS HUMANOS QUE PROMUEVEN LA INCLUSIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN ASIA Y EL PACÍFICO

En 2017, el Encuentro de Asia Pacífico de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos publicó *Derechos Humanos y Discapacidad: Un manual para las INDH*. Este importante documento proporciona una orientación clara a las INDH con respecto a sus responsabilidades y prácticas positivas de implementación para promover los derechos de las personas con discapacidad, incluido su derecho a los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género.

El Encuentro de Asia Pacífico (APF, por sus siglas en inglés) es una organización internacional con 24 Estados miembros. Como tal, es un cuerpo diverso que incluye países tan diferentes en tamaño, cultura y economía como India, Samoa, Australia y Jordania. Sin embargo, todos los Estados miembros comparten el compromiso de promover los derechos humanos de sus ciudadanos a través de las INDH. El APF apoya a las instituciones nacionales miembros de derechos humanos a través de actividades de capacitación y desarrollo de habilidades, evaluaciones de capacidades, programas especializados y diálogos de alto nivel⁵⁶⁶. El manual *Derechos Humanos y Discapacidad* representa una importante herramienta de capacitación y desarrollo de habilidades.

El manual abarca el concepto básico de la discapacidad como un tema de derechos humanos, el derecho internacional que promueve los derechos de las personas con discapacidad y, lo más importante, las prácticas positivas que las instituciones nacionales de derechos humanos pueden implementar para promover los derechos de las personas con discapacidad. Define claramente la responsabilidad de las instituciones nacionales de derechos humanos de garantizar que los Estados Partes en la CDPD implementen medidas para prevenir, supervisar y enjuiciar casos de violencia, incluida la violencia de género, contra personas con discapacidad y para brindar apoyo a personas con discapacidad que han sido objeto de violencia⁵⁶⁷. El manual brinda recomendaciones y ejemplos de instituciones nacionales de derechos humanos que promueven los derechos de las mujeres con discapacidad, los servicios de prevención de la violencia de género y los servicios de respuesta a la violencia de género. El manual, por ejemplo, recomienda que las instituciones nacionales de derechos humanos analicen el código penal de su Estado y, si es necesario, aconsejen a la legislatura para incluir el lenguaje en sus estatutos de violencia doméstica especificando a las mujeres y niñas con discapacidad como un grupo marginal clave⁵⁶⁸. El manual también cita a instituciones nacionales de derechos humanos, como las instituciones de Australia y Portugal, que han realizado estudios y publicado informes sobre la violencia de género y las mujeres y niñas con discapacidad para comprender el problema y crear conciencia. Finalmente, recomienda que las instituciones nacionales de derechos humanos no solo investiguen las violaciones, asesoren al gobierno y generen conciencia sobre las mujeres y niñas con discapacidad y violencia de género, sino que también, cuando sea apropiado, envíen a las personas con discapacidad afectadas a los servicios de orientación y apoyo⁵⁶⁹.

sobre los pasos que han dado para satisfacer seis áreas de acción, incluida la legislación, los planes nacionales, el acceso a la justicia, los

servicios especializados, los presupuestos, y la información y las estadísticas⁵⁷⁰. En el plano internacional, los órganos de supervisión de los

tratados brindan las mismas oportunidades de supervisión e intercambio de información.

Los ODS también incluyen importantes indicadores para medir el progreso en la erradicación de la violencia contra las mujeres y las niñas. Aunque los ODS no son jurídicamente vinculantes, se espera que los gobiernos “asuman la responsabilidad y establezcan marcos nacionales para el logro de los 17 objetivos”⁵⁷¹. La Agenda de 2030 sigue un enfoque holístico del desarrollo sostenible y hace de la igualdad de género una prioridad, ya que es un objetivo independiente y un tema transversal. El ODS 5 se enfoca específicamente en la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres; sin embargo, existen vínculos que se refuerzan mutuamente entre este

objetivo y otros. Por ejemplo, el registro de mujeres al nacer (ODS 16.9) proporciona respaldo legal contra creencias y prácticas no conducentes a los derechos humanos (por ejemplo, el matrimonio infantil, precoz y forzado, que está cubierto por el ODS 5.3). También se requiere que los datos recopilados en virtud de los ODS estén desglosados por ingresos, sexo, edad, raza, etnia, estado migratorio y discapacidad, entre otras características, como una forma de garantizar que todos disfruten del progreso en los objetivos, incluidos los más marginados.

Aunque todavía no se dispone de datos sobre las tendencias que ilustran la implementación del ODS 5, la siguiente tabla detalla los objetivos relacionados con la violencia de género en el ODS 5.

OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE 5: ALCANZAR LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EMPODERAR A TODAS LAS MUJERES Y NIÑAS

Metas en virtud del ODS 5 relacionados con la violencia de género

OBJETIVOS	INDICADORES
5.2 Erradicar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y niñas en los ámbitos público y privado, incluida la trata y la explotación sexual y de otro tipo	5.2.1 Proporción de mujeres y niñas de 15 años o más que alguna vez han tenido pareja y han estado sometidas a violencia física, sexual o psicológica por parte de una pareja actual o anterior en los últimos 12 meses, por forma de violencia y por edad
	5.2.2 Proporción de mujeres y niñas de 15 años o más sometidas a violencia sexual por personas que no sean su pareja en los últimos 12 meses, por edad y lugar de los hechos
5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina	5.3.1 Proporción de mujeres de 20 a 24 años que estuvieron casadas o en unión libre antes de los 15 y los 18 años
	5.3.2 Proporción de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sido sometidas a la ablación/mutilación genital femenina, por edad
5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de Beijing, además de los documentos finales de sus conferencias de revisión	5.6.1 Proporción de mujeres de 15 a 49 años que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva
	5.6.2 Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a las mujeres de 15 a 49 años el acceso a atención, información y educación sobre la salud sexual y reproductiva

Recopilación de datos y responsabilidad

Los datos sobre la prevalencia de la violencia de género, en particular la violencia hacia niños y adolescentes, son de difícil acceso, en gran parte porque dicha violencia a menudo no se denuncia y porque la recopilación de datos suele ser desigual y de fiabilidad diferente entre los países. La comparabilidad de datos es complicada por el uso de definiciones variadas de violencia y mecanismos para hacer seguimiento y registrar lesiones. Las personas jóvenes con discapacidad, especialmente las adolescentes y las jóvenes con discapacidad, han sido virtualmente invisibles en datos cuantitativos y cualitativos con respecto a la violencia de género, con pocos Estados que desglosan los datos que los Estados recopilan por discapacidad. Esta invisibilidad hace que sea difícil para los Estados confirmar que están cumpliendo con sus obligaciones para prevenir la violencia hacia los jóvenes con discapacidad y garantizar que tengan igual acceso a los servicios de respuesta necesarios. La falta de datos también impide que los encargados de formular políticas e implementadores de programas identifiquen dónde se podrían necesitar las intervenciones apropiadas y les impide a las OSC que representan a los jóvenes con discapacidades contar con herramientas importantes para responsabilizar a sus gobiernos.

Se deben realizar esfuerzos para garantizar que cuando los datos de incidencias de violencia de género se recopilan a través de datos administrativos, y los datos de prevalencia se recopilan mediante encuestas, se incluya a los jóvenes con discapacidad en esta recopilación, análisis y uso de datos. De hecho, la discapacidad debería integrarse en todos los esfuerzos de recopilación de datos para garantizar que se reconozcan y respeten los derechos de los jóvenes con discapacidad.

La recopilación de datos es un componente necesario de una estrategia de supervisión y es

esencial para responsabilizar a los Estados con sus compromisos en virtud de la CDPD, entre otros instrumentos internacionales. El artículo 31 de la CDPD obliga a los Estados a “recopilar la información apropiada, incluidos los datos estadísticos y de investigación, para que se puedan formular y aplicar políticas” que se apliquen a los derechos reconocidos en la convención. Para cumplir con estos requisitos, los Estados deben recopilar datos que estén desglosados no solo por sexo y edad, sino también por discapacidad. Según el artículo 31, los Estados también están obligados a difundir esos datos y hacerlos accesibles a las personas con discapacidad para garantizar el papel de dichas personas en la supervisión de los Estados. El artículo 31, junto con los principios generales y los artículos 6 (Mujeres con Discapacidad) y 7 (Niños con Discapacidad), requieren que los datos sean sensibles al género y la edad, lo que significa que los datos pueden desglosarse a fin de garantizar que las mujeres y niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad puedan acceder a sus derechos en pie de igualdad con los demás. Un informe de 2017 del Secretario General de la ONU señala que «el desglose de datos por discapacidad, sexo y edad es indispensable para comprender la situación de las mujeres y niñas con discapacidad e informar de las políticas para asegurar su inclusión social»⁵⁷².

En 2016, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Programa de Estudios Demográficos y de Salud y el Washington Group con sus estadísticas sobre discapacidad, publicaron un módulo sobre la discapacidad en los estudios demográficos y de salud. El módulo se inserta de manera sencilla en cuestionarios a hogares para recabar datos de todas las personas en el hogar mayores de cinco años en seis dominios funcionales clave: vista, audición, comunicación, conocimiento, andar y cuidado personal. El módulo tiene una versión piloto que se está llevando a cabo en Angola, Haití, Sudáfrica, Timor-Leste y Uganda, con resultados potencialmente prometedores⁵⁷³.

// V. PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA VIOLENCIA HACIA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN CRISIS HUMANITARIAS

En su Recomendación General núm. 32 sobre las dimensiones del estado de refugiado, el asilo, la nacionalidad y la apatridia en relación con el género, el Comité para la Erradicación de la Discriminación contra la Mujer reconoció: “Desplazamientos derivados de conflictos armados, persecuciones relacionadas con el género y otras violaciones graves de los derechos humanos que afectan a las mujeres

agravan los desafíos existentes para la erradicación de la discriminación hacia la mujer”⁵⁷⁴. Como se ha señalado en el Capítulo 1 de este informe, los jóvenes con discapacidad que son refugiados o migrantes, o que viven en circunstancias vulnerables corren un riesgo sustancialmente mayor de violencia que otros. Varias organizaciones y gobiernos han estado trabajando juntos para responder a las necesidades de poblaciones particularmente vulnerables en contextos humanitarios. La Comisión de Mujeres Refugiadas (WRC, por sus siglas en inglés) ha sido una influyente defensora de las mujeres y niñas con discapacidad en entornos humanitarios, generando la investigación necesaria y proponiendo estrategias para los proveedores de servicios. Un ejemplo de estrategia prometedora desarrollada en Rusia se detalla en el cuadro de texto a continuación.

INCORPORACIÓN DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD EN LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO PARA REFUGIADOS EN RUSIA

Los Estados, las ONG y las organizaciones internacionales abordan cada vez más la violencia de género dentro de las poblaciones de refugiados. Los refugiados con discapacidades, especialmente las adolescentes y las mujeres jóvenes, corren un mayor riesgo de violencia, pero también es menos probable que sean incluidas en los esfuerzos para abordar la violencia en los campos de refugiados y otros entornos humanitarios. El Comité Internacional de Rescate (IRC, por sus siglas en inglés) y la WRC estudiaron recientemente este tema y pusieron a prueba proyectos de inclusión para identificar prácticas positivas que los Estados y las organizaciones podían implementar para garantizar que los refugiados con discapacidades accedieran a servicios de prevención y respuesta a la violencia de género en igualdad de condiciones con los demás.

Hay una gran cantidad de refugiados que viven en toda la región del Cáucaso septentrional de la Federación de Rusia. El IRC y la WRC se asociaron con la Red de Mujeres de Chechenia para implementar la inclusión de la discapacidad dentro de la programación de la violencia de género de la red. Esta colaboración se basó en un enfoque integral para abordar la violencia de género que incluía identificar las necesidades y evaluar las barreras a las que se enfrentan las mujeres y niñas con discapacidad, capacitar a mujeres con discapacidades como capacitadoras de concienciación sobre la violencia de género, coordinar la defensa para su inclusión en servicios de prevención y respuesta a la violencia de género, compartir herramientas de comunicación diseñadas para acomodar tipos de impedimentos específicos, y coordinación de talleres de planificación de acciones. Las actividades específicas incluyeron la asociación con mujeres de la Sociedad de Personas Discapacitadas de toda Rusia para asegurar la participación de las mujeres con discapacidad desde el comienzo del

proyecto, desarrollando un manual para los cuidadores de niños con discapacidad, sensibilizando a través de una actuación inclusiva de discapacidad encabezada por un cantante checheno, y el desarrollo de redes de iguales inclusivos mediante la celebración de eventos sociales que unieron a adolescentes y mujeres jóvenes con discapacidad con mujeres y niñas sin discapacidad⁵⁷⁵.

Uno de los resultados más importantes del proyecto de inclusión de la discapacidad fue concienciar a los profesionales de prevención y respuesta a la violencia de género y al servicio de refugiados que no habían tenido experiencia trabajando con mujeres y niñas con discapacidad. Por ejemplo, un médico hizo declaraciones sobre lo que había aprendido a través de su participación en el proyecto de colaboración: "Nunca hubiera pensado que podríamos hacer algo en un grupo mixto (niñas con y sin discapacidades), y ahora veo que es posible y aceptable, además la gente lo necesita"⁵⁷⁶.

Este proyecto representa un ejemplo de prácticas positivas que utilizan un enfoque transversal para la inclusión de la discapacidad en los servicios para los refugiados. Las principales organizaciones de refugiados y mujeres se reunieron en asociación con una OPD para abordar las barreras que encuentran las personas con discapacidad al acceder a los servicios de prevención y respuesta a la violencia de género que ya se estaban implementando para los refugiados en el área. El proyecto también incluye varias actividades específicas para discapacitados dirigidas a abordar las necesidades y vulnerabilidades concretas de las personas con discapacidades, como desarrollar un manual que eduque a los cuidadores de niños con discapacidades acerca de los derechos de sus hijos y los servicios disponibles.

// VI. CONCLUSIÓN

Este Capítulo se ha centrado en los pasos prometedores que los Estados han dado para prevenir y responder a la violencia hacia los jóvenes con discapacidades, especialmente las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad. Como se ha señalado anteriormente, casi todos estos pasos se han asociado y, a menudo, se llevan a cabo gracias a la promoción y al impulso de las OSC y los agentes no estatales. A lo largo de este Capítulo, se ha argumentado que los Estados, como responsables, deben asumir la responsabilidad de garantizar que los jóvenes con discapacidad puedan vivir sin violencia. Una de las principales prioridades de la acción estatal para lograr este objetivo es abordar las normas y estereotipos que promueven las desigualdades de género y permiten la discriminación de género contra los jóvenes con discapacidades. Para garantizar que las personas jóvenes con discapacidad reciban las mismas protecciones contra la violencia que sus compañeros sin discapacidades, las leyes, políticas y programas que abordan la violencia de

género y la violencia contra la mujer deben reconocer explícitamente las múltiples formas de discriminación a las que los jóvenes con discapacidades, especialmente las jóvenes y niñas con discapacidad, se someten de forma rutinaria, y describen estrategias claras para atacar esas formas de violencia, al tiempo que brindan apoyo a las personas en riesgo de violencia o que han sido víctimas de ella. Eso incluye la integración de los jóvenes con discapacidad en todas las políticas y programas destinados a promover la igualdad de género y responder a la violencia de género. Integrar a los jóvenes y la discapacidad incluye dos conceptos de servicio importantes para garantizar que los servicios no solo sean accesibles, sino también inclusivos desde la perspectiva de los titulares de los derechos previstos: los jóvenes con discapacidad. El siguiente Capítulo se centrará en el acceso y el ejercicio de la SDR para jóvenes con discapacidad. Al igual que con la prevención y la respuesta a la violencia de género, garantizar la inclusión de los jóvenes con discapacidad en los programas y servicios básicos de la SDR es un paso esencial.

// CAPÍTULO 5

**HACER REALIDAD
LA SALUD Y
LOS DERECHOS
SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS
PARA LOS JÓVENES
CON DISCAPACIDAD**

// I. INTRODUCCIÓN

Todas las personas tienen derecho a decidir cuándo mantener una relación sexual y con quién, cuándo y si se casan, y si y cuándo ser padres. También deben contar con los conocimientos y los medios para protegerse de las infecciones de transmisión sexual y vivir una vida sexual sana y completa. Las investigaciones muestran que los jóvenes con discapacidad tienen los mismos intereses y preocupaciones con respecto a la sexualidad, las relaciones y la identidad que sus pares y participan en actividades y conductas sexuales similares, pero tienen menos acceso a los medios para tener vidas sexuales saludables y satisfactorias.

Se enfrentan a numerosos obstáculos para el logro de estos derechos. Los conceptos erróneos acerca de la discapacidad y la sexualidad, las leyes y políticas discriminatorias y unos servicios inaccesibles o insensibles pueden impedir que los jóvenes con discapacidad gocen plenamente de su salud y derechos sexuales y reproductivos.

- Los estudios muestran que los adolescentes con discapacidad se sienten socialmente aislados y carecen de confianza social y la autoestima sexual⁵⁷⁷. Los padres, maestros y proveedores de atención sanitaria informan sentirse nerviosos, poco formados y poco seguros a la hora de hablar de sexualidad con niños y adolescentes con discapacidad, especialmente con niños y adolescentes con discapacidad intelectual, lo que hace menos probable que los niños con discapacidad reciban la información necesaria acerca de la pubertad y la sexualidad⁵⁷⁸.
- Los jóvenes con discapacidad se ha descubierto que tienen pocos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, y las niñas y las mujeres jóvenes son las que menos saben⁵⁷⁹. Las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad no se considera que necesiten información sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos ni se considera que sean capaces de tomar

sus propias decisiones sobre su vida sexual y reproductiva, lo que hace que tengan más riesgo de sufrir abuso sexual, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual⁵⁸⁰.

- Bajos niveles de educación sexual, incluida educación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sobre la transmisión y prevención de infecciones de transmisión sexual, pueden conducir a comportamientos sexuales de riesgo. Los estudios han mostrado que los adolescentes con discapacidad muestran un bajo nivel de uso de anticonceptivos y preservativos, pero participan en sexo casual y sexo transaccional y tienen múltiples parejas durante su vida⁵⁸¹. La evidencia indica que los jóvenes con discapacidad tienen un riesgo igual o mayor de contraer enfermedades de transmisión sexual que los jóvenes sin discapacidad, pero las pruebas de VIH son inferiores entre los jóvenes con discapacidad⁵⁸².
- Los jóvenes con discapacidad también informan de bajos niveles de acceso a servicios de planificación familiar y salud reproductiva. En un estudio realizado en la India, sólo el 22 por ciento de las mujeres con discapacidad reportó haber visitado periódicamente a un ginecólogo⁵⁸³ y, en Uganda, el 77 por ciento de las mujeres sexualmente activas con discapacidad entre 15 y 25 años que participó en un estudio reportó no haber usado nunca ningún método anticonceptivo⁵⁸⁴.

Este Capítulo se centra en la forma en que los Estados pueden promover el acceso y el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos entre los jóvenes con discapacidad. Se inicia a partir de la premisa reconocida en los marcos internacionales tratados en el Capítulo 3 de que la salud y los derechos sexuales y reproductivos nunca deben considerarse aparte de los demás derechos humanos. Más bien, la SDSR deben entenderse como un elemento fundamental de un marco integrado de los derechos humanos. La realización de la SDSR obliga necesariamente a los Estados a cumplir sus

obligaciones con respecto a otros derechos, como el derecho a la educación, al empleo y a la salud⁵⁸⁵.

La sexualidad y la discapacidad no pueden dejarse en manos de la ley; son temas tan sensibles que necesitan un enfoque más amplio y sistémico.

–Nidhi Goyal, activista sobre derechos de género y discapacidad

Este enfoque integrado reconoce que asegurar que los jóvenes con discapacidad tienen acceso a los derechos humanos, incluida una educación de alta calidad u oportunidades económicas, promueve su capacidad para ejercer sus derechos a la salud sexual y reproductiva. Una educación de calidad ayuda a los jóvenes con discapacidad a leer y comprender la información sobre SDRS presentada en las campañas de sensibilización pública u ofrecida por los proveedores de atención sanitaria.

SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD ENTRE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN MADRID Y QUITO⁵⁸⁶

En las entrevistas con jóvenes con discapacidad⁵⁸⁷ en Madrid, España, y en Quito, Ecuador, los jóvenes con discapacidad hablaron de cómo aprendieron acerca del sexo, cuándo pasaron a ser sexualmente activos y de los cambios que les gustaría ver en la educación sobre salud sexual y reproductiva. Entre los entrevistados en España, todos eran sexualmente activos y lo habían sido desde su adolescencia. Su educación formal sobre sexualidad y reproducción era escasa y normalmente no se iniciaba hasta la edad de 14 a 15 años, momento en el cual todos habían participado en alguna conducta sexual. Un joven no habla de sexo con su madre hasta los 18 años, mucho después de haber pasado a ser sexualmente activo. Algunos habían participado en prácticas de riesgo, que reconocieron, pero no se sentían cómodos hablando de estas prácticas con sus proveedores de atención sanitaria.

La mayoría de los participantes aprendió sobre sexo y sexualidad en la televisión, internet, a través de los amigos y en los sitios de las redes sociales en línea, y no toda la información que recibieron era correcta. Algunos en España habían tenido experiencias con líneas telefónicas para jóvenes que ofrecían asesoramiento sobre planificación familiar pero dijeron que había pocos lugares a los que podían ir a hablar con alguien con conocimientos sobre servicios de planificación familiar. Ninguno de ellos había recibido formación o información sobre la violencia de género, incluyendo cómo reconocerla, prevenirla o responder ante ella.

En Ecuador, los jóvenes con discapacidad habían tenido experiencias similares. Los miembros de un club de deportes informaron que nunca nadie les había hablado acerca de la sexualidad y las personas con discapacidad. No habían recibido ninguna educación sexual formal hasta la enseñanza secundaria y, entonces, era muy general y no incluía ninguna mención a las personas con discapacidad. Según ellos, «Lo que sé es gracias a internet».

Los padres de niños con discapacidad que participaban en un grupo de interés reconocieron que no habían pensado en hablar con sus hijos sobre sexo. Una madre en Quito dijo: «Este es un tema

tabú, incluso para las personas jóvenes sin discapacidad. Para mis hijos, [el sexo] es abstracto. Así, nunca lo consideramos una posibilidad».

Algunos proveedores de servicios de SDSR en España informaron de que la calidad de la educación sexual en los colegios depende de los proveedores y que, en muchos casos, la información transmitida es breve y básica. La educación sexual para las personas con discapacidad y sus familias es muy limitada y normalmente informal. Según una OPD nacional que trabaja con jóvenes con deficiencias intelectuales, es difícil encontrar información sobre educación sexual, apoyo o servicios para la salud materna o sexual para personas con discapacidad intelectual y, cuando se encuentra, suele no estar adaptada a sus necesidades.

Los entrevistados en Madrid abogaron por iniciar la educación sexual mucho antes de los 14 años para que los jóvenes tengan la información que necesitan cuando sus cuerpos comienzan a cambiar. También recomendaron que la información sobre sexualidad y discapacidad esté fácilmente disponible para los padres de niños con discapacidad y dar a los padres las herramientas para hablar de sexo con sus hijos. La información acerca de la sexualidad también debe ser accesible para los jóvenes con diferentes tipos de discapacidad, especialmente para aquellas personas con discapacidad intelectual, y debe difundirse ampliamente entre los proveedores de servicios de SDSR y OPD. Los representantes de OPD y proveedores de servicios de SDSR abogaron por una mayor colaboración y un foro nacional con el que poder compartir información y aprender mutuamente de sus actividades, iniciativas y programas.

Entre los jóvenes entrevistados, los que trabajan y viven en Madrid se dieron cuenta de que tenían acceso a más recursos que los jóvenes con discapacidad que estaban más aislados, especialmente los de comunidades rurales. Para llegar a estos jóvenes, pidieron una campaña nacional para promover la educación y compartir ampliamente la información sobre salud sexual y reproductiva entre todos los jóvenes, especialmente aquellos con discapacidad.

Cuando los jóvenes con discapacidad pueden ejercer sus derechos humanos sobre la misma base que las personas jóvenes sin discapacidad, son más propensos a convertirse en miembros activos, comprometidos y productivos en sus comunidades de manera que todos se beneficien. Asegurar la realización de la SDSR en jóvenes con discapacidad avanza así en todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, asegurando que los jóvenes con discapacidad puedan ejercer su voluntad en la toma de decisiones sobre sus propias vidas y ejercer libre y plenamente sus derechos humanos igual que los demás⁵⁸⁸.

Dado el método de planificación familiar que he conseguido, tengo más libertad para ir donde quiero ir, ya que ya no estoy embarazada constantemente y puedo superar el temor a quedar embarazada nuevamente . . . Lo primero en relación al trabajo, es que he presentado una solicitud para trabajar en una fábrica. También me he inscrito en un sistema de aprendizaje alternativo . . . y puedo graduarme del colegio . . . tras la [iniciativa que mejora el conocimiento y el acceso a la SDSR], han surgido muchas oportunidades.

Participante femenina en el grupo de acción de participación en el proyecto –W-DARE, Quezon City, Filipinas⁵⁸⁹

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Este Capítulo comienza con una discusión sobre las normas internacionales aplicables a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y continúa con una revisión de las estrategias nacionales para alcanzar esos derechos para los jóvenes con discapacidad. Al igual que en el Capítulo 4 de este informe, cada sección incluye estudios de caso para ilustrar ciertas medidas que han tomado los Estados para avanzar en SDR para jóvenes con discapacidad. Las estrategias discutidas abarcan desde la adopción de un entorno jurídico favorable a través de la aprobación de leyes que garanticen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, incluidos los jóvenes con discapacidad, a directivas políticas que incorporen las necesidades de los jóvenes con discapacidad. También incluyen intervenciones programáticas directas tales como ofrecer educación integral en sexualidad; ofrecer acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos servicios de salud maternal, servicios de

planificación familiar y métodos anticonceptivos, la inclusión en políticas y programas sobre el VIH y el SIDA y las ETS y la elaboración de estrategias de responsabilidad y recogida de datos para asegurar un control e implementación efectivas de los compromisos estatales.

Muchas de las iniciativas descritas son el producto de alianzas con la sociedad civil, y reflejan la coordinación de servicios con múltiples interesados, que de por sí es una buena práctica. Cada una es reconocida como un único paso en un proceso más amplio, interdependiente para lograr los derechos de los jóvenes con discapacidad. Para que los gobiernos garanticen que los jóvenes con discapacidad puedan disfrutar de sus derechos y libertades, sobre la misma base que las personas jóvenes sin discapacidad, deben adoptar un enfoque global que informe e involucre a los interesados de múltiples sectores, incluidos los jóvenes con discapacidad. Los pasos hacia ese compromiso se detallan a continuación⁵⁹⁰.

PUNTOS CLAVE

- El **Programa de Acción de la CIPD** afirma que los jóvenes con discapacidad tienen derecho a recibir, en igualdad de condiciones con los demás, como mínimo, servicios de anticonceptivos, acceso al aborto seguro cuando no vaya contra la ley, atención sanitaria para la maternidad, y prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, como servicios necesarios para la salud sexual.
- Los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes y las adolescentes, afrontan **desigualdades persistentes en el acceso y disfrute de la SDR** que se ven agravadas por la discriminación por motivos de edad, género, discapacidad y otras identidades y características, tales como la pobreza, la raza y el origen étnico, la pertenencia a un grupo indígena, casta y así sucesivamente.
- Los Estados deberían adoptar un **enfoque global** que asegure tanto **la igualdad formal y sustantiva entre los jóvenes con discapacidad en el disfrute de la SDR** mediante la **incorporación** de los jóvenes con discapacidad en todas las leyes, políticas y programas de SDR y el desarrollo, **cuando proceda, de programas específicos** que aborden las barreras más importantes a la SDR para los jóvenes con discapacidad.

- Las **estrategias prometedoras** para que los Estados garanticen de manera eficaz la SDR a los jóvenes con discapacidad incluyen:
 - **Asociarse con organizaciones de la sociedad civil** que representen a los jóvenes con discapacidad en el desarrollo de políticas y programas sobre SDR;
 - **Concienciar** sobre los derechos de los jóvenes con discapacidad dentro del gobierno y entre los proveedores de servicios;
 - **Garantizar el acceso y la inclusión en los programas de SDR**, ya que la mayoría de los jóvenes con discapacidad pueden y deben beneficiarse de los mismos programas de SDR que la población en general;
 - **Abordar la inclusión en las políticas, leyes y presupuestos relacionados con SDR** en los niveles nacional y local, asegurando que incluyan a los jóvenes y a las personas con discapacidad; y
 - **Construir una base de evidencias** recabando y difundiendo continuamente datos de las investigaciones sobre SDR entre los jóvenes con discapacidad.
- Asegurar que los jóvenes tengan acceso a y estén incluidos en una **educación integral en sexualidad** basada en los derechos humanos, que aborda la igualdad de género, es completa y científicamente exacta, se imparte en entornos seguros y saludables, enlaza a servicios integrales, se enseña usando métodos participativos, refuerza la defensa de la juventud y el compromiso cívico, tiene en cuenta cada cultura y llega a través de sectores formales e informales.
- **Todas las intervenciones programáticas sobre SDR deberían tener en cuenta a los jóvenes y la discapacidad** para garantizar que sean accesibles, aceptables, equitativos, adecuados y eficaces para los jóvenes con discapacidad.
- Los Estados deben **reunir datos de manera que se incluya a la discapacidad, el género y la edad** permitiendo a los investigadores desagregar según la condición de discapacidad, género, edad y otras características e identidades adecuadas para identificar claramente las brechas y desigualdades entre los distintos grupos.

MISMOS DERECHOS A LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

La desigualdad es un fuerte predictor de la mala salud, incluida la salud sexual⁵⁹¹. Se manifiesta en el acceso diferente a los servicios y recursos sanitarios, la capacidad para participar en la formulación de leyes y políticas y la capacidad de buscar soluciones en el caso de abusos o violaciones de derechos. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que todas las personas con discapacidad sean reconocidas como iguales, con los mismos derechos y libertades fundamentales que las personas sin discapacidad, incluso con respecto a su vida sexual y reproductiva.

Lograr este objetivo para los jóvenes con discapacidad no sólo requiere la eliminación de las leyes y reglamentos discriminatorios y la garantía de la igualdad como una cuestión de derecho (igualdad formal), sino también la atención a las distintas necesidades de los jóvenes con discapacidad. Este último concepto se refiere a una igualdad sustantiva que reconoce que incluso las políticas y prácticas que satisfacen las necesidades de la mayoría de los titulares de derechos pueden, sin embargo, no abordar las necesidades específicas de los grupos marginados⁵⁹².

La igualdad sustantiva con respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos requiere el reconocimiento de que las personas jóvenes con discapacidad deben poder disfrutar no sólo de la misma variedad y calidad de servicios de salud sexual y reproductiva que sus pares sin discapacidad, sino también de aquellos servicios que necesiten específicamente debido a su discapacidad. También requiere adaptaciones razonables cuando sea necesario para permitir que los jóvenes con discapacidad puedan acceder plenamente a los servicios de salud sexual y reproductiva sobre una base de igualdad. Las adaptaciones podrían incluir asegurar instalaciones físicamente accesibles, información accesible y disponible en formatos apropiados para su edad, y apoyo adecuado para los jóvenes con discapacidad según su edad para que puedan tomar decisiones acerca de su salud. La igualdad sustantiva también exige que la atención sanitaria se ofrezca a los jóvenes con discapacidad de una manera digna y respetuosa que no discrimine a las personas jóvenes con discapacidad o perpetúe su marginación⁵⁹³.

II. NORMAS Y ESTÁNDARES MUNDIALES SOBRE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y LA INCLUSIÓN DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Hay también un firme marco internacional que reconoce la importancia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para la realización de los derechos humanos en general y el logro del desarrollo sostenible. El derecho a la salud sexual y reproductiva es un componente esencial del derecho a la salud reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 12), en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Art.

12), en la Convención sobre los Derechos del Niño (Arts. 17, 23 a 25, y 27), y en la CDPD (Arts. 23 y 25), pero también es indivisible de otros derechos humanos, incluidos los derechos a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona y los derechos a la privacidad, la no discriminación y la igualdad⁵⁹⁴.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en particular, afirma el derecho de todas las personas con discapacidad a tomar decisiones por sí mismas sobre salud sexual y reproductiva, de manera libre y sin coacción (Arts. 12 y 25). Prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidad en todos los aspectos de sus vidas, incluso en asuntos relativos al matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones y protege los derechos de las personas con discapacidad a tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, así como a decidir libremente sobre el momento y la distancia entre sus hijos (Art. 23). La CDPD insta a los Estados a respetar la dignidad y la humanidad de las personas con discapacidad, incluyendo la



realidad de que las personas con discapacidad son seres sexuales de la misma manera que sus compañeros sin discapacidad, y obliga a los Estados a garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios asequibles y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva (Art. 25).

Los pasos para el logro de estos derechos se expusieron y acordaron primero en el Programa de Acción de la CIPD en 1994, y se han reforzado y ampliado desde entonces. Al igual que con la realización de todos los derechos humanos, la realización de la SDR en los jóvenes con discapacidad exige a los Estados, como portadores de deberes, respetar, proteger y cumplir los derechos de las personas jóvenes a una salud sexual y reproductiva, independientemente de las normas sociales, políticas o culturales que puedan prevalecer en el plano nacional⁵⁹⁵. La acción del Estado debe satisfacer los principios fundamentales de los derechos humanos de igualdad, no discriminación, participación, inclusión, responsabilidad y estado de derecho para garantizar que los derechos de los jóvenes con discapacidad sean reconocidos y respetados.

Esto exige que los Estados:

- No actúen de una manera que interfiera en el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluidos los derechos a casarse y a formar una familia. Los Estados no deben restringir el acceso a los métodos anticonceptivos, negar o tergiversar la información sanitaria, o utilizar o autorizar prácticas médicas coercitivas.
- Tomen medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos por parte de las personas con discapacidad e impongan sanciones por la violación de estos derechos. La legislación nacional debe garantizar la igualdad de acceso a los cuidados de salud, requerir que los proveedores de atención sanitaria cumplan con las normas de derechos humanos, y proteger a las personas de creencias y prácticas no favorables a los derechos humanos.

- Adopten las medidas legislativas, presupuestarias, administrativas y judiciales necesarias para lograr la realización plena de los derechos humanos, incluidos los de salud sexual y reproductiva, entre los jóvenes con discapacidad. Los Estados deben velar para que los procesos de toma de decisiones sean transparentes y haya información acerca de sus derechos disponible para los titulares de derechos en formatos accesibles⁵⁹⁶.

La ejecución de planes, políticas y programas que apoyen la SDR entre los jóvenes con discapacidad debe considerar no sólo lo que exige la ley, sino también lo que requieren las necesidades de los jóvenes con discapacidad. Unos derechos formales para lograr un acceso igual a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva no significarán mucho si esos servicios no son accesibles por los jóvenes con discapacidad en la práctica, son de baja calidad o son demasiado costosos para que ellos los paguen, o si los proveedores de atención sanitaria no son respetuosos o no están dispuestos a proporcionar a esos jóvenes los cuidados necesarios. De forma similar, si los jóvenes con discapacidad no conocen sus derechos o no tienen los medios para realizarlos, las garantías formales de no discriminación tendrán poco efecto.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. No solo son una parte integral del derecho a la salud, sino que son necesarios para poder disfrutar de otros muchos derechos humanos ... Así, la salud y derechos sexuales y reproductivos son universales e inalienables, indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí»⁵⁹⁷.

–Catalina Devandas-Aguilas, Reportera Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

A pesar de la obligación de los Estados de respetar, proteger y cumplir con la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes con discapacidad, todavía existen numerosas lagunas.

Las revisiones sobre el progreso del Programa de Acción de la CIPD han identificado:

- Desigualdades en el acceso y disfrute de la SDSR, educación e información, y a las mujeres y adolescentes más pobres, incluidos los que viven en zonas rurales, se les negó con mayor frecuencia el acceso a esos servicios;
- Una mala calidad persistente de los servicios de salud sexual y reproductiva que distan mucho de las normas de derechos humanos y de las normas médicas y de salud pública; y
- Una ausencia de mecanismos de rendición de cuentas para supervisar y corregir las desigualdades en el acceso a servicios o para hacer seguimiento de la calidad de los servicios disponible⁵⁹⁸.

Para los jóvenes con discapacidad, las desigualdades en el acceso a los servicios se ven a menudo agravadas por las actitudes discriminatorias y el estigma en torno a la discapacidad. Estos hacen que estas personas jóvenes no se tengan en cuenta en

las campañas públicas para promover la salud sexual y reproductiva, incluidas las campañas de educación sobre el riesgo de VIH/SIDA y otras ETS, se les niegue información acerca de la sexualidad y la reproducción a disposición de los jóvenes sin discapacidad, no puedan comunicarse con los proveedores de servicios de salud al no estar suficientemente capacitados para atender las necesidades de las personas jóvenes con discapacidad, y se les niegue el derecho a mantener su propia fertilidad frente a la coacción o la intervención a la fuerza en su vida reproductiva. Un estudio sobre las experiencias de personas sordas que intentaban acceder a servicios de salud sexual y reproductiva en Ghana descubrió que las barreras de comunicación, la ignorancia acerca de la sordera, las actitudes hacia las personas sordas, el analfabetismo entre las personas sordas, la ausencia de privacidad y confidencialidad en los centros de salud, el tiempo limitado para la consulta, la ausencia o mala calidad de intérpretes de lenguaje de signos, y la falta de confianza, todo se combinaba para desalentar a las personas con discapacidad a buscar los servicios de salud sexual y reproductiva necesarios y les negaba el acceso a información de alta calidad y precisa acerca de su salud sexual y reproductiva⁵⁹⁹.



EL MARCO DAAC SOBRE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

La salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes con discapacidad deben evaluarse desde múltiples perspectivas. Un marco para hacerlo es el marco DAAC. DAAC significa disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Este marco basado en derechos ha sido utilizado en todo el sistema de las Naciones Unidas y en los sistemas mundiales de desarrollo y de salud más amplios, que después se aplican a una amplia variedad de cuestiones, incluida la evaluación de las instalaciones sanitarias, bienes y servicios para la inclusión de las personas con discapacidad. Este marco basado en los derechos se ha utilizado en todo el Sistema de las Naciones Unidas y se ha aplicado a diversos asuntos, incluida la evaluación de instalaciones de salud, bienes y servicios para la inclusión de personas con discapacidad⁶⁰⁰. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CESCR por sus siglas en inglés) ha determinado cuatro componentes normativos del derecho a la salud y todos los determinantes subyacentes de la salud⁶⁰¹. Estas normas se han adaptado a los jóvenes con discapacidad de la siguiente manera:

- **Disponibilidad:** Disponibilidad de un número adecuado de instalaciones, servicios, bienes y programas de atención sanitaria para ofrecer a la población la mayor variedad posible de atención en materia de salud sexual y reproductiva. Esto incluye asegurar la disponibilidad de instalaciones, bienes y servicios para garantizar los factores subyacentes de la realización del derecho a la salud sexual y reproductiva, como agua limpia potable y un saneamiento adecuado, hospitales y clínicas.

Asegurar la disponibilidad de personal médico y personal profesional y proveedores cualificados que están capacitados para prestar toda la variedad de servicios de salud sexual y reproductiva es un componente esencial del derecho a la salud⁶⁰². Además, los medicamentos esenciales deben estar disponibles, incluyendo una amplia gama de métodos anticonceptivos, como condones y anticonceptivos de emergencia, medicamentos para abortos seguros y atención post-aborto independientemente de si el aborto es legal, y medicamentos, incluidos medicamentos genéricos, para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH⁶⁰³, junto con medicamentos esenciales que salvan vidas y productos para garantizar la supervivencia y salud materna y de los recién nacidos.

La indisponibilidad de bienes y servicios por políticas o prácticas con una base ideológica, tales como una negativa a prestar servicios basada en la conciencia, no debe ser un obstáculo para el acceso a los servicios; debe haber disponible un número suficiente de proveedores de atención sanitaria dispuestos y capaces de prestar tales servicios en todo momento, tanto en el ámbito público como en el privado y a una distancia geográfica razonable⁶⁰⁴.

- **Accesibilidad:** Las instalaciones sanitarias, bienes, información y servicios relacionados con la atención a la salud sexual y reproductiva deben ser accesibles a todas las personas y grupos, sin discriminación ni obstáculos, para que las personas necesitadas puedan recibir información y servicios a tiempo y basados en evidencias. La accesibilidad incluye la accesibilidad física, asequibilidad y accesibilidad de la información.
- **Aceptabilidad:** Todas las instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva deben respetar la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades y ser sensibles al género, la edad, la discapacidad, la diversidad sexual y los requisitos del ciclo de vida. Sin embargo, esto no puede utilizarse para justificar la negativa a proporcionar instalaciones adaptadas, bienes, información y servicios a grupos específicos.
- **Calidad:** Las instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva deben ser de buena calidad, lo que significa que deben tener una base científica y ser científicamente adecuados y estar actualizados. Esto requiere de personal entrenado y capacitado y medicamentos y equipos científicamente aprobados y medicamentos no caducados. El fracaso o la negativa a la hora de incorporar los avances tecnológicos e innovaciones en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, como medicamentos para el aborto, cuando no vaya en contra de la ley⁶⁰⁵, técnicas de reproducción asistida y avances en el tratamiento del VIH y el SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, junto con las intervenciones para prevenir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, pone en peligro la calidad de la atención.

EL MARCO DAAC SOBRE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD



Nota: Un texto alternativo para la infografía está disponible como un anexo [aquí](#).

Fuente: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). *Observación general N° 22 sobre el Derecho a la salud sexual y reproductiva (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*.

El Marco DAAC proporciona un marco basado en los derechos humanos a través del cual los Estados y proveedores de servicios de salud, entre otros, pueden valorar y evaluar las políticas y las intervenciones programáticas. Aplicación del marco DAAC requiere necesariamente la sensibilidad a las necesidades y características particulares de quienes tienen acceso a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, ya que lo que resulta aceptable para una mujer de 40 años es probable que no sea igual a lo que es aceptable para una niña de 10 años de edad⁶⁰⁶.

El Marco DAAC puede utilizarse para identificar y vigilar todas las prácticas estatales en materia de SDRS desde la perspectiva de acceso e igualdad de oportunidades para los jóvenes con discapacidad.

DEFINICIONES CLAVE

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, junto con la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para poder conseguir y mantener la salud sexual, los derechos reproductivos de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.

La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de toda la vida; abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad se ve influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, jurídicos, históricos, religiosos y espirituales.

La salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas son capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir si, cuándo y con qué frecuencia.

Los derechos reproductivos incluyen el derecho de todos los hombres y mujeres a estar informados y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación familiar de su elección junto con otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén en contra de la ley y el derecho de acceso a servicios de atención sanitaria adecuados que permitirán que las mujeres vivan un embarazo y parto seguros y que ofrecerá a las parejas las mejores posibilidades de tener un bebé sano.

Los servicios de salud reproductiva son el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y el bienestar mediante la prevención y la solución de los problemas de salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Fuente: OMS, *Sexual health, human rights and the law*, 2015; Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994)

Realizar plenamente los derechos articulados en el Programa de Acción de la CIPD, la Plataforma de Acción y Declaración de Beijing, la DETFDCM, la CDN, el PIDESC y la CDPD, junto con la Agenda de Desarrollo Sostenible para 2030, requiere que los Estados cumplan sus compromisos de

respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de los jóvenes con discapacidad en todas sus dimensiones. Las siguientes secciones describen pasos prometedores que están dando los Estados para satisfacer sus obligaciones y cumplir con los derechos de los jóvenes con discapacidad.

// III. ESTRATEGIAS NACIONALES E INICIATIVAS REGIONALES PROMETEDORAS PARA ASEGURAR LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Reconocer que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son vitales para la capacidad de los jóvenes con discapacidad de alcanzar su pleno potencial, en las siguientes secciones se describen medidas prometedoras de los Estados para avanzar en esos derechos e incorporar nuevas orientaciones para los formuladores de políticas, proveedores de servicios y las partes interesadas pertinentes.

AMPLIO MARCO JURÍDICO BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS

La obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos, incluido el derecho al disfrute del grado de salud más alto posible, obliga a los Estados a que sus leyes, normativas y políticas cumplan con las normas internacionales y regionales sobre derechos humanos⁶⁰⁷. Esto requiere tanto la eliminación de todas las leyes y reglamentos que restringen el libre acceso de los jóvenes con discapacidad a los servicios de salud sexual y reproductiva⁶⁰⁸ como la adopción de leyes y reglamentos que apoyen los derechos de los jóvenes con discapacidad a disfrutar libremente de una vida sexual satisfactoria y alcanzar la salud sexual y reproductiva.

Las leyes importan porque establecen las reglas de la sociedad y pueden proporcionar el marco para la aplicación de las políticas, programas y servicios relacionados con la

salud sexual. Pueden proporcionar garantías, pero también pueden crear limitaciones⁶⁰⁹.

Las barreras concretas para lograr la salud y los derechos sexuales y reproductivos que la regulación legal puede eliminar son las siguientes⁶¹⁰:

- **La discriminación por motivos de edad.** En muchos países, los adolescentes menores de 18 años no están autorizados a dar su consentimiento a tratamientos de salud sexual o reproductiva por sí mismos y las normas sociales prohíben las relaciones sexuales prematrimoniales, lo que dificulta que los jóvenes puedan recibir los servicios necesarios. Los Estados están obligados por los derechos humanos internacionales y las leyes regionales a garantizar la disponibilidad de asesoramiento y consejos médicos y su accesibilidad para todos los adolescentes, independientemente de su edad, estado civil, sexo o discapacidad. También deben reconocer los derechos de los adolescentes, incluidos los adolescentes con discapacidad, a tomar una mayor responsabilidad en las decisiones sobre su salud y garantizar los derechos de los adolescentes a dar o negar su consentimiento para un tratamiento⁶¹¹.
- **La discriminación por motivos de estado civil.** En algunos países, las leyes y políticas restringen el acceso a anticonceptivos y otros servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres casadas y requieren el consentimiento del marido, antes de permitir el tratamiento. Las leyes nacionales deben eliminar todas las restricciones que impiden el acceso de las mujeres y los jóvenes a los servicios de salud y asegurar que todas las mujeres, incluidas las mujeres jóvenes con discapacidad, tengan acceso a los servicios de salud reproductiva y anticonceptivos.
- **La discriminación por motivos de discapacidad.** Todas las personas con discapacidad deben recibir la misma variedad, calidad y estándar de atención sanitaria asequible que las personas sin discapacidad, incluso en relación con su

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA REGIONAL PARA AUMENTAR EL ACCESO A LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL⁶¹²

En octubre de 2017, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y UKaid (a través del Departamento de Reino Unido para el Desarrollo Internacional) introdujeron las Directrices regionales estratégicas como herramienta para los encargados de formular políticas y defensores para guiar la planificación, programación y recursos para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes con discapacidad en África oriental y meridional. Las Directrices regionales estratégicas adoptan una teoría del cambio que hará que los jóvenes con discapacidad puedan tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y ser libres para disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos, con una mayor voluntad y autonomía, reduciendo la vulnerabilidad y el riesgo.

Las principales recomendaciones son las siguientes:

- Los gobiernos deben garantizar que las personas jóvenes con discapacidad estén representadas en las principales respuestas a SDSR, el VIH, la violencia de género, la protección social y el desarrollo económico, además de abordar las necesidades en materia de SDSR de los jóvenes con discapacidad en programas centrados en la discapacidad.
- Los derechos de los jóvenes con discapacidad deben incorporarse en todas las organizaciones pertinentes de la sociedad civil, tales como organizaciones de derechos de la mujer y organizaciones de derechos humanos, y a través de varios sectores, como los sectores de la salud, la educación, el trabajo, las infraestructuras y la justicia.
- La mano de obra relevante, tales como los proveedores de atención sanitaria y educadores debe estar capacitada y sensibilizada acerca de las necesidades de los jóvenes con discapacidad, como parte de los esfuerzos existentes para capacitar a los proveedores sobre servicios para jóvenes y educación integral en sexualidad. Los gobiernos deberían tratar de capacitar y lograr la participación de las personas con discapacidad para ser parte de la fuerza de trabajo y que presten servicios a jóvenes con discapacidad.
- Los gobiernos y las partes interesadas deberían elaborar materiales que ayuden a evaluar la prestación de servicios. Estos pueden incluir listas de verificación y criterios para evaluar si las clínicas ofrecen servicios e información accesibles a los jóvenes con discapacidad, para identificar los «puntos negros» donde no hay servicios destinados a jóvenes y a discapacitados y para orientar el apoyo financiero y técnico a las áreas de mayor necesidad.

La orientación estratégica regional ofrece un punto de partida para los gobiernos y las partes interesadas para formular y evaluar planes de acción nacionales para garantizar que las personas jóvenes con discapacidad estén totalmente incluidas en las políticas y programas nacionales y regionales y no estén en riesgo de quedar a la zaga.

salud sexual y reproductiva. Las leyes nacionales pueden asegurar que los servicios de salud

se ofrezcan en lugares accesibles y que la información de salud esté disponible en formatos

accesibles para todos los tipos de discapacidad, incluidos los invidentes y sordos y personas con discapacidad intelectual. Los jóvenes con discapacidad deben tener acceso al apoyo que puedan necesitar para tomar decisiones por sí mismos sobre su salud sexual y reproductiva.

- **Disponibilidad y calidad de las instalaciones de salud y los proveedores.** Algunos países tienen leyes que restringen quién puede prestar determinados servicios, incluyendo aquellos para los cuales enfermeras, matronas y otros pueden tener formación competente. Allí donde hay pocos médicos cualificados, las leyes nacionales pueden permitir diferentes niveles de proveedores competentes y debidamente formados para que presten los servicios reproductivos necesarios.
- **Garantizar la privacidad y confidencialidad.** El derecho a la intimidad y a la confidencialidad protege a las personas jóvenes, especialmente los jóvenes con discapacidad, de las injerencias en las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Las protecciones de la privacidad pueden alentar a los jóvenes con discapacidad a buscar servicios de salud sexual y reproductiva sin correr el riesgo de intimidación o coacción por parte de los cuidadores o los miembros de la familia y la comunidad.
- **Fomentar la adopción de decisiones informadas.** Las leyes nacionales deben proteger a los jóvenes con discapacidad de la presión, la coerción o la fuerza con respecto a las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y deben asegurarse de que tienen suficiente información disponible, en formatos accesibles, para permitirles tomar decisiones libremente y sin ninguna influencia indebida. Las políticas o prácticas que permitan censurar, ocultar o tergiversar deliberadamente la información acerca de la salud sexual o reproductiva deben eliminarse.
- **Personal de atención sanitaria cualificado.** Las leyes y reglamentos nacionales pueden garantizar

que todos los proveedores de atención sanitaria estén adecuadamente capacitados para prestar servicios a poblaciones relevantes, incluidos jóvenes con discapacidad. Los proveedores de servicios de salud que no están familiarizados con los distintos tipos de discapacidad y no están formados en la comunicación con jóvenes con discapacidad pueden no ser capaces o pueden ser reacios a prestar la atención sanitaria adecuada. Los Estados están obligados a garantizar la formación adecuada y el apoyo de los proveedores de servicios de salud para permitir una atención calificada para todos, incluidos los jóvenes con discapacidad.

- **La discriminación por motivos de VIH.** Algunos países han penalizado la transmisión o exposición al VIH, lo que puede impedir el acceso a los servicios sanitarios a jóvenes con discapacidades que hayan dado positivo en él y eso contribuye a las actitudes discriminatorias. En algunos lugares, las mujeres que viven con el VIH denuncian haber sido esterilizadas sin su consentimiento como medio para prevenir la transmisión de madre a hijo. Las leyes nacionales pueden evitar que el estado del VIH se utilice como base para un trato diferenciado o una negación de servicios de salud.

Esta es una lista no exhaustiva de los ámbitos en los que la regulación legal puede ser más eficaz a la hora de promover el acceso de los jóvenes con discapacidad a los servicios de salud sexual y reproductiva necesarios. Se basa en las obligaciones contenidas en los instrumentos internacionales y regionales comentados extensamente en el Capítulo 3, que comprometen a los Estados a respetar, proteger y cumplir los derechos de los jóvenes con discapacidad, sobre la misma base que lo hacen con otros.

Muchos Estados han actuado sobre la base de estos compromisos. El derecho a la atención sanitaria está incorporado en muchas constituciones nacionales y otras leyes⁶¹³, y los Estados han tomado medidas

para garantizar el cumplimiento de determinados derechos, como el derecho a la anticoncepción. La nueva Ley de la India sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada en diciembre de 2016, reconoce los derechos a que las personas con discapacidad tengan acceso a información sobre reproducción y planificación familiar y prohíbe expresamente cualquier procedimiento que restrinja o elimine la fertilidad de una persona con discapacidad sin un consentimiento libre e informado⁶¹⁴. También reconoce el derecho de los niños con discapacidad a expresar libremente sus opiniones sobre los asuntos que les afectan y prohíbe el trato discriminatorio de las mujeres y los niños con discapacidad⁶¹⁵. La ley pide apoyo financiero para las mujeres con discapacidad que optan por tener hijos y requiere un «acceso libre de barreras a todas las partes de los hospitales públicos y privados y otras instituciones y centros de salud»⁶¹⁶. Por último, obliga al gobierno y a las autoridades locales a tomar medidas activas para promover la salud sexual y reproductiva entre las mujeres con discapacidad⁶¹⁷.

En Portugal, la Constitución garantiza el derecho a la planificación familiar y la legislación nacional exige que los preservativos estén disponibles en las escuelas, debido a su importancia en la prevención del VIH y las ETS y que todos los hospitales que presten atención obstétrica o ginecológica en el servicio nacional de salud ofrezcan asesoramiento sobre planificación familiar y anticonceptivos gratuitos⁶¹⁸.

El principio de no discriminación también es ampliamente reconocido. La Constitución de Mozambique prohíbe la discriminación contra los niños con discapacidad y la legislación nacional ofrece protecciones para las personas con discapacidad que viven con el VIH/SIDA y garantiza el derecho de los niños con discapacidad a la educación⁶¹⁹. La Ley sobre personas con discapacidad 14 de 2003 de Kenya, establece la igualdad de derechos y oportunidades para las personas con discapacidad en Kenya, y la Política Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes, analizada en detalle a continuación, reconoce las necesidades especiales y los derechos de

los jóvenes con discapacidad. La actual Constitución de Egipto, aprobada en 2014, reconoce la igualdad de derechos de las personas con discapacidad, incluido el derecho a la salud, y obliga al Estado a prestar servicios de atención sanitaria de calidad e integrales, accesibles para todos, incluidas las personas con discapacidad. La Constitución de Marruecos asimismo reconoce el principio de igualdad, incluso para las personas con discapacidad, y obliga al Estado a integrar a las personas con discapacidad en la vida social y civil y a facilitar el disfrute de esos derechos y libertades a todos.

Una reciente revisión del primer ciclo de presentación de informes con arreglo al mecanismo de Revisión Universal Periódica descubrió que los Estados han adoptado una serie de medidas adicionales para avanzar en SDSR en la legislación nacional⁶²⁰. Azerbaiyán aumentó la edad mínima para contraer matrimonio a los 18 años y penaliza el acto de obligar a las mujeres a contraer matrimonio y Cuba introdujo un currículo de educación sexual en todo el sistema nacional de educación para todos los niveles de la educación. Pakistán ha penalizado los matrimonios forzados, los matrimonios con niños y otras prácticas consuetudinarias que discriminan a las mujeres y las niñas, y en Turkmenistán, el Gobierno amplió la educación sobre prevención del VIH a jóvenes⁶²¹.

Como ya se indicó en el Capítulo 4, las leyes es más probable que se apliquen cuando están acompañadas por políticas y programas de implementación. En el plano regional, las estrategias adoptadas por los Estados miembros de la Unión Africana y los ministros de salud y educación en América Latina y el Caribe, afirman la importancia de la educación integral en sexualidad para realizar la SDSR y prevenir el VIH y las ETS, respectivamente⁶²². El Plan de Acción de Maputo de 2006 implementa el Marco de Política Continental de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, que dio lugar a mejoras significativas en ciertas áreas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo reducciones en la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad⁶²³.

Tanto Sudáfrica como Kenya han adoptado recientemente políticas nacionales para abordar el acceso a la salud sexual y reproductiva por los

jóvenes que incluye expresamente a los jóvenes con discapacidad. Las estrategias adoptadas se detallan en los cuadros de texto que aparecen a continuación.

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES (2015) - KENYA⁶²⁴

En parte en respuesta a los cambios demográficos que han aumentado rápidamente la población juvenil en Kenya, y en parte para responder a los cambios en su estructura de gobierno, el Gobierno de Kenya aprobó una nueva Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en 2015 para satisfacer las necesidades de los adolescentes. La política está diseñada para proporcionar orientación a los ministerios de gobierno y socios de desarrollo y respaldar un enfoque integrado que mejore la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y ayude a la realización de todo su potencial para contribuir al desarrollo.

Se basa en seis principios básicos:

- **El respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales**, incluidos el derecho a la vida, la dignidad humana, la igualdad y la libertad frente a la discriminación por motivos de género, edad, sexo, discapacidad, estado de salud, situación geográfica o creencias y prácticas sociales, culturales y religiosas.
- **La capacidad de respuesta a diferentes necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes** en la provisión de cuidados.
- **Provisión de información y servicios globales integrados [a adolescentes] sobre salud sexual y reproductiva** mediante enfoques variados y multirriesgos que sean eficaces y eficientes a la hora de llegar a los adolescentes con información y servicios.
- **El reconocimiento del importante papel que los padres, los tutores y las comunidades desempeñan** en la promoción de la SDR entre los adolescentes.
- **La participación de los adolescentes en la planificación, implementación, control y evaluación de los programas sobre SDR para adolescentes** para una aplicación eficaz del programa, promoción de colaboraciones y creación de canales de comunicación abiertos para la consecución de objetivos mutuos.
- **La utilización de intervenciones y programaciones basadas en evidencias.**

La política reconoce explícitamente los retos únicos que afrontan los jóvenes con discapacidad al acceder a los servicios de salud, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva y los riesgos relacionados con su salud sexual y reproductiva. Exige la provisión de servicios e información de salud sexual y reproductiva adaptados a las discapacidades; la recopilación y utilización de datos sobre adolescentes marginados para orientar la programación futura; el apoyo a los vínculos entre los programas de salud sexual y reproductiva y las oportunidades de ganarse la vida, especialmente para los adolescentes marginados; y el desarrollo de herramientas de datos que captan evidencias sobre los adolescentes con discapacidad.

ESTRATEGIA MARCO NACIONAL SOBRE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (2014-2019) - SUDÁFRICA⁶²⁵

La estrategia marco nacional de Sudáfrica sobre salud y derechos sexuales y reproductivos compromete a las partes interesadas a adoptar un enfoque variado y multirriesgos que aborde las necesidades de todos los adolescentes, incluidos los adolescentes con discapacidad. La estrategia marco establece cinco prioridades:

- El aumento de la coordinación, colaboración, intercambio de información y conocimientos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes entre las partes interesadas;
- El desarrollo de enfoques innovadores sobre información integral en materia de SDRS, educación y asesoramiento para adolescentes;
- El fortalecimiento de los servicios sobre salud y derechos sexuales y reproductivos y ayuda sobre distintos problemas de salud;
- La creación de redes de apoyo eficaces en la comunidad para adolescentes; y
- Formular revisiones basadas en evidencias de la legislación, las políticas, estrategias y directrices sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

Para abordar estas prioridades para los adolescentes con discapacidad, la estrategia marco se compromete a proporcionar «mensajes no conflictivos, sensibles al género, culturalmente apropiados y positivos sobre SDRS» a los adolescentes, incluyendo a aquellos con discapacidad; idear «medios de comunicación eficaces y adecuados sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes para adolescentes con discapacidad», especialmente en las zonas rurales; crear un sistema eficaz de redes de apoyo comunitario, en parte, trabajando con los padres y cuidadores de adolescentes con discapacidad en cómo apoyar las funciones y derechos en materia de salud reproductiva; y crear plataformas seguras que promuevan la igualdad de género y fomenten la socialización para reducir el estigma y los prejuicios discriminatorios.

La estrategia marco propone «inculcar un sistema de valores fundamentales [en adolescentes] que no se adscriba a los estereotipos de género u otros prejuicios sino que promueva y enfatice actitudes no discriminatorias, el respeto a la dignidad humana, la igualdad de género, la equidad de género [y] la recepción de derechos con responsabilidad, empatía y tolerancia» además de aumentar la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones informadas acerca de su SDRS y sentirse libres para acceder y disfrutar de SDRS, sin temor al estigma.

Confiere supervisión para la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los progresos de la estrategia marco en un comité interministerial que está respaldado por un comité técnico encargado de la presentación de informes periódicos sobre los progresos.

SERVICIOS E INTERVENCIONES PROGRAMÁTICAS

La igualdad sustantiva en salud sexual y reproductiva exige que los jóvenes con discapacidad no sólo tengan reconocimiento en las leyes y políticas nacionales de igual modo que sus pares sin discapacidad, sino también que tengan igual acceso a la misma información y servicios sobre salud sexual y reproductiva

disponible a sus pares, y a servicios que aborden sus necesidades específicas. Esto significa, como mínimo, que las políticas sobre SDRS dirigidas a adolescentes deben, de manera explícita, incluir la discapacidad, y las políticas sobre SDRS que incluyan a la discapacidad también deben estar dirigidas a adolescentes.

Para ayudar a cumplir estas obligaciones y objetivos relacionados con la salud y los derechos

LA DIVERSIDAD Y LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS⁶²⁶

A menudo se habla de los jóvenes como si fueran un grupo homogéneo, pero en realidad son una población diversa cuyas necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y deseos son complejos, cambiantes y variados. En el contexto de la programación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, «diversidad» suele hacer referencia a las distintas identidades (de género), expresiones, antecedentes y circunstancias de distintos grupos y personas de una población. En general, estas características influyen en lo que una persona (joven) necesita.

Las mujeres y las niñas con discapacidad se enfrentan a desafíos únicos con respecto a la gestión de la higiene menstrual, por ejemplo, y la necesidad de instalaciones de saneamiento adecuadas y educación, recursos y apoyo para gestionar su salud⁶²⁷. Análogamente, los jóvenes con deficiencias auditivas o que son sordos tienen necesidades de comunicación únicas que se ignoran con frecuencia en la formulación de políticas de SSR, el diseño de programas y la prestación de servicios⁶²⁸. Para que un programa tenga éxito, se deben reconocer y abordar las barreras de comunicación que pueden ser comunes a grupos con necesidades específicas⁶²⁹.

Pero **la diversidad sexual** es a menudo un aspecto que falta en las programaciones sobre SDRS. Los conceptos tradicionales de género se basan en la heterosexualidad y la refuerzan, por lo tanto, los jóvenes con discapacidad que identifican y expresan su género y sexualidad en formas que no encajan dentro de esta construcción suelen estar estigmatizados, marginados y discriminados sobre esta base, la cual, a su vez, puede restringir su autonomía y el acceso a servicios, programas y derechos.

Reconocer todas las formas de diversidad en la programación sobre SDRS es esencial para cumplir los derechos humanos de *todas* las personas jóvenes con discapacidad, especialmente los derechos a la igualdad y al disfrute del más alto nivel posible de salud.

sexuales y reproductivos según se indica en los marcos normativos, los Estados deben velar por que los jóvenes con discapacidad tengan acceso a un conjunto básico de servicios que incluye⁶³⁰:

- 1. Planificación familiar:** Acceso voluntario a métodos de planificación familiar y anticonceptivos modernos, incluidos anticonceptivos de emergencia, junto con asesoramiento sobre cómo utilizarlos de forma segura y eficaz.
- 2. Atención a la salud materna:** Acceso a los servicios de salud materna incluyendo atención prenatal y postnatal, asistencia al parto por parte de personal cualificado y acceso a una atención obstétrica de emergencia.
- 3. Aborto seguro:** Acceso a un aborto seguro, cuando no vaya contra la ley.
- 4. Atención posterior al aborto:** Acceso a atención postaborto, independientemente de si el aborto es legal.
- 5. Educación integral en sexualidad:** Acceso a una educación integral en sexualidad que incluya los aspectos cognoscitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad, incluyendo el equipar a niños y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les habiliten para: hacer realidad su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; pensar en cómo sus decisiones afectan a su propio bienestar y al de los demás; y comprender y asegurar la protección de sus derechos durante toda su vida. Esto incluye el acceso a información precisa e integral y educación sobre desarrollo humano, anatomía y salud reproductiva junto con información sobre anticoncepción, partos e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y métodos voluntarios para la prevención, el tratamiento y la atención.

6. Servicios de prevención y respuesta ante la violencia de género: Acceso a servicios de prevención y respuesta ante la violencia de género, incluidos servicios de rehabilitación para víctimas de la violencia, en línea con los estándares del Paquete de Servicios Esenciales de las Naciones Unidas para Mujeres y Niñas Objeto de Violencia.

7. Servicios de prevención y tratamiento de ITS: Acceso a medidas de prevención sobre las ITS, incluido el VIH/SIDA, junto con la detección y tratamiento y asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Todos los esfuerzos también deben estar alineados con los Estándares de la OMS para la Mejora de la Calidad del Cuidado de Niños y Jóvenes Adolescentes en Instalaciones Sanitarias⁶³¹, que describen lo que se espera para poder respetar los derechos de los niños incluida la garantía de que los servicios e instalaciones sanitarios sean adecuados para familias, adolescentes y niños; un cuidado clínico basado en pruebas; disponibilidad de equipos específicos para niños y adolescentes; y personal competente y bien formado. Las Normas Mundiales sobre la Calidad de los Servicios de Atención Sanitaria para Adolescentes⁶³², desarrolladas por la OMS y el Programa Conjunto de la ONU sobre VIH/Sida (ONUSIDA) también ofrecen un marco estándar para ayudar a los legisladores y planificadores de servicios sanitarios a la hora de mejorar la calidad de los servicios sanitarios para que a los adolescentes les resulte más sencillo recibir los servicios sanitarios que requieren para fomentar, proteger y mejorar su salud y bienestar.

Las siguientes secciones describen medidas prometedoras para garantizar que esos servicios estén disponibles y accesibles y sean aceptables y de alta calidad para los jóvenes con discapacidad. Los servicios relativos a la prevención y respuesta a la violencia de género se abordan en detalle en el Capítulo 4.

DIRECTRICES PARA PRESTAR SERVICIOS DE SDRS BASADOS EN DERECHOS Y QUE RESPONDAN AL GÉNERO A LAS PERSONAS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Women Enabled International (WEI) y el UNFPA han colaborado para preparar un conjunto de directrices detalladas para unos servicios de salud sexual y reproductiva inclusivos para mujeres y jóvenes con discapacidad. Las Directrices (que saldrán en el verano de 2018⁶³³) ofrecen acciones prácticas y concretas que los gobiernos, proveedores de servicios y otras partes interesadas pueden llevar a cabo para satisfacer las necesidades de los jóvenes con discapacidad. Las Directrices usan el Marco DAAC ya descrito como base y destacan elementos de acción concretos para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios en materia de SDRS y de prevención y respuesta ante la violencia de género.

Una muestra de las acciones recomendadas para los proveedores de servicios de SDRS incluye:

- Establecer protocolos sensibles a la discapacidad y directrices para las visitas de seguimiento con los proveedores de atención sanitaria, la gestión de los efectos secundarios de los medicamentos o tratamientos, y directrices de referencia para prestar asistencia adicional cuando sea necesario.
- Crear materiales informativos accesibles adaptados para jóvenes con diferentes tipos de discapacidades y adecuados para las diferentes edades que aborden los tipos de anticonceptivos y los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles y valoren la subvención de esos servicios para los jóvenes con discapacidad y bajos ingresos;
- Desarrollar campañas de sensibilización y materiales educativos para los cuidadores y los familiares de los jóvenes con discapacidad sobre la sexualidad entre los jóvenes con discapacidad, el uso de anticonceptivos y los servicios disponibles de salud sexual y reproductiva;
- Asegurar la disponibilidad de información sobre anticoncepción, bienes y servicios para hombres jóvenes y niños con discapacidad y mujeres jóvenes y niñas con discapacidad. Los hombres y los niños también deberían recibir información que les ayude a entender los derechos de las mujeres jóvenes y niñas adolescentes a usar anticonceptivos.

Las Directrices son integrales y se pueden usar para apoyar los programas que ofrezcan toda la gama completa de servicios en materia de salud sexual y reproductiva para los jóvenes con discapacidad, incluidos los servicios necesarios para las víctimas de violencia.

EDUCACIÓN INTEGRAL SOBRE LA SEXUALIDAD Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Los jóvenes con discapacidad tienen derecho a una educación sexual integral (ESI) en condiciones de

igualdad con los demás. La educación integral en sexualidad: se define como un enfoque basado en derechos y centrada en el género a la educación sobre sexualidad, ya sea dentro o fuera de los colegios, que busca equipar a niños y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y

valores que les habiliten para hacer realidad su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; pensar en cómo sus decisiones afectan a su propio bienestar y al de los demás; y comprender y asegurar la protección de sus derechos durante toda su vida⁶³⁴. La ESI es esencial para que todos los jóvenes tengan el conocimiento que necesitan para entender su sexualidad y tomar decisiones informadas sobre su propia salud y bienestar sexual y reproductivo y la salud y bienestar de sus parejas. La ESI también desempeña un papel vital a la hora de prevenir el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y a la hora de reducir el riesgo de embarazos no deseados y de actividades sexuales coercitivas o abusivas⁶³⁵.

La investigación ha revelado que los jóvenes con discapacidades tienen niveles bajos de educación sexual y poco conocimiento sobre SSR⁶³⁶. Las niñas con discapacidad suelen tener aún menos conocimientos que sus pares masculinos⁶³⁷. Las diferencias en los niveles de conocimiento han sido atribuidas a las diferencias en el tipo y gravedad de la discapacidad, siendo los jóvenes con discapacidad intelectual los que tienen el nivel más bajo⁶³⁸. En parte, esto se debe a la falta de inclusión de los jóvenes con discapacidad en las escuelas, donde se suele enseñar la ESI, y a las menores tasas de asistencia escolar entre los jóvenes con discapacidad, especialmente entre las niñas con discapacidad.

Solo un 5 por ciento de los niños con discapacidad completan su educación primaria⁶³⁹ y eso resulta en su exclusión de la educación sexual en los colegios y de los programas de concienciación sobre el VIH/SIDA. Cuando los niños con discapacidades se inscriben en el colegio, a menudo están en clases de educación especial donde la educación sexual no se incluye en el currículo⁶⁴⁰.

El UNFPA ha desarrollado unos principios básicos para los programas de ESI y materiales de información que requieren que todos esos

programas muestren respeto por los derechos humanos y la diversidad y afirmen la educación sexual como un derecho; promuevan habilidades de pensamiento crítico y respalden la participación de los jóvenes en la toma de decisiones y fortalezcan sus capacidades para ser ciudadanos activos y comprometidos; promuevan normas y actitudes que fomenten la igualdad de género y la inclusión; aborden la vulnerabilidad y la exclusión; refuercen la apropiación local y promuevan un enfoque de ciclo de vida positivo de la sexualidad⁶⁴¹.

Para garantizar que las personas jóvenes con discapacidad tengan acceso a la ESI, es importante para ofrecer programas de ESI en entornos ajenos a las escuelas, especialmente en entornos disponibles y que acojan a jóvenes con discapacidad, particularmente a niñas y mujeres jóvenes. El aislamiento social causado por la desorganización de las personas con discapacidad hace que sea difícil para algunos jóvenes con discapacidad participar en organizaciones juveniles, clubes deportivos, organizaciones basadas en la fe y otras iniciativas orientadas a la juventud, en las que proveedores de ESI se dirigen a menudo a los jóvenes sin discapacidad⁶⁴². Los proveedores de ESI también deben desarrollar estrategias para llegar a los jóvenes con discapacidad que están aislados en sus hogares, pero todavía tienen iguales derechos a la información y los servicios.

Los programas de ESI también deberían adaptarse a las necesidades de los jóvenes con discapacidad con distintos tipos de discapacidad. Las directrices del WEI/UNFPA recomiendan la creación de espacios pequeños, de apoyo y accesibles para permitir que los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, puedan sentirse cómodos hablando de temas que pueden ser delicados o embarazosos.

Las investigaciones han demostrado también que los padres, maestros y educadores son las fuentes preferidas de SDSR para la mayoría de los jóvenes⁶⁴³. Pero los padres de jóvenes

NUEVE COMPONENTES ESENCIALES DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL MODIFICADOS PARA JÓVENES CON DISCAPACIDAD

- **1 BASE EN LOS VALORES UNIVERSALES FUNDAMENTALES DE LOS DERECHOS HUMANOS, INCLUIDOS LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

La EIS puede utilizarse no sólo para promover la SDSR sino también para promover la igualdad de género y los derechos humanos de todas las personas. La EIS podrá presentar a los niños en edad escolar, adolescentes y jóvenes con y sin discapacidad las ideas de la igualdad de la discapacidad y los derechos humanos de las personas con discapacidad al mismo tiempo que aprenden acerca de la importancia del respeto a su sexualidad y la de otros, igualdad de género y derechos humanos.
- **2 IGUALDAD DE GÉNERO**

Para que la EIS sea eficaz y cumpla con los estándares internacionales, también debe promover la igualdad de género. Dado que la discapacidad a menudo exagera las desigualdades de género, la perspectiva de la discapacidad al examinar temas secundarios clave en materia de género es especialmente importante para que los participantes en EIS la reciban y la entiendan.
- **3 INFORMACIÓN CIENTÍFICAMENTE EXACTA Y EXHAUSTIVA**

Una información completa y precisa es esencial para que los jóvenes puedan disfrutar plenamente de su SDSR. Existen muchos conceptos erróneos acerca de la sexualidad y la discapacidad, incluidas las creencias sociales perjudiciales que conducen a la estigmatización y el aislamiento social. La EIS debe abordar las falsas creencias, como la creencia de que las personas con discapacidad son no sexuales, dentro de los contextos culturales apropiados.
- **4 UN ENTORNO DE APRENDIZAJE SEGURO, SALUDABLE Y QUE TENGAN EN CUENTA LAS DISCAPACIDADES**

Para que alguien participe plenamente en la EIS, debe tener un entorno de aprendizaje accesible, seguro y saludable. Las personas con discapacidad, especialmente los jóvenes con discapacidad, son a menudo víctimas de hostigamiento, discriminación e incluso violencia por parte tanto de profesores como de sus iguales. Por lo tanto, es especialmente importante que los educadores de EIS tengan fuertes políticas de inclusión de la discapacidad que dejen claro que no se tolerará ninguna forma de discriminación. Esto debería incluirse información para concienciar sobre la discapacidad a todos los participantes e interesados y políticas de supervisión que aseguren que los participantes con discapacidad tengan la capacidad para presentar informes confidenciales sobre discriminación y abusos.
- **5 VINCULACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y OTRAS INICIATIVAS QUE ABORDAN EL GÉNERO, LA DISCAPACIDAD, LA IGUALDAD, LA AUTONOMÍA Y EL ACCESO A ACTIVOS EDUCATIVOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS PARA JÓVENES**

Los programas de EIS deben vincularse a las iniciativas complementarias que respalden la SDSR específicamente y factores sociales más grandes que afectan a la SDSR de jóvenes con discapacidad. Al vincularlos a estas iniciativas, los programas de EIS deben asegurarse de incluir la discapacidad para que los jóvenes con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones. Las iniciativas complementarias podrían incluir programas para crear políticas de servicios de salud sexual dirigidos a los jóvenes, instalaciones de salud sexual accesibles para las personas con discapacidad, campañas de concienciación dirigidas a cambiar las normas de género perjudiciales y la inclusión de la SDSR en las leyes y políticas sobre discapacidad.
- **6 MÉTODOS PARTICIPATIVOS DE ENSEÑANZA PARA LA PERSONALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y REFUERZO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN, TOMA DE DECISIONES Y PENSAMIENTO CRÍTICO**

Los participantes en EIS deben aprender las habilidades necesarias para pensar profundamente en sus decisiones sexuales y ser capaces de comunicarse efectivamente con los demás. Los programas de EIS debe estar atentos al hecho de que muchos jóvenes con discapacidad pueden haber crecido en hogares sobreprotectores y pueden no haber desarrollado el mismo nivel de autonomía en la toma de decisiones que sus compañeros. Por lo tanto, los programas de EIS pueden querer desarrollar lecciones dirigidas a garantizar que las personas jóvenes con discapacidad puedan desarrollar plenamente estas habilidades, así como lecciones interactivas que incluyan a participantes con y sin discapacidad.
- **7 REFUERZO DE LA DEFENSA DE LA JUVENTUD Y PARTICIPACIÓN CÍVICA**

Los programas de EIS deben involucrar a las personas jóvenes con y sin discapacidad en el diseño de los programas y facilitar la participación de los jóvenes en las actividades de cambio social positivo, incluidas las campañas de sensibilización y promoción de SDSR. Incluir a los jóvenes con discapacidad en el diseño de actividades de programas ayudará a garantizar la inclusión de la perspectiva de la discapacidad en el plan de estudios y que todas las actividades de promoción y participación cívica incluyan la discapacidad. Los programas de EIS deberían también asegurar que todos los interlocutores de la sociedad civil tengan políticas de inclusión de la discapacidad y que las OPD, especialmente las que representan a las personas jóvenes, sean participantes de pleno derecho en el asesoramiento y evaluación de las políticas y los programas de la EIS.
- **8 RELEVANCIA CULTURAL EN LA LUCHA CONTRA LAS VIOLACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DESIGUALDAD DE GÉNERO Y DISCAPACIDAD**

Dado que las actitudes y creencias sobre el género y la discapacidad suelen estar muy incrustadas en las normas socioculturales, todos los programas de EIS deben desarrollarse de una manera culturalmente sensible, adhiriéndose a las normas internacionales. Deben tratar explícitamente mitos y conceptos erróneos acerca del género, la discapacidad y otros ejes de discriminación que existan en el contexto local. La participación de los interesados directos y otros familiarizados con el contexto local es fundamental para diseñar programas que promuevan los derechos humanos, la igualdad de género y la igualdad de la discapacidad en una forma culturalmente sensible para garantizar que estos conceptos sean entendidos, aceptados y resuenen.
- **9 ALCANCE A TRAVÉS DE LOS SECTORES FORMAL E INFORMAL Y DE DISTINTOS GRUPOS DE EDAD**

Los programas de EIS de éxito utilizan una información adecuada a la edad para involucrar a la juventud de todas las edades en una variedad de entornos, tanto en el colegio como fuera de él. Los programas de EIS también deben desarrollar estrategias para identificar e invitar a los jóvenes con discapacidad que están socialmente aislados y pueden no conocer o no sentirse cómodos asistiendo a EIS sin que se les anime específicamente y se intervenga de manera concreta, incluida la sensibilización de los padres y los demás participantes sobre EIS.

Nota: Un texto alternativo para la infografía está disponible como un anexo [aquí](#).

con discapacidad constantemente expresan un sentimiento de incompetencia o incomodidad al hablar con sus hijos acerca de sexualidad, lo que sugiere que existe una necesidad básica de que

los programas de formación estén dirigidos a los padres de niños y jóvenes con discapacidad y se les proporcionen herramientas para respaldar conversaciones abiertas con sus hijos⁶⁴⁴.

PROMOVER LA SEXUALIDAD POSITIVA ENTRE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD Y OTROS - ASOCIACIÓN SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD Y EL MINISTERIO DE SANIDAD ESPAÑOL⁶⁴⁵

El Ministerio de Sanidad español ha colaborado con la Asociación Sexualidad y Discapacidad para promover una sana vida sexual entre las personas con discapacidad, especialmente las personas con discapacidad intelectual. La Asociación Sexualidad y Discapacidad aboga por el reconocimiento de que la sexualidad es una parte importante de una vida plena y saludable para todas las personas, incluidas las personas con discapacidad y trabaja para contrarrestar las imágenes negativas de las personas con discapacidad como personas sin sexo. En resumen, trata específicamente de falsas creencias acerca de la sexualidad o la falta de la sexualidad de las personas con discapacidad. Lo hace no solo promoviendo la concienciación entre las personas con discapacidad de que la sexualidad debería de ser un aspecto positivo de su vida y es un derecho, sino también trabajando con los padres, los proveedores de atención sanitaria y otros.

En los centros apoyados por el Ministerio de Salud, el personal y los voluntarios de la Asociación Sexualidad y Discapacidad ofrecen formación a terapeutas, cuidadores, familiares y otros que trabajan con las personas con discapacidad sobre cómo ayudar a los jóvenes con discapacidad al experimentar la pubertad y ayudarles a lograr una vida sexual satisfactoria. El personal y los voluntarios también trabajan con los jóvenes con discapacidad en centros de atención y en las escuelas para promover una educación sobre la sexualidad positiva y la concienciación de modo que puedan comprender mejor los cambios físicos en sus cuerpos a medida que maduran y sean capaces de incluir vidas y relaciones sexuales saludables y satisfactorias.

La Asociación Sexualidad y Discapacidad publica una serie de materiales sobre sexualidad sana y discapacidad en formatos accesibles, incluyendo formatos de lenguaje simple para informar a las personas con discapacidad intelectual y ha desarrollado materiales educativos apropiados para todos los grupos de edad. También ofrece un curso de formación anual para los profesionales que se ha reproducido en los medios de comunicación españoles.

El Ministerio ha apoyado a la Asociación Sexualidad y Discapacidad en su trabajo desde al menos 2012 y ha facilitado la integración de la sexualidad positiva en la formación profesional y en conferencias relacionadas con la discapacidad. También ha respaldado el desarrollo de directrices y mejores prácticas para los terapeutas que trabajan con personas con discapacidad, incluyendo un innovador conjunto de directrices para la inclusión de la sexualidad en el cuidado y tratamiento de las personas que viven con enfermedades raras.



EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD PARA MUJERES Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD EN ASIA CENTRAL

Desde 2002, la Asociación de Mujeres con Discapacidad «Shyrak» ha promovido los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas con discapacidad a través de la educación sobre la sexualidad. Shyrak es una organización de personas con discapacidad fundada por mujeres con discapacidad en Almaty, Kazajstán, y lleva a cabo proyectos en toda Asia central. Shyrak es principalmente una organización de desarrollo que representa la voz de las mujeres y las niñas con discapacidad en la formulación de políticas. La presidenta de Shyrak también representa a las mujeres con discapacidad en el ámbito estatal como miembro del Consejo Nacional de Kazajstán sobre la discapacidad y la Comisión Nacional para Asuntos de la Mujer y asesora al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales sobre la inclusión de la discapacidad⁶⁴⁶.

A partir de 2002, Shyrak comenzó a implementar cursos de educación sexual dirigidos a las mujeres con discapacidad y a los padres de las niñas con discapacidad en cooperación con el Ministerio de Sanidad y el Departamento de Política Interna del gobierno municipal de Almaty. El proyecto «Pasos hacia la autosuficiencia y los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad» es un proyecto de educación sobre sexualidad que se centra en la discapacidad y está dirigido a las mujeres con discapacidad en Kazajstán. El proyecto «Pasos hacia la autosuficiencia» es un curso integral sobre sexualidad que comienza por elevar la conciencia sobre los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad, de manera que se vean a sí mismas como titulares de derechos humanos y desarrollen las habilidades y la confianza necesarias para reivindicar su derecho a servicios en materia de SSR. El curso tiene tres componentes para asegurar la sostenibilidad y un amplio alcance. En primer lugar, el curso interactivo abarca la salud psicológica, la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de las infecciones de transmisión sexual. En segundo lugar, se utiliza un modelo de formación a los educadores formando a mujeres con discapacidad para que puedan dirigir el curso ellas mismas, lo que permite a Shyrak capacitar a más mujeres con discapacidad al mismo tiempo en diferentes partes de Kazajstán y Asia central. Por último, el proyecto incluye también un curso de formación específico para los padres de las niñas con discapacidad que aborda los estereotipos negativos sobre las mujeres y las niñas con discapacidad y que trabaja para enseñar a los padres cómo fomentar un entorno doméstico positivo para sus hijos con discapacidad, ofrecerles las mismas oportunidades que otros niños y respetar el derecho de sus niñas con discapacidad a tomar sus propias decisiones, incluidas las decisiones sobre su SDR⁶⁴⁷.

En términos del enfoque de doble vía, Shyrak representa la segunda vía mediante la ejecución de una campaña de educación sobre sexualidad, específicamente dirigida a las mujeres y las niñas con discapacidad porque reconoce que las mujeres con discapacidad en Kazajstán a menudo son excluidas de la educación sobre sexualidad y por lo tanto se llega mejor a ellas a través de un enfoque específico. También destaca la importancia de la práctica del Estado con OPD al reconocer que las OPD tienen experiencia y pueden llegar de manera eficaz a los participantes con discapacidad. A través de la defensa y el papel de Shyrak como representante en los consejos nacionales y como asesor del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, Shyrak persigue también la primera vía del enfoque de doble vía, abogando por la incorporación de las mujeres y las niñas con discapacidad en

la legislación, las políticas y las iniciativas estatales promoviendo la SDR en general y la educación sexual de manera específica. También es importante apuntar que Shyrak aborda otras cuestiones que afectan al acceso y disfrute de la SDR de las mujeres y las niñas con discapacidad, incluyendo el empleo. Por ejemplo, Shyrak trabaja en cooperación con el Departamento de Empleo y Programas Sociales de la ciudad de Almaty para implementar una formación profesional y un proyecto de preparación al empleo entre las mujeres con discapacidad.

Se han desarrollado muchas herramientas y directrices sobre la implementación de políticas y programas de ESI entre los jóvenes, pero antes de las directrices de la WEI/UNFPA, pocas de esas herramientas y directrices estaban dirigidas específicamente al acceso y la inclusión de los jóvenes con discapacidad. Incluso en países donde se han implementado programas de

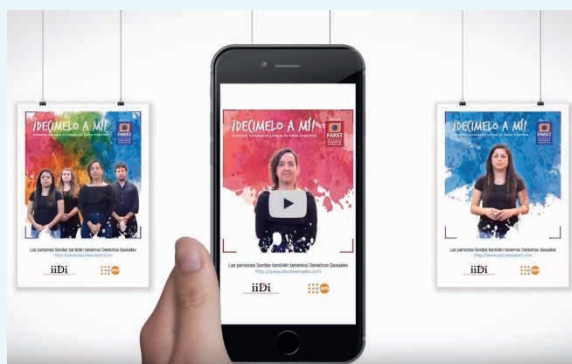
ESI, hay pocos datos existentes sobre cómo, o si, esos programas incluyen a los jóvenes con discapacidad. La Guía Técnica Internacional sobre la Educación Sexual⁶⁴⁸ es un recurso excelente sobre prácticas positivas en ESI. Se incluye un modelo para utilizar el enfoque de doble vía en el diseño de ESI con arreglo a las Directrices técnicas en el Anexo 3.

ASPECTO DESTACADO: ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Asegurar que las personas jóvenes con discapacidad posean un vocabulario y comprensión de la terminología y conceptos de SDR es un requisito previo para lograr la accesibilidad. Varias organizaciones están contratando activamente a jóvenes con discapacidad para crear materiales que detallen la terminología y los conceptos de SDR. Algunos ejemplos selectos incluyen⁶⁴⁹:

Argentina, Costa Rica y Uruguay: el Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo y el UNFPA

El proyecto del Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo y del UNFPA titulado *¡DECÍMELO A MÍ!* ha creado materiales accesibles para las personas con deficiencias auditivas. Los materiales incluyen carteles y postales que utilizan la realidad aumentada para



presentar la terminología y los conceptos de la SDR. Todos los materiales fueron desarrollados por jóvenes con deficiencias auditivas en Argentina, Costa Rica y Uruguay con el objetivo de reducir las desigualdades que existen en el acceso a la información sobre SDR.

Para más información, visite: <http://comosedice.hol.es/web/>.

Brasil: El Centro de Promoção de Saúde, CEDAPS, iiDi, Simbora Gente, Disque Saúde 136, Sistema Único de Saúde y el Gobierno Federal y el Ministério da Saúde

Algunas postales con idioma sencillo producidas durante el proyecto titulados 'caminhos da inclusão' (rutas de inclusión) transmiten mensajes directos sobre el sexo seguro y otra información sobre SDR. El ejemplo de la derecha dice: «El sexo es bueno, pero ha de ser seguro» en un lado y en el otro dice: «Prevenir el VIH/SIDA y otras ITS. Hablemos de ello».

Para más información, visite: <http://cedaps.org.br/projetos/caminhos-da-inclusao/>.



Rwanda: el Paraguas de Organizaciones de Personas con Discapacidad en la lucha contra el VIH/SIDA y por la Promoción de la Salud (UPHLS) y ONUSIDA

UPHLS es un paraguas de organizaciones de personas con discapacidad que se centra en la lucha contra el VIH/SIDA y en promover la salud general en Rwanda. En colaboración con ONUSIDA, UPHLS creó una guía en varios idiomas que explica cómo expresar en lenguaje de signos palabras y conceptos relacionados con el VIH/SIDA, la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva.

Para más información sobre UPHLS, visite: <http://www.uphls.org/>.



La tecnología proporciona una plataforma útil para llegar a los jóvenes con discapacidad, proporcionándoles tanto ESI de tipo general como la oportunidad de buscar información sobre la

discapacidad de manera privada. Para que sea accesible a las personas con discapacidad, sin embargo, los proveedores de ESI no sólo deben garantizar que todo el contenido tenga en cuenta

las distintas discapacidades y que el personal y los voluntarios hayan recibido formación sobre la inclusión de la discapacidad, sino que también esté accesible a través de internet y plataformas móviles. Las organizaciones que ofrecen ESI de estas maneras, deberían asegurarse de seguir las directrices sobre accesibilidad a las tecnologías móviles y web⁶⁵⁰. Seguir estas pautas asegura el uso de un lenguaje accesible y que la fuente, imágenes, etc., sean accesibles a todos los usuarios potenciales, incluyendo aquellos que utilizan

lectores de pantalla. Sin embargo, los proveedores de ESI deben ser conscientes de que las tecnologías móviles e internet a menudo no llegan a algunas de las poblaciones más marginadas, como las que viven en zonas rurales sin cobertura móvil o de internet, o a aquellos que no pueden costear sus propios teléfonos móviles o el uso de un cibercafé o aquellos que no tienen la alfabetización o el acceso a los servicios de comunicación necesarios para leer los mensajes SMS enviados con la información publicada en las páginas web⁶⁵¹.

UTILIZAR INTERNET PARA INCLUIR A LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN LA EDUCACIÓN SEXUAL⁶⁵²

Dos sitios web de la India están proporcionando educación sobre sexualidad a jóvenes con discapacidad de todo el mundo. Love Matters (lovematters.de) es una de las principales webs de educación sexual dirigida a todos los jóvenes. Sexuality and Disability (sexualityanddisability.org) es una web específica para personas con discapacidad que va especialmente dirigida a mujeres jóvenes con discapacidad. Ambos sitios fueron creados por organizaciones de la India y se centraban originalmente en ofrecer ESI a los jóvenes de la India y el Sur de Asia, pero ambos se han ganado al público de todo el mundo. Estas plataformas son particularmente importantes para ofrecer ESI a grupos excluidos de la ESI en las escuelas y fuera de los entornos escolares⁶⁵³. También proporcionan un foro para que todas las personas puedan hacer preguntas de forma anónima, garantizando así la confidencialidad de las discusiones y animando a la gente a hacer preguntas que les pueda dar vergüenza plantear cara a cara en un entorno público. En palabras de uno de los creadores de la web sexualityanddisability.org, el sitio web hace que los usuarios sientan que cuando hacen preguntas o participan en chats, pueden ser «ceranos y distantes al mismo tiempo», lo que significa que se sienten con derecho a hacer preguntas personales y, al mismo tiempo se sienten protegidos por su anonimato.

Love Matters es un sitio web basado en la India que ofrece educación sobre sexualidad en inglés y en hindi. El sitio web se describe a sí mismo como una página que ofrece información no maquillada y artículos sobre el amor, el sexo y las relaciones a los adultos jóvenes de todo el mundo y como un lugar para hablar de sexo con una actitud abierta, honesta y nada crítica. Incluye funciones interactivas como foros de discusión y abarca temas como el amor y las relaciones, nuestros cuerpos, el control de la natalidad, el matrimonio y el sexo seguro. Un área temática está dedicada a la Diversidad sexual y trata la orientación sexual, la diversidad de género, y el sexo y la discapacidad. Toda la información ofrecida en la web es científicamente precisa, libre de prejuicios y está en un lenguaje fácil de entender por los jóvenes.

La sección sobre sexo y discapacidad de Love Matters presenta a las personas con discapacidad como un grupo que la sociedad a menudo ignora, especialmente cuando se trata de sexo, «Pues tienen deseos como todos los demás». La página web después enlaza a artículos y foros de discusión como 'Myths Busted'; 'Talking about sexuality and disability' y 'Taking a position, a sex position', que incluyen recursos que ofrecen información sobre tener relaciones sexuales como una persona con una discapacidad o con una persona con discapacidad. Al incorporar la sección de sexo y discapacidad en el sitio web como una faceta de la diversidad, los usuarios sin discapacidad tienen fácil acceso a la información y es más probable que aumente su concienciación sobre la sexualidad de las personas con discapacidad.

SexualityAndDisability.org es también un sitio web basado en la India que proporciona educación sobre sexualidad. SexualityAndDisability.org se describe a sí mismo como un sitio web que parte de la premisa de que las mujeres con discapacidad son seres sexuales, al igual que cualquier otra mujer. Se puso en marcha en 2012 y se creó para ofrecer apoyo activo a las mujeres con discapacidad, a los defensores de los derechos de las personas con discapacidad y OPD y otros. De los 20 escritores y desarrolladores web, 15 son mujeres con discapacidad. El sitio web está en inglés, pero muchos de sus principales blogs e información han sido traducidos a otros idiomas, incluido el chino mandarín y el serbio, por OPD que lo descubrieron y decidieron poner su contenido a disposición de sus miembros.

SexualityAndDisability.org está organizado en torno a preguntas sobre el cuerpo, el sexo, las relaciones, la paternidad y la violencia. Cada pregunta se responde con precisión y se ofrecen recursos y enlaces adicionales en toda la web. Algunos de los materiales están dirigidos a los padres de niños con discapacidad con el fin específico de concienciarles y ofrecerles los recursos que necesitan para proveer un ambiente sano para el desarrollo de la sexualidad de su hijo. También hay una extensa sección de blog llamada «Voces» que permite a los usuarios del sitio web compartir sus propias experiencias o hacer preguntas y recibir respuestas sobre temas de su elección. También hay vídeos y audios y enlaces a talleres sobre sexualidad y discapacidad que se ofrecen en el sur de Asia.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPTIVOS PARA JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Los jóvenes con discapacidad participan en actividades sexuales de la misma manera que sus pares sin discapacidad y tienen las mismas preocupaciones, necesidades y derechos a la salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a los servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos. En todo el mundo, hay una

importante necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, se estima que 214 millones de mujeres en edad fértil de regiones en desarrollo no utilizan un método anticonceptivo moderno⁶⁵⁴. Para los jóvenes con discapacidad, el acceso a los anticonceptivos puede ser particularmente difícil, con importantes consecuencias. En un estudio realizado en Etiopía, un 35 por ciento de los jóvenes con discapacidad no utilizaron anticonceptivos en su primer encuentro sexual y el 63 por ciento había tenido por lo menos un embarazo no planificado⁶⁵⁵.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR 2020⁶⁵⁶

PF 2020 trabaja con los gobiernos, la sociedad civil, las organizaciones multilaterales, los donantes, el sector privado y la comunidad de investigación y desarrollo para apoyar el acceso a los anticonceptivos en todo el mundo. La iniciativa es el resultado de la Cumbre de Londres de 2012 sobre Planificación Familiar en la que más de 20 gobiernos se comprometieron a abordar la política, la financiación, la entrega y las barreras socioculturales para las mujeres que acceden a información, servicios y suministros de métodos anticonceptivos. Como parte de la cumbre, los donantes se comprometieron a aportar una suma adicional de 2.600 millones de USD de financiación. Los compromisos con la iniciativa han crecido desde entonces para incluir a 41 países y financiación específica para planificación familiar .

PF 2020 promueve el reconocimiento y la protección de los derechos humanos de mujeres y niñas, incluido el derecho a la no discriminación. Se trata de ofrecer políticas que garanticen la adecuada elección entre una amplia gama de métodos anticonceptivos, la integración de la planificación familiar en el marco de la continuidad en la atención médica a las mujeres y los niños, la equidad en las políticas y diseños y aplicaciones de programas y la eliminación de barreras para acceder a información, suministros y servicios asequibles y de alta calidad para la planificación familiar.

Fui a buscar métodos de planificación familiar a la clínica y las enfermeras me dijeron que el sexo no fue pensado para los minusválidos, por lo tanto no era necesario que yo recibiera métodos anticonceptivos.

–Mujer con una discapacidad, Zimbabwe⁶⁵⁷

La OMS inició una consulta mundial sobre la salud de los adolescentes, en respuesta a la evidencia de que los jóvenes no suelen buscar y utilizar los servicios de salud que están disponibles en sus comunidades. Es especialmente poco probable que los jóvenes busquen servicios de salud sexual y reproductiva. Esto sugiere que incluso cuando la atención sanitaria está disponible sin problemas, los jóvenes no la utilizan si el servicio no satisface sus necesidades únicas. Estas incluyen prestar los servicios en los lugares a los que los jóvenes tengan fácil acceso y que garanticen su privacidad. También incluyen asegurar que el personal esté formado para ser capaz de proporcionar un asesoramiento no crítico y que respete la confidencialidad. Como

parte de la consulta, la OMS realizó encuestas a adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años y a proveedores de atención primaria para evaluar cómo entienden los primeros la salud, sus prioridades en cuanto a los problemas de salud y las barreras que perciben a la hora de acceder y usar los servicios de salud. Basándose en parte en estos resultados, la OMS ha elaborado unas normas mundiales en materia de servicios de asistencia sanitaria de calidad para los adolescentes para que sirva como complemento al marco DAAC⁶⁵⁸.

Las normas adoptan un enfoque basado en los derechos humanos, reconociendo que *todos* los adolescentes tienen derecho a lo siguiente: una atención que sea considerada, respetuosa y no crítica y que respete las necesidades de los adolescentes y el derecho a la privacidad durante las consultas y los exámenes; la protección frente a agresiones físicas y verbales; la no discriminación en el acceso y la calidad de la atención, incluso en caso de discapacidad; y la participación en los procesos de atención⁶⁵⁹. Las normas especifican

que la participación de un adolescente en los cuidados debe respetarse, independientemente de si el adolescente tiene capacidad jurídica para tomar decisiones, indicando que «el juicio de un adulto de

los mejores intereses de un adolescente no puede anular la obligación a respetar todos los derechos de los adolescentes estipulados en la Convención sobre los Derechos del Niño»⁶⁶⁰.

NORMAS MUNDIALES SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA PARA ADOLESCENTES⁶⁶¹

Ocho estándares globales definen el nivel requerido de calidad en la prestación de servicios, como se muestra en la siguiente tabla. Cada norma refleja una faceta importante de unos servicios de calidad y para satisfacer las necesidades de *todos* los adolescentes, incluidos los adolescentes con discapacidad, deben cumplirse todas las normas de manera que se tenga en cuenta la discapacidad. Esto significa que como mínimo la información y los servicios descritos a continuación, como servicios de asesoramiento y atención, deben ofrecerse en formatos accesibles apropiados para todos los adolescentes con discapacidad, incluyendo aquellos con discapacidades intelectuales.

LA ALFABETIZACIÓN PARA LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES	Norma 1. El servicio de salud implementa sistemas para asegurar que los adolescentes estén bien informados sobre su propia salud y sepan dónde y cuándo obtener servicios de salud.
EL APOYO DE LA COMUNIDAD	Norma 2. El servicio de salud implementa sistemas para asegurar que los padres, tutores y otros miembros de la comunidad y organizaciones de la comunidad reconozcan el valor de proporcionar servicios de salud a los adolescentes y apoyen esa prestación y utilización de los servicios por los adolescentes.
UN PAQUETE APROPIADO DE SERVICIOS	Norma 3. El servicio de salud ofrece un paquete de información, asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y cuidados que satisface las necesidades de los adolescentes. Los servicios se prestan en las instalaciones y a través de la remisión de casos y la divulgación ⁶⁶² .
LAS COMPETENCIAS DE LOS PROVEEDORES	Norma 4. Los proveedores de atención sanitaria demuestran la competencia técnica necesaria para prestar servicios de salud eficaces a los adolescentes. Tanto los proveedores de atención sanitaria como el personal de apoyo respetan, protegen y cumplen los derechos de los adolescentes a la información, privacidad, confidencialidad, no discriminación, ausencia de prejuicios y respeto.
CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTALACIONES	Norma 5. El servicio de salud tiene un horario de funcionamiento amplio y un entorno limpio y acogedor y mantiene la privacidad y confidencialidad. Tiene los equipos, medicamentos, suministros y tecnologías necesarias para garantizar la eficacia de la prestación de servicios a los adolescentes.
EQUIDAD Y NO DISCRIMINACIÓN	Norma 6. El servicio de salud ofrece servicios de calidad a todos los adolescentes, independientemente de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, nivel de educación, origen étnico, orientación sexual u otras características.
LOS DATOS Y LA MEJORA DE LA CALIDAD	Norma 7. El servicio de salud recopila, analiza y utiliza los datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención, desglosados por edad y sexo, para fomentar la mejora de la calidad. El personal del servicio de salud recibe apoyo para participar en una continua mejora de la calidad.
LA PARTICIPACIÓN DE LOS ADOLESCENTES	Norma 8. Los adolescentes participan en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud, en las decisiones relativas a su propio cuidado y en determinados aspectos de la prestación de servicios.

Las normas ponen de relieve la necesidad de desarrollar los servicios no sólo desde la perspectiva de los jóvenes, sino también desde la perspectiva de los jóvenes con discapacidad. La investigación sobre las actitudes en torno a la planificación familiar del personal clínico y otros proveedores de SR ha demostrado que los proveedores de servicios sanitarios a menudo sobreprotegen e infantilizan a las personas con discapacidad. Esto no sólo se traduce en interacciones personales negativas entre los proveedores de servicios de SSR y las personas con discapacidad, y en una falta de confianza en los proveedores de servicios

de salud⁶⁶³ sino que también afecta al espacio, lo que resulta en que muchos servicios de SSR, incluyendo algunos que pueden considerarse, de otro modo, como destinados a adolescentes, no tengan en cuenta o apliquen políticas que promuevan la accesibilidad física, informativa y comunicativa⁶⁶⁴. Esto significa que cuando se evalúa la idoneidad de distintos lugares para los jóvenes, no solo se deben evaluar desde la perspectiva de su accesibilidad a los jóvenes en general sino también según su accesibilidad para los jóvenes con discapacidad.

LLEGAR A LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN NEPAL⁶⁶⁵

En 2015, Marie Stopes Nepal realizó un estudio para evaluar las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes con discapacidad en Nepal. El estudio encontró que sólo el 36 por ciento de los niños y hombres jóvenes y el 21 por ciento de las niñas y mujeres jóvenes tenían información suficiente acerca de la pubertad y la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia. Casi la mitad dijo que había participado en alguna actividad sexual en algún momento, y más de 1 de cada 3 de ellos se mantenían sexualmente activos pero que no utilizaban ningún método anticonceptivo. Más de la mitad de los encuestados dijo que los centros más cercanos para recibir servicios de SSR no estaban orientados a los jóvenes con discapacidad, que los proveedores de servicios tenían actitudes negativas o que no había intérpretes de lenguaje de signos, rampas o ascensores y que la información no estaba disponible en Braille. La mayoría dijo que prefería confiar en sus amigos para obtener información acerca de la sexualidad y la salud reproductiva.

En respuesta, en coordinación con el Gobierno de Nepal, Marie Stopes Nepal ha promovido la incorporación de servicios que tengan en cuenta la discapacidad en centros de servicios existentes que tienen en cuenta a los jóvenes y ha desarrollado información y materiales en múltiples formatos accesibles. Se han elaborado unas directrices para la inclusión de la discapacidad y se ha puesto en marcha un programa de capacitación para los proveedores de atención sanitaria y los voluntarios para sensibilizarles sobre las necesidades y dudas de los jóvenes con discapacidad. Los jóvenes con discapacidad también han sido contratados para actuar como «voluntarios espontáneos» y educadores de pares para promover la divulgación entre los jóvenes con discapacidad y alentar una mayor participación.

Según un informe de 2017, Marie Stopes Nepal ha generado más de 100 intervenciones en favor de los jóvenes con discapacidad desde julio de 2015.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SOBRE SU IDONEIDAD PARA ADOLESCENTES

La OMS y otros actores han desarrollado unas directrices claras sobre políticas en materia de servicios sanitarios dirigidos a adolescentes y su aplicación, incluyendo en 2012 el proyecto Convirtiendo los vicios sanitarios en servicios que tengan en cuenta a los adolescentes: desarrollar unas normas nacionales de calidad para servicios de salud dirigidos a adolescentes⁶⁶⁶ y las Normas Mundiales sobre la Calidad de los Servicios de Atención Sanitaria para Adolescentes de la OMS de 2015⁶⁶⁷.

En 2003, se desarrolló un recurso muy fácil de usar por adolescentes en colaboración con un proveedor de salud sexual y reproductiva, African Youth Alliance y Pathfinder International, Lista de comprobación de los servicios de salud sobre su idoneidad para los adolescentes⁶⁶⁸. A continuación figura una versión adaptada de dicha lista de comprobación. Cabe señalar que esta lista no incluye específicamente a jóvenes con discapacidad. Por lo tanto, la lista debe utilizarse en tándem con unas directrices que tengan en cuenta la discapacidad y se debe involucrar a los jóvenes con discapacidad en el uso de la lista de comprobación para que ofrezcan su perspectiva sobre muchos de los temas evaluados. Por ejemplo, a los jóvenes con discapacidad se les debe preguntar, de manera específica, si el lugar donde se prestan los servicios es accesible para ellos, si el personal de SSR les respeta y así sucesivamente.

CARACTERÍSTICAS		SÍ	NO
Características del servicio de salud			
1	¿Está el centro situado cerca de un lugar en que se reúnen adolescentes, hombres y mujeres? (centro de jóvenes, colegio, mercado, etc.)		
2	¿Está el centro abierto en un horario conveniente para los adolescentes, tanto hombres como mujeres (especialmente por las noches o en fines de semana)?		
3	¿Hay horarios o espacios específicos en la clínica para adolescentes?		
4	¿Se ofrecen gratuitamente los servicios sobre salud reproductiva o a precios asequibles para los adolescentes?		
5	¿Son cortos los tiempos de espera?		
6	Si adultos y adolescentes reciben tratamiento en el centro, ¿hay una entrada aparte, discreta, para garantizar la privacidad de los adolescentes?		
7	¿Permiten las consultas de asesoramiento y tratamiento la privacidad (visual y auditiva)?		
8	¿Hay un código de conducta para el personal en el centro de salud?		
9	¿Existe un mecanismo confidencial y transparente para que los adolescentes puedan presentar quejas o comentarios sobre los servicios de SSR en el centro?		
Características del proveedor			
1	¿Los proveedores han sido formados para prestar servicios adaptados a los adolescentes?		
2	¿Todo el personal ha recibido orientación para prestar servicios confidenciales adaptados a los adolescentes? (repcionistas, guardias de seguridad, limpiadores, etc.)		

CARACTERÍSTICAS		SÍ	NO
3	¿El personal demuestra respeto al interactuar con los adolescentes?		
4	¿Los proveedores garantizan la privacidad y la confidencialidad de los clientes?		
5	¿Los proveedores reservan tiempo suficiente para la interacción entre el cliente y el proveedor?		
6	¿Hay educadores o asesores pares disponibles?		
7	¿Se evalúa a los proveedores de servicios de salud mediante listas de verificación estándar de calidad?		
Características del programa			
1	¿Los adolescentes (hombres y mujeres) desempeñan un papel importante en el funcionamiento del centro de salud?		
2	¿Participan los adolescentes en el control de la calidad de la prestación de servicios de SSR?		
3	¿Se puede ver a los adolescentes en el centro sin el consentimiento de sus padres o cónyuges?		
4	¿Hay disponibles distintos servicios de salud reproductiva? (PF, tratamiento y prevención de ETS, asesoramiento y pruebas de VIH, atención prenatal y postparto, atención del parto)		
5	¿Existen directrices escritas para prestar servicios a adolescentes?		
6	¿Hay condones a disposición de hombres y mujeres jóvenes?		
7	¿Hay materiales, pósteres o ayudas de trabajo sobre educación en materia de salud reproductiva en el sitio diseñados para adolescentes?		
8	¿Hay mecanismos de derivación en el centro? (para emergencias médicas, de salud mental y apoyo psicosocial, etc.)		
9	¿Se supervisan los indicadores específicos de adolescentes de forma periódica? (por ejemplo, número de clientes adolescentes, desglosados por edad y sexo)		

Como ya hemos tratado, las directrices sobre servicios de SDR dirigidos a adolescentes deben usarse junto con directrices de inclusión de la discapacidad para asegurar que se evalúen los servicios desde las perspectivas de estar dirigidos a los jóvenes e incluir la discapacidad. Los jóvenes con discapacidad deben incluirse en cada paso de la planificación y evaluación para garantizar una igualdad sustantiva en los servicios. Los servicios que sean aceptables y eficaces para sus pares sin discapacidad pueden no ser aceptables o efectivos para los jóvenes con discapacidad sin alojamiento⁶⁶⁹. Todos los implicados en la SDR,

desde los más altos niveles del Ministerio de Salud Pública hasta el recepcionista que saluda a los jóvenes con discapacidad que atraviesan la puerta de un centro, han de ser conscientes de los derechos de los jóvenes con discapacidad, de las barreras que afrontan como grupo y de los métodos básicos para ofrecer acceso e inclusión. Utilizar un enfoque basado en la comunidad sobre la SDR es importante para desarrollar políticas y programas porque los miembros de la comunidad saben cuáles son sus necesidades y comprenden las cuestiones que influyen en su salud⁶⁷⁰.



AUMENTAR LAS CAPACIDADES PARA LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA PARA QUE INCLUYAN LA DISCAPACIDAD EN ETIOPÍA

Si bien ha habido avances significativos que obligan a la inclusión de los jóvenes con discapacidad en la SDSR mediante la adopción de las normas internacionales y la aprobación de leyes y políticas nacionales, hacer que esos derechos sean una realidad en los países en desarrollo ha sido mucho más difícil. Aunque existen muchas barreras universales que afrontan los jóvenes con discapacidad que desean acceder a SDSR, también existen muchas barreras específicas del contexto enraizadas en las culturas, economías y sistemas de servicios de SSR locales. Así, es necesario que los Estados y otros actores aumenten la capacidad de los proveedores de SSR para aplicar la inclusión de la discapacidad en el plano local. Los jóvenes con discapacidad deben participar plenamente en el desarrollo de esos recursos para garantizar que sus conocimientos, experiencias e intereses estén representados.

En 2010, el Centro de Etiopía para la Discapacidad y el Desarrollo y la Fundación Nia publicaron el Manual de recursos para los proveedores de servicios de planificación familiar y salud reproductiva para la inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de planificación familiar y salud reproductiva. El manual se ideó con el propósito específico de aumentar la capacidad de los proveedores de servicios de salud gubernamentales y no gubernamentales en Etiopía para prestar servicios de planificación familiar y salud reproductiva inclusivos. Tanto el Centro de Etiopía para la Discapacidad y el Desarrollo como la Fundación Nia son organizaciones no gubernamentales. El Centro de Etiopía para la Discapacidad y el Desarrollo, sin embargo, recibe ayuda de USAID y IrishAid, y la Fundación Nia está asociada con los Ministerios de Etiopía de Salud, Trabajo y Asuntos Sociales, Educación y de Asuntos sobre la Mujer y la Infancia. Según la CDPD, es una práctica positiva que los Estados respalden a las organizaciones de la sociedad civil que representan a las personas con discapacidad, como el Centro de Etiopía para la Discapacidad y el Desarrollo, a través de la cooperación internacional. También es una práctica positiva de los Estados que se asocien con organizaciones de la sociedad civil tales como la Nia Foundation, que puede proporcionar conocimientos en SDSR y discapacidad para desarrollar políticas y recursos que promuevan la inclusión de la discapacidad.

El Centro Etíope para la Discapacidad y el Desarrollo se fundó en 2005 con la misión de «trabajar en colaboración con otras organizaciones para promover y facilitar un desarrollo que tenga en cuenta la discapacidad en Etiopía - la inclusión de los temas de la discapacidad y de las personas con discapacidad en los principales programas de desarrollo y servicios gubernamentales y no gubernamentales». La organización ha implementado una única estructura organizativa que garantiza que al menos el 50 por ciento de la junta sean mujeres y el 50 por ciento de la junta sean personas con discapacidad⁶⁷¹. La Nia Foundation fue fundada en 2002 con la misión de «inspirar, potenciar y mejorar el bienestar integral de los niños, jóvenes y mujeres menos privilegiados, principalmente a través de la educación, la rehabilitación, la formación y la sensibilización, el diálogo y los foros de discusión, el emprendimiento y los programas de desarrollo del liderazgo». La

Nia Foundation se centra en el empoderamiento de adolescentes y jóvenes y utiliza una estrategia de asociación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Tres de sus principales áreas de programa son la concienciación sobre el autismo, la salud sexual y reproductiva y el empoderamiento de la mujer⁶⁷².

El Manual de recursos forma a los proveedores de servicios de SSR sobre discapacidad, las necesidades de SSR de las personas con discapacidad y las barreras que estas personas se encuentran al acceder a los servicios, los conceptos básicos y los componentes de una prestación de servicios de SSR que incluya la discapacidad y un enfoque individualizado para prestar servicios de SSR a las personas con discapacidad de acuerdo a sus necesidades. La capacitación también destaca las responsabilidades de Etiopía en virtud de la CDPD y una legislación que incluya la discapacidad de forma específica como las obligaciones estatales con las personas con discapacidad en virtud de la Constitución, la política nacional sobre discapacidad y los planes nacionales en materia de discapacidad y estrategias de programas en distintos ministerios nacionales y gobiernos regionales y municipales. La parte más importante del documento son, sin embargo, las instrucciones paso por paso para proveedores de SSR para integrar la discapacidad en todos sus servicios y desarrollar enfoques específicos para la discapacidad. Estas instrucciones incluyen preguntas específicas para evaluar la inclusión de la discapacidad en los programas de SDSR. Por ejemplo, el modelo de recurso ofrece preguntas directas y fáciles de entender para evaluar la incorporación de la discapacidad para los proveedores de servicios de salud reproductiva y planificación familiar a nivel local:

- Si se está mejorando la calidad de los servicios de salud, ¿ofrecen estos servicios la misma calidad de cuidados a las personas con discapacidad que a otros clientes? Si no, ¿qué debe hacerse?
- ¿Se están evaluando las instalaciones desde la perspectiva de las personas con discapacidad? ¿Han pensado en realizar adaptaciones para las personas con discapacidad tales como rampas, formatos gráficos o escritos de fácil comprensión para información, braille o intérpretes de lenguaje de signos, en función de las necesidades?
- ¿Están actualizando las políticas, normas y procedimientos desde la perspectiva de las personas con discapacidad? ¿Se refieren específicamente a las cuestiones de interés para las personas con discapacidad?
- ¿Están integrando sesiones relacionadas con la discapacidad en la formación previa a la prestación de servicios de médicos de salud reproductiva y planificación familiar, auxiliares médicos y otro personal?

El manual proporciona listas de verificación detalladas de medidas positivas y directivas específicas para los trabajadores de SSR, en particular funciones o realizar determinadas actividades. En el Anexo del Manual se ofrecen estándares de accesibilidad clave como estándares para rampas, umbrales, puertas, mesas y sillas y servicios especiales.

LOS JÓVENES APRENDEN QUE LA INACCESIBILIDAD Y LAS ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SON FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD MATERNA EN GHANA⁶⁷³

En 2015, Restless Development-UK se asoció con Youth Empowerment Ghana en su campaña Youth Power para movilizar a los jóvenes para responsabilizar a sus gobiernos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Youth Empowerment Ghana escogió el objetivo 3 de desarrollo sostenible sobre salud y bienestar y el 5 sobre igualdad de género. Concretamente, Youth Empowerment Ghana decidió investigar las causas y efectos de la mortalidad materna en la Ghana rural.

Youth Empowerment Ghana reunió a más de 40 partes interesadas en la mortalidad materna, incluidas mujeres jóvenes y adolescentes, madres, enfermeras y parteras tradicionales de las regiones de Ashanti y Brong-Ahofo. Aprendieron que tres cuartos de los partos en Ghana fueron atendidos por personal inexperto que era incapaz de gestionar las complicaciones durante el parto, lo que provocó numerosas muertes de madres y niños. A pesar de esto, más de la mitad de las madres que participaron en el estudio prefirieron recurrir a parteras tradicionales en lugar de a su centro de salud local. La razón de esta preferencia por los participantes del grupo de enfoque incluían la distancia geográfica y los costes de transporte en que tendrían que incurrir para acceder a centros de salud y las percepciones negativas de las actitudes del personal de los centros y sus conductas hacia sus pacientes.

Un participante del grupo de enfoque compartió una conmovedora historia acerca de una amiga que tenía un impedimento físico que afectaba a su movilidad. La participante explicó:

Mi amiga [con una discapacidad] tuvo que viajar varias horas antes de llegar al centro de salud. Imagine su situación y el estrés que vivió. El hospital no tenía instalaciones acondicionadas para minusválidos, lo que aumentó aún más su estrés. Las matronas se mostraron poco amables en ocasiones, por lo que al final decidió quedarse en casa y no volver al centro de salud. El resultado final fue que tuvo complicaciones durante el parto y murió⁶⁷⁴.

Richard Dzikunu, uno de los líderes de Youth Empowerment Ghana, declaró durante una sesión sobre responsabilidad dirigida por jóvenes en materia de igualdad de género en el septuagésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2017, y contó esta historia, incluyendo el detalle de que la mujer fue obligada a subir tres pisos de escaleras para llegar a la sala de consultas para su cita prenatal. Continuó la historia diciendo: «Cuando hablamos de la promesa de ‘no dejar a nadie atrás’, estas son las personas en las que debemos pensar»⁶⁷⁵.

Youth Empowerment Ghana pudo recopilar datos sobre cuestiones importantes, incluidas la discapacidad y la salud materna, y fue invitada por la Autoridad Nacional en materia de Juventud de Ghana y el Servicio de Salud Nacional, desde su Unidad de Salud Materna, para asesorar en el desarrollo de la Política y Servicio de Salud a Adolescentes de Ghana en 2016, incluyendo la atención a la accesibilidad. También incorporaba cuestiones relativas a la discapacidad en investigaciones dirigidas por jóvenes. Uno de los responsables de Youth Empowerment Ghana explicó que ahora que la organización es

consciente de la marginación de las mujeres con discapacidad, la accesibilidad de las personas con discapacidad a los centros de salud, especialmente a aquellos con servicios de maternidad, se había convertido en una prioridad importante en sus actividades de promoción e iniciativas⁶⁷⁶.

El proyecto Restless Development de Youth Empowerment Ghana sobre la salud materna demuestra el poder de movilizar a la juventud y la importancia de recabar datos sobre la experiencia de las mujeres con discapacidad en relación con su salud reproductiva, incluida la relación entre la accesibilidad y la mortalidad materna. De forma importante, Ghana ha respondido a los hallazgos de Youth Empowerment Ghana y ha involucrado a la organización en el proceso de formulación de políticas.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MATERNA

La salud materna es una prioridad de salud mundial tal y como ponen de manifiesto los esfuerzos para reducir la mortalidad materna, especialmente reflejada en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. La atención de la salud materna es también un derecho reconocido en el PIDESC, el CPDP y el Programa de Acción de la CIPD, entre otros instrumentos, y cada uno de los cuales garantiza los derechos a la salud reproductiva y materna de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad. Como se señaló anteriormente, el PIDESC insta a los Estados a garantizar el «nivel más alto posible de salud física y mental para todos», y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se ha dirigido a los Estados para eliminar las políticas o prácticas que obstaculizan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres con discapacidad y a tomar medidas para impedir que terceros interfirieran directa o indirectamente en dicho acceso⁶⁷⁷.

A pesar de estas obligaciones, las mujeres con discapacidad siguen siendo en gran parte excluidas de los principales servicios de salud materna. Las barreras de comunicación, la inaccesibilidad física a las instalaciones y las actitudes de los proveedores de atención sanitaria constituyen importantes barreras para las mujeres jóvenes con discapacidad que necesitan de la atención a la salud materna⁶⁷⁸.

En un estudio entre personas con discapacidad en Sudáfrica, las mujeres con discapacidad contaron experiencias «horribles» sufridas en hospitales públicos cuando iban a dar a luz a sus bebés, en gran parte debido a la insensibilidad de los proveedores de servicios⁶⁷⁹. Las mujeres con discapacidad han informado también de una falta de conocimiento por parte de los proveedores de servicios de salud acerca de sus necesidades específicas relacionadas con el embarazo, incluyendo consultas de atención sanitaria, equipos e instalaciones para dar a luz inaccesibles⁶⁸⁰.

Sin embargo, las preocupaciones acerca de la atención pueden ser compartidas por los trabajadores de la salud. En un estudio realizado en Nepal, las mujeres con discapacidad informaron de experiencias positivas en general con los servicios prenatales, pero los trabajadores de la salud estaban preocupados por el hecho de que carecían de los conocimientos necesarios para atender adecuadamente a las mujeres con discapacidad⁶⁸¹. Los especialistas médicos informaron de inquietudes similares en un estudio realizado en los Estados Unidos, describiendo una falta de capacitación y formación en relación con la atención materna y las necesidades clínicas específicas de las mujeres con discapacidad física, una falta de confianza en la prestación de cuidados maternos a las mujeres con discapacidad física y la falta de coordinación de la atención entre los profesionales⁶⁸².

La falta de acceso a una atención sanitaria maternal o servicios obstétricos de urgencia y atención a recién nacidos de calidad puede provocar la mortalidad materna y neonatal, además de la morbilidad materna y neonatal y una serie de complicaciones, como fístulas obstétricas con consecuencias a largo plazo⁶⁸³. El limitado apoyo social a las mujeres con discapacidad que dan a

luz también puede tener profundas consecuencias. Una representante de una organización que trabaja para apoyar a las nuevas madres con discapacidad intelectual en Madrid compartió que a muchas mujeres que llegaron a ellos se les habían llevado los niños en el momento del nacimiento, algo que creía que no era infrecuente en el caso de las mujeres con discapacidad intelectual⁶⁸⁴.

CERTIFICADOS INCLUSIVOS PARA CENTROS DE SALUD EN ECUADOR

Desde 2014, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador ha ido certificando a los centros de salud como «inclusivos». La «inclusividad» designa un centro accesible a las poblaciones prioritarias de mujeres embarazadas, personas mayores, LGBTQI (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer e intersexuales), adolescentes y personas con discapacidad. De esta manera, el Ministerio de Salud Pública combina los criterios de tener en cuenta a los adolescentes y la discapacidad, y crea un estándar de inclusividad.

Para que un centro de salud sea certificado, debe completar una serie de talleres de formación impartidos por el Ministerio de Salud Pública. Cada taller se centra en el acceso y el alojamiento para cada una de las poblaciones prioritarias. En segundo lugar, el centro de salud debe establecer vínculos con cada población, tales como el desarrollo de una asociación con una organización de personas con discapacidad local o el establecimiento de un club de salud para adolescentes en una escuela de secundaria de un barrio. A continuación, esas relaciones deben utilizarse para lanzar iniciativas de divulgación y para consulta. Por último, los centros de salud deben documentar que tienen políticas y prácticas de no discriminación en marcha, un ambiente limpio y seguro, las acciones que se están llevando a cabo para promover la participación ciudadana y las acciones en curso para promover estilos de vida saludables entre la población, tales como talleres públicos sobre nutrición, cuidados, y ETS. A partir de 2016, se ha certificado a un total de 253 centros de salud como totalmente inclusivos.

El centro de salud Tabacundo, que está situado en una zona rural fuera de Quito, ejemplifica los tipos de iniciativas comunes en los centros de salud que tratan de mantener su certificación de «inclusivo». El centro de salud Tabacundo ha establecido comités consultivos de mujeres embarazadas, personas con discapacidad y sus cuidadores, y adolescentes. Cada uno de estos comités aconseja y recibe gratuitamente talleres de formación sobre salud que imparten personal del centro de salud. La SDSR era un componente importante de los talleres de educación para la salud, incluyendo charlas sobre salud sexual, planificación familiar y prevención de la violencia sexual y de género. En 2017, el centro de salud comenzó a desarrollar planes para hacer que el comité de adolescentes tuviera en cuenta la discapacidad.

El certificado de inclusión representa una práctica positiva del Estado porque no sólo asegura que los centros de salud estén formados en inclusión y muestren una ausencia de discriminación y accesibilidad, sino también porque requiere a los centros construir relaciones con grupos históricamente excluidos en la comunidad y desarrollar acciones continuadas que beneficien su salud.

LOGRAR LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA MUJERES Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD EN FILIPINAS

En 2016, el Centro de Derechos Humanos de la Mujer y sobre Igualdad de Género de la Comisión de Derechos Humanos de Filipinas (CHRP) puso en marcha un programa nacional de investigación sobre la salud y los derechos reproductivos en respuesta a las preocupaciones expresadas por organizaciones de derechos de la mujer y los defensores de la salud reproductiva en relación con los continuos desafíos y barreras que todavía encuentran ciertos grupos de mujeres en Filipinas al acceder a sus derechos en materia de salud reproductiva. El informe preparado por la CHRP⁶⁸⁵, «Dejar que nuestras voces se escuchen», investiga la eficacia de la aplicación de las leyes sobre SDR en Filipinas; las estructuras de documentos, políticas y prácticas que niegan el acceso a los servicios de salud reproductiva; identifica las barreras que encuentran los más marginados; y documenta la discriminación experimentada con proveedores de salud sexual y reproductiva estatales y regionales. Personas con discapacidad participaron en todo el proceso de investigación, así como otros grupos marginados, como pueblos indígenas, mujeres Moro, LGBTQI, ancianos y jóvenes.

Las aportaciones de las mujeres y las niñas con discapacidad están integradas en todo el informe. La investigación del CHRP fue de arriba a abajo, empezando por el derecho nacional y pasando por las políticas de las unidades de gobierno locales y su implementación, hasta las actitudes e interacciones de los proveedores de servicios de SDR de primera línea con las mujeres y las niñas con discapacidad. Lo que es más importante, el CHRP entrevistó a docenas de mujeres con discapacidad y destacó su testimonio en el informe. Por ejemplo, informa: Presentaciones y declaraciones juradas de personas con discapacidad que se quejan de la aparente invisibilidad de las necesidades de las personas con discapacidad, la ausencia de instalaciones como mesas de examen, la ausencia de intérpretes en las comisarías de policía y en los tribunales para víctimas de violencia contra la mujer con discapacidad y la ausencia de intérpretes también en los centros de salud y servicios de salud públicos. Las personas con discapacidad también se quejan de no ser informadas de los procesos que les afectan y de la indiferencia por sus decisiones a causa de su discapacidad. Una presentación también relató la denegación de servicios de salud a causa de su discapacidad, un caso claro de discriminación.

«Dejar que nuestras voces se escuchen» concluye con recomendaciones para las tres ramas del gobierno, incluida una recomendación específica para la rama legislativa y la ejecutiva (Ministerio de Salud, Equipo de implementación sobre salud reproductiva, etc.) y el Tribunal Supremo y los tribunales inferiores con respecto a los cambios que deben realizarse para garantizar el acceso y disfrute de la SDR entre las mujeres y las niñas con discapacidad. Estas recomendaciones incluyen medidas directas y prácticas, tales como dirigir al Ministerio de Salud para que «emita una política y facilite el presupuesto correspondiente a fin de paliar la insuficiencia o la falta de accesibilidad a las instalaciones sanitarias y servicios para las mujeres con discapacidad» y que establecía que «la respuesta debe ser institucional y la accesibilidad debe garantizarse en todos los niveles y para todos los tipos de discapacidad». Las recomendaciones también especifican que deben hacerse adaptaciones en todo el departamento de justicia, incluyendo la disponibilidad de intérpretes de lenguaje de signos en los tribunales.

La Estrategia Mundial para la Salud de Mujeres, Niños y Adolescentes (2016-2030) constituye una garantía para asegurar la salud y el bienestar de cada mujer y cada niño, incluidas las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad⁶⁸⁶. Sus objetivos incluyen la reducción de la mortalidad materna a nivel mundial y asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva. La OMS ha adoptado unas directrices complementarias que ofrecen recomendaciones detalladas sobre las intervenciones sanitarias apropiadas para todas las mujeres embarazadas durante el embarazo, el parto y el período posnatal⁶⁸⁷. En las directrices se reconoce, entre otras cosas, la atención esencial requerida para las madres y sus bebés durante el parto (tales como la vigilancia del trabajo de parto), la gestión de partos difíciles (mediante el uso apropiado de las tecnologías médicas), la reanimación de los recién nacidos, el manejo de

partos y nacimientos prematuros y la gestión de infecciones maternas y neonatales⁶⁸⁸.

Las niñas y las mujeres jóvenes con discapacidad embarazadas tienen derecho a la misma atención básica en condiciones de igualdad que otras mujeres y niñas embarazadas. Los Estados están obligados a garantizar que esos servicios estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de calidad satisfactoria para las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad para lograr una verdadera igualdad sustantiva y cumplir sus derechos sexuales y reproductivos.

Como se señaló anteriormente, la salud y los derechos sexuales y reproductivos están intrínsecamente ligados a otros derechos humanos de tal manera que la satisfacción de unos exige el cumplimiento de los demás, como muestra el estudio de caso de Nairobi que figura a continuación.

ASEGURAR LA SALUD MATERNA Y LA SALUD DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN LOS ASENTAMIENTOS DE KIBERA Y KOROGOCH, NAIROBI, KENYA - HANDICAP INTERNATIONAL Y EL MINISTERIO DE SALUD DE KENYA ⁶⁸⁹

Ante la evidencia de que los niños con discapacidad que vivían en asentamientos informales de Nairobi mostraban, de manera desproporcionada, signos de malnutrición, Handicap International y el Ministerio de Salud de Kenya se asociaron en un proyecto para mejorar el acceso a la atención sanitaria materna y pediátrica. Una evaluación de las necesidades reveló que el acceso a los servicios de salud planteaba un reto significativo para las mujeres con discapacidad y para los padres de niños con discapacidad. Las barreras incluían accesos físicos, problemas para comunicarse con los proveedores de atención sanitaria y actitudes discriminatorias entre los proveedores. El proyecto inicial incluía trabajos para mejorar los accesos físicos y realizar actividades de capacitación con el Ministerio de Salud para garantizar que los proveedores de servicios de salud pudieran ofrecer servicios inclusivos.

Sin embargo, aunque el proyecto avanzó, quedó claro que las mujeres no buscaban atención médica para sí mismas ni para sus hijos, incluso cuando los servicios estaban accesibles, y era por no tener los medios económicos para pagarlos. En respuesta, Handicap International lanzó un programa complementario diseñado para generar ingresos para las mujeres con discapacidad y los padres de niños con discapacidad y aumentar su autonomía y su capacidad para exigir derechos para sí mismos. El programa patrocina a grupos de participantes para desarrollar negocios que

generen ingresos. A cambio, los participantes deben comprometerse a visitar las instalaciones sanitarias del gobierno al menos una vez al mes con sus hijos para que la salud de todos pueda ser controlada. Las mujeres embarazadas también se comprometen a buscar tanto atención prenatal y posnatal y llevar a sus hijos a clínicas de salud para reducir el riesgo de posibles complicaciones discapacitantes tanto antes como después del nacimiento.

El programa ha hecho avances significativos en la mejora de la salud de los niños con discapacidad por abordar no sólo las actitudes negativas entre los proveedores de atención sanitaria mediante la capacitación en atención inclusiva, sino también al asegurar que los padres de los niños con discapacidades tengan los medios para desplazarse a las clínicas en las que hay proveedores recién capacitados y sensibles. Refleja una respuesta sistémica a un problema complejo que puede servir como modelo para intervenciones inclusivas.

LA INCLUSIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CUIDADO DE ETS Y VIH

Los jóvenes con discapacidad tienen el mismo derecho a participar en los servicios de prevención, tratamiento y cuidado del VIH en condiciones de igualdad que las personas jóvenes sin discapacidad. Pero estos jóvenes con discapacidad a menudo se enfrentan a barreras específicas para su inclusión en los servicios relacionados con el VIH. Esto ocurre cuando los servicios relacionados con el VIH están integrados en la legislación, políticas y servicios sobre SDR y en contextos donde los servicios relacionados con el VIH se tratan por separado. En este contexto, que es común en los países en desarrollo con altas tasas de prevalencia del VIH, los jóvenes se enfrentan a retos aún mayores porque muchos servicios relacionados con el VIH los prestan organizaciones de la sociedad civil, especialmente organizaciones no gubernamentales internacionales, que pueden no estar reguladas por el Estado o no ser responsables de incluir políticas antidiscriminatorias y que tengan en cuenta la discapacidad.

Es especialmente importante que las políticas y directrices de detección de las ETS especifiquen que

a los jóvenes con discapacidad se les deben ofrecer las pruebas porque la investigación ha demostrado que los proveedores de servicios de salud a menudo asumen que los jóvenes con discapacidad no son sexualmente activos y, por lo tanto, no ofrecen a estos jóvenes pruebas de detección de ETS, incluido el VIH, ni les ofrecen anticonceptivos o información sobre cómo prevenir la transmisión de ETS en sus visitas periódicas a la consulta o para otros servicios de salud general o relacionados con SSR⁶⁹⁰. Esta exclusión de las pruebas es particularmente elevada en muchos países en desarrollo⁶⁹¹ y contribuye directamente al factor de riesgo que afrontan los jóvenes con discapacidad en zonas con alta incidencia de VIH/SIDA⁶⁹².

En aquellos contextos en que hay distintas leyes, políticas y servicios relacionados con el VIH, las personas con discapacidad deben incorporarse a todas las leyes, políticas y servicios y, cuando proceda, las leyes, políticas y servicios sobre discapacidad deben especificar que las personas con discapacidad estarán incluidas en servicios relacionados con el VIH y, en su caso, implementar intervenciones específicas para la discapacidad. Las OPD deben incluirse en los consejos consultivos relacionados con el VIH, integrarse en las iniciativas de planificación y alcance y conectarse a las redes

de la sociedad civil relacionadas con el VIH⁶⁹³. Es importante que los Estados incluyan explícitamente a los jóvenes con discapacidad en sus políticas nacionales sobre el VIH/SIDA y en sus planes estratégicos para garantizar que todos los actores,

incluidos los actores estatales y no estatales, sean conscientes de las vulnerabilidades específicas de los jóvenes con discapacidad y reconozcan su derecho a ser incluidos en todas las iniciativas relacionadas con el VIH.

INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL SOBRE EL SIDA DE SENEGAL

Senegal está considerada como una historia de éxito en la prevención, tratamiento y cuidado del VIH⁶⁹⁴. Parte de su éxito se debe a la inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de VIH y SIDA. Senegal tiene una de las tasas más bajas de prevalencia del VIH en el África subsahariana. En 2016, ONUSIDA estimó que la tasa de prevalencia nacional del VIH era de tan solo el 0,4 por ciento en los adultos entre las edades de 15 a 49 años⁶⁹⁵. Parte de esta baja tasa de prevalencia puede atribuirse a que Senegal ha seguido las buenas prácticas mediante la inclusión de las personas con discapacidad en la planificación de su Estrategia Nacional de Lucha contra el SIDA de 2011-2015⁶⁹⁶.

Antes de 2012, el Plan Estratégico Nacional sobre el SIDA de Senegal (PNS) no incluía específicamente a las personas con discapacidad en sus directrices de aplicación. A partir de 2008, a través de la financiación de la Agencia de Desarrollo Internacional de Francia, World Learning/ USAID y Handicap International, las personas con discapacidad se movilizaron y se integraron en el marco más amplio de los movimientos relacionados con el VIH. La red nacional de OPD de Senegal, la Federación de Personas con Discapacidad de Senegal, fue incorporada como socia en el Consejo Nacional de Lucha contra el SIDA, la Sociedad para la Mujer y el SIDA en África-Senegal y el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Fann y Handicap International para empezar a facilitar la inclusión de la discapacidad. Se realizó una encuesta de prevalencia regional específica sobre la discapacidad que reveló que, en algunas zonas, la prevalencia del VIH entre las personas con discapacidad era más del doble que en las personas sin discapacidad y aún más alta específicamente entre las mujeres y las niñas con discapacidad. Esta información facilitaba los datos necesarios para la comunidad de personas con discapacidad para defender el Consejo Nacional del SIDA de Senegal y su Departamento de Control, Evaluación e Investigación, para poner la prioridad en las personas con discapacidad en sus políticas nacionales. Como resultado, el nuevo NSP identificó a las personas con discapacidad con una población vulnerable clave y desarrolló políticas específicas para la incorporación de las personas con discapacidad en sus servicios relacionados con el VIH, junto con iniciativas de difusión selectiva. La incorporación incluía una política de inclusión de la discapacidad y de accesibilidad para todos los servicios relacionados con el VIH estatales y la inclusión de la discapacidad como una categoría en toda la información recabada por las encuestas epidemiológicas y de comportamiento nacionales, lo que permitiría al Departamento de Control, Evaluación e Investigación del Comité de Ayudas Nacional desglosar la información en base a la discapacidad. Las iniciativas específicas para la discapacidad incluían la asignación de recursos financieros específicos para la inclusión de las personas con discapacidad en servicios relacionados con el VIH e iniciativas de prevención y alcance específicas⁶⁹⁷.

Es especialmente importante que los jóvenes con discapacidad, especialmente las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes con discapacidad, conozcan los servicios relacionados con el VIH porque el VIH es actualmente la segunda causa de muerte en los adolescentes de todo el mundo⁶⁹⁸, y en muchos contextos, las mujeres con discapacidad se enfrentan a barreras específicas en los servicios relacionados con el VIH y experimentan mayores factores de riesgo relacionados con el VIH. Por ejemplo, en algunos contextos donde la creencia en el «mito de la limpieza por una virgen» es predominante, las mujeres y las niñas con discapacidad son víctimas de violencia sexual por parte de las personas que viven con el VIH que presumen de que son vírgenes y se dirigen a ellas para mantener relaciones como cura para el VIH⁶⁹⁹. Una práctica estatal básica es que se incluya específicamente a las personas con discapacidad en las políticas y estrategias nacionales sobre el VIH/SIDA. Es igualmente importante que todos los datos epidemiológicos recogidos sobre la

prevalencia del VIH puedan desglosarse en función de la edad, el género y la discapacidad. Estos datos no sólo son importantes para que quienes implementan el programa sepan que sus servicios se dirigen con éxito a los jóvenes con discapacidad, sino también son herramientas importantes para las OPD y otras organizaciones de la sociedad civil para hacer rendir cuentas al gobierno. Cuando se prestan servicios relacionados con el VIH en instalaciones separadas por el Estado o por organizaciones de la sociedad civil, esos servicios deben ser accesibles y todo el personal debe estar formado en la inclusión de la discapacidad y la adaptación⁷⁰⁰. Varios Estados han desarrollado prácticas positivas que incluyen directrices específicas y formación que incluye la discapacidad para proveedores de atención sanitaria relacionados con el VIH. Debe haber políticas que garanticen que las personas con discapacidad puedan acceder y comunicarse en los centros de forma privada y sin la asistencia de sus propios cuidadores, como los padres y otros miembros de la familia.

EL FOMENTO DE LA CAPACIDAD DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE DISCAPACIDAD Y VIH/SIDA EN RWANDA

En 2015, el Centro Biomédico de Rwanda (CBR) y el UPHLS publicaron el Manual de capacitación sobre discapacidad y VIH y SIDA en Rwanda⁷⁰¹. El manual de formación se ha diseñado para ofrecer a los proveedores de atención sanitaria, la información, conocimientos y habilidades necesarias para que los proveedores de salud locales puedan implementar plenamente la política de inclusión de las personas con discapacidad en materia de VIH y SIDA de Rwanda. La política de inclusión se detalla en las directrices difundidas en 2012 por el Ministerio de Salud y el CBR⁷⁰². Las directrices establecen que las personas con discapacidad deben estar incorporadas en los programas de VIH y SIDA en general y están dirigidas a programas específicos para la discapacidad, como la supervisión de aulas de educación especial e inclusivas de la discapacidad para garantizar que los niños con discapacidad estén incluidos en la educación sexual y facilitando la colaboración de las OPD y el personal de las instalaciones de atención sanitaria locales para desarrollar iniciativas para identificar a las personas con discapacidad en las zonas a las que actualmente no llegan los servicios de atención sanitaria locales.

El manual de capacitación en sí representa la colaboración entre el Estado y la comunidad de personas con discapacidad. También es un paso importante para convertir la política en una realidad al acercar la política nacional a la práctica individual de los trabajadores de salud sobre el terreno. El Centro de Biomedicina de Rwanda (CBR) fue fundado en 2011 por el Gobierno de Rwanda para

ser un centro de excelencia que garantice la calidad de servicio de atención sanitaria, la educación y la investigación. UPHLS se estableció en 2006 con la asistencia técnica y el apoyo financiero de la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA (CNLS) de Rwanda para unir a las OPD y facilitar su trabajo con las más de 70 organizaciones en Rwanda que abordan el VIH/SIDA. La misión de UPHLS es empoderar a las OPD aumentando sus capacidades y mediante la planificación, defensa, coordinación, supervisión y evaluación de las iniciativas de programas sobre VIH y SIDA para personas con discapacidad. El Manual de capacitación sobre discapacidad y VIH/SIDA es parte de esa misión, y vela por que los proveedores de salud sean conscientes de los riesgos relacionados con el VIH que las personas con discapacidad afrontan y sean formados en la inclusión de la discapacidad en todos los aspectos de la prevención, tratamiento y cuidado del VIH.

El manual de 75 páginas es el recurso de formación principal para un curso de formación intensivo de cinco días. El manual proporciona el contenido de las charlas del curso, incluyendo ilustraciones y estudios de casos que describen situaciones concretas en Rwanda; una guía paso a paso para el facilitador para cada sección; una revisión de las notas de concepto clave para estudiantes; cuadros de texto de sugerencias sobre cómo implementar prácticamente una lección básica, como la forma de ayudar a una persona con deficiencia visual o el lenguaje adecuado que se debe usar cuando se trata con personas con discapacidad; ejercicios de grupos pequeños e individuales que involucran a los participantes para pensar en los principales puntos y resume cada sección que se usa como transición de un tema a otro. La formación se divide en cinco partes o unidades. Incluyen una introducción; discapacidad; accesibilidad física, comunicativa y de la información; la inclusión de la discapacidad; y el VIH/SIDA y la discapacidad.

La unidad de discapacidad proporciona datos demográficos detallados acerca de las personas con discapacidad en Rwanda, incluidas las tasas de alfabetización y de pobreza; explica los diferentes tipos de deficiencias; y disipa las normas socioculturales populares, incluyendo los mitos y conceptos erróneos acerca de las personas con discapacidad. Los ejercicios para grupos pequeños involucran a los participantes en la identificación de los tipos de barreras que las personas con diferentes tipos de discapacidad encuentran y los facilitadores para la accesibilidad física, comunicativa y de la información.

La sección de accesibilidad física, comunicativa y de la información ofrece estrategias clave para facilitar el acceso. Se presta igual atención a abordar las actitudes y barreras institucionales que se da a las barreras físicas, comunicativas y de la información. Cada sección se detalla en su orientación, incluidas las lecciones sobre las formas de desarrollar mejores habilidades interpersonales para trabajar con personas con discapacidad, los signos para términos específicos sobre la SSR y el VIH al comunicarnos con un usuario del lenguaje de signos, así como instrucciones detalladas para la incorporación de rampas o modificación de los baños para que las instalaciones sanitarias existentes sean físicamente accesibles.

La unidad sobre la inclusión de la discapacidad comienza por separar las diferencias conceptuales de exclusión, segregación, integración e inclusión y luego proporciona ejercicios para el desarrollo de la incorporación de iniciativas en la prestación de servicios de salud.

La unidad final, que trata específicamente sobre el VIH/SIDA y la discapacidad, se basa en todo lo aprendido en el pasado para identificar el riesgo de que las personas con discapacidad sufran el VIH/SIDA, las principales barreras que encuentran para acceder a medios de prevención, servicios y cuidados relacionados con el VIH, y estrategias para la accesibilidad y la inclusión. Cada una de estas secciones indica grupos específicos de personas con discapacidad, como grupos por edad

(niños, adolescentes, adultos jóvenes, etc.) y el tipo de deficiencia. La sección presta especial atención a las cuestiones de género y discapacidad explicando la «doble discriminación» a la que se enfrentan las mujeres con discapacidad.

La alianza entre RBC-UPHLS representa una práctica positiva del Estado: un organismo estatal y una red de OPD trabajan juntos para desarrollar un recurso práctico para asegurar que las personas con discapacidad estén incluidas en las prácticas sanitarias relacionadas con el VIH/SIDA.

RESPONSABILIDAD Y ESTRATEGIAS DE RECOPIACIÓN DE DATOS

El compromiso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de «No dejar a nadie atrás» obliga a los Estados a vigilar los derechos de los grupos especialmente marginados, incluidas las mujeres y los niños con discapacidad, y reunir datos desglosados a través de los sistemas nacionales de datos. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 (salud), 4 (educación) y 5 (igualdad de género) contribuyen específicamente a la promoción de la SDR. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.7 exige específicamente a los Estados que «garanticen el acceso universal a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva»; el Objetivo de Desarrollo Sostenible 4.7 obliga a los Estados a asegurar que todos los participantes adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para promover los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluida la formación sobre derechos humanos e igualdad de género, que incluye la Educación Integral en Sexualidad; y el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5.6 exhorta a los Estados a «garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos acordados con arreglo al Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing». El Objetivo de Desarrollo Sostenible 17 y el objetivo 17.18 requieren que todos los datos se desglosen por ingresos, género, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, localización geográfica y otras características. La recolección de datos que son sensibles a la discapacidad y la edad será instrumental para que los Estados logren estos objetivos para el año 2030.

Los ODS de salud e igualdad de género han movilizado a una amplia base de actores estatales y de la sociedad civil para que se centren en la SDR. Los Estados tienen la obligación positiva de recopilar datos, analizar estos datos y hacerlos disponibles y accesibles al público. Los actores de la sociedad civil, sin embargo, desempeñan un papel importante en hacer responsables a los Estados. La participación es un principio importante en la recopilación de datos. Al promocionar los derechos de los jóvenes con discapacidad, es importante que tanto los jóvenes con discapacidad como aquellos sin discapacidades se movilicen en la recogida de datos. Esto no sólo permite tener una mejor información, sino que también construye los derechos humanos y la toma de conciencia sobre la discapacidad.

Históricamente, los jóvenes con discapacidad, especialmente las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes con discapacidad, han sido invisibles en los datos sobre SDR. Esta invisibilidad hace que sea imposible para los Estados confirmar que están cumpliendo con sus obligaciones de garantizar que los jóvenes con discapacidad tengan igualdad de acceso y disfrute de la SDR. La falta de datos también impide que los encargados de formular políticas e implementadores de programas identifiquen dónde se podrían necesitar las intervenciones apropiadas y les impide a las OSC que representan a los jóvenes con discapacidad contar con herramientas importantes para responsabilizar a sus gobiernos. Afortunadamente, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los Objetivos de Desarrollo Sostenible han traído nueva atención

a la obligación de los Estados para reunir datos sobre SDR de jóvenes con discapacidad. Se siguen haciendo importantes avances, incluso a través de Washington Group, sobre estadísticas en materia de discapacidad, al haberse asociado con distintos Estados y organizaciones de la sociedad civil para desarrollar nuevos instrumentos de recogida de datos. Por ejemplo, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), el Programa de Estadísticas Demográficas y de Salud y el Washington Group han colaborado en la elaboración de un nuevo módulo de cuestionario sobre la discapacidad que ayuda a los países a recabar estadísticas que tengan en cuenta la discapacidad sobre salud, incluyendo salud sexual y reproductiva⁷⁰³.

Los Estados partes de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad están

obligados a recopilar datos sobre las personas con discapacidad. El artículo 31 de la CDPD sobre la recogida de estadísticas y datos obliga a los Estados a «recopilar la información pertinente, incluidos datos estadísticos y de investigación, para que puedan formular y aplicar políticas encaminadas a dar efecto a la presente Convención». En virtud del artículo 31, los Estados también están obligados a difundir los datos y hacerlos accesibles a las personas con discapacidad para asegurar su papel en la supervisión de los Estados. El artículo 31, junto con los principios generales y los artículos 6 (mujeres con discapacidad) y 7 (niños con discapacidad), exige que los datos recopilados tengan en cuenta el género y la edad, lo que significa que los datos se puedan desglosar para asegurar que las mujeres y niñas y adolescentes y jóvenes con discapacidad estén accediendo a sus derechos en igualdad de condiciones con los demás.

USO DE UN ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOBRE LA INCLUSIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN MATERIA DE SALUD REPRODUCTIVA PARA INFORMAR LAS POLÍTICAS EN MOLDOVA

En 2016, el Centro de Capacitación en Salud Reproductiva de la República de Moldova inició el proyecto «Todos iguales, todos saludables: empoderamiento de las mujeres y las niñas con discapacidad en Moldova para que puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos» para realizar un análisis de situación con el fin de «identificar los problemas a los que se enfrentan las mujeres y las niñas con discapacidad al intentar ejercer sus derechos sexuales y reproductivos». Este informe fue el primero de su clase y echó luz sobre la situación de las mujeres y las niñas con discapacidad en Moldova. El análisis se utilizó posteriormente para enviar propuestas concretas al Ministerio de Sanidad y al Ministerio de Trabajo, Protección Social y Familia de Moldova, para asegurar la plena aplicación de las obligaciones de Moldova contraídas en virtud de la CDPD y su propia ley sobre la inclusión social de las personas con discapacidad (Ley Núm. 60 de 30 de marzo de 2012).

El Centro de Capacitación en Salud Reproductiva (CCSR) es una organización no gubernamental de Moldova que forma a los proveedores de servicios de salud reproductiva de acuerdo con las recomendaciones de la OMS sobre salud sexual y reproductiva. El proyecto Todos iguales, todos saludables lo puso en marcha el CCSR en respuesta a los proveedores de salud reproductiva que pedían información y formación sobre cómo adaptarse mejor a las mujeres con discapacidad que buscaban servicios de salud reproductiva. La Embajada de Finlandia en Bucarest financió el estudio

y el CCSR recibió un amplio apoyo y cooperación del Ministerio de Trabajo, Protección Social y Familia, y del Ministerio de Salud en sus iniciativas de proyectos.

El análisis de situación se puso en marcha a través de un proceso de planificación participativo que reunió a las partes interesadas y estableció un grupo de trabajo que incluía a dos expertos en materia de SSR, un experto en derecho de salud y discapacidad, y tres representantes de organizaciones de personas con discapacidad. A continuación, se elaboró un cuestionario para las mujeres y las niñas con discapacidad, los familiares de las personas con discapacidad, médicos de familia y trabajadores sociales. El cuestionario fue luego utilizado en nueve grupos focales y 93 entrevistas semiestructuradas. Sobre la base de los datos recogidos, el grupo de trabajo del CCSR identificó seis barreras que limitaban el acceso de las mujeres y las niñas con discapacidad a los servicios de salud reproductiva:

- Insuficiente formación en la inclusión de la discapacidad en el personal médico
- La falta de solicitud por parte de las mujeres con discapacidad de servicios de SSR
- Personal médico con actitud hostil hacia las mujeres con discapacidad
- Actitud hostil de la familia hacia las mujeres con discapacidad
- Falta de acceso físico y equipamientos adaptados en los centros de SSR
- La falta de conocimiento por parte de las mujeres con discapacidad de su derecho a recibir servicios de SSR gratis y confidenciales.

De estas barreras, la formación insuficiente y la falta de acceso físico y equipamientos adaptados eran los más comunes, aunque todas las barreras identificadas fueron altamente significativas. Las barreras específicas identificadas por las mujeres con discapacidad oscilaban entre el temor a sentirse juzgadas y la vergüenza por plantear cuestiones de salud sexual y reproductiva y la incertidumbre sobre si ellas, como mujeres con discapacidad, podían quedarse embarazadas o el hecho de que las sillas para los exámenes ginecológicos no eran accesibles para las mujeres con discapacidad física. Muchos médicos de familia expresaron su preocupación por nunca haber sido formados en la atención a las personas con discapacidad, aunque algunos habían buscado formarse ellos mismos, buscando fuentes para prestar servicios de SSR a las mujeres con discapacidad en internet o leyendo directrices internacionales y publicaciones médicas⁷⁰⁴.

El Gobierno de Moldova respondió a las conclusiones del análisis de situación de distintas maneras. En primer lugar, incluyó el estudio del CCSR en su informe nacional al Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en sus informes sobre su aplicación como Estado miembro de la CDPD. En segundo lugar, el Ministerio de Salud organizó la Primera Conferencia Nacional sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres con Discapacidad en Moldova, un evento que tuvo lugar el 29 de mayo de 2017, organizado por el CCSR para hablar de los problemas a nivel nacional de la inclusión de la discapacidad y la SSR. Durante esta conferencia, el CCSR emitió unas recomendaciones clave para el gobierno que abarcaban tanto cambios en políticas en el plano de las instalaciones de los proveedores de SSR como cambios en el marco jurídico nacional sobre SDRS y los derechos de las mujeres con discapacidad⁷⁰⁵. Por último, los ministerios de gobierno invitaron también al CCSR a presentar sus conclusiones en una conferencia nacional sobre la

adolescencia. Sobre la base de la evaluación de que 42 clínicas de SDSR dirigidas a adolescentes no eran accesibles, el Ministerio de Salud respondió mediante la asignación de fondos para aumentar la accesibilidad a las clínicas de SDSR para adolescentes, incluida la colocación de sillas de examen ginecológico accesibles para personas con discapacidad en 30 de esas clínicas.

Este estudio de caso demuestra el papel que los análisis de situación pueden desempeñar en la formación de la conciencia en el gobierno y en el ámbito de la SDSR sobre las barreras que afrontan las mujeres y niñas con discapacidad al acceder a SDSR. También demuestra la importancia de comprender las barreras desde una multiplicidad de puntos de vista, como los de las mujeres con discapacidad, el personal médico y los miembros de la familia. Basándose en los análisis de situación, los gobiernos suelen responder con cambios inmediatos y a largo plazo para asegurar mejor la SDSR de los jóvenes con discapacidad.

Los datos recopilados sobre SDSR y jóvenes con discapacidad deben analizarse tanto cuantitativa como cualitativamente. Cuantitativamente, es importante que la información pueda ser desglosada por edad, discapacidad y género. También es importante que la información, cuando sea apropiado, pueda desglosarse según otros ejes posibles de desigualdad, tales como la pobreza, la ruralidad, la raza y la etnia, el grupo indígena, la casta, la religión, la orientación sexual y la identidad de género, y otras características e identidades apropiadas para el contexto nacional. Estos datos estadísticos proporcionan la información necesaria para supervisar la equidad y para identificar las principales áreas y poblaciones para la intervención. También es importante recopilar y analizar los datos cualitativamente. No basta con saber que hay servicios disponibles o que se han recibido. La calidad y la aceptabilidad de esos servicios desde la perspectiva de los jóvenes con discapacidad también debe determinarse. Los jóvenes con discapacidad no sólo tienen el derecho a recibir servicios de SDSR sino también el derecho a elegir los servicios que reciben y a que su capacidad para acceder a ellos sea de manera digna y respetuosa.

// IV. CONCLUSIÓN

Este Capítulo se ha centrado en la forma en que los Estados pueden promover el acceso y el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos entre los jóvenes con discapacidad. A lo largo de este Capítulo se ha argumentado que los Estados pueden hacerlo mediante la incorporación de los jóvenes con discapacidad en el conjunto básico de servicios de salud sexual recomendado por el Programa de Acción de la CIPD y, cuando proceda, el desarrollo de políticas, programas y servicios específicos que incluyan a los jóvenes con discapacidad que se enfrentan a barreras específicas que no pueden abordarse solo mediante la incorporación. El estar destinados a los adolescentes y el que tengan en cuenta la discapacidad son dos conceptos importantes para asegurar que los servicios sean accesibles y a la vez inclusivos desde la perspectiva de los beneficiarios a los que van dirigidos: los jóvenes con discapacidad. El siguiente Capítulo se centrará en la sociedad civil y se sostendrá que para lograr servicios de SDSR plenamente inclusivos y servicios de prevención y respuesta a la violencia de género también inclusivos, los actores deben asegurar la participación de los jóvenes con discapacidad en el desarrollo y supervisión constante de las leyes, políticas y programas. Para ello, los Estados deben respaldar a la sociedad civil y garantizar que sea fuerte, vibrante e incluyente.

// CAPÍTULO 6

LA INCLUSIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

// I. INTRODUCCIÓN

Los jóvenes con discapacidad tienen derecho a que se les escuche. La participación y la inclusión son componentes críticos de una estrategia basada en los derechos humanos y elementos esenciales para garantizar el acceso y el disfrute completo de los derechos. De hecho, los Estados dependen de que los jóvenes con discapacidad tengan una voz pública relacionada con su salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR) y protecciones ante la violencia de género (VDG) dado que son sus voces las que plantean cuestiones críticas y aportan información interna importante sobre cómo garantizar de la mejor manera el disfrute y acceso a los SDSR y a los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Durante demasiado tiempo, los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes y las niñas adolescentes, han estado ausentes en los debates sobre políticas que afectan a sus vidas diarias, a pesar de que su conocimiento y experiencia únicos sean vitales para diseñar servicios eficaces. El lema del movimiento por los derechos de las personas con discapacidad «Nada sobre nosotros, sin nosotros», significa que la única manera de garantizar que los nuevos programas, leyes y políticas que afectan a los jóvenes con discapacidad realmente promuevan igualdad, es involucrar a los jóvenes con discapacidad desde el principio. Eso se debe a que los jóvenes con discapacidad son expertos en sus propias vidas: conocen cuáles son las barreras dado que se las encuentran todos los días. También cuentan con la información directa, la creatividad y la energía para ser contribuyentes principales en el desarrollo de soluciones legales y programáticas que promuevan su inclusión en los SDSR y en los servicios de prevención y respuesta a la VDG y para garantizar que disfruten de todos sus derechos humanos.

En los capítulos anteriores, muchos de los pasos positivos por parte de Estados que se han destacado incluyen asociaciones entre el Estado y la sociedad civil. Por ejemplo, en el Capítulo 3 sobre VDG, el proyecto Acceso a la justicia en Kenya, el cual garantiza que las personas con discapacidad reciban un tratamiento

justo en el tribunal, destacó el trabajo de la Kenyan Association of the Intellectually Handicapped en la formación de la policía, jueces y otros empleados del Estado. En el Capítulo 4 sobre SDSR, la lista de control de CBM International Inclusion Made Easy (La inclusión facilitada) para programas de inclusión destacó porque recomienda que los ministerios del Estado que desarrollan servicios son capaces de responder afirmativamente a preguntas como «¿Las personas con una discapacidad y las OPD desempeñan un papel activo durante todo el proyecto?». Ambos casos demuestran que las personas con discapacidad son críticas para garantizar que el Estado realice un trabajo eficaz. Las personas con discapacidad son los mejores sensibilizadores, formadores, asesores y evaluadores para los Estados cuando desarrollan nuevas políticas y servicios. Los jóvenes con discapacidad también se ven fortalecidos cuando el Estado se asocia con ellos porque les ofrece un papel de liderazgo en asuntos públicos. Sin embargo, para que los Estados puedan ofrecer ese papel, los jóvenes con discapacidad deben estar primero organizados e incluidos en la sociedad civil.

Una sociedad civil fuerte e inclusiva es un requisito previo para que los Estados Partes cumplan sus obligaciones de promover los derechos humanos de sus ciudadanos, especialmente sus derechos bajo la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, por sus siglas en inglés), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Para que estos instrumentos de los derechos humanos internacionales cumplan su promesa, las personas con discapacidad, las mujeres y niñas y adolescentes y niños deben estar implicados a la hora de asesorar a los Estados sobre cómo implementar un cambio eficaz sobre el terreno. Estas convenciones, como todos los instrumentos de los derechos humanos, también son los facilitadores centrales para el desarrollo de sociedades civiles dinámicas en todo el mundo dado que promueven un papel para las organizaciones de sociedad civil (OSC) a la hora de implementar y supervisar sus derechos. Esto es particularmente

cierto para las OPD a través de la CDPD, dado que crea una obligación legal positiva para los Estados Partes de incluir a las OSC que representen a personas con discapacidad en la implementación de sus derechos humanos, incluyendo la SDR y los servicios de prevención y respuesta en a la violencia de género. El Artículo 4 sobre Obligaciones generales y el Artículo 33 sobre Implementación y supervisión nacional de la CDPD obligan a los Estados Partes de manera específica a que involucren de manera activa a las OSC que representen a personas con discapacidad como asesores y supervisores de la implementación de los derechos de las personas con discapacidad. El Artículo 32 sobre Cooperación internacional

obliga a los Estados Partes a garantizar que todas las iniciativas de desarrollo internacional sean inclusivas de la discapacidad y se asocien de manera activa con OSC y apoyen su capacidad de desarrollo. Estos artículos abren la oportunidad para que las organizaciones que representen a los jóvenes con discapacidad se conviertan en defensores eficaces. También crean la oportunidad para que los jóvenes con discapacidad se conviertan en participantes de pleno derecho y en igualdad en los comités asesores nacionales, como autores de informes alternativos y como representantes en otros foros en los cuales se evalúan y discuten políticas y programas que afecten sus derechos.

PUNTOS CLAVE

- Las organizaciones de la sociedad civil que representan a jóvenes con discapacidad son un **requisito previo** para que los Estados cumplan de forma eficaz sus obligaciones para garantizar que los jóvenes con discapacidad disfruten de un acceso completo y justo a los SDR y a la prevención y respuesta a la VDG.
- Los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes y las niñas adolescentes con discapacidad, se enfrentan a **barreras contra la participación total** en la sociedad civil, que incluye organizaciones de carácter general en favor de los derechos de las personas con discapacidad, de los jóvenes y de las mujeres.
- Todas las OSC deben ser más receptivas ante las mujeres y las niñas adolescentes con discapacidad. **Las OPD necesitan ser más receptivas con respecto al género**, y deben garantizar que todas las mujeres estén representadas dentro de la dirección principal. **Las organizaciones por los derechos de las mujeres también deben garantizar un acceso justo** a la participación y a las posiciones de dirección para las mujeres y niñas con discapacidad.
- La CDPD es un **facilitador clave** para la participación de los jóvenes con discapacidad a la hora de asesorar y supervisar sus derechos dado que crea obligaciones legales positivas para que los Estados Partes incluyan de manera activa a las OSC en la **elaboración e implementación de políticas y en iniciativas de desarrollo internacional**.
- Las organizaciones de la sociedad civil que representan a los jóvenes con discapacidad pueden desempeñar un número de acciones importantes a la hora de ofrecer apoyo a los SDR y al derecho a vivir libres de violencia, que incluye:
 - **Asesorar** a los Estados sobre legislaciones y políticas nuevas relacionadas con los SDR y la eliminación de la VDG;

- **Sensibilizar** entre sus miembros y el público más amplio sobre los derechos de los jóvenes con discapacidad;
- **Supervisar y evaluar** la implementación de las leyes, políticas y servicios de manera constante; y
- **Ofrecer servicios** que apoyen su SDSR y su derecho a vivir libres de violencia.
- Los Estados deben **apoyar un doble enfoque** para garantizar la inclusión de los jóvenes con discapacidad en la sociedad civil al:
 - **Reforzar las protecciones legales** que protegen los derechos civiles de asociación, reunión y expresión;
 - **Simplificar los procesos de registro y renovación** de todas las OSC y garantizar que tengan en cuenta la inclusión de la discapacidad.
 - **Facilitando la integración de los jóvenes con discapacidad en las principales OSC** incluyendo organizaciones de jóvenes, de mujeres y de personas con discapacidad.
 - **Apoyar el desarrollo** de organizaciones que representen de manera específica a los jóvenes con discapacidad e
 - **Incluir** a los jóvenes con discapacidad en comités asesores internacionales, regionales, nacionales y locales y en foros de la sociedad civil relacionados con la discapacidad, edad, género, salud, acceso a la justicia y otras cuestiones relacionadas con la SDSR y la violencia de género.

Los jóvenes con discapacidad, sin embargo, se enfrentan a numerosas barreras significativas que evitan que desempeñen su papel vital como miembros de la sociedad civil en calidad de defensores y asesores en relación con sus derechos, incluyendo los servicios de prevención y respuestas para los SDSR y VDG. Esto es especialmente cierto para las mujeres jóvenes y las niñas adolescentes con discapacidad quienes experimentan varias dimensiones de discriminación en base a su género, edad y discapacidad.

Las barreras a las que se enfrentan las propias jóvenes con discapacidad en la sociedad civil pueden ser políticas, organizativas y sociales. Los jóvenes con discapacidad y sus OSC se pueden enfrentar a obstáculos que evitan que registren sus organizaciones o las utilicen para denunciar violaciones de los derechos humanos y hacer responsables a los Estados. Muchos Estados siguen denegando a sus ciudadanos los derechos básicos

de asociación y libre expresión. La negación de los derechos civiles y políticos básicos puede ser de hecho una tendencia creciente en el mundo dado que muchos regímenes buscan cada vez más controlar o directamente eliminar la sociedad civil. Los jóvenes con discapacidad también se enfrentan a dificultades a la hora de desarrollar la capacidad financiera y de recursos humanos necesaria para ser defensores o proveedores de servicios eficaces. Los jóvenes con discapacidad y sus organizaciones a menudo no están incluidas en las formaciones para el desarrollo del liderazgo o en subvenciones pequeñas y grandes disponibles para otras OSC. Por último, los jóvenes con discapacidad se pueden enfrentar a actitudes sociales discriminatorias que las excluyan de la sociedad civil. Por ejemplo, los padres sobreprotectores pueden evitar que las mujeres jóvenes y las niñas adolescentes participen en actividades fuera del hogar o que las OSC de carácter general que representan a personas con discapacidad, mujeres y niñas y, además, jóvenes,

a menudo no incluyan a jóvenes con discapacidad en los puestos de responsabilidad. Muchas organizaciones de carácter general para la defensa de los derechos de las mujeres y los jóvenes discriminan a las personas con discapacidad y los excluyen de la participación como miembros y de las actividades. Los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes y las niñas adolescentes, también se pueden enfrentar a la discriminación dentro de OPD de carácter general que cuentan con directivas dominadas por hombres más mayores que rechacen incluir cuestiones relacionadas con la edad y el género, especialmente los SDSR y la VDG, dentro de sus agendas. Sin embargo, los Estados pueden hacer muchas cosas para promover el derecho de los jóvenes con discapacidad a estar representados en la sociedad en actividades que van desde apoyar de manera activa el desarrollo de organizaciones de la sociedad civil nuevas hasta involucrarlas de manera activa en todos los aspectos del gobierno, desde el desarrollo de leyes nuevas hasta la implementación y supervisión de los programas.

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Este Capítulo destacará lo que una sociedad civil fuerte puede hacer para adelantar los derechos de los jóvenes con discapacidad incluyendo la SDSR y el acceso a los servicios de prevención y respuesta a la VDG, discutirá barreras y facilitadores a los que tienen que hacer frente los jóvenes con discapacidad en términos de participación en la sociedad civil y discutirá brevemente algunos pasos positivos que los Estados han dado para apoyar e involucrar a las organizaciones de la sociedad civil global, regional y nacionalmente. Este Capítulo está dividido en tres secciones principales: Lo que la sociedad civil puede hacer, barreras y facilitadores y el apoyo de la sociedad civil desde el ámbito global al local. Cada sección enfatiza la relación entre la sociedad civil y el Estado y utiliza casos prácticos que demuestran prácticas del Estado positivas para garantizar que el Estado y la sociedad civil refuerzan mutuamente la capacidad del otro para promover los derechos

de los jóvenes con discapacidad en contextos particulares y con relación a aspectos específicos de los SDSR y la prevención y respuesta de la VDG.

Lo más importante que las organizaciones de la sociedad civil que representen a jóvenes con discapacidad pueden hacer es asesorar a los gobiernos sobre legislaciones y políticas que promuevan su disfrute y acceso a los servicios de SDSR y de prevención y respuesta a la violencia de género. Es particularmente importante que las mujeres jóvenes y las niñas adolescentes reciban un papel central en el proceso de desarrollo de la política dado que su información interna es vital para garantizar que se haga frente de manera completa a las barreras que experimentan. Es responsabilidad del Estado incluir la representación de jóvenes con discapacidad en el proceso de elaboración de políticas. Las organizaciones de la sociedad civil también desempeñan un papel importante en la sensibilización relacionada con los derechos de personas con discapacidad. Esto incluye abordar actitudes sociales negativas en la comunidad más amplia y garantizar que los jóvenes con discapacidad entienden sus derechos y cómo reclamarlos. Para mejorar sin descanso la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG y responsabilizar al Estado, las organizaciones de la sociedad civil que representan a jóvenes con discapacidad también deben incluirse en los procesos de supervisión y evaluación en curso. Los Estados no solo pueden apoyar esto invitando a jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y niñas adolescentes, a que supervisen periódicamente políticas y programas, sino también facilitar la implicación de estas jóvenes en la producción de informes sobre la sociedad civil o alternativos en todas las convenciones que afecten a sus derechos, incluyendo la CRPD, la CEDAW y la CDN. Por último, las organizaciones de los jóvenes con discapacidad a menudo desempeñan papeles importantes como proveedores de servicios. Esto puede incluir hacerlo todo desde ofrecer talleres sobre inclusión de la discapacidad hasta operar fondos giratorios que apoyen oportunidades generadoras de ingresos para sus miembros. Los Estados pueden apoyar estos servicios incluyendo a las organizaciones



de jóvenes con discapacidad en sus programas de desarrollo internacional o contratando directamente organizaciones de la sociedad civil como proveedores de servicios.

Antes de la sociedad civil que represente a los jóvenes con discapacidad pueda ofrecer todas estas funciones esenciales que garanticen su participación en la realización de sus derechos reproductivos y sus derechos a vivir libres de violencia, se debe hacer frente a las barreras a la participación en la sociedad civil. Los Estados son responsables de garantizar que los jóvenes con discapacidad puedan unirse u organizar sus propias organizaciones de la sociedad civil. Es vital que los Estados promuevan y protejan los derechos civiles y políticos básicos de asociación, reunión y libertad de expresión que permiten que la sociedad civil desempeñe su importante papel en la sociedad. Los procesos de registro y renovación para las organizaciones de la sociedad civil deberían suponer la menor carga posible para garantizar que los jóvenes con discapacidad puedan registrar sus propias organizaciones. Esto debe incluir apoyo y acomodación del Estado para los jóvenes con discapacidad con el fin de garantizar que los procesos de registro son accesibles. A las nuevas organizaciones también se les debe ofrecer asistencia en el desarrollo de la capacidad para garantizar que los jóvenes con discapacidad tengan los recursos para desarrollar y mantener eficaces organizaciones que representen sus intereses. Por último, los Estados desempeñan un papel importante a la hora de abordar la discriminación de la discapacidad en el hogar y en la sociedad más amplia que evita que los jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y niñas adolescentes, participen en la sociedad civil. Esto incluye garantizar que los padres y los cuidadores entienden que los jóvenes con discapacidad tienen un derecho a unirse a organizaciones y participar en actividades fuera del hogar y que las organizaciones de la sociedad civil de carácter general son accesibles e inclusivas. Las actitudes sociales negativas son tan prevalentes dentro de la sociedad civil como lo son en otros sectores de la sociedad; por consiguiente, los Estados tienen la responsabilidad de garantizar que los jóvenes

con discapacidad puedan participar en organizaciones de carácter general en favor de jóvenes, mujeres y para la discapacidad y puedan formar sus propias organizaciones de la sociedad civil representativas.

Como en otros capítulos de este informe, cada subsección incorpora casos prácticos para ilustrar pasos específicos que los actores del Estado pueden dar para promover la representación de los jóvenes con discapacidad en la sociedad civil y para garantizar que los jóvenes con discapacidad participan en el avance de su disfrute y acceso a los SDRS y a los servicios de prevención y respuestas de la VDG. Cada caso práctico es específico al contexto pero destaca prácticas positivas dentro del contexto específico. Estos ejemplos ofrecidos no son exhaustivos ni se puede asumir que funcionarán en todas las situaciones y para todas las personas. De la misma manera ningún ejemplo individual es suficiente por sí solo. En vez de eso, cada caso práctico representa un paso individual en un proceso más amplio e interdependiente para alcanzar los derechos de los jóvenes con discapacidad.

Finalmente, existe un número de organizaciones de la sociedad civil internacionales y regionales en todo el mundo que promueven los derechos de los jóvenes con discapacidad. Estas incluyen organizaciones no gubernamentales internacionales y regionales y redes de OPD globales que promueven los derechos de los jóvenes con discapacidad. Aunque existe un número creciente de organizaciones que representan a los jóvenes con discapacidad y a las mujeres y niñas con discapacidad, aún existe una inmensa necesidad de una representación mayor. Los Estados pueden desempeñar un importante papel apoyando más oportunidades para que los jóvenes con discapacidad participen en los procesos de elaboración de políticas internacionales y regionales, incluyendo la ayuda a jóvenes con discapacidad a la hora de reforzar las organizaciones existentes y fundar nuevas.

Los tipos de prácticas positivas del Estado destacadas incluirán ambos lados del doble enfoque. Este enfoque incluirá ejemplos de Estados que promuevan la inclusión de los jóvenes con

discapacidad en iniciativas de carácter general que apoyen los SDR y la prevención y respuesta a la VDG, como facilitar una mayor inclusión de los jóvenes con discapacidad en organizaciones para jóvenes de carácter general. También incluirá prácticas dirigidas específicamente al desarrollo de organizaciones de la sociedad civil que representen de manera específica a los jóvenes con discapacidad.

Antes de continuar, es importante definir el concepto de sociedad civil para indicar el papel tan importante que desempeña en la sociedad. La definición citada más común de sociedad civil es la de Cohen y Arato que definen la sociedad civil como «una esfera de interacción social entre la economía y el Estado, compuesta por actores y organizaciones que se organizan independientemente para alcanzar fines colectivos»⁷⁰⁶. Un aspecto importante de su definición es su descripción de la sociedad civil como «entre» o fuera del Estado (gobierno) y el mercado (negocio). Es dentro de este espacio que la sociedad civil encuentra su fuerza. Es una esfera de libertad, en la cual las personas no están impulsadas por la lógica del gobierno ni por los motivos del mercado, sino que pueden reunirse de manera colectiva como personas para discutir cuestiones, definir problemas y defender o implementar soluciones.

Como «tercer sector»⁷⁰⁷, las asociaciones voluntarias, no gubernamentales y sin ánimo de lucro no tienen precio en las vidas de las personas. La sociedad civil va desde las iglesias donde se reúnen para rezar hasta los sindicatos que defienden mejores condiciones laborales y grupos vecinales que promueven lugares más seguros para que jueguen sus hijos. La sociedad civil la pueden representar asociaciones informales que se reúnen temporalmente alrededor de alguna causa común hasta organizaciones no gubernamentales formalizadas que establecen oficinas y llevan a cabo campañas y programas regularmente a nivel nacional e internacional. Los movimientos para la discapacidad, las mujeres y los jóvenes, todos han sido fuerzas principales del cambio social positivo en contextos nacionales y a nivel internacional y han sentado las bases para que los jóvenes con discapacidad ejerzan

sus SDR y tengan acceso a los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Cada uno de esos movimientos estaba dirigido y apoyado por organizaciones de la sociedad civil que pudieron reunir a las personas e implementar campañas que garantizaron que se escucharan sus cuestiones y preocupaciones en los Estados y en la comunidad internacional. Aunque el concepto de sociedad civil es amplio, este Capítulo se centrará principalmente en dos tipos de organizaciones de la sociedad civil: movimientos políticos comunitarios con socios que representan la voz de sus miembros en la esfera pública, como OPD y organizaciones no gubernamentales, incluyendo organizaciones no gubernamentales internacionales que implementan servicios en comunidades alrededor del mundo.

// II. LO QUE PUEDE HACER LA SOCIEDAD CIVIL

Las organizaciones de la sociedad civil son un socio esencial en el avance de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud sexual y reproductiva y a los servicios de prevención y respuesta a la VDG para jóvenes con discapacidad. Tal vez, la contribución más importante que las organizaciones de la sociedad civil pueden hacer, especialmente las OPD, es representar a personas con experiencias vividas y relatos de primera mano relacionados con el acceso a sus derechos. Para que las leyes, políticas y servicios aborden de manera eficaz las barreras y garanticen la inclusión, deben estar informados por el conocimiento diario de los titulares de los derechos que se hayan enfrentado a barreras a nivel local, nacional y global. Las organizaciones de la sociedad civil, especialmente las OPD que representen a jóvenes con discapacidad, representan cada día a personas que se reúnen para garantizar que se escuchan sus voces y que se abordan las barreras a su acceso a los derechos humanos.

Los tipos de acciones y actividades que una sociedad civil puede llevar a cabo a la hora de promover los derechos de los jóvenes con discapacidad incluye dar voz a las cuestiones que les afecten mayormente mediante la participación como representantes y

asesores en el proceso de desarrollo legislativo y de política, la toma de conciencia y la educación de las personas y el público sobre los derechos, supervisar y evaluar la implementación y la entrega del servicio. Estas actividades pueden ir desde varias formas públicas de toma de conciencia dirigidas para conseguir la atención del Estado y de otras autoridades públicas, hasta acuerdos muchos más colaborativos e institucionalizados, como asociaciones activas y existentes entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil. Por ejemplo, las organizaciones de la sociedad civil pueden realizar una variedad de cosas que van desde publicar editoriales en periódicos u organizar marchas o manifestaciones, hasta presentar informes formales al gobierno o sentarse en comités asesores y consejos nacionales. Algunas organizaciones también pueden ofrecer servicios directamente, a menudo apoyo financiero o de otros tipos facilitados por los Estados. Para que cualquiera de esas iniciativas sea eficaz, es vital que los jóvenes con discapacidad, especialmente las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes, sean miembros activos y estén completamente representadas tanto en las redes de la sociedad civil transnacionales como en los movimientos políticos comunitarios.

DAR VOZ

Las organizaciones internacionales y los Estados reconocen cada vez más que la sociedad civil es un socio esencial a la hora de desarrollar políticas y programas sostenibles y eficaces que hagan avanzar los derechos humanos. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha defendido un apoyo internacional mayor y la asociación con organizaciones de la sociedad civil, porque reconocen la contribución positiva que realizan las organizaciones de la sociedad civil cuando «dan voz a los que no tienen poder» y «supervisan la implementación de los derechos humanos, informan sobre violaciones ... y hacen campaña por el desarrollo de nuevos estándares de derechos humanos»⁷⁰⁸. Como mínimo, los Estados deben reconocer los derechos humanos fundamentales de expresión, asociación,

reunión pacífica y el derecho a participar en asuntos públicos. Sin embargo, además de proteger esos derechos muchos Estados van más lejos e incluyen de manera proactiva a la sociedad civil en los procesos de elaboración de políticas. Los gobiernos nacionales, incluyendo aquellos que representan a países en desarrollo, promueven cada vez más las asociaciones Estado-sociedad civil porque reconocen su función a la hora de facultar a los ciudadanos y aumentar la eficacia de la gobernanza⁷⁰⁹. Para que la sociedad civil tenga éxito dentro de estas asociaciones, sin embargo, debe incluir y representar a todos. Lamentablemente, los jóvenes con discapacidad a menudo han estado subrepresentados dentro de la sociedad civil, incluyendo dentro del movimiento en favor de las mujeres y los movimientos en favor de los derechos de las personas con discapacidad.

«Nada sobre nosotros, sin nosotros»⁷¹⁰ es el lema del movimiento en favor de las personas con discapacidad porque pone por delante el principio de que ninguna ley o política que afecte a las personas con discapacidad debe realizarse sin la consulta activa de personas con discapacidad en su desarrollo. Históricamente, han sido las organizaciones de la sociedad civil dirigidas por personas sin discapacidad, como organizaciones religiosas, la caridad y grupos de médicos profesionales⁷¹¹, las que han defendido e implementado la política y los programas para la discapacidad en todo el mundo. A menudo, estos líderes de la sociedad civil sin discapacidad estaban más preocupados en presionar al Estado para obtener fondos con el fin de «cuidar» o «rehabilitar» a personas con discapacidad, que en garantizar que las personas con discapacidad recibieran igualdad de derechos como ciudadanos y apoyo para vivir de manera independiente y participar totalmente en sus comunidades. Como resultado, se marginaba a las personas con discapacidad mediante las mismas iniciativas diseñadas para abordar sus necesidades.

Una demanda central de los primeros movimientos por la discapacidad en Norteamérica y Europa Occidental era que sus gobiernos aprobaran nuevas leyes abordando su discriminación⁷¹² y establecieran

comités locales y nacionales para los derechos de las personas con discapacidad para supervisar nuevas leyes y políticas desde la perspectiva de las personas con discapacidad⁷¹³. Al día de hoy, muchos Estados siguen el ejemplo y reúnen de forma activa a las OPD para consulta y asesoramiento, creando comités asesores nacionales que incluyan OPD para facilitar su contribución en la implementación y desarrollo de leyes y políticas sobre la discapacidad desde la perspectiva de las propias personas con discapacidad. Muchos de estos cambios recientes son un resultado directo de la CDPD, la cual incluye artículos que especifican el papel que deben tener las organizaciones de la sociedad civil que representen a personas con discapacidad en todos los aspectos a la hora de garantizar sus derechos. La CRPD y la manera en que puede facilitar los derechos de los jóvenes con discapacidad para garantizar que «Nada sobre nosotros, sin nosotros» también los incluye de forma específica y su papel de hacer avanzar los SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. «Nada sobre nosotros, sin nosotros» también se ha convertido cada vez más en una norma global y se aplica a todos los grupos marginados, lo que resulta en prácticas de desarrollo participativas, inclusivas y basadas en los derechos que garantizan que todas las personas, incluidas mujeres y niñas, jóvenes, minorías raciales y étnicas, personas desplazadas y otras formen parte del proceso de elaboración y supervisión de las políticas desde el principio⁷¹⁴.

La exclusión del proceso legislativo y de elaboración de políticas también ha afectado a las mujeres y a los jóvenes, quienes han estado históricamente sujetos a leyes, políticas y programas que les afectan directamente pero que fueron redactados sin su consulta. Esto no solo resulta en exclusión y marginación de las mujeres en el gobierno, sino también en que a menudo el producto final es ineficaz y contraproducente. Afortunadamente, un número creciente de Estados están incluyendo a las organizaciones de la sociedad civil que representan a mujeres y jóvenes en los foros públicos, los comités asesores nacionales y otros medios de consulta, especialmente a la hora de desarrollar legislación y programas que protejan sus derechos y creen nuevas

oportunidades sociales y económicas. Estas prácticas están apoyadas por la investigación del desarrollo de políticas y leyes sobre igualdad de derechos que demuestra que al final las políticas más eficaces son aquellas que incluyen al grupo marginado desde el principio del proceso legislativo o de la elaboración de políticas⁷¹⁵. Esto significa que si los Estados desean obtener un resultado positivo, los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres y las niñas, deben estar presentes en la mesa desde las primeras discusiones relacionadas con sus SDSR y su derecho a vivir libres de violencia. Lamentablemente, en muchos casos, cuando no todas las personas están presentes en la mesa, las necesidades que afrontan, las violaciones de derechos a las que están sometidas y las barreras que experimentan quedarán sin solución. Es por esto que resulta vital que las organizaciones de la sociedad civil sean ellas mismas inclusivas: para garantizar que se escuchen todas las voces.

Lamentablemente, muchas OPD, organizaciones en favor de la mujer y organizaciones en favor de los jóvenes no han dado en el pasado el espacio o voz adecuados a los jóvenes con discapacidad⁷¹⁶. Sin embargo, existen importantes signos de progreso con respecto a esa antigua ausencia de voces, que conducen a leyes y políticas más eficaces, incluyendo aquellas dirigidas a promover los SDSR así como prevenir y responder a la VDG contra los jóvenes con discapacidad. Cada día, mujeres y jóvenes con discapacidad fundan sus propias redes y las OPD existentes y algunas organizaciones en favor de los jóvenes y las mujeres promueven cada vez más la representación y la implicación de jóvenes con discapacidad dentro de sus organizaciones, incluyendo el desarrollo de estatutos para garantizar su representación en el comité y en otras posiciones de liderazgo. Ejemplos prominentes incluyen Women Enabled International, una organización no gubernamental global fundada en 2010 específicamente para el apoyo en la intersección de los derechos de las mujeres y los derechos de las personas con discapacidad y, a nivel regional, la red African Youth with Disabilities Network, fundada en 2011 para unir y dar voz a los jóvenes con discapacidad

en 12 Estados africanos⁷¹⁷. Las organizaciones de jóvenes con discapacidad se están estableciendo por todo el mundo y, de acuerdo con un reciente informe de la Global Disabled Women's Rights Advocacy, se han fundado docenas de OPD para mujeres con discapacidad desde 2010⁷¹⁸. En ambos casos,

los jóvenes con discapacidad, incluyendo mujeres jóvenes y niñas adolescentes, se aseguran de que la nueva legislación y las políticas nacionales se implementen como un resultado de que sus derechos se cumplen gracias a la CRPD, incluyendo los SDSR y el derecho a vivir libres de violencia.

LA SOCIEDAD CIVIL Y EL ARTÍCULO 6 DE LA CRPD SOBRE MUJERES CON DISCAPACIDAD: PRÁCTICA POSITIVA DEL ESTADO AL INCLUIR A UN GRUPO DIVERSO E INCLUSIVO DE OPD EN UNA LEY Y POLÍTICA GLOBALES

La propia CDPD es el resultado de una asociación entre la sociedad civil, las Naciones Unidas y los Estados individuales. También es una demostración directa del por qué es importante que los Estados Partes apoyen e incluyan varias voces de las organizaciones de la sociedad civil que representen a personas con discapacidad a la hora de desarrollar leyes, políticas y programas dirigidos a hacer avanzar en materia de SDSR, así como en la eliminación de la VDG contra los jóvenes con discapacidad.

Las personas con discapacidad son diversas. Sus experiencias como personas con discapacidad se cruzan con otros aspectos de su identidad, como su edad, género, raza y etnicidad e incluso circunstancias de la vida, como ser una persona desplazada. Una práctica positiva del Estado no es solo consultar las OPD en general, sino también asegurarse de que se incluya a las personas con discapacidad que representen a diferentes grupos. Tanto el Artículo 6 de la CDPD sobre mujeres con discapacidad como los aspectos específicos al género del Artículo 16 sobre la libertad contra la explotación, violencia y abuso, se deben directamente a Estados que apoyan de manera activa la voz de mujeres con discapacidad cuando reunieron a las OPD para revisar borradores de la CDPD y asesorar al Estado sobre cómo representar de la mejor manera a las personas con discapacidad en el proceso de negociación⁷¹⁹. Este proceso ofrece un ejemplo positivo de por qué y cómo los Estados pueden y deben específicamente incluir a jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y niñas adolescentes, a la hora de desarrollar posiciones relacionadas con leyes y políticas internacionales.

A través del proceso de redacción de la CRPD, la sociedad civil estuvo representada por la International Disability Caucus. Aunque muchos de los miembros de la International Disability Caucus eran mujeres con discapacidad o estaban sensibilizados con las cuestiones relacionadas con el género, no hubo ninguna OPD internacional en aquel momento que representara a las mujeres y a las niñas con discapacidad. En vez de eso, la «configuración de los géneros» de la CRPD se produjo al incluir los Estados a sus sociedades civiles a nivel nacional en el proceso de negociación asesorándolas en los borradores del grupo de trabajo de la convención durante el proceso de negociación. Un estudio⁷²⁰ documenta y demuestra dos colaboraciones Estado-sociedad civil: Australia y Corea del Sur. En 2004, el Gobierno australiano organizó un Consorcio nacional de organizaciones de la sociedad civil australianas para examinar el borrador de la CDPD y recibir opiniones sobre la participación de Australia en las siguientes etapas de negociación. Además de aportar los fondos para las participaciones de Australian Federation of Disability Organisations, People with Disability Australia y National Association of Community Legal Centres y permitirles consultar y recopilar recomendaciones para sus miembros, otras OPD locales y personas

con discapacidad, Australia también apoyó un análisis enfocado en el género específico del texto. Como resultado de ese análisis, el consorcio de organizaciones no gubernamentales australianas recomendó específicamente que Australia defendiera que se modificara ese Artículo 16 sobre libertad contra la explotación, violencia y abuso, en el cual no se hacía referencia al género en el texto del borrador, para que lo hiciera. Australia apoyó y defendió esos cambios en el texto en la siguiente reunión del Comité especial para la negociación, gracias a lo cual el texto final de la convención hizo referencia específicamente a la obligación de los Estados Partes a tomar cartas de manera específica en los «aspectos relacionados con el género de la explotación, violencia y abuso de las personas con discapacidad» en la legislación nacional y a «ofrecer servicios sensibilizados con el género y abordar las necesidades específicas del género».

Corea del Sur participó en un proceso de consulta a ONG. Durante ese proceso, las organizaciones de la sociedad civil que representaban a personas con discapacidad destacaron el hecho de que, en ese momento, el texto del borrador de la CDPD no contaba con un artículo específico que reconociera la intersección del género y la discapacidad. Al identificar esta carencia, las OPD surcoreanas solicitaron a Corea que propusiera un artículo específico sobre las mujeres con discapacidad durante el Comité especial de negociación de 2004. Finalmente, esta propuesta fue apoyada por el resto de los Estados y organizaciones no gubernamentales, lo que resultó en la inclusión del Artículo 6 en el borrador final de la CDPD que obligaba a los Estados a «implementar todas las medidas adecuadas para apoyar el avance, facultad y desarrollo de las mujeres con discapacidad para ejercer completamente sus derechos humanos»⁷²¹.

Estos casos prácticos demuestran directamente cómo los Estados que incluyen a la sociedad civil como asesores en el desarrollo de leyes y políticas resulta en derechos más sólidos e inclusivos para las personas con discapacidad, especialmente en cuestiones que afecten a los jóvenes, incluyendo mujeres jóvenes y niñas, principalmente.

AUMENTAR LA TOMA DE CONCIENCIA DE LAS PARTES INTERESADAS

La sociedad civil también es un instrumento importante para hacer avanzar los derechos humanos más allá de los procesos de desarrollo de leyes y políticas al sacar las leyes de las oficinas gubernamentales y cámaras legislativas y llevarlas a las aldeas, hogares y toma de conciencia de las personas. A menudo, los derechos humanos carecen de sentido en la vida diaria si las personas no son conscientes de los derechos que ellas y otros tienen y de cómo pueden acceder a ellos. Las organizaciones de la sociedad civil son especialmente efectivas en llegar a la sociedad para concienciar entre los miembros de grupos marginados, como los

jóvenes con discapacidad, y en motivarles a reclamar sus derechos. Las organizaciones de la sociedad civil también tratan de abordar muchas de las creencias y prácticas no conducentes a los derechos humanos en hogares y comunidades que evitan a determinadas personas el acceso a sus derechos. La sociedad civil es capaz de abordar ideas equivocadas y estigmas al promover actitudes nuevas y positivas y ofrecer evidencia sólida e información precisa. En muchos lugares, las leyes y políticas que promuevan los SDRS y el derecho a vivir libres de la violencia para los jóvenes con discapacidad tendrán un efecto extremadamente limitado si las personas no saben lo que dice la ley ni entienden lo que realmente representa en la vida diaria. Esto se debe a que a menudo se excluye a los jóvenes con discapacidad tanto de la educación sexual como

sobre los derechos humanos, especialmente de la educación integral en sexualidad, y están socialmente aisladas de sus pares por medio de los cuales pueden aprender sobre sus derechos y viven en hogares donde familias protectoras limitan su conocimiento sobre SDSR y violencia de género. Las organizaciones de la sociedad civil, especialmente las OPD, pueden ser eficaces al hacer frente directamente a tabús arraigados y a una carencia básica de conocimiento relacionado con discapacidad, género, juventud, sexualidad, reproducción y violencia.

En muchos casos, la ley y la política se deben expresar en términos que las comunidades locales puedan entender y en formatos o idioma al que todas las personas puedan acceder, incluyendo las personas con discapacidad específicas. Elevar la toma de conciencia sobre los derechos humanos es eficaz cuando los mensajes resuenan con la población objetivo. Las organizaciones de la sociedad civil a nivel básico representan los intermediarios más eficaces a la hora de traducir información sobre derechos humanos en conocimiento que sea más accesible, incluyendo en términos de SDSR y prevención y respuesta a la VDG⁷²². Se debe enmarcar tanto las leyes internacionales como nacionales en formas que tanto aquellos protegidos por las leyes como la comunidad en sentido amplio puedan entender. Las organizaciones de la sociedad civil que no solo trabajan en las comunidades locales sino que también están dirigidas por personas de la propia comunidad, a menudo se encuentran en una mejor posición para diseñar campañas y programas de toma de conciencia que hagan avanzar y promuevan los estándares y normas de los derechos humanos existentes. Las personas locales que «hablan el idioma local» tanto literal como figuradamente, pero que también entienden y cuentan con experiencia en el mundo de los derechos humanos internacionales, a menudo representan los mejores intermediarios para traducir la ley al idioma diario de las personas y motivar a sus comunidades para que acepten, en vez de resistirse, los cambios sociales y legales positivos.

Otro aspecto para garantizar que las campañas de toma de conciencia son eficaces es el formato y el

idioma. A menudo, los jóvenes con discapacidad están socialmente aisladas, tienen menos acceso a la educación o tienen discapacidades específicas que hay que acomodar. Puede que los canales normales para distribuir información, como publicar leyes en los periódicos o anuncios en las escuelas no lleguen a los jóvenes con discapacidad. Como resultado, las organizaciones de la sociedad civil, especialmente las OPD, son a menudo aquellas en la mejor posición para llegar a los jóvenes con discapacidad y hacer que tomen conciencia de cuestiones importantes, como la SDSR y la VDG. Las organizaciones de personas con discapacidad y el resto de las organizaciones de la sociedad civil tienen a menudo más experiencia que los gobiernos a la hora de llegar a los jóvenes con discapacidad en sus hogares, explicar cuestiones complejas en términos más accesibles y responder a las preguntas que puedan preguntar los jóvenes con discapacidad y sus familias. Las organizaciones de personas con discapacidad también cuentan con experiencia a la hora de pasar leyes, políticas e información a formatos accesibles, como lenguaje sencillo, lenguaje de signos, Braille, archivo de audio y demás y de enmarcar esa información en maneras que sean atractivas para los jóvenes con discapacidad.

Las creencias dañinas que estigmatizan a las personas con discapacidad se encuentran en la raíz de leyes, políticas y prácticas diarias que niegan sus derechos humanos a los jóvenes con discapacidad. Esto también puede incluir la internalización por parte de los jóvenes de actitudes sociales negativas y creencias de que ellos mismos no se merecen sus derechos. La doble discriminación producida en la intersección de la discapacidad y el género puede tener un efecto nocivo particularmente dañino en mujeres jóvenes y niñas con discapacidad que hayan llegado a creer erróneamente que no están incluidas o que no tienen derechos relacionados con la sexualidad, la reproducción o con vivir libres de la violencia y la discriminación. A menudo, las organizaciones de la sociedad civil se encuentran al frente a la hora de abordar esas creencias nocivas al hacer que las personas tomen conciencia y promoviendo ideas positivas relacionadas con el

merecimiento de todas las personas a un tratamiento y acceso a los derechos humanos igualitarios. Las organizaciones de la sociedad civil para las mujeres han demostrado su eficacia al hacer frente al patriarcado en contextos regionales en todo el mundo⁷²³. Las OPD, especialmente, han tenido mucho éxito a la hora de implementar campañas de sensibilización y educación en contextos de desarrollo que transforman creencias dañinas sobre personas con discapacidad como dependientes o aberraciones en percepciones positivas de personas con discapacidad como líderes y representativas de la diversidad humana haciendo frente a estereotipos y creencias erróneas⁷²⁴. Los alumnos argumentan que ejercer completamente los derechos por discapacidad depende de ambas reformas «de la oferta», como leyes y políticas que exijan a los organismos públicos que respondan a personas con discapacidad que reclamen sus derechos y reformas «de la demanda» que fomenten y apoyen a las personas con discapacidad que elijan ejercer sus derechos⁷²⁵. Las OPD pueden ser especialmente importantes en relación con esta última informando a personas con discapacidad sobre las opciones a su disposición, desarrollando sus capacidades a través de habilidades para defender ellas mismas sus derechos y defender sus derechos de manera colectiva cuando sea necesario para garantizar que se reconozcan sus derechos.

Existe una evidencia creciente sobre las campañas de toma de conciencia que reducen de forma eficaz la violencia y el abuso dirigidos contra mujeres con discapacidad⁷²⁶. Las organizaciones de la sociedad civil también han sido eficaces a la hora de abordar las creencias de padres de niños con discapacidad, quienes pueden actuar como filtro, limitando el acceso de sus hijos a sus derechos, especialmente los relacionados con los SDRS y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Las campañas con éxito de toma de conciencia pública que promueven los derechos de los jóvenes con discapacidad son a menudo las implementadas mediante OPD dirigidas por jóvenes con discapacidad. Esto se debe a que los educadores y responsables de concienciación más eficaces son aquellos que más se asemejan

a la población objetivo, como líderes jóvenes con discapacidad hablando a jóvenes con discapacidad y sus familias y al público más amplio sobre el valor y contribuciones inherentes que los jóvenes con discapacidad pueden aportar a las comunidades cuando se les facilita el acceso a los mismos derechos y oportunidades que disfruta el resto.

Los Estados pueden desempeñar un papel vital a la hora de apoyar a organizaciones de la sociedad civil, como grupos a favor de los jóvenes y OPD, a la hora de concienciar y educar a sus miembros y a otros sobre sus derechos y cómo acceder a ellos. Las prácticas positivas del Estado incluyen reunir a las organizaciones de la sociedad civil para desarrollar la educación y las herramientas y campañas para la toma de conciencia que faciliten la divulgación del conocimiento y fomentar la aceptación de nuevos derechos a nivel local o dentro de comunidades específicas.

SUPERVISAR LOS DERECHOS

A menudo, la eficacia de los instrumentos de los derechos humanos depende de la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil para supervisar y generar informes sobre la protección e implementación de los derechos humanos. Las organizaciones de la sociedad civil presentan de manera regular informes alternativos sobre la implementación de las convenciones sobre derechos humanos internacionales por parte de los Estados Partes a los organismos de supervisión de derechos humanos, como los comités para CEDAW, CDN, CRPD y otros tratados sobre derechos humanos. Las organizaciones de la sociedad civil también presentan regularmente peticiones que identifican posibles violaciones de los derechos y solicitan una investigación internacional de los incidentes específicos. Estos informes y solicitudes responsabilizan a los Estados porque representan la perspectiva de los propios titulares de los derechos y sus experiencias individuales y colectivas. Para que el papel de las organizaciones de la sociedad civil en la supervisión de los derechos sea

COLABORACIÓN DEL INSTITUTO INTERAMERICANO SOBRE DISCAPACIDAD Y DESARROLLO INCLUSIVO: DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN A TRAVÉS DEL LENGUAJE DE SIGNOS⁷²⁷

Los Estados tienen una obligación positiva bajo la CEDAW y la CRPD para garantizar la toma de conciencia y un acceso igualitario de las mujeres y niñas y personas con discapacidad a la información, incluyendo información relacionada con los SDSR y la VDG. Una barrera a la que se enfrentaban los jóvenes con discapacidad en Uruguay era que los jóvenes con discapacidades auditivas a menudo eran excluidos o tenían poco acceso a actividades de toma de conciencia, como discusiones con moderador relacionadas con el género. Además, el lenguaje de signos uruguayo estaba limitado en su vocabulario de signos que hicieran referencia a conceptos de los derechos humanos relacionados con el género, incluidos los derechos de reproducción y el derecho a vivir libre de violencia. También existía la necesidad de desarrollar un lenguaje relacionado con los SDSR y la prevención y respuesta a la VDG. Uruguay, el UNFPA y el Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (iiDi) iniciaron una estrategia para hacer frente a esta barrera específica.

El Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo es una organización de la sociedad civil uruguaya que representa a personas con discapacidad y promueve la inclusión social y ciudadana usando los principios de los derechos humanos y el desarrollo inclusivo para trabajar por una «sociedad para todos». El Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo ha sido reconocido por el gobierno nacional por su trabajo con jóvenes de la comunidad de sordos en Uruguay. Una parte principal de ese trabajo tuvo lugar en 2013, cuando el iiDi fue anfitrión de una serie de talleres sobre género para personas sordas que trabajaran como promotores de salud voluntarios en el idioma de signos uruguayo. El taller era parte de la iniciativa ¡Decímelo a mí! de la UNFPA, la cual trabaja con los Estados para promover la igualdad de género y la inclusión social de los jóvenes con discapacidad.

Los talleres del iiDi se centraron alrededor de cuestiones sobre el género, como la diferencia entre las expectativas y papeles sociales que tienen las mujeres y niñas y las que tienen los hombres y los niños y cómo esas diferencias pueden conducir a desigualdad de género. Un tema central fueron las actitudes sexuales y el efecto que estas tienen sobre el ejercicio de los SDSR por parte de mujeres y niñas y su vulnerabilidad a sufrir VDG. Una barrera identificada por las mujeres y hombres jóvenes con discapacidades auditivas que participaron en los talleres fue que no sabían cómo comunicarse con los médicos en relación con determinados temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluso cuando había disponibles intérpretes de signos. Dado que determinados temas, como la planificación familiar y la VDG son tabú y la información relacionada ha sido históricamente inaccesible a la comunidad sorda, el lenguaje, o vocabulario de signos, relacionado con ellos estaba subdesarrollado o no se conocía lo suficiente entre los usuarios del lenguaje de signos uruguayo. Los diferentes socios se dieron cuenta de que esto representaba una barrera y trabajaron con personas sordas para desarrollar nuevos recursos, incluyendo nuevos signos y materiales para distribuirlos.

Esta barrera también se identificó en otros lugares, incluidos Argentina y Costa Rica. Como resultado, se desarrolló un sitio web que cubría los temas de género, derechos sexuales, falsas creencias y diversidad. Cada uno de estos temas se abarca usando vídeos donde aparecen jóvenes de la comunidad sorda local hablando sobre diferentes temas usando el lenguaje de signos uruguayo, argentino o costarricense.

Este caso demuestra cómo pueden colaborar los Estados con las organizaciones de la sociedad civil para distribuir la información y promover la toma de conciencia entre los jóvenes con discapacidad. También muestra la importancia de que los Estados garanticen que la información está disponible para todas las personas, incluidas las personas con discapacidades sensoriales quienes tienen derecho a formatos de comunicación accesibles.



totalmente eficaz, las organizaciones de la sociedad civil implicadas en la generación de peticiones e informes deben reflejar todos los grupos protegidos por los derechos humanos. Las organizaciones defensoras de los derechos humanos de carácter general, las organizaciones no gubernamentales en favor de los derechos de las mujeres y las OPD se han esforzado cada vez más para representar a los jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres y niñas y a informar de manera específica sobre cuestiones relacionadas con la prevención y respuesta a la VDG en estos procesos. Los Estados desempeñan un importante papel en este proceso al proteger la libertad de las organizaciones de la sociedad civil para recopilar información sobre potenciales violaciones de los derechos, ofrecer recursos a las organizaciones de la sociedad civil para preparar sus propios informes y responder a la información presentada e implementar las acciones correctoras.

Un informe alternativo, en ocasiones llamado «informe de la sociedad civil», es un informe preparado por organizaciones no gubernamentales y presentado ante un organismo de supervisión de los derechos humanos de las Naciones Unidas. Por ejemplo, cualquier organización no gubernamental con conocimiento de cuestiones de discriminación sexual en un Estado que sea un Estado miembro de la CEDAW puede presentar un informe alternativo ante el Comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer como cualquier otra organización no gubernamental con conocimiento de discriminación por discapacidad en un Estado miembro ante la CDPD puede presentar un informe alternativo ante el comité para la CDPD. Estos informes son herramientas poderosas para llamar la atención y defender la rectificación de violaciones o carencias en la implementación de las convenciones sobre derechos humanos⁷²⁸. Es

importante que las organizaciones que representen a los jóvenes con discapacidad estén implicadas en todos los procesos de informes alternativos y no estén limitadas únicamente a la CRPD. Los informes alternativos son una alternativa importante a los informes nacionales oficiales del gobierno, los cuales los Estados Partes de las convenciones por los derechos humanos internacionales están obligados a presentar regularmente con relación a sus progresos en el cumplimiento de sus obligaciones bajo convenciones específicas, dado que los redactan organizaciones no gubernamentales independientes del gobierno. Un informe alternativo ofrece una perspectiva de sociedad civil ascendente sobre los derechos humanos como una alternativa a la perspectiva de gobierno descendente de los Estados⁷²⁹.

Además del derecho general de las organizaciones de la sociedad civil a presentar informes alternativos a cualquier organismo de supervisión de los derechos humanos, existen también protocolos opcionales a las convenciones sobre derechos humanos que incluyen el derecho de los ciudadanos a comunicarse directamente con la ONU. Los investigadores de los derechos humanos han concluido que existe un marcado descenso de los abusos de los derechos humanos en Estados Partes que ratifican protocolos opcionales que incluyen el derecho de los ciudadanos a comunicarse directamente con la ONU, lo que indica que el apoyo de los Estados a este papel de la sociedad civil es uno de los medios más eficaces para garantizar que los Estados Partes cumplan sus obligaciones de las convenciones de derechos humanos⁷³⁰. Esta conclusión está en línea con las investigaciones anteriores que argumentan que «los sistemas de petición ... se consideran de manera general los medios más eficaces para la protección de los derechos humanos»⁷³¹ y ajustar las prácticas del Estado⁷³². La capacidad de los titulares de los derechos a comunicarse con la ONU de forma eficaz, sin embargo, a menudo depende de la fuerza de la sociedad civil para actuar en nombre de las personas⁷³³. Cuando las organizaciones de la sociedad civil son débiles, el derecho de petición y

de comunicación a menudo no se utiliza, incluyendo en Estados Partes sobre convenciones y protocolos opcionales que institucionalizan mecanismos de petición⁷³⁴.

Recopilar información es a menudo una función crítica a la que contribuyen tanto Estados como organizaciones de la sociedad civil. La Agenda de 2030 para el Desarrollo sostenible ha enfatizado la importancia de disgregar la recopilación de datos según edad, género, incidencia de discapacidad y otras características que garanticen que se pueda utilizar para identificar y hacer frente a desigualdades. Aunque es responsabilidad del gobierno recopilar datos y ponerlos a disposición pública, a menudo las organizaciones de la sociedad civil que representan a grupos marginados se encuentran en la mejor posición para recopilar los datos iniciales en asociación con el Estado a través de encuestas o métodos más cualitativos, como entrevistas y grupos de sondeo. Esto se debe a que a menudo las organizaciones de la sociedad civil cuentan con las redes para seleccionar información de grupos que estarían aislados de otra manera, en el caso de discapacidades en las comunicaciones, para recopilar información usando medios accesibles como la interpretación del lenguaje por señas. Presentar evidencia de desigualdad es a menudo una poderosa herramienta utilizada por las organizaciones de la sociedad civil para solicitar acciones del Estado en cuestiones relacionadas con los jóvenes con discapacidad y responsabilizar a los gobiernos locales y nacionales. Sin embargo, los Estados deben responsabilizarse de reunir datos que se puedan disgregar para identificar necesidades y desigualdades. Los Estados pueden llevarlo a cabo desarrollando también su propia capacidad para solicitar información, en los casos adecuados, apoyando a las organizaciones de la sociedad civil como socios con ellos.

Es particularmente importante que haya una fuerte presencia de la sociedad civil que represente a los jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y niñas adolescentes, implicada en la preparación y presentación de informes alternativos,

peticiones y otros medios de comunicación con los organismos de supervisión de los derechos humanos. En muchos casos, se ha producido un incremento importante en el número de OPD que representan a mujeres y niñas en la generación de informes alternativos sobre la CEDAW y la CRPD. Las organizaciones de carácter general en favor de los derechos humanos también han empezado a

supervisar y generar informes sobre los derechos de los jóvenes con discapacidad. La implicación y reconocimiento crecientes de las experiencias de los jóvenes con discapacidad en la supervisión de los derechos humanos ha incrementado la atención sobre cuestiones relacionadas con el acceso y la igualdad a los SDSR y a los servicios de prevención y respuesta a la VDG.



UTILIZAR LA CEDAW PARA PROMOVER LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y LA NIÑAS CON DISCAPACIDAD EN NIGERIA

Women Enabled International, Advocacy for Women with Disability Initiative, Legal Defence and Assistance Project e Inclusive Friends Association se unieron para presentar un informe alternativo para la revisión del estado de Nigeria del comité de la CEDAW 2017. Estas cuatro organizaciones representan a organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales junto con las OPD y las organizaciones de carácter general en favor de los derechos humanos. Varias de esas organizaciones pudieron realizar su trabajo porque se beneficiaban directamente del apoyo de los Estados Partes de la CDPD, la cual obliga a los Estados a incluir a organizaciones de la sociedad civil que hagan avanzar los derechos de las personas con discapacidad en el Artículo 32. Este caso práctico demuestra la importancia del apoyo de los Estados en la inclusión de OPD que representen a mujeres, jóvenes y adolescentes en la supervisión de todos los compromisos sobre derechos humanos internacionales durante el proceso de informe alternativo. Aunque es una práctica común que las OPD generen informes sobre la implementación de la CRPD por los Estados Partes, este caso práctico demuestra por qué el apoyo de los Estados a las OPD es una práctica positiva en la presentación de informes sobre la implementación de los Estados Partes de la CEDAW y otras convenciones sobre los derechos humanos.

El informe alternativo cita directamente la Recomendación general 18 de la CEDAW, la cual exige a los Estados Partes de la CEDAW implementar medidas especiales para garantizar que se respetan, protegen y cumplen los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad. El informe prosigue con la revisión de la legislación y políticas de Nigeria relacionadas con las mujeres, las discapacidades, la VDG, el acceso a los servicios sanitarios y el acceso a la justicia. A continuación, destaca la carencia de un lenguaje específico que garantice los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad en la Política de género nacional (2006) y el Proyecto de ley para el género y la igualdad de oportunidades (2011). El informe ofrece un enfoque especial relacionado con la falta de medidas especiales adoptadas para proteger a las mujeres y niñas con discapacidad de procedimientos de salud reproductiva forzados que afectan de manera desproporcionada a las personas con discapacidad como esterilización forzada y la falta de órdenes para la accesibilidad y adaptación razonable de los servicios de SDSR. El informe selecciona información disponible relacionada con las necesidades de SDSR de las personas con discapacidad en Nigeria, incluyendo el riesgo desproporcionado que comparten las mujeres y los jóvenes con discapacidad relacionado con el VIH/SIDA y VDG y la necesidad de una nueva legislación y una mejor implementación de políticas para hacerle frente.

El informe alternativo concluye con preguntas sugeridas que el Comité de la CEDAW podría realizar o recomendaciones que podría hacer al representante de Nigeria para la CEDAW durante la sesión del Comité 2017. Las preguntas sugeridas incluyen las relacionadas con la inclusión de la discapacidad en la Ley sobre la violencia contra mujeres de 2015 y sus servicios sanitarios para la información sexual y reproductiva. Las recomendaciones incluyen cambios y enmiendas específicos en la legislación existente para garantizar medidas especiales que aseguren la igualdad de las personas con discapacidad en relación con el acceso a la justicia para procesar la VDG, la inclusión en los programas de VIH, etcétera. Muchas de estas preguntas y recomendaciones se incorporaron al informe del Comité de la CEDAW para Nigeria y se encuentran actualmente bajo consideración por el Gobierno nigeriano⁷³⁵.

Aunque el informe alternativo llama la atención sobre defectos relacionados con la implementación de Nigeria de la CEDAW en relación con los derechos de las personas con discapacidad, la producción del propio informe destaca la fortaleza de la sociedad civil de Nigeria. Un estudio reciente sobre las relaciones Estado-sociedad civil en Nigeria caracterizó a la sociedad civil como aún en «florecimiento desde el inicio del Gobierno democrático [inicio en 1999]» y destaca que en 2009 había más de 46 000 ONG registradas en Nigeria⁷³⁶. A menudo, un entorno cívico abierto y una sociedad civil libre son un requisito previo para las OSC, como WEI y sus socios locales en Nigeria, para poder recopilar la información y presentar informes sombra. Con respecto a las prácticas positivas del Estado, el Gobierno de Nigeria ha creado un entorno donde las OSC se han desarrollado, incluyendo organizaciones que representan a mujeres jóvenes y niñas con discapacidad.

APOYO SOCIAL Y SERVICIOS

Además de dar voz, ayudar en la toma de conciencia y supervisar los derechos humanos, las organizaciones de la sociedad civil también ofrecen apoyo social y prestan servicios. A menudo, los movimientos políticos comunitarios son la primera línea para conectar a personas necesitadas con otras que puedan ayudar a facilitarles la información, el material y los recursos emocionales que necesiten. En muchos lugares del mundo donde hay una falta de capacidad por parte de los Estados, las organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales ofrecen muchos servicios básicos, incluyendo servicios de SDRS y servicios de prevención y respuesta a la VDG. En muchos aspectos a la hora de proteger y promover la SDRS, para los Estados es igual de práctico que beneficioso asociarse con organizaciones de la sociedad civil que cuentan con experiencia y relaciones con personas y grupos de personas con discapacidad específicos. Sin

embargo, siempre es el deber de un Estado asumir la responsabilidad de proteger y garantizar el acceso a estos derechos, incluyendo cuando los Estados lo consiguen apoyando servicios ofrecidos por las organizaciones de la sociedad civil en casos donde sea adecuado. Esto significa que es la obligación de los Estados garantizar que los servicios ofrecidos por proveedores no gubernamentales y gubernamentales sean accesibles e inclusivos, incluyendo aquellos relacionados con los SDRS y la prevención y respuesta a la VDG para jóvenes con discapacidad.

Muchas organizaciones de la sociedad civil con socios que representan a grupos marginados, como adolescentes y jóvenes, mujeres y niñas y personas con discapacidad, no cuentan con los recursos humanos o instalaciones para ofrecer todos los servicios relacionados con SDRS y la prevención y respuesta a la VDG, pero llevan a cabo varias actividades que hacen frente a estas cuestiones directa o indirectamente.



Principalmente, las organizaciones de la sociedad civil educan a miembros de la comunidad sobre sus derechos y los remiten a los proveedores de servicios, actuando en ocasiones como abogados y gestores de caso para asistir a las personas a la hora de recorrer los sistemas y servicios. A menudo, las organizaciones de la sociedad civil también se asocian con proveedores de servicios del gobierno para formarlos sobre la inclusión de las discapacidades para garantizar que cuando se remitan personas con discapacidad el Estado sepa reaccionar. Por ejemplo, el Fondo fiduciario de las Naciones Unidas para eliminar la violencia contra las mujeres asociado con el Fondo fiduciario Leonard Cheshire Disability Zimbabwe para apoyar conjuntamente a las mujeres y niñas con discapacidad que hayan experimentado violencia y para asociarse y formar a la policía y al sistema judicial de Zimbabwe sobre el acceso para personas con discapacidad y la inclusión⁷³⁷. Muchos Estados también institucionalizan relaciones con organizaciones de la sociedad civil como defensores dentro de los proveedores de servicios del Estado no solo para formar sino también para actuar como defensores sobre el terreno para personas con discapacidad con el fin de garantizar que las agencias gubernamentales respondan correctamente.

Un servicio principal que las organizaciones de la sociedad civil comparten con el Estado es facilitar una comunicación y toma de decisiones asesoradas. Esto es especialmente importante para jóvenes con discapacidad intelectuales y psicosociales que toman decisiones relacionadas con sus SDSR. A lo largo de la CRPD, existen artículos específicos que obligan a los Estados Partes a tomar medidas adecuadas para ofrecer un acceso igualitario a las personas con discapacidad a todos los servicios públicos y a la justicia, incluyendo el Artículo 12, que exige a los Estados que faciliten a las personas con discapacidad la asistencia que puedan requerir durante el ejercicio de su capacidad legal. La toma de decisiones asesorada es particularmente vital a la hora de proteger a las mujeres y niñas con discapacidad de la coacción al tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. La esterilización forzada y el aborto forzado, por ejemplo, pueden ser el resultado

de mujeres y niñas con discapacidad presionadas para consentir determinados procedimientos sin haber tenido la libertad y la comprensión suficientes para ejercer totalmente su derecho a tomar decisiones relacionadas con sus cuerpos. El acceso a la justicia para informar de violencia y abusos depende de que las personas con discapacidad tengan los apoyos necesarios para comunicarse con las autoridades legales y representarse a ellas mismas en los tribunales. En muchos lugares, históricamente la autoridad para la toma de decisiones para personas con discapacidad se les ha retirado a personas con discapacidad específicas, como discapacidades intelectuales o psicosociales para dársela a los tutores legales, como los padres, o los han conservado los profesionales médicos, incluyendo el personal de instituciones, como hospitales y orfanatos del Estado. Esto puede ser especialmente problemático en relación con los SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG, dado que determinados padres y proveedores de servicios sanitarios pueden presentar creencias sociales negativas asociadas a personas con discapacidad como seres sexuales o, en algunos casos, pueden ser los propios perpetradores. Las organizaciones de la sociedad civil, las cuales por definición se encuentran fuera del Estado y de la economía, a menudo son las mejores posicionadas para facilitar servicios de toma de decisiones asesorada y garantizar que sus apoyos son completamente representativos de las personas a las que apoyan y son completamente independientes. Que haya Estados que se asocien con las organizaciones de la sociedad civil para ofrecer servicios de toma de decisiones asesorada cuando sea adecuado es una estrategia prometedora para garantizar el derecho de los jóvenes con discapacidades intelectuales o psicosociales a acceder a sus derechos.

Las organizaciones de la sociedad civil, incluyendo las organizaciones en favor de los jóvenes, las organizaciones en favor de las mujeres y OPD, hacen frente a las cuestiones de SDSR y VDG organizando grupos de apoyo por pares, los cuales desempeñan un papel vital para asistir a los participantes que sufren algún trauma asociado a la discriminación y la violencia en el desarrollo de su confianza y habilidades



TOMA DE DECISIONES ASESORADA EN AUSTRALIA

La CRPD faculta a las personas con discapacidad para tomar sus propias decisiones en vez de que sus tutores ejerzan ese poder en su nombre. Para las personas con determinadas discapacidades, el Estado está obligado a garantizar que cuenten con los recursos y asesoramientos necesarios para tomar decisiones, como facilitar interpretación del lenguaje por señas a personas con discapacidades auditivas o asignar una persona que pueda explicar y garantizar completamente el entendimiento de personas con discapacidades intelectuales o psicosociales de las decisiones que toman y expresar completamente esas decisiones a las autoridades relevantes. Facilitar una toma de decisiones asesorada para estos últimos grupos ha sido especialmente desafiante para los Estados dado que la toma de decisiones asesorada es un concepto relativamente nuevo y porque las agencias estatales a menudo carecen de la experiencia, los conocimientos y la relación personal con las personas para garantizar de forma eficaz sus libertades de decisión.

Algunos Estados han decidido depender de redes sociales de personas con discapacidad, como amigos y familiares, para ofrecer asesoramiento y asistirles en la toma de decisiones. Sin embargo, esta política se ha encontrado muchos de los mismos problemas que tiene un tutor. Otros Estados han buscado cumplir su obligación con la CDPD y apoyar los derechos de las personas con discapacidad trabajando con OSC que cuenten con el conocimiento, experiencia y relaciones necesarias para que se ejerzan los derechos de las personas con discapacidad a la hora de tomar decisiones, incluyendo las decisiones relacionadas con su SDSR. Una práctica positiva emergente ha sido que los Estados Partes de la CDPD se asocien con OSC defensoras de los derechos de las personas con discapacidades intelectuales o psicosociales para actuar como proveedores de servicios de toma de decisiones asesorada.

Siguiendo los pasos de la CRPD, Australia empezó a volver a evaluar sus leyes relacionadas con la tutela, la administración fiduciaria y la salud mental dado que muchas de esas leyes y políticas eran barreras potenciales a los derechos de las personas con discapacidades intelectuales y psicosociales para que tomaran sus propias decisiones independientes. En 2014, la Comisión para la reforma del derecho australiano (ALRC, por sus siglas en inglés) publicó su informe llamado Equality, Capacity and Disability in Commonwealth Laws (Igualdad, Capacidad y Discapacidad en el derecho de la Commonwealth), que incluye principios para facilitar una toma de decisiones asesorada. Posteriormente, un número de OPD y otras OSC desarrollaron directrices precisas y otros recursos sobre cómo se pueden alcanzar los principios de la toma de decisiones asesorada en la práctica. Mientras que los Estados australianos han adoptado diferentes modelos de toma de decisiones asesorada sobre el terreno, la asociación con la sociedad civil emergió como una práctica positiva a través de la cual poder conseguir el derecho a la toma de decisiones asesorada.

El estado de Victoria ha sido el principal defensor de este enfoque desde 2014 cuando el Defensor público (Office of the Public Advocate) en Victoria empezó un proyecto piloto formando y asignando voluntarios a personas con discapacidad intelectuales que necesitaran asesoramiento en la toma de decisiones. En 2016, se institucionalizó esta iniciativa de proyecto piloto como una asociación entre el Defensor público y la Victorian Advocacy League for People with Intellectual Disabilities (VALID) y otras organizaciones de la sociedad civil y ministerios estatales. VALID es una organización de interés que ha desarrollado herramientas, información y recursos para ayudar a facultar a personas con discapacidad. Esto incluye talleres y otros apoyos para que las personas

con discapacidad sean sus propios defensores junto con la formación de proveedores de servicios y voluntarios para ofrecer apoyo a las propias personas con discapacidad, incluyendo facilitar una toma de decisiones asesorada. El papel de VALID en su asociación con Victoria es coordinar, formar y supervisar a voluntarios para garantizar que los voluntarios entienden y están capacitados en su papel como encargados de la toma de decisiones asesorada cuando identifican y reconocen, interpretan y actúan según decisiones expresadas por las personas a las que han sido asignados.

El gobierno de Victoria también apoya a otras organizaciones de la sociedad civil vitales para facultar a jóvenes con discapacidad. Esto incluye Family Planning Victoria, una organización de la sociedad civil independiente que promueve el cuidado sanitario reproductivo y sexual, la educación y el apoyo. Family Planning Victoria se financia parcialmente mediante el gobierno y ofrece servicios específicamente para personas con discapacidad cognitiva, incluyendo cursos sobre relaciones y la toma de decisiones sexuales. Family Planning Victoria también ofrece cursos para proveedores de servicios, cuidadores y otros que trabajen con personas con discapacidades cognitivas en relación con sus SDR y sus obligaciones para garantizar que la toma de decisiones asesorada facilitada es adecuada.

Al trabajar con organizaciones de la sociedad civil, los Estados pueden garantizar que el facilitador sea independiente tanto del Estado como de la familia de la persona con discapacidad que tome la decisión y, de esta forma, esté en la mejor posición para garantizar la libertad de expresión de la persona. Al asignar y contratar a las organizaciones de la sociedad civil para facilitar estas decisiones, los Estados pueden garantizar la independencia y los derechos de las personas con discapacidades intelectuales y psicosociales de manera más eficaz a la hora de tomar decisiones relacionadas con sus cuerpos⁷³⁸.

para hacer frente a situaciones cuando se han violado sus derechos y reclamar los servicios a los que tiene derecho legítimamente. Los estudios sobre los grupos de apoyo social a la discapacidad ofrecen una amplia evidencia del importante papel que desempeñan estas organizaciones. Por ejemplo, un reciente informe sobre los grupos de apoyo por parejas para mujeres jóvenes con discapacidad concluyó que eran esenciales para que las mujeres jóvenes con discapacidad desarrollaran los recursos emocionales para «contrarrestar mensajes exclusivistas del mundo exterior» y reafirmarse a sí mismas como personas independientes y con derechos⁷³⁹. De manera similar, los grupos de apoyo para supervivientes de la violencia han demostrado ser esenciales para el bienestar de las personas afectadas. La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las mujeres, ONU Mujeres, identifica los grupos de apoyo de pares como parte

del modelo de cuidado para supervivientes de VDG del Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas sometidas a violencia y como un servicio esencial de salud que los Estados deben apoyar⁷⁴⁰. Un principio esencial de todos los grupos de apoyo por parejas es que no son discriminatorios. Los Estados están obligados a garantizar que cualquier grupo de apoyo por parejas que apoyen, ya sea organizándolo ellos mismos o como socios de una sociedad civil, sea inclusivo en términos de género, edad y discapacidad.

Finalmente, las organizaciones de la sociedad civil, especialmente las organizaciones para la capacitación de las mujeres y OPD, se ocupan indirectamente de la SDR y de la VDG organizando actividades de formación vocacional y generadoras de ingresos que reducen el riesgo de que sus miembros se involucren en prácticas sexuales no seguras y les ofrece la confianza y los medios financieros para acceder a muchos servicios.

Tanto los jóvenes con discapacidad como las mujeres y niñas con discapacidad son desproporcionadamente pobres, no solo comparadas con la población general sino comparadas también con hombres de más edad con discapacidad. Los factores que contribuyen a esta marginación económica incluyen exclusión de las oportunidades de formación educacional y vocacional, rechazo por parte de los ofertantes de trabajo dentro del mercado laboral y discriminación por proyectos y organizaciones de desarrollo económico, como programas de becas y microcréditos. En muchos lugares, las OPD se asocian con organizaciones de microfinanciación y otras de carácter general para incorporar a las personas con discapacidad en su formación y prácticas de préstamo. Por ejemplo, en Ghana, la Ghana Blind Union trabaja en la actualidad con bancos rurales para integrar a sus jóvenes y mujeres con discapacidad visual tanto en su personal como en su cartera de préstamos⁷⁴¹. Todos los Estados Partes de la CRPD, incluyendo aquellos que proporcionan ayuda extranjera, están obligados a garantizar que todos los programas de desarrollo internacionales son inclusivos en cuanto a discapacidades.

/// III. BARRERAS Y FACILITADORES

Es el deber del Estado garantizar que los actores de la sociedad civil disfruten de sus derechos a un entorno político y público favorable, un marco de trabajo normativo solidario, al libre flujo de la información, al apoyo y recursos a largo plazo y a espacios compartidos para el diálogo y la colaboración⁷⁴². Sin embargo, en muchos casos las organizaciones de la sociedad civil no disfrutaban de esas libertades y, en determinados contextos, son eliminadas de forma activa y están sometidas a violencia por parte del Estado. Las sociedades civiles que representan a jóvenes con discapacidad también se enfrentan a un número de barreras adicionales a la participación pública enraizadas en su identidad como jóvenes con discapacidad, quienes a menudo se encuentran más aisladas socialmente y tienen menos posibilidades de ser contratadas que personas de más edad con

discapacidad. No solo los Estados presentan barreras a determinados grupos, sino que la propia sociedad puede ser una barrera. Además, las actitudes sociales y las creencias culturales pueden dificultar que jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres y niñas, participen en las organizaciones de la sociedad civil ya sea porque se enfrentan a barreras mayores a nivel individual, como padres sobreprotectores o control conyugal, o barreras más sistemáticas, como organizaciones de la sociedad civil de carácter general, OPD incluidas, que rechazan incluirlas como miembros o representar sus intereses. Las personas procedentes de grupos de discapacidad específicos también pueden enfrentarse a barreras particulares a la participación en la sociedad civil, incluyendo la exclusión de sus filas por parte de OPD de transdiscapacidad.

Todas esas barreras a la participación en la sociedad civil representan violaciones de los derechos humanos de los jóvenes con discapacidad. Las barreras individuales, como la pobreza resultante de la exclusión de la formación vocacional o la incapacidad de los Estados para fomentar la no discriminación en el mercado laboral, representan un incumplimiento de sus derechos a la educación inclusiva y a un trabajo decente. Las barreras colectivas, como las prohibiciones de la libertad de asociación, representan incumplimientos por parte de los Estados de proteger los derechos políticos y civiles más básicos. Dado que todos los derechos humanos están interrelacionados, cualquier negación de derechos individuales y colectivos afecta a la capacidad de los jóvenes con discapacidad para participar en la sociedad civil y ejercer y acceder a los SDR y a una vida libre de violencia. El derecho dominante que las personas adquieren a través de la sociedad civil es poder expresarse ellas mismas e influir en los procesos de toma de decisiones públicos. Sin una sociedad civil fuerte que represente a los jóvenes con discapacidad, sus necesidades, intereses y derechos no serán una prioridad.

El Estado, incluyendo ambos ministerios nacionales hasta las autoridades locales en la aldea o a nivel municipal, pueden desempeñar un papel pivotante a la hora de abordar las barreras individuales y

colectivas a la participación cívica. A los Estados les beneficia y además es su responsabilidad, garantizar que todos los ciudadanos tengan la capacidad de ser miembros activos en organizaciones de la sociedad civil y que esas organizaciones sean capaces de comunicarse con el Estado en lo relacionado con los derechos humanos de los ciudadanos. Con respecto a los SDR y la prevención y respuesta a la VDG, es esencial hacer frente a todas las barreras que los jóvenes con discapacidad sufren en su participación en las organizaciones en favor de los jóvenes, las

organizaciones en favor de la mujer y OPD de forma que puedan trabajar conjuntamente para asesorar sobre leyes, políticas y programas así como supervisar su implementación. También es importante que las organizaciones de la sociedad civil, cuando sea necesario, participen en la concienciación, la distribución de la información y en la aportación de apoyo social y prestación de servicios.

Existen muchas protecciones y apoyos para la sociedad civil en todo el sistema de las Naciones

BARRERAS QUE AFRONTAN LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN SU PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD CIVIL

BARRERAS COLECTIVAS

Prohibiciones a la libertad de asociación (derecho político y civil básico).



BARRERAS SOCIALES

Actitudes sociales y creencias culturales que amplifican otras barreras.



BARRERAS INDIVIDUALES

Padres sobreprotectores o control marital; exclusión de la formación profesional; no exigencia de políticas no discriminatorias en el mercado laboral.



BARRERAS SISTÉMICAS

Fallo de las principales organizaciones de la sociedad civil a la hora de incluir a jóvenes con discapacidad como miembros o de representar sus intereses; exclusión de organizaciones de personas con discapacidad con discapacidad cruzada de las principales organizaciones de la sociedad civil.



'TODAS ESTAS BARRERAS A LA PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD CIVIL SUPONEN UNA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.'

Nota: Un texto alternativo para la infografía está disponible como un anexo [aquí](#).

Unidas, incluidos muchos instrumentos para los derechos humanos internacionales. La CEDAW y la CDN ofrecen asesoramiento sobre cómo los Estados pueden apoyar y asociarse con la sociedad civil. Sin embargo, la CRPD va mucho más lejos que estos instrumentos para los derechos humanos anteriores al ofrecer el anteproyecto más avanzado sobre cómo los Estados Partes pueden garantizar que las personas con discapacidad sean participantes en la sociedad civil y, por lo tanto, tengan voz directa sobre cómo disfrutan y acceden a los SDR y viven libres de violencia.

FILTROS Y SILENCIAMIENTO

Los Estados son los filtros más importantes para determinar si las personas se pueden reunir para organizar y establecer organizaciones o si están excluidas del debate público. Los Estados pueden presentar barreras significativas o facilitar los grupos de personas que desean formar, registrar, dirigir y financiar sus propias organizaciones de la sociedad civil⁷⁴³ y pueden influir en la capacidad de esas organizaciones para comunicar sus intereses al Estado y al público en general. Los gobiernos determinan directamente los procedimientos y requisitos para el registro inicial y renovación continua de las organizaciones, por lo tanto son responsables de establecer el nivel de complejidad, coste económico e incluso la arbitrariedad de los procesos de registro y renovación para los ciudadanos que buscan representarse en la sociedad civil⁷⁴⁴. Los Estados también determinan quién puede establecer una organización de la sociedad civil, un derecho en ocasiones restringido a los grupos minoritarios, especialmente a través de legislación antiterrorista cuyo objetivo son las minorías religiosas o étnicas⁷⁴⁵. En otros contextos, el colectivo LGBTQI (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer e intersexuales) y las mujeres y niñas, ambos grupos especialmente importantes en el avance de la SDR y de los servicios de prevención y respuesta a la VDG, han sido excluidos de la organización⁷⁴⁶. Para todos los grupos marginados, incluyendo los jóvenes con discapacidad,

los procesos de registro que requieren tiempo y recursos significativos pueden presentar desafíos que convierten el registro de una nueva organización o la renovación de una existente en algo extremadamente difícil. Los Estados pueden facilitar la participación en la sociedad civil ofreciendo un proceso de registro y renovación claro, sencillo, poco costoso y eficaz.

Otro conjunto de barreras significativo al que se enfrentan las organizaciones de la sociedad civil son las limitaciones de su capacidad para reunirse libremente, implementar actividades, comunicarse con el Estado u organizaciones internacionales y recibir fondos, especialmente de fuentes extranjeras. Durante los últimos años, ha surgido una preocupación creciente sobre el «estrechamiento» o «cierre de espacio público» en determinados Estados que buscan suprimir organizaciones de la sociedad civil y censurar su voz, en ocasiones con el uso de la violencia de Estado⁷⁴⁷. Estas barreras no solo son violaciones de los derechos humanos, sino también son contraproducentes para el desarrollo político y social y la estabilidad dado que a menudo las organizaciones de la sociedad civil son críticas a la hora de asistir al Estado a identificar y entender problemas sociales, desarrollar buenas leyes y políticas para hacerles frente e implementar nuevos programas de manera eficaz. Que los jóvenes con discapacidad que ejercen su derecho a comunicarse públicamente con el Estado no solo conllevará su desarrollo como personas, sino que su participación completa en la sociedad también promoverá el desarrollo de todos los miembros de sus comunidades nacionales y locales.

Como nos cuentan las historias de los movimientos en favor de las mujeres y los movimientos en favor de las personas con discapacidad por todo el mundo, es importante que los miembros de grupos históricamente excluidos sean ellos mismos los que ayuden a desarrollar y supervisar las leyes y políticas que les afectan más directamente. Como resultado, existe una creciente norma internacional y un número cada vez mayor de obligaciones legales para que los Estados institucionalicen un papel

para las organizaciones de la sociedad civil que represente a mujeres, a personas con discapacidad y a otros en la elaboración de políticas y el gobierno.

El derecho de las organizaciones de la sociedad civil que representan a los jóvenes con discapacidad no es algo recientemente reconocido dentro de los derechos humanos internacionales. Las libertades básicas de asociación y reunión pacífica se garantizaron a todas las personas, incluyendo jóvenes, mujeres y niñas y personas con discapacidad en los documentos fundacionales del sistema de las Naciones Unidas. A pesar de la larga historia del derecho de participación en la sociedad civil, el Estado y otros actores de la sociedad civil marginaron a determinados grupos. Como resultado, se ha definido cada vez más el derecho a la participación cívica en instrumentos internacionales en relación con grupos históricamente marginados y se han desarrollado obligaciones positivas nuevas de los Estados Partes con esos instrumentos para garantizar que se escuchan, incluyen y apoyan todas las voces dentro de la sociedad civil y su participación en la elaboración e implementación de políticas.

El artículo 20 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) declara que todas las personas tienen derecho a «reunirse pacíficamente y asociarse», un derecho reiterado en el Artículo 22 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966). A pesar de estas importantes disposiciones, determinados grupos, incluyendo mujeres y niñas, niños y personas con discapacidad, han sido marginados de la participación total en la sociedad civil. Como resultado, instrumentos adicionales para los derechos humanos han especificado el derecho a participar en la sociedad civil para grupos específicos. La CEDAW (1979) Artículo 7(c) declara de manera específica que las mujeres tienen el mismo derecho a «participar en organizaciones y asociaciones no gubernamentales que se ocupen de la vida pública y política del país», la CDN (1989) Artículo 15 reconoce el «derecho del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas» y la CRPD (2006) Artículo 29(b i) obliga

a los Estados a promover el derecho de las personas con discapacidad a participar en «organizaciones y asociaciones no gubernamentales». Sin embargo, la CRPD va incluso más lejos que la CEDAW, CDN o cualquier otro instrumento de los derechos humanos internacionales hasta la fecha.

Esta historia de movimientos en favor de las personas con discapacidad por todo el mundo demostró que para que se reconocieran los derechos humanos de las personas con discapacidad, estas últimas no solo necesitan el derecho a participar en la sociedad civil de forma general, sino que requieren el derecho específico de formar sus propias organizaciones como personas con discapacidad, donde puedan reunirse para discutir sus experiencias de discriminación en un mundo capaz y desarrollar su propia voz colectiva como personas con discapacidad para defender sus intereses en vez de depender de personas sin discapacidades que los defiendan. Así, el Artículo 29 de la CRPD sobre la participación en la vida pública y política también obliga a los Estados Partes a promover para las personas con discapacidad «La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local y su incorporación a dichas organizaciones.» Además de promover el desarrollo de las OPD, la CDPD va incluso más lejos e incluye «disposiciones innovadoras y revolucionarias»⁷⁴⁸ relacionadas con el papel que las OPD pueden desempeñar en la definición e implementación de sus derechos que los Estados Partes deben reconocer. Estos papeles incluyen a las OPD como asesores sobre legislación y elaboración de políticas y supervisores de la implementación de sus derechos (Artículos 4 y 33).

El Artículo 4.3 de la CRPD sobre obligaciones generales establece, «En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con

discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.» El Artículo 33 sobre «Aplicación y seguimientos nacionales» también destaca un papel específico para las OPD creando una obligación legal positiva para que los Estados Partes faciliten un papel para la sociedad civil, estableciendo que. «La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento» de la CRPD. Estos artículos en la CDPD significan que las obligaciones de los Estados Partes van más allá de simplemente permitir que las personas con discapacidad tengan la libertad de formar organizaciones de la sociedad civil y expresarse, el derecho a asociarse y reunirse pacíficamente, sino también a implicar de manera activa a las OPD en la formulación, implementación y supervisión de las leyes y políticas que protegen y promueven los derechos de las personas con discapacidad. Con respecto a la igualdad para los jóvenes con discapacidad en el acceso y la inclusión en los SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG, esto significa que necesitan estar representadas por las OPD y otros actores de la sociedad civil

para garantizar su participación en los procesos de elaboración e implementación de políticas relevantes.

Además de la propia CDPD, el Protocolo facultativo a la CDPD, el cual se ha adoptado ampliamente, incluye el derecho directo de las personas con discapacidad a comunicarse con el Comité de las Naciones Unidas para la CDPD y registrar violaciones de la CDPD contra sus Estados. El Artículo 1 del Protocolo facultativo establece que: «Todo Estado Parte en el presente Protocolo reconoce la competencia del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad para recibir y considerar las comunicaciones presentadas por personas o grupos de personas sujetos a su jurisdicción que aleguen ser víctimas de una violación por ese Estado Parte de cualquiera de las disposiciones de la Convención, o en nombre de esas personas o grupos de personas.» El derecho a comunicarse es uno de los medios más eficaces para asegurar que los Estados Partes cumplen sus obligaciones⁷⁴⁹, pero a menudo también requiere la presencia de una sociedad civil fuerte que pueda apoyar a las personas a la hora de presentar informes al Comité o pueda presentar un informe y comunicar en su nombre⁷⁵⁰.

LAS CONFERENCIAS NACIONALES DE BRASIL SOBRE LOS DERECHOS DE LA PERSONAS CON DISCAPACIDAD: PRÁCTICA DE ESTADO POSITIVA AL ASOCIARSE CON LA SOCIEDAD CIVIL

Las Conferencias nacionales de Brasil sobre los Derechos de las personas con discapacidad (Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência) demuestra una práctica positiva al reunir a representantes del Estado y de la sociedad civil para debatir, evaluar y diseñar políticas públicas dirigidas a los derechos de las personas con discapacidad⁷⁵¹. Esta es una de las formas que tienen los Estados para capacitar a las OPD integrándolas en el proceso de elaboración de políticas, dirigida a cumplir la obligación de los Estados Partes del Artículo 4.3 de la CDPD que establece que «los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad» en el desarrollo e implementación de leyes, políticas y otros procesos que conciernen directamente a personas con discapacidad. También es un foro donde las prioridades de los jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres y niñas adolescentes, puedan defender las cuestiones que más les conciernen. Marineia Corsara de Resende, una profesora de la Universidade Federal de Uberlândia, demuestra por qué es importante que las experiencias personales de mujeres con discapacidad se expresen y utilicen para identificar barreras, oportunidades y prioridades directamente relacionadas con los SDSR:

Sigo trabajando, sigo teniendo citas, sigo teniendo novios, ya no estoy casada pero lo estuve. Por ello, quiero que el resto de las personas con discapacidad tengan el mismo acceso que yo tuve. Fui a la universidad, estudié para poder tener la vida que yo decidiera. Pero muchas de las personas con discapacidad no tienen esta oportunidad.

–Marineia Crosara de Resende, Profesora de la Universidad Federal de Uberlandia

Gracias a la participación de mujeres con discapacidad, como la profesora de Resende, los SDRS y la eliminación de la VDG se han convertido en temas centrales de los debates durante las conferencias nacionales. Brasil es significativo por su larga historia de mujeres con discapacidad fundadoras o líderes de OPD, incluyendo el Núcleo de Integração de Deficientes (Centro para la integración de las personas con discapacidad), que fue una de las primeras OPD y una de sus defensoras más relevantes de los derechos de las mujeres con discapacidad hoy en día, incluyendo a través de su participación en las conferencias nacionales.

Hasta la fecha, Brasil ha organizado cuatro conferencias nacionales. Durante la primera Conferencia nacional en 2006, las OPD y los ministerios del gobierno se reunieron alrededor del tema de la accesibilidad. Fue durante esa conferencia que las mujeres con discapacidad empezaron a ejercer presión para una mayor accesibilidad a las instalaciones sanitarias⁷⁵². Cuando se celebró la segunda Conferencia nacional en 2008, las OPD que representaban a mujeres con discapacidad se habían vuelto mucho más activas y se convirtieron en líderes para aprobar resoluciones que reclamaban de manera explícita mejores políticas de inclusión de las discapacidades para la atención materna y neonatal, campañas educativas y divulgativas sobre SDRS y un sistema informativo sanitario más completo para las personas con discapacidad⁷⁵³. Estos temas se retomaron en la tercera Conferencia nacional en 2013, incluyendo la aprobación de la Resolución 26, la cual exigía una mayor acción para implementar políticas públicas que garantizaran la SDRS de personas con discapacidad a nivel municipal y nacional, incluyendo un mayor acceso a los servicios de SSR, incluyendo planificación familiar, atención prenatal y materna y programas de concienciación sobre SDRS para personas con discapacidad, sus familias y cuidadores⁷⁵⁴. Finalmente, durante la cuarta y última Conferencia nacional en 2015, la propia conferencia se organizó alrededor de los temas intersectoriales de diversidad de género, raza, etnicidad, sexual y generacional⁷⁵⁵.

Las conferencias nacionales han resultado continuamente en nuevas políticas. La política más significativa podría ser el Plan Nacional para los Derechos de las Personas con Discapacidades: «Vivir sin límites», el cual fue el resultado de la primera y segunda conferencia nacional. Vivir sin límites aborda directamente los SDRS y la VDG de varias maneras, incluyendo políticas relevantes para ampliar la atención materna y reproductiva para las mujeres. También responsabilizaba al gobierno, lo que resultó en que Brasil asignara 7600 millones de reales brasileños (2400 millones de dólares americanos) para la implementación de Vivir sin límites y especificara responsabilidades para su implementación para las 15 agencias federales⁷⁵⁶.

Las conferencias nacionales reflejan una plataforma eficaz para incluir y ofrecer una agencia política a las OPD y a las personas con discapacidad a nivel nacional para discutir directamente con el gobierno para exigir responsabilidad, legislación inclusiva y respuestas gubernamentales eficaces que satisfagan mejor las necesidades y aspiraciones de todos los ciudadanos.

CAPACIDAD ORGANIZATIVA Y ACCESO A LOS RECURSOS

Los jóvenes con discapacidad, como todas las personas con discapacidad, a menudo son desproporcionadamente pobres, tienen menos acceso a la educación y están más aisladas socialmente que sus iguales⁷⁵⁷. Las OPD pueden desempeñar un papel muy importante a la hora de abordar estas cuestiones poniendo en contacto a jóvenes con discapacidad con los líderes de la comunidad y otras personas con discapacidad que puedan actuar como ejemplos. Al facilitar relaciones nuevas e interacciones existentes entre personas con discapacidad, las OPD capacitan a sus miembros, inculcando conocimientos y habilidades nuevas y una nueva conciencia que anima a los miembros a participar en la promoción, a perseguir oportunidades educacionales y laborales y a participar activamente en sus comunidades⁷⁵⁸. La capacitación individual y colectiva a través de la sociedad civil son factores importantes para determinar si los jóvenes con discapacidad buscan sus SDR y tienen acceso a los servicios de prevención y respuesta a la VDG.

Mientras que las OPD y otras OSC pueden contar con estos efectos facultativos, a menudo su capacidad para hacerlo está limitada, especialmente en el Sur Global. Las OPD y otras organizaciones que representan a grupos marginados, incluidos adolescentes y jóvenes y mujeres y niñas, a menudo son un reflejo de sus miembros quienes a menudo están desproporcionadamente excluidos de la escolarización formal, aislados socialmente de sus iguales y carecen de experiencia en puestos de liderazgo. El resultado es que a menudo las OPD presentan niveles bajos de capacidad organizativa y de promoción⁷⁵⁹. Por ejemplo, a menudo las OPD no cuentan con el conocimiento, los recursos financieros y humanos y las redes para realizar una defensa eficaz de sus miembros cuando trabajan con los gobiernos en los procesos de elaboración e implementación de políticas. A menudo, las OPD que representan a jóvenes o a mujeres y niñas,

quienes se enfrentan a una doble discriminación, presentan una mayor carencia de capacidad organizativa que las OPD dirigidas por hombres de más edad con discapacidad. En determinados campos de la promoción, las OPD tienen menos acceso al conocimiento de manera colectiva que otros. Por ejemplo, a menudo las OPD tienen una capacidad organizativa mayor para abordar el transporte o la construcción accesibles porque los Estados se asocian con ellas con frecuencia en relación con esta cuestión, pero tienen menor capacidad organizativa para abordar cuestiones relacionadas con los SDR y la prevención y respuesta a la VDG, donde a menudo los Estados no han buscado asociarse con las OPD.

En muchos contextos, las OSC dependen de los patrocinadores internacionales para obtener tanto los recursos financieros como las habilidades organizativas que necesitan para tener éxito. Lamentablemente, un número creciente de países están negando a las OSC el poder beneficiarse de ONG internacionales y de la ayuda extranjera oficial. Otros países no prohíben abiertamente a las OSC afiliarse o recibir fondos de organizaciones y gobiernos extranjeros, pero en vez de eso exigen a las OSC locales que se registren como «agentes extranjeros», se sometan a una supervisión gubernamental incrementada y de manera alternativa dificultan que las organizaciones locales reciban los recursos que necesitan para el desarrollo de su capacidad⁷⁶⁰. El incremento de estas barreras para que la sociedad civil se beneficie de la cooperación internacional es especialmente cierto en los Estados que se enfrentan a una oposición significativa por su violación de los derechos humanos⁷⁶¹. Las OPD, como todas las OSC en lugares donde se enfrentan a restricciones, pueden sufrir bajo estas condiciones al no poder acceder a recursos vitales o aprender habilidades organizativas importantes.

Tanto en el pasado como hoy en día, las organizaciones que representan a personas con discapacidad se han visto excluidas de la

financiación y de otras oportunidades de desarrollo de su capacidad disponibles para otros en campos donde existen pocas o ninguna restricción para que las organizaciones locales se beneficien de recursos extranjeros. Tradicionalmente se considera que muchos financiadores extranjeros y redes de ONG apoyan a las OPD como una cuestión de rehabilitación o caridad, más que como parte de sus iniciativas de democratización y derechos humanos. Esta exclusión se ampliaba a la financiación extranjera ofrecida a las organizaciones locales centradas en un ejercicio y acceso incrementados a los SDR y a los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Sin embargo, un número creciente tanto de Estados como de OSC internacionales y redes buscan rectificar la exclusión de las OPD de las oportunidades de desarrollo de su capacidad. Las ONG internacionales, como Handicap International y el Fondo de Derechos de la Discapacidad y muchas agencias de ayuda bilaterales, han creado programas hacia un desarrollo de la capacidad de las OPD, incluyendo la capacidad de las OPD para defender la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG⁷⁶².

Aparte de la carencia de recursos y capacidades básicos que muchas OSC requieren para ser eficaces, desde líderes experimentados en la promoción hasta el mantenimiento del espacio de oficina y las conexiones de Internet, las OPD y otras OSC que representan a jóvenes con discapacidad también se enfrentan a desafíos adicionales. En lugares donde los edificios accesibles no son frecuentes, a menudo las OPD están limitadas a la hora de elegir dónde ubicar sus oficinas y otras instalaciones. Organizar reuniones, recopilar información e implementar actividades de divulgación también requiere recursos adicionales que otras OSC no necesitan, como subvencionar el transporte de los miembros que vivan en zonas sin transporte público accesible o garantizar el acceso a la información y comunicación (por ejemplo, a través del Braille o la interpretación del lenguaje de signos). Incluso cuando los Estados están comprometidos con la implementación de prácticas

participativas en la elaboración de políticas, a menudo lo hacen de manera que pueden excluir a las personas con discapacidad, como no ofrecer documentos en diferentes formatos o programar reuniones y foros públicos en lugares accesibles⁷⁶³. En muchas instancias, los Estados esperan que las OSC asuman dichos costes, por ejemplo facilitando sus propios intérpretes del lenguaje de signos en eventos, en vez de garantizar que estén disponibles como parte del evento. Bajo estas condiciones, las OPD y otras OSC que representan a jóvenes con discapacidad se enfrentan a barreras significativas a la capacitación de sus miembros y al ejercicio de su derecho a una participación significativa en la elaboración, implementación y supervisión de las políticas.

Existen varias maneras para que los Estados, especialmente los Estados Partes de la CRPD, faciliten las necesidades de desarrollo de capacidad de las OPD para garantizar que puedan ser defensores y socios eficaces para garantizar los SDR de los jóvenes con discapacidad. La CRPD apoya de manera específica la capacidad de desarrollo de las OSC, especialmente en países con ingresos bajos, a través del Artículo 32 sobre Cooperación internacional. Muchos Estados también han implementado instrumentos nacionales y locales de apoyo, como facilitar recursos para el desarrollo organizativo directamente a las OPD locales, permitiendo que esas OPD organicen a personas con discapacidad y las representen de manera eficaz al asesorar al Estado.

La CRPD es el primer tratado sobre derechos humanos internacionales que incluye un artículo específico sobre la cooperación internacional. El Artículo 32 no solo obliga a los Estados Partes a garantizar que sus programas de desarrollo internacionales sean inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad, sino que también obliga a los Estados Partes a hacerlo, cuando sea apropiado, «en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de

personas con discapacidad.» El Artículo 32 también obliga a los Estados Partes a «facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de formación y prácticas recomendadas.» Esto significa que de los más de 140.000 millones de dólares americanos gastados anualmente en ayuda extranjera⁷⁶⁴, todos esos fondos, incluyendo aquellos relacionados con la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG deberían ser accesibles e inclusivos para las personas con discapacidad. También significa que los Estados Partes deben contribuir al progreso de la capacidad de desarrollo de las OPD para que puedan ser una voz eficaz para las personas con discapacidad. El poder acceder a estos fondos, obviamente, puede representar recursos vitales

para las OPD nacionales y locales, incluyendo las OPD que representan a jóvenes con discapacidad y a mujeres y niñas con discapacidad, a la hora de desarrollar su capacidad de promoción general y específica a los SDR y de implementación de programas. Dado que la inclusión de la discapacidad en la cooperación internacional es algo nuevo, muchos Estados siguen desarrollando políticas de inclusión y garantizando su implementación eficaz. Varios Estados y ONG internacionales, sin embargo, han desarrollado prácticas recomendadas de las que todos los principales donantes pueden aprender, como políticas que requieran que cualquier ayuda extranjera sea inclusiva de la discapacidad u ofrezcan directrices sobre el desarrollo inclusivo de las personas con discapacidad para todos sus socios.



DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO INCLUSIVO

Un número de ONG internacionales en favor de la discapacidad han desarrollado directrices, incluyendo para la elaboración de presupuestos, para integrar la inclusión de las personas con discapacidad en todas las formas de cooperación internacional. Por ejemplo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Mobility International han publicado *Building an Inclusive Development Community: A Manual on Including Persons with Disabilities in International Development Programmes* (Construyendo una comunidad de desarrollo inclusivo: Un manual para incluir a las personas con discapacidad en los programas de desarrollo internacional). Además de cubrir todos los aspectos de la inclusión de las personas con discapacidad en el desarrollo internacional, este importante recurso aborda de manera específica las prácticas recomendadas relacionadas con los temas de Género y discapacidad, Sociedad civil, Mujeres con discapacidad y Acceso a la atención sanitaria. Dos recomendaciones importantes que se hacen durante todo el documento es que todos los programas de desarrollo internacionales deben abordar la inclusión de las personas con discapacidad en su elaboración de presupuestos y que todas las ONG y otros socios en la implementación deben contar con una política de inclusión de las personas con discapacidad. Para actividades de programa, el manual recomienda que cada presupuesto asigne entre el 5 y el 7 por ciento para costes operacionales y entre el 1 y el 3 por ciento para costes administrativos para garantizar que todos los aspectos del programa de desarrollo sean accesibles e inclusivos⁷⁶⁵. También ha desarrollado *Guide on How to Integrate Disability into Gender Assessments and Analyses* (Guía sobre cómo integrar a las personas con discapacidad en valoraciones y análisis de género) y se exige a todas las unidades operativas de la USAID que realicen una valoración de género a la hora de planificar estrategias para todas las misiones. Con esta guía sobre el análisis de género

inclusivo de las personas con discapacidad, las misiones de la USAID son responsables de garantizar que se incluya a las personas con discapacidad, especialmente jóvenes y mujeres con discapacidad. La guía recomienda de manera específica que las misiones incluyan a las OPD en el proceso de evaluación y que las evaluaciones incluyan las áreas temáticas de Violencia de género y VIH/SIDA⁷⁶⁶.

GUÍA DFID SOBRE LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL DESARROLLO: PRÁCTICA DEL ESTADO POSITIVA PARA INCLUIR A JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN EL DESARROLLO

Muchos países han desarrollado políticas, herramientas y mecanismos de financiación para incluir a los jóvenes con discapacidad en los programas de desarrollo internacionales. Las directrices del Department for International Development (DFID) del Reino Unido Working on Disability in Country Programmes (2007) (Trabajos sobre discapacidad en programas nacionales) es una guía práctica para los programas nacionales del DFID sobre la integración de las personas con discapacidad en las prácticas de desarrollo a nivel nacional. También representa una práctica de Estado positiva y un paso proactivo para el Reino Unido en el cumplimiento de su obligación como Estado Parte de la CRPD. También aborda de manera específica la sociedad civil, los jóvenes y mujeres y niñas con discapacidad y los programas relacionados con los SDSR.

La guía recomienda varias «ideas prácticas para las acciones» clave, incluyendo identificar y consultar de manera regular las OPD a nivel nacional, incluyendo la discapacidad en los análisis de igualdad de género y de exclusión social a nivel nacional, desagregando todos los indicadores recopilados por discapacidad, incluyendo un enfoque en la discapacidad en las revisiones de programa anuales, así como el financiamiento directo del desarrollo de las capacidades para las OPD locales. Con respecto a la sociedad civil, el DFID sugiere un enfoque doble implementando acciones específicas que beneficien a personas con discapacidad al igual que integren a personas con discapacidad por toda la sociedad civil. Por ejemplo, sugiere que las OPD deben recibir un apoyo financiero directo para fomentar la concienciación e involucrarse en el proceso de elaboración y supervisión de políticas. También sugiere que las oficinas nacionales faciliten las asociaciones entre las OPD y otras OSC (no centradas en la discapacidad) para formar coaliciones más sólidas y promover la voz de personas con discapacidad dentro de todas las cuestiones del desarrollo. La guía también sugiere que las OPD deben incluirse en todos los principales análisis y evaluaciones, como el Gender Equality and Social Exclusion Analysis (Análisis de la igualdad de género y la exclusión social) y el Country Governance Analysis (Análisis de la gobernanza del país), un proceso que debe incluir la evaluación de leyes, políticas y prácticas de los gobiernos asociados desde una perspectiva de la inclusión de la discapacidad.

Finalmente, la guía destaca la importancia de las oficinas del DFID a nivel nacional a la hora de promover el acceso igualitario a los servicios sanitarios básicos y capacitar a las personas con

discapacidad para que tomen sus propias decisiones relacionadas con su salud, incluyendo contar con el apoyo de iguales y expertos para hacerlo. También menciona que las personas con discapacidad son especialmente vulnerables al VIH/SIDA y por lo tanto los programas y políticas sobre VIH/SIDA se deben priorizar para el acceso y la inclusión de la discapacidad.

Esta guía sirve como modelo de lo que los Estados comprometidos con la cooperación internacional pueden hacer para asociarse y fortalecer a las OPD y cumplir sus obligaciones de promover la inclusión de la discapacidad en todas las iniciativas de desarrollo, incluyendo actividades que promuevan los SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG para jóvenes con discapacidad.

LA EXCLUSIÓN SOCIAL DENTRO DEL HOGAR, LA COMUNIDAD Y LA SOCIEDAD CIVIL

Incluso en los contextos donde las OSC están libres del control del Estado y las OPD tienen la capacidad necesaria para llevar a cabo su programación, los jóvenes con discapacidad aún deben hacer frente a barreras en su participación en la sociedad civil. El estigma de la discapacidad, el patriarcado y las actitudes paternalistas hacia los jóvenes dan forma a la conducta de la familia, sus iguales, e incluso de defensores que representen a otros grupos. A menudo, los padres son sobreprotectores con los niños con discapacidad y a menudo mantienen a sus hijas e hijos en el hogar antes que apoyarles para unirse a organizaciones y participar en eventos públicos. Los jóvenes sin discapacidades pueden ver a un compañero de clase o vecino con discapacidad como un objeto de caridad o alguien a evitar, en vez de como un igual y alguien a invitar a sus grupos de jóvenes e integrar en sus redes informales y formales. Incluso los defensores de los derechos humanos, incluyendo los líderes de ONG que promueven la SDR y la eliminación de la violencia de género, pueden tener creencias equivocadas sobre las personas con discapacidad y no reconocer tanto sus derechos como sus necesidades para la SDR y los servicios de

prevención y respuesta a la VDG. Los Estados tienen el deber de abordar los estigmas y otras creencias perjudiciales porque abordar las actitudes sociales negativas es un paso necesario para garantizar que las personas y los grupos marginados puedan acceder y ejercer completamente sus derechos humanos. Los Estados pueden cumplir su deber de abordar los estigmas apoyando a las OSC que trabajan a nivel de la comunidad y reuniendo a las OSC locales y nacionales para facilitar nuevas conexiones y acuerdos entre las direcciones de las organizaciones que promueven el desarrollo juvenil, la capacitación de mujeres y niñas y la igualdad de género, la SDR y los derechos de las personas con discapacidad.

La relación entre los cuidadores y los jóvenes con discapacidad puede determinar de manera directa la capacidad de los jóvenes con discapacidad para convertirse en participantes plenos en la sociedad⁷⁶⁷. Los padres y otros familiares de adolescentes y jóvenes con discapacidad en ocasiones ven la discapacidad a través del prisma de la religión o la superstición. Esto puede incluir creencias como que un niño nacido con una discapacidad representa un castigo de Dios o que han sido maldecidos por alguien que ha practicado brujería⁷⁶⁸. El resultado es que los padres y otros familiares pueden sentir que es su deber para toda la vida cuidar y proteger

a un joven con discapacidad más que apoyarle para que sea independiente. De manera alternativa, los cuidadores pueden sentir arrepentimiento y buscar mantener a los jóvenes con discapacidad en el hogar y apartados de la vista de los demás⁷⁶⁹. En otras situaciones y contextos, los padres y los cuidadores de jóvenes con discapacidad pueden tener una visión biomédica de la discapacidad y ver a un joven con discapacidad como alguien que hay que «arreglar» más que como alguien cuya necesidad real es recibir apoyo para acceder a sus derechos⁷⁷⁰. Como resultado de un enfoque médico de la discapacidad, puede que estos padres participen en la defensa, pero limitan su defensa a la prestación de servicios para la rehabilitación por parte del Estado y no a otras cuestiones, como los SDRS o los derechos políticos. Estas actitudes y creencias afectan directamente a la capacidad de los jóvenes para participar en la sociedad civil porque contribuyen hacia un aislamiento social y puede que logren que los familiares de un joven con discapacidad se vuelvan reacios a apoyarles para que se unan a organizaciones y adopten una visión de la discapacidad basada en los derechos humanos.

Las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes con discapacidad a menudo se enfrentan a una discriminación doble en el hogar. Las actitudes paternalistas y patriarcales hacia las niñas y las hermanas pueden resultar en una sobreprotección o conductas dirigidas a preservar la «inocencia» de una mujer joven o niña. Puede que las mujeres jóvenes con discapacidad tengan incluso menos libertad que los hombres jóvenes con discapacidad a la hora de ejercer su independencia y unirse a OSC. Las actitudes que enfatizan la preservación de la «pureza» de las mujeres jóvenes y las niñas adolescentes pueden crear barreras particulares para las mujeres jóvenes con discapacidad que busquen participar en las OSC que promuevan la SDRS y los servicios de prevención y respuesta a la VDG.

Los jóvenes sin discapacidad pueden tener actitudes negativas hacia sus iguales con discapacidad⁷⁷¹.

Estas actitudes negativas presentadas por los jóvenes hacia sus iguales con discapacidad pueden estar arraigadas, incluyendo en contextos donde los jóvenes sin discapacidad y los jóvenes con discapacidad interactúen entre ellos regularmente, como en las escuelas que hayan implementado políticas educacionales inclusivas⁷⁷². A menudo se requieren medidas activas, como la toma de conciencia sobre la discapacidad para cambiar actitudes, incluyendo entre los jóvenes que son amigos de personas con discapacidad o tengan una persona con discapacidad dentro de su familia o entre sus vecinos.

Una barrera principal a la que se enfrentan los jóvenes con discapacidad es la exclusión de poder participar o asociarse con OSC y OPD de carácter general. A menudo, las organizaciones de la sociedad civil reflejan las culturas y sociedades en las que están integradas. Como resultado, los jóvenes con discapacidad se pueden enfrentar a las mismas barreras sociales para participar en la sociedad civil que se encuentran en otros aspectos de la vida. Por ejemplo, las organizaciones en favor de la mujer y las organizaciones en favor de los jóvenes pueden discriminar a los jóvenes con discapacidad y negarles su capacidad de unirse o beneficiarse de sus actividades. Las OPD de carácter general pueden no considerar las cuestiones importantes para los jóvenes o las mujeres y niñas y rechazar dar prioridad a cuestiones como los SDRS o la prevención y la respuesta a la VDG en su trabajo. El derecho a participar en la sociedad civil para los jóvenes con discapacidad no es simplemente un derecho para formar sus propias organizaciones, sino para unirse y participar en otras OSC de manera igualitaria con los demás. Los Estados pueden y deben promover una sociedad civil lo más inclusiva posible. Los Estados pueden alcanzar una sociedad civil que incluya a los jóvenes con discapacidad facilitando las conexiones entre organizaciones y responsabilizando a sus socios en la sociedad civil ante políticas que promuevan la inclusión. Esta práctica es particularmente importante en lo relacionado con organizaciones

dirigidas a promover los derechos de los jóvenes, mujeres y niñas y aquellas enfocadas en los SDR y la prevención y respuesta a la VDG.

En un estudio sobre jóvenes con discapacidad en Camboya e Indonesia, los investigadores concluyeron en ambos lugares que se excluía a los jóvenes con discapacidad tanto de los grupos en favor de los jóvenes como de las OPD de carácter general. Las organizaciones de la sociedad civil que representaban a los jóvenes eran por lo general inaccesibles y excluían a los jóvenes con discapacidad. Cuando se les preguntó sobre incluir a jóvenes con discapacidad, muchos líderes en favor de los jóvenes indicaron que nunca habían contemplado a los jóvenes con discapacidad como posibles miembros de sus organizaciones, sino que solo pensaban en las personas con discapacidad como posibles beneficiarios de actividades de voluntariado. Ver a las personas con discapacidad como dependientes en vez de iguales es indicador de actitudes sociales más amplias que ven a las personas con discapacidad como objetos de caridad en vez de ciudadanos iguales y titulares de derechos. De manera similar, los jóvenes con discapacidad eran excluidos de los puestos de liderazgo y, en algunos casos, de la pertenencia a muchas de las OPD más grandes e influyentes. El resultado es que las agendas de las OPD reflejaban los intereses de las personas con discapacidad de mediana edad y mayores y, en muchos casos, predominantemente masculinas. Estas exclusiones eran especialmente importantes porque en ambos países, los gobiernos nacionales consultaban a las OSC con respecto a sus procesos de desarrollo e implementación de políticas. Por ejemplo, el Ministerio de Educación Juvenil y Deportes de Camboya convocaba regularmente a las OSC para solicitar sus opiniones, aunque no había ninguna representación de los jóvenes con discapacidad. De manera similar, ambos países contaban con consejos nacionales sobre discapacidad que incluían a OPD, pero ninguno tenía una presencia significativa de jóvenes con discapacidad dentro del consejo⁷⁷³. Como resultado, los jóvenes con

discapacidad no tenían influencia sobre cuestiones relacionadas con los SDR o la prevención y respuesta a la VDG.

La CRPD es un facilitador principal para abordar los estigmas y otras actitudes y prácticas perjudiciales que afectan a la capacidad de los jóvenes con discapacidad para unirse y participar en la sociedad civil. De acuerdo con la CRPD, los Estados Partes tienen una obligación legal positiva bajo el Artículo 8 sobre Toma de conciencia de «fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas con discapacidad» en la sociedad y «luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida». Una política de toma de conciencia completa debe abordar todas las cuestiones que afecten a la capacidad de los jóvenes con discapacidad para acceder a los mismos derechos y participar en sus comunidades en igualdad de condiciones con los demás. Esto incluiría tanto los SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG como el derecho a participar en la sociedad civil, incluyendo a todas las organizaciones en favor de los jóvenes, las mujeres y las personas con discapacidad. Una práctica positiva del Estado que cumple el Artículo 8 en lo referente a los jóvenes con discapacidad es que los Estados Partes apoyen directamente a las OSC, especialmente a las OPD que representen a jóvenes con discapacidad, para implementar programas de concienciación. Muchas OPD han desarrollado programas no solo para informar a sus miembros, sino al público más amplio en lo referente a cuestiones como los SDR y la VDG. También es una práctica positiva del Estado que los Estados reúnan a las OSC de diferentes sectores y faciliten los diálogos entre las organizaciones en favor de las mujeres, los jóvenes y las personas con discapacidad. Una práctica relacionada es trabajar activamente con OSC de carácter general para empezar a incluir a jóvenes con discapacidad entre sus miembros y actividades.

GERAÇÃO BIZ: PRÁCTICA DEL ESTADO POSITIVA AL INTEGRAR LA DISCAPACIDAD EN APOYO ENTRE PARES EN MOZAMBIQUE

Los grupos de pares han sido ampliamente reconocidos como instrumentos particularmente eficaces para educar y asesorar a adolescentes y jóvenes en lo referente a sus SDSR. Las organizaciones estatales y comunitarias han implementado la educación en materia de SDSR y las iniciativas de apoyo entre iguales en muchos contextos desde Europa occidental al oeste de África y de América del Sur al sureste de Asia⁷⁷⁴. Los jóvenes que educan a otros jóvenes en las clases o en los centros comunitarios, en las calles o incluso por Internet en aulas de chat o mediante mensajes de teléfono sobre sexo seguro pueden tener un efecto dramáticamente mayor a la hora de abordar conductas arriesgadas que cuando los adultos de más edad, como profesores o proveedores de atención sanitaria, divulgan la misma información y responden a las mismas preguntas. Esto se debe a que a menudo los jóvenes se encuentran más cómodos discutiendo estas cuestiones y es más probable que escuchen a las personas de su misma edad y que tengan las mismas experiencias diarias. Como resultado, muchos Estados apoyan los programas con iguales implementados por OSC. Estos tipos de iniciativas dirigidas por iguales se utilizan generalmente para abordar el embarazo adolescente y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH/SIDA⁷⁷⁵. Lamentablemente, muchas han excluido a los jóvenes con discapacidad tanto en términos de ser formados como educadores de iguales como en términos de ser los destinatarios de la divulgación realizada por pares. Los Estados pueden tener un impacto clave en el avance los SDSR para los jóvenes con discapacidad integrándolos en las iniciativas realizadas por pares.

Geração Biz (Generación ocupada) es un programa SDSR dirigido por pares en Mozambique que empezó en 1999 y hoy en día continúa no solo operando, sino creciendo. Se ha citado el programa ampliamente como una práctica recomendada para incrementar el conocimiento para adolescentes y jóvenes en lo referente a SSR y a las prácticas relacionadas⁷⁷⁶. Geração Biz representa una colaboración entre el Estado y las OSC. Los ministerios mozambiqueños de salud, educación y juventud y deportes implementan el programa con un amplio rango de socios que van desde ONG de planificación familiar nacional hasta una red de más de 300 grupos en favor de los jóvenes. La iniciativa también ha recibido el apoyo de la UNFPA y asistencia técnica por parte de Pathfinder International. Con el paso de los años, más de 5 000 adolescentes y jóvenes han recibido formación como educadores de iguales. A día de hoy, además de los educadores de iguales, también opera un servicio de mensajes de texto SMS (short message service) muy conocido que permite a los jóvenes de todo el país mandar mensajes de texto en cuestiones relacionadas con su SSR que los educadores de iguales responden desde un centro informático en la capital, Maputo.

Durante los diez primeros años de la historia de Geração Biz, no era inclusiva de la discapacidad. Sin embargo, en 2009 el Ministerio de Género, Niños y Acción mozambiqueño empezó a implementar el Proyecto Inclusión con la ayuda de otros ministerios y en asociación con OSC para promover el acceso y el ejercicio de la SDSR entre personas con discapacidad. Como parte del Proyecto Inclusión, el Gobierno trabajó con las OPD, como la Asociación para sordos mozambiqueña para

identificar a jóvenes con discapacidad para unirse a Geração Biz como educadores de iguales. Los aportes necesarios para que Geração Biz fuera inclusiva de la discapacidad incluía trabajar con las OPD para identificar jóvenes con discapacidad interesados en convertirse en educadores de iguales, garantizando que las instalaciones de formación y reunión así como la información y la comunicación de Geração Biz estuvieran disponibles e implementando la toma de conciencia entre los participantes de Geração Biz sin discapacidad. A pesar de que la financiación del Proyecto Inclusión solo duró cinco años, no solo se demostró que la inclusión de jóvenes con discapacidad en Geração Biz era sostenible, sino que los educadores de iguales formados llevaron sus nuevas habilidades y conocimientos a otras organizaciones, incluyendo las OPD, e iniciaron sus propios proyectos de SDSR.

Durante una entrevista con un antiguo educador de iguales de Geração Biz en 2017 que ahora era un miembro activo de TV Surdo (Televisión sorda, una organización no gubernamental para la discapacidad en los medios que produce vídeos de concienciación y un programa de noticias en la televisión estatal mozambiqueña), una mujer joven con una discapacidad auditiva describió su participación en Geração Biz años antes como educadora de iguales. Disfrutó de su trabajo e inicialmente se sorprendió por la formación en lo referente a lo poco que ella y sus iguales, a los cuales no tardó en educar, sabían sobre sus SDSR. Sintió que como mujer sorda, sabía mucho menos que sus iguales sin discapacidad que habían participado en la misma formación. Durante dos años dirigió discusiones relacionadas con los SDSR en escuelas de educación secundaria por toda Maputo. Sin embargo, cuando se unió a TV Surdo a principios de 2017 lo vio como una oportunidad de llevar sus conocimientos como educadora de Geração Biz a una nueva audiencia usando un medio nuevo. Una vez recibió formación como productora, una de las primeras historias que inició y elaboró el guion fue un vídeo de diez minutos sobre VIH/SIDA. Pronto se convirtió en un vídeo muy popular en el canal de YouTube de TV Surdo. Desde entonces, ha producido muchos más vídeos sobre temas de SDSR, que van desde explicar la menstruación a discutir qué se debe hacer en casos de VDG.

Otro indicador de éxito en la inclusión de la discapacidad en Geração Biz es la manera en la que la inclusión puede cambiar las actitudes y aumentar la concienciación de las personas sin discapacidad. En 2017, dos educadores de iguales sin discapacidad de Geração Biz, que también formaban parte de la Asociación Mozambiqueña para la Coalición de la Juventud, discutieron sus experiencias trabajando con jóvenes con discapacidad. Ambos jóvenes con y sin discapacidad se integraron en los equipos de educadores de iguales. El primero describió un joven activista con una discapacidad visual que se unió a su equipo. Era su primera experiencia trabajando estrechamente con alguien con una discapacidad. A través de ello aprendió que los jóvenes con discapacidad no solo tienen necesidades de SDSR y también se encuentran en riesgo de VIH/SIDA, sino que «tienen más necesidades que nosotros [personas sin discapacidad]». La otra educadora de iguales, una líder de equipo describió a una mujer joven con una discapacidad auditiva que deseaba unirse a su equipo. La educadora de iguales explicó que primero, tenía «aprehensión» y no sabía si alguien con una discapacidad auditiva podría «hacer el trabajo», pero finalmente la joven la convenció y, a pesar de su discapacidad de habla, se ha convertido en una de sus mejores oradoras en lo referente a los SDSR.

// IV. LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD REPRESENTADOS EN LA SOCIEDAD CIVIL EN TODO EL MUNDO

La participación de los jóvenes con discapacidad en la sociedad civil es vital para garantizar que se reflejan sus necesidades, intereses y derechos en las leyes, las políticas y los programas que les afecten directamente, incluyendo sus SDSR y el derecho a vivir sin violencia. El Artículo 29 de la CRPD establece que las personas con discapacidad tienen derecho a «la constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones». Bajo la CRPD, los Estados Partes también tienen una obligación legal positiva para garantizar que los jóvenes con discapacidad estén representados en los asuntos públicos. En cada punto a lo largo del continuo desde lo global a lo local, los Estados deben incluir a las organizaciones que representen a jóvenes con discapacidad para garantizar que se conoce, entiende y considera su perspectiva. Esto incluye promover la participación de jóvenes con discapacidad en todos los aspectos, desde negociaciones sobre acuerdos internacionales hasta evaluar la implementación de las ordenanzas locales.

En este apartado se destacarán las iniciativas de OSC que representan a jóvenes con discapacidad a nivel internacional y regional. Estas redes y organizaciones y otras como ellas ofrecen una base sobre las que se pueden construir asociaciones entre el Estado y la sociedad civil. Sin embargo, existe una necesidad continuada de garantizar que haya incluso mayores niveles de representación de los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres y las niñas adolescentes, en la sociedad civil. Sin embargo, los Estados pueden ser fundamentales en el apoyo del desarrollo de esas organizaciones y en facilitar la integración de los

jóvenes con discapacidad en OSC enfocadas en la discapacidad, los jóvenes, las mujeres y niñas y la igualdad de género que operen a nivel internacional, regional y nacional. Las redes y organizaciones discutidas en este apartado no representan la totalidad, sino simples ejemplos de OSC en cada región.

REDES DE DISCAPACIDAD GLOBALES Y OPD INTERNACIONALES

Existe un número de redes globales de OPD y ONG internacionales que representan a los jóvenes con discapacidad en los foros internacionales y desarrollan su capacidad a nivel local. Es imposible nombrarlas a todas. Sin embargo, existen tres que son especialmente importantes. La primera es la Alianza Internacional de la Discapacidad (IDA; por sus siglas en inglés), la cual cuenta con una programación específica que promueve la participación de los jóvenes con discapacidad y las mujeres y niñas con discapacidad en la sociedad civil. La segunda es la Organización Mundial de Personas con Discapacidad (DPI, por sus siglas en inglés), la cual apoya una red juvenil global y un número de iniciativas regionales relacionadas con los jóvenes, el género, los SDSR y la eliminación de la VDG. Finalmente, está Women Enabled International, que representa la primera OPD internacional dedicada exclusivamente a representar a mujeres y niñas con discapacidad. Hasta la fecha, no existe ninguna OPD internacional dedicada exclusivamente a los jóvenes con discapacidad, aunque muchas redes de OPD globales y ONG internacionales promueven su igualdad y acceso a los derechos humanos.

La Alianza Internacional de la Discapacidad es una red de redes, que reúne a más de 1000 OPD a través de redes de OPD, ocho globales y seis regionales. La Alianza Internacional de la Discapacidad representa la voz de las personas con discapacidad en la ONU. La Alianza Internacional de la Discapacidad también apoya a sus miembros OPD responsabilizando a



sus Estados, incluyendo mediante el desarrollo de la sociedad civil o de informes alternativos, los cuales aportan la perspectiva de la discapacidad al cumplimiento por parte de los Estados de sus obligaciones con respecto a las convenciones sobre derechos humanos internacionales. Un número de Estados apoyan directamente el trabajo de la Alianza Internacional de la Discapacidad, incluyendo Australia, Finlandia, Suecia y el Reino Unido y otros Estados apoyan indirectamente a Alianza Internacional de la Discapacidad mediante apoyo a través de organizaciones multilaterales y fundaciones privadas.

Además del trabajo de la Alianza Internacional de la Discapacidad representando a todas las personas con discapacidad en todo el mundo, ha desarrollado varias iniciativas para garantizar que estén representadas las personas con discapacidad marginadas históricamente dentro de la propia comunidad de la discapacidad. Estas «Actividades interseccionales» incluyen a los jóvenes con discapacidad, mujeres y niñas con discapacidad y a personas indígenas con discapacidad. El objetivo principal del Programa de Jóvenes con Discapacidad es garantizar que los jóvenes con discapacidad obtengan una representación y una implicación significativa en la implementación de la CDPD y los ODS. Esto incluye el apoyo de la participación directa de los jóvenes en las conferencias internacionales donde se discuten y evalúan leyes y políticas. Estas dos cuestiones principales abordadas son la SSR y la prevención de la violencia de género así como el intercambio de información y el compromiso entre los jóvenes y la comunidad discapacitada más amplia. La Alianza Internacional de la Discapacidad también apoya la campaña Mujeres y Niñas con Discapacidad, la cual promueve la visibilidad de las mujeres y niñas con discapacidad como titulares y activistas de los derechos humanos. Los objetivos de la campaña incluyen los derechos de reproducción, la abolición de la esterilización forzada, el desarrollo de la capacidad para la autonomía e independencia y otros objetivos relevantes de manera directa para

la SDRS y los servicios de prevención y respuesta a la VDG para los jóvenes con discapacidad⁷⁷⁷. La Alianza Internacional de la Discapacidad ha realizado un trabajo importante apoyando a jóvenes con discapacidad en el desarrollo de la sociedad civil o de informes alternativos sobre la CRPD y otras convenciones de derechos humanos.

La similitud entre la Organización Mundial de Personas con Discapacidad y la Alianza Internacional de la Discapacidad es que ambas son una red de OPD con estatus consultivo especial en la ONU. La Organización Mundial de Personas con Discapacidad está comprometida con la protección de los derechos de las personas con discapacidad y la promoción de su participación total e igualitaria en la sociedad. La Organización Mundial de Personas con Discapacidad se estableció en 1981 y reúne a OPD de más de 130 países. La Organización Mundial de Personas con Discapacidad también cuenta con oficinas regionales en Asia-Pacífico, Oriente Medio, Europa, África, América Latina y América del Norte y el Caribe que patrocinan Asambleas regionales que reúnen a sus miembros para abordar cuestiones específicas de la región. En 2012, La Organización Mundial de Personas con Discapacidad desarrolló la Red Global de Jóvenes con Discapacidad para promover la voz de los jóvenes con discapacidad. La misión de la Red Global de Jóvenes con Discapacidad es desarrollar jóvenes con discapacidad fuertes y capacitados para convertirse en defensores de la igualdad de derechos y oportunidades dentro de sus sociedades. Esta importante red ha reunido a jóvenes con discapacidad de todas las regiones del mundo para compartir sus experiencias y representar a los jóvenes con discapacidad en los foros internacionales. Varios miembros de la red que son líderes o fundadores de OPD, incluyendo organizaciones de jóvenes con discapacidad nacionales.

La organización recientemente fundada, WEI, representa un logro de referencia como la primera OPD internacional que representa a las mujeres

y niñas con discapacidad. Como tal, su misión es trabajar en la intersección de los derechos de las mujeres y los derechos de las personas con discapacidad para hacer avanzar los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad en todo el mundo. Su trabajo incluye específicamente llamar la atención internacional sobre cuestiones como la violencia contra las mujeres y los SDR. También utiliza una estrategia de trabajo entre movimientos reuniendo a los movimientos en favor de los derechos de las mujeres y los movimientos en favor de los derechos de las personas con discapacidad para desarrollar estrategias de defensa transversales.

Women Enabled International's Enabling a Global Human Rights Movement for Women and Girls with Disabilities: Global Disabled Women's Rights Advocacy Report (Permitir un movimiento por los derechos humanos mundiales para mujeres y niñas con discapacidad: informe global sobre la defensa de los derechos de las mujeres) crea un mapa del número creciente de las OPD de mujeres con discapacidad en todo el mundo, muchas de las cuales sitúan la SDR y la eliminación de la violencia de género como sus prioridades principales. WEI también ha publicado su accountABILITY Toolkit (Conjunto de herramientas), que capacita a las mujeres con discapacidad mediante el uso de mecanismos de derechos humanos⁷⁷⁸. Este nuevo conjunto de herramientas aprovecha el importante trabajo de WEI apoyando la participación de las mujeres con discapacidad como contribuyentes a los informes sombra tanto para la CDPD como para la CEDAW. Es extremadamente importante que haya implicada una perspectiva sobre la discapacidad a la hora de supervisar la CEDAW dado que es el principal instrumento de derechos humanos para responsabilizar a los Estados en lo referente a la discriminación basada en el género, incluyendo la violencia sexual y de género.

Además de incluir a los jóvenes con discapacidad en las redes de OPD internacionales y OPD globales, también es importante que las redes de

jóvenes y las ONG internacionales centradas en los jóvenes de carácter general incluyan a los jóvenes con discapacidad como miembros y tengan una representación total de su voz. Existe un número creciente de iniciativas internacionales que promueven la participación de los jóvenes a nivel local y global, incluyendo la defensa de los SDR y la prevención y respuesta a la VDG. Sin embargo, muchas no han desarrollado las políticas inclusivas de la discapacidad necesarias para garantizar que los jóvenes con discapacidad puedan participar en sus programas en igualdad de condiciones con el resto. Dicho esto, el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes de la ONU, el cual coordina sus actividades con docenas de OSC que representan a los jóvenes o promueven cuestiones relacionadas con los jóvenes, identificó la discapacidad como uno de sus campos de acción. De manera importante, las niñas y las mujeres también están incluidas entre esos campos de acción⁷⁷⁹. Eso significa que las organizaciones en favor de los jóvenes de todo el mundo están tomando conciencia de la inclusión de la discapacidad y del género en sus actividades.

El apoyo a tales redes globales y nacionales y a las redes de OPD existentes así como a las ONG internacionales que promuevan los derechos de los jóvenes con discapacidad es una práctica positiva del Estado.

LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

América Latina y el Caribe es una región importante para la sociedad civil que representa a jóvenes con discapacidad. Dos de las redes y organizaciones más prominentes son la Red Latinoamericana de Organizaciones No Gubernamentales de Personas con Discapacidad y sus Familias (RIADIS) y el iDii, el cual apoya el desarrollo de la Red Latinoamericana de Jóvenes por el Desarrollo Inclusivo. Otro actor regional es la Organización Mundial de Personas con Discapacidad de América del Norte y el Caribe, que se discutirá en la sección para Europa Occidental y Norteamérica. La comunidad caribeña

también es un centro significativo para las OSC que representan a jóvenes con discapacidad dado que cuenta con su propio instrumento regional para promover una sociedad civil inclusiva.

La Red Latinoamericana de Organizaciones No Gubernamentales de Personas con Discapacidad y sus Familias (RIADIS) es una red de OPD que representa a 18 países en América Latina y el Caribe. Su misión es promover los valores de no discriminación y desarrollo inclusivo en base a la mejora de la calidad de vida e inclusión social de las personas con discapacidad y de sus familias. RIADIS apoya a una red de jóvenes con discapacidad de las organizaciones de sus miembros para representar a jóvenes con discapacidad en foros regionales e internacionales. RIADIS, a través de su red de jóvenes y otros mecanismos, trabaja para promover los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad, incluyendo las temáticas de la SDR y la eliminación de la violencia contra las personas con discapacidad.

iiDi es una organización regional que representa a personas con discapacidad y a sus aliados. La misión de iiDi es promover la inclusión e independencia de las personas con discapacidad mediante los derechos humanos y el desarrollo internacional. En 2014, iiDi comenzó una iniciativa para desarrollar una Red Latinoamericana de Jóvenes por el Desarrollo Inclusivo para garantizar que los jóvenes estuvieran representados en los ODS, los cuales incluyen el ejercicio de la SDR y el acceso a la prevención y respuesta a la VDG⁷⁸⁰.

Con respecto a la sociedad civil en general, la región caribeña es significativa porque la Comunidad del Caribe (CARICOM) ha adoptado un Acta constitutiva de Sociedad, que es un instrumento regional que promueve específicamente los derechos de la sociedad civil como un medio para garantizar un buen gobierno. El Acta constitutiva de Sociedad civil obligó a los Estados miembros de la CARICOM a promover los derechos de sus ciudadanos a participar libremente en la sociedad

civil a través de derechos civiles y políticos básicos de asociación, reunión y libertad de expresión. Este documento es especialmente importante porque conlleva «consideración específica y apoyo de los jóvenes, ancianos y otros grupos vulnerables» en su participación en la sociedad civil e incluye un artículo sobre los derechos de las personas discapacitadas (Artículo XIV), las mujeres (Artículo XII), los niños (Artículo XIII) y especifica la libertad de las mujeres y niños del abuso sexual.

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Existen varias OSC e iniciativas clave a la hora de apoyar los derechos de los jóvenes con discapacidad o de OSC que trabajan con los Estados para abordar la SDR y la violencia de género en el África Subsahariana. Dos redes significativas son la Red Africana de Jóvenes con Discapacidad y la Federación de Personas con Discapacidad del África Austral.

Con sus oficinas centrales en Nairobi, Kenya, la Red Africana de Jóvenes con Discapacidad es una red de OPD dirigidas por jóvenes de diez países del África Subsahariana. La misión de esta red es conseguir la igualdad de oportunidades y el disfrute de los derechos por parte de los jóvenes con discapacidad influenciando leyes, políticas y programas globales. Logra esta misión desarrollando la capacidad de sus organizaciones miembro en diez países y facilitando la cooperación entre todas las partes interesadas en lo referente a jóvenes con discapacidad, incluyendo gobiernos, la sociedad civil y el sector privado. Cabe destacar que los programas de la Red Africana de Jóvenes con Discapacidad abordan directamente la cooperación sociedad civil-Estado y la SDR y la violencia de género. El Access to Sexual Education and Health Services Programme aborda las barreras a las que se enfrentan los jóvenes con discapacidad a la hora de acceder a la educación sexual y a los servicios sanitarios trabajando con educadores de salud sexual y proveedores de servicios médicos en cada

país miembro y en toda la región. Esto incluye la recopilación de datos y la documentación utilizados para responsabilizar a los Estados. El segundo programa es el Youth Rights and Governance Programme, que promueve la implicación de los jóvenes con discapacidad en todos los campos de gobierno educándolos y formándolos sobre el apoyo en todo lo referente a las leyes nacionales y regionales, derechos, tratados, políticas y programas relevantes. Ha tenido un impacto significativo en el incremento del compromiso de los Estados con los jóvenes con discapacidad en las actividades de consulta de la sociedad civil y los procesos de supervisión y evaluación. Su apoyo es central en la promoción de asociaciones estratégicas entre el Estado y las OPD dirigidas por jóvenes. A través de estas asociaciones, los Estados han trabajado con la sociedad civil en cuestiones como incrementar el acceso de los jóvenes con discapacidad a la educación sexual y a los servicios sanitarios incluyendo OPD dirigidas por jóvenes en los procesos de consulta y como representante en los consejos nacionales y otros mecanismos de supervisión de los derechos de las personas con discapacidad.

La Southern African Federation of the Disabled es una organización subregional que representa a OPD en la Comunidad de Desarrollo de África Austral. Dado que el África Subsahariana incluye a 44 países, la región no solo se organiza como la Unión Africana, sino que también cuenta con organizaciones políticas y económicas subregionales, cada una de las cuales tiene sus propios tratados, políticas y programas. Es vital que las opiniones, necesidades y peticiones de los jóvenes con discapacidad se presenten ante estas autoridades subregionales y que se reconozcan y protejan sus derechos.

La Southern African Federation of the Disabled es una «organización cuya misión es defender los derechos de las personas con discapacidad así como apoyar y reforzar a sus afiliados y a otras partes interesadas en África Austral para

garantizar la promoción del desarrollo inclusivo y de los derechos humanos para las personas con discapacidad». La Southern African Federation of the Disabled representa redes de OPD nacionales de diez países del África Austral, incluyendo Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe. La Southern African Federation of the Disabled se ha involucrado recientemente en una consulta con jóvenes con discapacidad en diez Estados miembros. A través de esa consulta, los jóvenes con discapacidad identificaron el ejercicio de los SDSR y el acceso a la prevención y respuesta a la VDG como prioridades importantes en sus vidas, informando así de muchas de las iniciativas de la Southern African Federation of the Disabled.

Varias de las iniciativas actuales de la Southern African Federation of the Disabled abordan directamente los derechos de los jóvenes con discapacidad y sus SDSR y el derecho a vivir libres de violencia, incluyendo el Southern African Development Programme for Children and Youth with Disabilities y el Southern African Disability and Gender Mainstreaming Programme. La iniciativa más significativa relacionada con la cooperación Estado-sociedad civil, sin embargo, puede ser el programa sudafricano sobre políticas, legislación y justicia inclusivas. A través de esta iniciativa, la Southern African Federation of the Disabled trabaja con la Comunidad de Desarrollo de África Austral sobre el Protocolo para la discapacidad regional que sería mucho más específico que la CRPD en lo referente a las responsabilidades del Estado con respecto a los jóvenes y mujeres y niñas con discapacidad. Por ejemplo, no solo incluye el Artículo 6 sobre Mujeres con discapacidad, sino también el Artículo 7 sobre Jóvenes con discapacidad. El Artículo 7 exige que todos los «Estados Partes reconozcan que los jóvenes con discapacidad se enfrentan a la discriminación en varios sectores del desarrollo, y con respecto a esto, tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que disfruten y ejerzan sus derechos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los jóvenes sin

discapacidad» y sigue especificando en el 7.2 que los Estados Partes deben promover la participación de los jóvenes con discapacidad en la vida pública y política, incluyendo el apoyo de la «formación y participación en sus propias organizaciones representativas [para jóvenes con discapacidad] y la participación en la actividad política». Con respecto a los SDR, el Artículo 23 sobre el Respeto de la familia y las relaciones obliga a los Estados a eliminar la discriminación en el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones, los derechos de las personas con discapacidad a tener niños y acceder a educación e información sobre planificación familiar y reproductiva y a que nunca se esterilice a las mujeres y niñas con discapacidad sin su conocimiento o contra su voluntad. Es una práctica positiva del Estado de los miembros de la Comunidad de Desarrollo de África Austral trabajar con la Southern African Federation of the Disabled en el protocolo de desarrollo y será una práctica positiva del Estado adicional si los Estados miembros lo adoptan y ratifican. También es una práctica positiva para los Estados apoyar organizaciones regionales como la Southern African Federation of the Disabled a través de su compromiso con la cooperación internacional.

ESTADOS ÁRABES

Dos OSC regionales principales centradas en la discapacidad en la región de los Estados Árabes incluyen la Organización Árabe de Personas con Discapacidad y el Foro Árabe para los Derechos de las Personas con Discapacidad.

La Arab Organisation of Persons with Disabilities se estableció en 1998 con el patrocinio de la Liga de los Estados Árabes. La Arab Organisation of Persons with Disabilities se compone de OPD que operan que países árabes y ha sido fundamental en la promoción de los derechos de las personas con discapacidad a través de la región, incluyendo los derechos de los jóvenes con discapacidad y de las mujeres y niñas con discapacidad.

El Arab Forum for the Rights of Persons with Disabilities actúa como el representante regional de la Organización Mundial de Personas con Discapacidad en el mundo árabe. El Arab Forum for the Rights of Persons with Disabilities se centra principalmente en el trabajo con movimientos políticos comunitarios de personas con discapacidad en 13 países árabes. El foro se centra en mejorar el papel de los grupos más marginados de personas con discapacidad, incluyendo mujeres y jóvenes con discapacidad, a nivel de liderazgo y en las plataformas de toma de decisiones.

ASIA Y EL PACÍFICO

Existe un número de redes de OPD regionales en Asia y en el Pacífico. Las dos más significativas serían la Organización Mundial de Personas con Discapacidad Asia Pacífico y el Pacific Disability Forum. La Organización Mundial de Personas con Discapacidad Asia Pacífico incluye específicamente las mujeres con discapacidad y el liderazgo juvenil como dos de sus prioridades principales. El Pacific Disability Forum ha dirigido notablemente un proyecto para acabar con la VDG contra mujeres con discapacidad en Fiji.

La Organización Mundial de Personas con Discapacidad Asia Pacífico representa a 26 redes de OPD nacionales de toda la región. Como otras organizaciones regionales de la Organización Mundial de Personas con Discapacidad, promueve la participación total y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en la sociedad. Promover el liderazgo juvenil y las mujeres con discapacidad son dos de sus siete actividades centrales. Las actividades relacionadas con el género de la Organización Mundial de Personas con Discapacidad Asia Pacífico, incluyendo actividades de toma de conciencia relacionadas con los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad y la VDG. En la promoción del liderazgo juvenil, la Organización Mundial de Personas con Discapacidad Asia Pacífico se ha

asociado con organizaciones de jóvenes de carácter general, como el programa Youth Ambassadors for Development de Australia, al cual la Organización Mundial de Personas con Discapacidad Asia Pacífico facilitó formación sobre igualdad en la discapacidad en 2012. También ha buscado garantizar que los ministerios gubernamentales se asociaran con la participación juvenil en conferencia. Esto incluye asociarse con el Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes de Brunei para planificar el Foro sobre discapacidad 2013 de la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental.

El Foro del Pacífico por la Discapacidad es una ONG regional compuesta y para las personas con discapacidad que se asocia con OPD en los países y territorios insulares del Pacífico. El Foro del Pacífico por la Discapacidad trabaja con OPD nacionales, agencias de la ONU, instituciones de los derechos humanos, gobiernos y organizaciones intergubernamentales para promover la cooperación regional y avanzar los derechos sobre discapacidad. Tanto los jóvenes como las mujeres y niñas con discapacidad son los principales enfoques de las actividades del Pacific Disability Forum. El Pacific Disability Forum ha creado un Comité de mujeres del Pacific Disability Forum y un Comité de jóvenes del Pacific Disability Forum. El Comité de mujeres se ha estado reuniendo desde 2007 y el Comité de jóvenes desde 2013. Estos dos comités han tenido un impacto significativo en las prioridades del Pacific Disability Forum, incluyendo desarrollar la capacidad del liderazgo juvenil e involucrar a los jóvenes en los procesos de elaboración de políticas a nivel local, nacional, regional e internacional y convertir la prevención de la VDG es un objetivo principal en toda la región.

Uno de los logros más significativos del Foro del Pacífico por la Discapacidad para promover los derechos de los jóvenes, especialmente mujeres y niñas, incluyendo la SDSR y el derecho a vivir libres de violencia, fue el Toolkit on Eliminating Violence Against Women and Children with Disabilities in Fiji (Conjunto de herramientas

para la eliminación de la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad en Fiji). Para desarrollar el Conjunto de herramientas, el Foro del Pacífico por la Discapacidad se asoció con la Federación de Personas con Discapacidad de Fiji, el Centro de Crisis para Mujeres de Fiji, ONU Mujeres y el Gobierno australiano. La creación del Conjunto de herramientas fue como respuesta a la investigación de 2013 realizada por el Fiji Women's Crisis Centre que reveló altos índices de violencia contra mujeres con un 71 por ciento de las mujeres en Fiji sometidas a violencia física o sexual por parte de parejas o no parejas en su vida. El conjunto de herramientas ofrece múltiples actividades de grupo para talleres que abordan los derechos humanos, la discapacidad, el género, la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad y la inclusión. Como resultado del Conjunto de herramientas y de la información y el apoyo que suscitó, el Gobierno de Fiji ha dado algunos pasos hacia el desarrollo inclusivo de la discapacidad en sus programas dirigidos a terminar con la violencia contra las mujeres. En 2013, el Ministerio de Bienestar Social, Mujeres y Alivio de la Pobreza de Fiji dirigió el resurgimiento de la Inter-Agency Task Force para la eliminación de la violencia contra las mujeres, el organismo gubernamental principal en Fiji que aborda las estrategias, iniciativas y programas para terminar con la violencia contra las mujeres. Los miembros de la Task Force incluyen ministerios del Gobierno y el Fiji National Council of Women y Fiji National Council for Disabled Persons.

EUROPA DEL ESTE Y ASIA CENTRAL

Tal vez la iniciativa regional más significativa en el avance de los derechos de los jóvenes con discapacidad, incluyendo los SDSR y el derecho a vivir libres de la violencia, es la Central Asian Disabled Women's Network, que reúne a las OPD que representan a mujeres y niñas de cinco países de Asia Central: Kazajistán, Kirguistán,

Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán. La Central Asian Disabled Women's Network se centra específicamente en el acceso y ejercicio de los SDR y la promoción de la facultad de las mujeres, incluyendo la autoestima. Su metodología primaria es el apoyo de iguales y el intercambio de información y está coordinada por la organización de mujeres con discapacidad de Kirguistán, Ravenstvo, e implementada a través de asociación entre Ravenstvo, Shyrak (la organización de mujeres con discapacidad kazajas) e Ishtirok (la organización de mujeres con discapacidad tayikas). Además de su educación y actividades de apoyo de iguales, cada organización también defiende en nombre de las mujeres con discapacidad. Por ejemplo, en 2008, Ravenstvo desarrolló un informe de investigación sobre los Derechos de los pacientes con discapacidad en la provincia de Issyk-Kul con el apoyo del Open Society Institute⁷⁸¹. Una parte principal del informe se dedicó a las violaciones de los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad y una llamada a las reformas legales.

EUROPA OCCIDENTAL Y NORTEAMÉRICA

Existen muchas iniciativas regionales importantes que promueven las voces de los jóvenes con discapacidad en Europa occidental y Norteamérica. Dos de las más importantes son las iniciativas con jóvenes del Foro Europeo de la Discapacidad y las redes del Proyecto de Empoderamiento de Jóvenes de la Organización Mundial de Personas con Discapacidad América del Norte y el Caribe.

El Foro Europeo de la Discapacidad se estableció en 1996 como una plataforma que reunía a organizaciones de toda Europa que representaban a personas con discapacidad. Como tal, el Foro Europeo de la Discapacidad trabaja estrechamente con el Consejo Europeo y otras instituciones y agencias europeas para garantizar que las personas con discapacidad tengan representación en el desarrollo de las leyes, las políticas y la

programación. El Foro Europeo de la Discapacidad estableció un Comité de Jóvenes y una Red de Jóvenes «para garantizar que se escuche la voz de los jóvenes con discapacidad dentro del Foro Europeo de la Discapacidad y más allá de sus fronteras». La Red de Jóvenes incluye a jóvenes con discapacidad de todas las regiones geográficas y tipos de discapacidad. Su papel es garantizar que el Comité de Jóvenes habla por todas sus necesidades y prioridades. El Comité de Jóvenes tiene varias responsabilidades, incluyendo integrar a los jóvenes en todas las políticas y documentos del Foro Europeo de la Discapacidad, incrementar la toma de conciencia dentro del Foro Europeo de la Discapacidad sobre las necesidades de los jóvenes y representar a los jóvenes con discapacidad en reuniones de jóvenes de carácter general, como el Foro Europeo de la Juventud. También ayuda a implementar varios proyectos orientados a los jóvenes, como la inclusión de los jóvenes con discapacidad en la educación superior. De manera significativa, el Comité de Jóvenes ha contribuido de cara al Plan de Igualdad de Género del Foro Europeo de la Discapacidad, el cual incluía de manera significativa elementos directamente relacionados con la SDR y la violencia de género, incluyendo una campaña sobre derechos sexuales y reproductivos y la libertad de elección de las mujeres y niñas con discapacidad, VDG, incluyendo una campaña sobre la SRDR y la libertad de decisión de las mujeres y niñas con discapacidad, esterilizaciones forzadas y abortos coaccionados e iniciativas sobre prevención de violencia contra mujeres y niñas con discapacidad.

La Organización Mundial de Personas con Discapacidad de América del Norte y el Caribe es una red que representa a las OPD en toda América del Norte y el Caribe. Para su 8ª Asamblea Regional Anual de 2011, la Organización Mundial de Personas con Discapacidad adoptó el tema Declarar a la persona interior: Ensuring Our Future through Youth Empowerment y organizó talleres sobre jóvenes y mujeres con discapacidades. También adoptó un plan estratégico nuevo, que incluía el desarrollo de

una Red de Jóvenes Regional y una Red de Mujeres regional. Con el apoyo de Abilis Fund, implementó un Proyecto de Empoderamiento de los Jóvenes centrado en desarrollar la capacidad de los jóvenes con discapacidad para representarse ellos mismos a través de sus países miembro.

// V. CONCLUSIÓN

Este Capítulo se ha centrado en una sociedad civil fuerte, vibrante e inclusiva como ingrediente clave para que los Estados promuevan de manera eficaz los derechos de los jóvenes con discapacidad, incluyendo los SDR y el derecho a vivir libres de violencia. Si la sociedad civil no cuenta con la libertad y el espacio para florecer y los jóvenes con discapacidad no se integran dentro de la sociedad civil y cuentan con sus propias organizaciones que representen sus preocupaciones, entonces los Estados no se pueden beneficiar de las contribuciones que pueden realizar los jóvenes con discapacidad como asesores sobre legislación y políticas nuevas, como promotores de la toma de conciencia que educan a jóvenes con discapacidad y al público más amplio sobre sus derechos, como supervisores y evaluadores de la implementación de la política y como proveedores de servicio. Para garantizar que las OSC que representan a los jóvenes con discapacidad puedan desempeñar esos papeles críticos, los Estados deben apoyar un enfoque doble, para promover los derechos civiles para todos sus

ciudadanos, simplificar el registro y el proceso de renovación para las OSC y facilitar la integración de los jóvenes con discapacidad en organizaciones de jóvenes de carácter general, las que promuevan la capacitación de las mujeres y niñas y la igualdad de género y las organizaciones para la discapacidad. Los Estados también deben facilitar asistencia para el desarrollo de las capacidades de los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres y las niñas adolescentes, de forma que puedan establecer sus propias OSC. Los Estados también deben incluir a los jóvenes con discapacidad y a sus organizaciones representativas en los comités asesores y otros foros de la sociedad civil relacionados con las leyes, políticas y servicios que afecten a sus derechos, incluyendo los SDR y el derecho a vivir libres de violencia, a nivel internacional, regional, nacional y local.

El Capítulo final de este informe, el Capítulo 7, ofrece recomendaciones clave para ayudar a todos los actores a fomentar un entorno donde se puedan realizar y se den igual prioridad a los derechos de los jóvenes con discapacidad, incluyendo los SDR y el derecho a vivir libres de violencia. La asociación con la sociedad civil será un tema recurrente durante todas las recomendaciones dado que es uno de los medios más eficaces mediante los cuales los Estados pueden garantizar que abordan las barreras y promueven la inclusión de los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes y las niñas adolescentes.

// CAPÍTULO 7

RECOMENDACIONES

// I. RESUMEN

Los Estados tienen la responsabilidad de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de todos sus ciudadanos, incluidos los derechos de los jóvenes con discapacidad. Para implementar exhaustivamente los compromisos internacionales descritos en el Capítulo 3, los Estados deberán reconocer con arreglo a la ley los derechos de los jóvenes con discapacidad en materia de igualdad y contra la discriminación, sus derechos a vivir la vida sin violencia y sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva (SSR) de forma igualitaria respecto a las demás personas. Los Estados deberán actuar de forma rápida y efectiva para eliminar cualquier limitación que impida el ejercicio de estos derechos a los jóvenes con discapacidad y, asimismo, deberán garantizar, dentro de sus capacidades, que todos los servicios y programas disponibles para los jóvenes también estén disponibles del mismo modo y de forma inclusiva para los jóvenes con discapacidad. Para cumplir con estas obligaciones, los Estados deberán movilizar recursos no solo para crear leyes y políticas sino también para invertir activamente en programas de inclusión a fin de que sea posible garantizar que los jóvenes con discapacidad puedan ejercer todos sus derechos humanos en su vida diaria y que puedan participar de forma activa y comprometida en las sociedades de todo el mundo.

Para garantizar que estas normas se conviertan en realidad, es necesario un compromiso y una respuesta por parte de una amplia gama de actores. Los Estados tienen una función significativa, pero los distintos actores también la tienen. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) son socios clave y han estado a la vanguardia en el fomento de los derechos de las personas con discapacidad. El movimiento de mujeres ha estado luchando para acabar con la violencia de género mediante actividades de promoción para garantizar que el problema reciba la atención que merece de distintos gobiernos internacionales, trabajando a su vez para la seguridad de las víctimas y supervivientes sobre el terreno. De igual modo, en el área de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR), la sociedad civil se ha mantenido firme en su

compromiso para garantizar que todos los individuos y parejas puedan ejercer sus derechos con relación a la SSR. Y, sobre todo, los jóvenes con discapacidad han estado organizando sus propias organizaciones de personas con discapacidad para poner de relieve los problemas que más les afectan, incluida la eliminación de la violencia de género y el fomento de la SDSR para los jóvenes con discapacidad. Otros actores cruciales incluyen las agencias de las Naciones Unidas (ONU), el ámbito académico, el sector privado y las comunidades, las cuales pueden fomentar estos temas a través de sus respectivas políticas, programas, operaciones, prácticas y normas sociales.

Cada uno de estos actores es esencial para conseguir la total inclusión de los jóvenes con discapacidad. Las agencias de la ONU, las organizaciones internacionales, los organismos donantes, la sociedad civil, el ámbito académico, las comunidades y el sector privado tienen que desempeñar un papel importante junto con los Estados a la hora de hacer progresar los derechos de los jóvenes con discapacidad. Estos actores diversos pueden desempeñar una función importante al garantizar que los jóvenes con discapacidad tengan las mismas oportunidades a la hora de participar en liderazgo, beneficiarse de la creación de capacidad, obtener los conocimientos y herramientas necesarios, participar activamente en la vida pública y tener acceso a los recursos suficientes para conseguir su total inclusión en la sociedad, así como en todos los programas e iniciativas en relación a la prevención de la violencia de género y la reacción ante ella, además del disfrute de la SDSR.

A pesar de que la investigación para este estudio puso de manifiesto muchas recomendaciones importantes, quizás son tres los factores más importantes y pertinentes. El primero es el siguiente:

La inclusión y participación de los jóvenes con discapacidad es fundamental. Los jóvenes con discapacidad y sus organizaciones representativas deberían participar plenamente en el diseño e implementación de los programas que afectan a sus vidas, desde el desarrollo de una legislación nacional

al control y la evaluación de los programas y servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos además de los servicios de prevención y respuesta a la VDG que dichas leyes legislan.

Las recomendaciones incluidas en todo este Capítulo enfatizan la importancia de garantizar que los jóvenes con discapacidad sean incluidos activamente en debates sobre leyes, políticas y programas que pudieran afectar a sus vidas, y que sean reconocidos como agentes con capacidades en desarrollo para actuar como tomadores de decisiones por ellos mismos. Los jóvenes con discapacidad son expertos en las barreras a las que se enfrentan a diario. Los Estados deberían garantizar que los jóvenes con discapacidad, especialmente las jóvenes y adolescentes con discapacidad que representan distintas identidades y que pertenecen a distintas comunidades y contextos, estén facultados para compartir sus propias experiencias y conocimientos y sean respetados como socios de pleno derecho a la hora de crear unas sociedades más igualitarias y pacíficas. Los requisitos, derechos y demandas de los jóvenes con discapacidad, que incluyen la eliminación de la violencia de género y la consecución de la SDR, deberían estar en los programas de todas las OSC para hacer que los Estados se hagan responsables y para garantizar la inclusión y la participación de los jóvenes con discapacidad en todos los asuntos de su vida diaria.

Una segunda recomendación general es:

Convertir las normas en realidad. La igualdad de los jóvenes con discapacidad a la hora de realizar su SDR y en la prevención y respuesta a la VDG deberían ser una realidad tanto en la política como en la práctica.

Para que los jóvenes con discapacidad puedan ejercer plenamente sus derechos humanos, incluido el derecho a la igualdad y a la no discriminación, los Estados no solo deberían eliminar leyes y regulaciones discriminatorias sino también garantizar la igualdad a nivel legal, además de prestar atención a los distintos

requisitos de los jóvenes con discapacidad incluidos en leyes, políticas y programas. La igualdad sustantiva reconoce que incluso las políticas y prácticas que satisfacen las necesidades de la mayoría de los titulares de derechos pueden, sin embargo, no abordar las necesidades específicas de los grupos marginados, como los jóvenes con discapacidad. Los legisladores deberían tener en cuenta esos grupos más marginados a la hora de diseñar intervenciones a fin de garantizar realmente que nadie se quede atrás.

El tercer factor es:

Fin de los estigmas y la discriminación. Se deberían realizar todos los esfuerzos necesarios para garantizar que los estigmas y la discriminación contra los jóvenes con discapacidad sean tratados mediante la concienciación, formación y otras iniciativas que incluyan a todos los actores de la sociedad, desde los jóvenes con discapacidad y sus familias a legisladores, proveedores de servicios y el público general.

Los jóvenes con discapacidad muy a menudo no pueden ejercer sus derechos y servicios por motivos de estigmatización y prejuicios que suponen que son menos capaces que las personas sin discapacidad. Este pensamiento erróneo puede influir en las interacciones sociales en el hogar, la creación de leyes y políticas, y el acceso a servicios y protecciones. Para eliminar esas barreras y garantizar la igualdad y la inclusión de los jóvenes con discapacidad, los Estados, a menudo junto a las OSC, tienen la responsabilidad de combatir los estigmas y fomentar una actitud positiva respecto a los jóvenes con discapacidad a fin de reconocer sus derechos de igualdad.

Las recomendaciones ofrecidas en este estudio quedan recogidas en la casilla de texto Recomendaciones principales y resumidas por tema a continuación. Le siguen las recomendaciones detalladas tanto para el Estado como para otros actores relacionados con la prevención y la respuesta a la VDG, el acceso y el disfrute de la SDR y garantizar la inclusión de los jóvenes en la sociedad civil.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

- **Los jóvenes con discapacidad y sus organizaciones representativas deberían participar plenamente en el diseño e implementación de los programas que afectan a sus vidas**, desde el desarrollo de una legislación nacional al control y la evaluación de los programas y servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos además de los servicios de prevención y respuesta a la VDG que dichas leyes legislan. Los Estados y las organizaciones de la sociedad civil deben tomar medidas para fomentar las habilidades y capacidades entre los jóvenes con discapacidad y asegurar que tengan oportunidades de participar en los foros públicos de toma de decisiones.
- **La igualdad de los jóvenes con discapacidad a la hora de realizar su SDSR y en la prevención y respuesta a la VDG debería ser formal y sustantiva.** Los Estados no sólo deberían eliminar las leyes y normativas discriminatorias y garantizar la igualdad como una cuestión de derecho, sino que también deben prestar atención a las distintas necesidades de los jóvenes con discapacidad en el marco de las leyes, políticas y programas. Los encargados de formular políticas y otros que implementan programas deberían tener en cuenta a aquellos que afrontan formas múltiples y que se intersecan de discriminación a la hora de diseñar las intervenciones para asegurar verdaderamente que ninguno se quede atrás.
- **Acabar con el estigma y la discriminación contra los jóvenes con discapacidad es esencial para su plena inclusión.** La sensibilización, la capacitación y otras iniciativas que incluyan a todos los actores de la sociedad, desde los jóvenes con discapacidad y sus familias hasta los políticos, proveedores de servicios, los medios, la sociedad civil y el público en general, pueden cambiar la forma de las interacciones sociales en el hogar y fomentar el desarrollo de leyes y políticas y eliminar las barreras al acceso a servicios.
- Las personas encargadas de formular políticas deben tener en cuenta la **grave naturaleza de la discriminación** por motivos de discapacidad, género y edad, entre otras categorías sociales, y **abordar la situación singular de las personas con discapacidad afectadas por conflictos y desastres naturales, pobreza, ruralidad, institucionalización y otros multiplicadores de la desigualdad.**
- La eliminación de la violencia por razón de género y la realización de la salud sexual y reproductiva para los jóvenes con discapacidad requieren un **enfoque amplio e integrado** que involucre a **todos los sectores del gobierno, a todos los niveles apropiados**, incluidos los servicios de salud y sociales, de educación, justicia y cumplimiento legal y la planificación global del desarrollo.
- El constante control y evaluación de las intervenciones destinadas a promover los derechos de los jóvenes con discapacidad son necesarios para asegurar que tales intervenciones están cumpliendo sus objetivos, tienen en cuenta a los jóvenes con discapacidad en toda su diversidad, y están respondiendo a sus necesidades.
- La **recopilación de datos desglosados por edad, sexo y discapacidad**, entre otros factores, debería cumplir con los requisitos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Tales datos deben ser **recogidos de manera accesible y que tenga en cuenta la juventud, la discapacidad**

y el género y de manera que se garantice que las personas jóvenes con discapacidad están incluidas y se hacen visibles en los datos recogidos. Todos los **datos deben estar disponibles públicamente y ser accesibles para las personas con discapacidad** para garantizar que los formuladores de políticas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil puedan usar los datos para identificar claramente las desigualdades y brechas entre grupos.

- **Los Estados y las organizaciones internacionales y financiadores deben tener en cuenta la discapacidad en los presupuestos de programas, la asistencia a extranjeros, organizativa y nacional**, asegurándose de que hay suficientes recursos para garantizar que todas las actividades de los programas relacionados con la SDR y la prevención y respuesta a la violencia de género puedan ser accesibles e incluyan plenamente a los jóvenes con discapacidad.

ESTÁNDARES INTERNACIONALES

Los Estados deberían garantizar que todas sus prácticas se basen en estándares internacionales. Se ha creado un estándar global y transparente que fomenta la SDR de los jóvenes con discapacidad y su derecho a vivir sin violencia en base a las convenciones y los programas de acción sobre derechos humanos acordados internacionalmente. Las convenciones más relevantes e importantes incluyen la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (CDPD), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Conjuntamente, dejan claro que los jóvenes con discapacidad, que incluyen a jóvenes y adolescentes, tienen la misma SDR y el derecho a vivir sin violencia que tenga cualquier otra persona. Asimismo, los Estados cuentan con estándares específicos a través del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) sobre los servicios principales que deberían ofrecer para garantizar que sus ciudadanos puedan ejercer su SDR y a vivir sin violencia. Los pasos para el logro de estos derechos se expusieron y acordaron primero en el Programa de Acción de la CIPD en 1994, y se han reforzado y ampliado desde entonces.

MÉTODOS EXHAUSTIVOS, INTEGRADOS Y DE DOBLE VÍA

Todos los actores deberían reconocer que ninguna política o programa por sí solo es suficiente para conseguir los derechos de los jóvenes con discapacidad. Las respuestas de programas y políticas deberían adoptar un enfoque sistémico que aunara una gama de estructuras, funciones y capacidades en distintos sectores para evitar y responder ante cualquier discriminación o violación de los derechos de los jóvenes con discapacidad en cualquier contexto. Los sistemas deberían organizarse en torno a un objetivo común procurando coordinar las acciones de los distintos actores, organizaciones y subsistemas para que cada uno se refuerce mutuamente. Por ejemplo, esto implica que no solo deben cambiar las leyes y las políticas, sino que también los proveedores de servicios y otros actores deberían ser formados en la inclusión de personas con discapacidad y sobre los derechos de los jóvenes con discapacidad. También significa que no basta con dar pasos para reducir barreras específicas respecto a la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG, sino que además debe derribarse todo obstáculo indirecto, como la inclusión de las personas con discapacidad en la docencia y la creación de nuevas oportunidades económicas para los jóvenes con discapacidad.

Todos los actores deberían guiarse por un método de doble vía respecto a leyes, políticas y programas relacionados con la SDSR y a los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Este método incluye garantizar que los jóvenes con discapacidad se integren en las leyes, políticas y actividades de programas asegurándose de que éstos incluyen a los jóvenes con discapacidad y, cuando sea pertinente, desarrollar e implementar nuevas leyes, políticas y programas que ofrezcan soportes específicos para los jóvenes con discapacidad. La gran mayoría de las leyes, políticas y programas existentes pueden y deben incluir a todo el mundo independientemente de su edad, sexo o discapacidad. Muchas de las desigualdades a las que se enfrentan los jóvenes con discapacidad en la actualidad son el resultado de prácticas que segregan a los jóvenes con discapacidad de los servicios utilizados por otros jóvenes sin discapacidad; por tanto, siempre es preferible y, de hecho, una obligación legal según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que los Estados garanticen que todas las leyes, políticas y programas integren a las personas con discapacidad. No obstante, un largo historial de exclusión y circunstancias muy específicas a menudo hace que sea apropiado que los Estados también creen prácticas concretas que ofrezcan el soporte necesario para garantizar que los jóvenes con discapacidad tengan un acceso igualitario y puedan ejercer su SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Un método en concreto puede incluir leyes y políticas muy específicas que identifiquen claramente los derechos de los jóvenes con discapacidad y las responsabilidades del Estado respecto a los mismos. Un método concreto también podría incluir programas específicos, como programas de creación de concienciación dedicados específicamente a las actitudes y creencias de los padres de niños y jóvenes con discapacidad o la implementación de clubes de apoyo social que den espacio a los jóvenes con discapacidad para debatir abiertamente sus discapacidades y la SDSR y a la prevención de la violencia de género en contextos en los que normalmente no se sentirían cómodos hablando sobre estos temas con otros jóvenes sin discapacidad.

Finalmente, un método exhaustivo implica que todas las respuestas de programas y políticas deberían tratar efectivamente cualquier tema relacionado directa o indirectamente con la SDSR y a los servicios de prevención y respuesta a la VDG; asimismo, deberían derribar las barreras a las que los jóvenes con discapacidad se enfrentan al ejercer sus derechos y asegurar la inclusión de dichos jóvenes en las leyes, políticas y programas relacionados con la SDSR y a los servicios de prevención y respuesta a la VDG a fin de garantizar un trato igualitario con los demás. Esto incluye educación, transporte y empleo, entre otros. Un foco específico sobre la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG siempre será insuficiente si no se tratan también otras circunstancias vitales más generales y formas específicas de discriminación. Por ejemplo, una clínica que ofrezca servicios de SSR puede que sea accesible e integradora, pero un transporte inaccesible o la no posibilidad de que los jóvenes puedan pagar su billete de autobús o taxi hará que dichos jóvenes no puedan acceder a esa clínica como lo haría cualquier otra persona. Las políticas y los programas relacionados con la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG deberían estar coordinados con todas las políticas y los programas a fin de cumplir escrupulosamente con todos los derechos humanos que los jóvenes con discapacidad tienen.

CONTEXTO E IDENTIDAD ESPECÍFICOS

Para que los legisladores, implementadores de programas y proveedores de servicios desarrollen un contexto e identifiquen acciones específicas, estos deberían utilizar un método integrado que tratase formas agravantes de discriminación en base a la discapacidad, sexo y edad junto con distintas identidades diversas y entrecruzadas como raza, etnia, religión, orientación sexual, identidad de género, etcétera. Los jóvenes con discapacidad también pueden ser refugiados o inmigrantes, tener VIH o vivir en la pobreza. Cada una de estas identidades entrecruzadas pueden multiplicar la discriminación que las mujeres y

niñas con discapacidad o los jóvenes con discapacidad sufren en comparación a otras personas sin discapacidad. También es esencial que los legisladores, implementadores de programas y proveedores de servicios reconozcan que ciertos grupos de jóvenes con discapacidad están más excluidos que otros y que respondan debidamente. Por ejemplo, los jóvenes con discapacidades intelectuales a menudo tienen un riesgo mayor de sufrir violencia que los jóvenes con discapacidad de distinto tipo. Un riesgo relacionado está asociado con los jóvenes con discapacidad que viven en instituciones. Los jóvenes con discapacidad, a pesar de que a menudo están discriminados de forma general, no son un grupo homogéneo. Los Estados, en colaboración con la sociedad civil, deberían desarrollar políticas y programas que garantizaran que todas las identidades estén representadas entre los jóvenes con discapacidad y que dichos jóvenes que vivan en cualquier contexto estén protegidos y sus derechos sean fomentados.

Ciertos contextos y circunstancias deberían reconocerse que aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes con discapacidad en relación con la violación de sus derechos. Estos incluyen contextos de crisis humanitarias, como conflictos, postconflictos y desastres naturales; pobreza; entornos rurales; altos índices de VIH/SIDA; etcétera. Todas las prácticas del Estado deberían ser específicas según el contexto en cuanto a su diseño para responder a las experiencias vividas por los jóvenes con discapacidad y para tratar las realidades de los jóvenes con discapacidad a la hora de acceder y ejercer su SDR y a vivir sin violencia. Una realidad importante es la concreción cultural. Es insuficiente que los legisladores, implementadores de programas y proveedores de servicios simplemente traspongan leyes, políticas y programas creados en distintos contextos y que los implementen sin ninguna modificación ni traducción cultural. De igual modo, las políticas nacionales deberían implementarse de tal modo que contemplen las diferencias locales y circunstanciales. Por ejemplo, los programas de concienciación dedicados a luchar contra la estigmatización de las discapacidades en cuanto a la sexualidad de los jóvenes con discapacidad no serán

efectivos si se basan en programas desarrollados para otros países y por tanto no enfocados a las prácticas y creencias discriminatorias concretas que no propician los derechos humanos presentes a nivel local. Por tanto, los programas deberían ser específicos según el contexto y deberían tratar las barreras dentro de las comunidades locales además de considerar la cultura local. De igual modo, los programas deberían responder a las diferencias socioeconómicas de los distintos países, comunidades e individuos. Por ejemplo, los modelos de servicios pueden que tengan que adaptarse para entornos rurales o en situaciones de emergencia humanitaria para garantizar su accesibilidad en entornos significativamente diferentes a las comunidades urbanas o poblaciones estables, etcétera.

DESARROLLO DE CAPACIDADES Y FOMENTO DE LA CONCIENCIACIÓN

Es crucial que todos los legisladores, implementadores de programas y proveedores de servicios tengan en cuenta los derechos de las personas con discapacidad y que estén formados en la integración de dichas personas. También es esencial que las personas con discapacidad y sus cuidadores tengan en cuenta los derechos de los jóvenes con discapacidad, incluido el acceso a la SSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Los legisladores no pueden crear nuevas leyes y políticas, y los implementadores de programas y proveedores de servicios no pueden ofrecer servicios que garanticen los derechos de los jóvenes con discapacidad, si no conocen o no comprenden que los jóvenes con discapacidad tienen los mismos derechos que los demás y que éstos pueden ser integrados y atendidos en los servicios prestados. Los jóvenes con discapacidad, que son los actores más importantes en la creación de políticas y procesos de oferta de servicios, no pueden ofrecer asesoramiento sobre cómo los Estados pueden garantizar mejor el acceso y el ejercicio de su SDR y a vivir sin violencia si no conocen de por sí sus derechos. Y de igual modo, los padres y cuidadores de los jóvenes con discapacidad deberían conocer los derechos de dichos jóvenes, incluso los relacionados con la SSR y los servicios de

prevención y respuesta a la VDG, a fin de garantizar un buen respaldo de los jóvenes con discapacidad que participen en actividades de asesoramiento y acciones y para que puedan acceder a sus derechos de igual modo que el resto de las personas.

PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

La participación de la sociedad civil es crítica para garantizar que los Estados y otros actores desarrollen leyes, políticas y programas que traten las barreras específicas a las que los jóvenes con discapacidad deben enfrentarse en su día a día. También es un principio rector importante para garantizar que los legisladores, implementadores de programas y proveedores de servicios continúen respondiendo ante los jóvenes con discapacidad, lo cual incluye el control y la evaluación de la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG desde el punto de vista de los jóvenes con discapacidad. Los temas sobre los jóvenes con discapacidad también deberían incorporarse en todos los trabajos de la sociedad civil relevantes, lo cual incluiría organizaciones generales para los derechos de mujeres, jóvenes y personas con discapacidad. Estas organizaciones también deberían respaldar el desarrollo de liderazgo y la asistencia técnica para los jóvenes con discapacidad para que puedan establecer sus propias OSC. Hacerlo garantizará una voz potente para los jóvenes con discapacidad y un socio relevante para los legisladores, implementadores de programas y proveedores de servicios a la hora de desarrollar programas y servicios relacionados con la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Los legisladores, implementadores de programas y proveedores de servicios deberían garantizar que no solo existan OSC representando a los jóvenes con discapacidad sino que también haya una representación de todos los grupos tales como mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidades, jóvenes con discapacidades que representan diferentes identidades y jóvenes con discapacidades que representan la diversidad de discapacidades. Esta práctica directiva hace progresar el principio de «Nada sobre nosotros sin nosotros» y se beneficia de capturar el conocimiento,

la experiencia y la energía que ofrecen los jóvenes con discapacidad. Para conseguir estos beneficios, los legisladores, implementadores de programas y proveedores de servicios deberían formalizar una función para los jóvenes con discapacidad como asesores a la hora de crear leyes, políticas y actividades de programas e incluir a estos jóvenes en consejos nacionales de asesoramiento y otros foros de la sociedad civil a nivel local, regional, nacional e internacional, garantizando de este modo que todas las iniciativas relacionadas con la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG cuenten con el asesoramiento de estos jóvenes y se controlen teniendo en cuenta su perspectiva. La sociedad civil que trabaja en distintos sectores, incluidas las OPD, debería garantizar que se tenga en cuenta el género tanto para garantizar que los derechos de las jóvenes y mujeres estén representados en su personal y en sus líderes como para garantizar que los programas tengan en cuenta los temas de género, lo cual incluye iniciativas para eliminar la violencia de género y la promoción del empoderamiento de mujeres y niñas jóvenes.

CONTROL Y EVALUACIÓN

Todas las leyes, políticas y programas relacionados con la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG deberían ser controlados y evaluados desde el punto de vista de los jóvenes con discapacidad. Los jóvenes con discapacidad y sus organizaciones representantes pueden ser integrados de distintos modos. En primer lugar, deberán ser incorporados e incluidos en consejos de asesoramiento y foros de la sociedad civil tanto a nivel local como nacional. Sus perspectivas también deberán tenerse en cuenta específicamente a través de medios cualitativos y cuantitativos como entrevistas, grupos de discusión, foros de la sociedad civil y encuestas para jóvenes con discapacidad en concreto. En estas actividades, las OSC que representan a jóvenes con discapacidad podrían ser respaldadas como socios a la hora de participar en actividades de control y evaluación. Los jóvenes con discapacidad también deberán ser respaldados e incluidos en la creación de informes paralelos o de la sociedad civil sobre Estados Partes

respecto a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

RECOPIACIÓN DE DATOS E INVESTIGACIÓN

Cualquier dato sobre discapacidad, sexo y edad debería recopilarse de forma inclusiva de tal modo que permita a los investigadores desglosar estadísticas para identificar claramente las brechas en los programas y los servicios relacionados con la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. El desglose de datos es requerido por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y es esencial para garantizar que los jóvenes con discapacidad sean visibles y reconocidos como titulares de derechos. Conseguir el derecho a la SSR y el derecho a vivir sin violencia para los jóvenes con discapacidad depende de la capacidad de los Estados para hacer visibles las desigualdades. Todos los datos recopilados deberían ser públicos y difundidos globalmente en formatos que integren cualquier discapacidad. Los datos de acceso público sobre la SDR y la prevención de la violencia de género también son también esenciales para las OSC que representan a los jóvenes con discapacidad, especialmente las jóvenes y adolescentes con discapacidad, para hacer que los Estados asuman su responsabilidad. En el pasado, la recopilación de datos sobre jóvenes con discapacidad ha sido inconsistente y a menudo ha pasado totalmente por alto los temas relacionados con la SDR y la prevención de la violencia de género de los jóvenes con discapacidad. Sin embargo, en la actualidad, se han creado nuevas herramientas de recopilación de datos que permiten a los investigadores recoger la información matizada que necesitan y que les permite realizar comparaciones entre naciones. El Washington Group on Disability Statistics (Grupo de Washington para estadísticas sobre discapacidad), por ejemplo, ha desarrollado nuevos instrumentos para la realización de estudios que incluyen a jóvenes con discapacidad y que ofrecen la

información necesaria para que los Estados desarrollen respuestas políticas. En algunas situaciones, puede que sea adecuado llevar a cabo una investigación y una recopilación de datos sobre temas específicos que afecten de forma desproporcionada a los jóvenes con discapacidad o sobre identidades específicas de jóvenes con discapacidad. Por ejemplo, puede que sea importante recopilar datos específicamente sobre la incidencia de la violencia de género entre jóvenes con discapacidad con problemas intelectuales o recopilar datos específicos sobre temas como la esterilización forzosa de jóvenes con discapacidad que viven en instituciones.

PRESUPUESTOS QUE INCLUYAN TEMAS DE DISCAPACIDAD

La inclusión de los asuntos sobre discapacidad debería formar parte de todos los procesos presupuestarios, garantizando de este modo que haya una cantidad significativa de fondos destinados a programas e iniciativas relacionados con la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG que incluyan plenamente a los jóvenes con discapacidad. Además de la incorporación de la discapacidad en todos los programas e iniciativas relacionados con la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG, los legisladores, implementadores de políticas y proveedores de servicios deberían también presupuestar para métodos en concreto cuando resulten apropiados y necesarios para garantizar que los jóvenes con discapacidad puedan acceder y ejercer su SDR y a los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Para los Estados, este enfoque de presupuestación debería ser obligatorio desde el nivel nacional hasta el nivel local. Los implementadores de políticas y proveedores de servicios también deberían exigir prácticas de creación de presupuestos inclusivas de la discapacidad para cualquier programación. En ambos casos, cada presupuesto debería tener partidas claras que tratasen el acceso a las personas con discapacidad, la inclusión, y, cuando fuera pertinente, actividades específicas. Una serie de Estados y ONG internacionales para personas con discapacidad han creado directrices para la

incorporación de las discapacidades en actividades de programas. Por ejemplo, USAID y Mobility International han publicado *Building an Inclusive Development Community: A Manual on Including Persons with Disabilities in International Development Programmes* (Construyendo una comunidad de desarrollo inclusivo: Un manual para incluir a las personas con discapacidad en los programas de desarrollo internacional), que recomienda que cada presupuesto asigne entre un 5 y un 7 por ciento a costes operativos y entre 1 y 3 por ciento a costes administrativos a fin de garantizar que todos los aspectos de los programas sean accesibles.

// II. ACABAR CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La eliminación de la violencia de género, incluida la violencia contra jóvenes con discapacidad, requiere unas estrategias exhaustivas y a largo plazo que se centren en la prevención de la violencia y en unas respuestas adecuadas y de respaldo. Dichas estrategias pueden comenzar, pero no deberían finalizar con la adopción e implementación de marcos políticos y legales exhaustivos y sólidos que reconozcan y prohíban cualquier tipo de violencia contra mujeres y niñas, incluidas específicamente mujeres y niñas con discapacidad. Las estrategias también deberían incluir el compromiso de suficientes recursos para garantizar un respaldo adecuado a la hora de implementar programas y un reconocimiento que indique que la prevención y las respuestas a la violencia deberían integrarse en múltiples marcos de políticas, incluidos programas de educación y salud, políticas de justicia y fuerzas del orden y planes de desarrollo nacional, entre otros. Para garantizar que las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad disponen de la misma protección contra la violencia que las demás niñas sin discapacidad, las leyes, políticas y programas sobre la violencia de género deberían reconocer los distintos tipos de discriminación a los

que están expuestas de forma rutinaria las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, junto con otros grupos excluidos. Asimismo, se deberían definir unas estrategias claras para abordar esos tipos de violencia ofreciendo respaldo a mujeres jóvenes y niñas con discapacidad con riesgo de violencia o que hayan sido víctimas de ella. El Paquete de Servicios Esenciales de las Naciones Unidas para Mujeres y Niñas que han Sufrido Violencia es un buen estándar para establecer servicios multisectoriales⁷⁸² y se está implementando en más de 30 países de todo el mundo. Todos los esfuerzos bajo el Paquete de Servicios Esenciales deberían adaptarse para responder a los derechos y necesidades de las mujeres jóvenes y niñas con discapacidad. Asimismo, las nuevas Directrices de Women Enabled International (WEI) y UNFPA⁷⁸³ ofrecen más información a este respecto.

La legislación que protege los derechos de los jóvenes con discapacidad para que vivan sin violencia es un elemento necesario de cualquier estrategia que desee acabar con la violencia de género. En un estudio sobre el efecto de las leyes sobre violencia doméstica se concluyó que las mujeres que viven en países con leyes que prohíben la violencia doméstica tienen un 7 por ciento menos de probabilidades de experimentar violencia en comparación a las mujeres que viven en países sin este tipo de leyes⁷⁸⁴. Para incluir a los jóvenes con discapacidad, las leyes deberían revisarse con disposiciones que parecen en un principio tener una aplicación igualitaria pero que de hecho tienen efectos discriminatorios. Para garantizar una igualdad sustancial, las nuevas leyes deberían esbozarse de tal modo que se centren en las vulnerabilidades particulares de los jóvenes con discapacidad.

Asimismo, la legislación debería reflejar la prioridad en la prevención, enfatizando la eliminación de actitudes de comportamiento y normas sociales discriminatorias, incluyendo no solo las que discriminan en materia de género sino también en materia de discapacidad y juventud. También debería ser una prioridad de la legislación preventiva el cambio de las normas sociales que perpetúan mitos sobre la discapacidad y que fomentan la estigmatización de la

discapacidad y los estereotipos de sexo y la negación de la sexualidad en mujeres con discapacidad⁷⁸⁵.

Es necesario aprobar leyes, pero no es suficiente para evitar o responder a la violencia de género. Es primordial garantizar una infraestructura institucional coordinada, adecuada, exhaustiva y multisectorial que pueda implementar dichas leyes⁷⁸⁶. Dichos sistemas incluyen servicios de salud coordinados incluidos servicios psicosociales, albergues, agentes de policía y cuerpos policiales debidamente formados y especializados, funcionarios judiciales debidamente formados y funcionarios con conocimientos legales para eliminar la violencia de género, y programas de orientación debidamente dotados, exhaustivos y basados en evidencias.

Asimismo, las reformas legales probablemente sean más eficazmente operativas cuando un Estado realiza unos esfuerzos claros para guiar la implementación a través de planes de acción nacionales, regulaciones, protocolos y formación para aquellos responsables de la implementación de leyes. La formación de funcionarios y las autoridades es esencial no solo para garantizar que tienen el conocimiento adecuado de las leyes y sus requisitos sino también para combatir actitudes discriminatorias que pudieran ser contrarias a las intenciones legales e impedir su implementación⁷⁸⁷. También es clave una coordinación efectiva entre sectores para una buena prevención de la violencia de género y un buen servicio de respuesta⁷⁸⁸. Todos los esfuerzos de respuesta y prevención de la violencia de género deberán estar alineados con los estándares del Paquete de Servicios Esenciales de las Naciones Unidas para Mujeres y Niñas que han Sufrido Violencia.

Asimismo, los cuidadores y familiares deberían incluirse en programas centrados en la violencia de género y deberían ser reconocidos como posibles protectores de jóvenes con discapacidad, así como posibles violadores de sus derechos⁷⁸⁹. Especialmente en los programas que se centran en la esterilización forzosa o la anticoncepción obligada, se deberían hacer los esfuerzos necesarios

para garantizar que los cuidadores cuenten con la información y el respaldo adecuados.

Para que los programas y las políticas sean efectivos, deberán recibir una financiación sostenible. Los gobiernos deben garantizar mediante presupuestos transparentes que se dedican los suficientes fondos para la implementación de leyes relevantes y, asimismo, deben controlar su implementación para confirmar que los fondos asignados se gastan del modo previsto⁷⁹⁰. Las autoridades de implementación, incluidos los proveedores de servicios, también deberían ser responsables respecto al cumplimiento de los estándares establecidos por políticas y regulaciones.

Las OSC, especialmente las organizaciones de los derechos de la mujer y OPD, son socios esenciales a la hora de implementar un método exhaustivo para eliminar la violencia de género. Distintos estudios demuestran que las OSC pueden y deben participar activamente en el suministro de servicios e información, educación y formación para las autoridades de implementación y deberían beneficiarse de programas y políticas, además de respaldar a los supervivientes de violencia, entre otras actividades⁷⁹¹. En un estudio de Oxfam sobre la implementación de leyes que prohíben la violencia contra las mujeres, los autores destacaron a la República Dominicana por su inclusión de las OSC, observando «Todos los representantes de la sociedad civil entrevistados hicieron hincapié en que una práctica de éxito en la implementación de la Ley 24-97 ha sido la creación de redes intersectoriales e interinstitucionales que, con la sociedad civil, organizan las dinámicas de poder a nivel local y con el Estado, y respaldan el sistema del cuidado. Todo el mundo acepta que esto ha sido posible porque las organizaciones de mujeres y el movimiento feminista se han establecido como interlocutores permanentes con el Estado, a veces sirviendo de recursos humanos dentro del mismo sector gubernamental los cuales son sensibles al tema de la violencia contra las mujeres»⁷⁹². Otras pruebas demuestran que contar con organizaciones autónomas de los derechos de las mujeres es un factor clave para crear un cambio de políticas y para garantizar que las normas globales pueden ejercer

una influencia en la creación de políticas nacionales, indicando la importancia de un activismo constante y una sociedad civil activa⁷⁹³. Las OSC también tienen un papel importante en hacer que los titulares de deberes se hagan responsables respecto a sus obligaciones y compromisos adoptados.

Finalmente, todas las iniciativas para evitar y responder ante la violencia deberían permitir que la seguridad de los jóvenes con discapacidad fuera una prioridad, teniendo en cuenta sus discapacidades y el acceso a sus entornos junto al acceso a todos los servicios y albergues.

ASEGURAR LOS DERECHOS DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD PARA VIVIR SIN VIOLENCIA

RECOMENDACIONES PARA LOS ESTADOS, EN COLABORACIÓN CON LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

TEMA	MÉTODOS INTEGRADORES	MÉTODOS OBJETIVO
Estándares internacionales	<ul style="list-style-type: none"> Adoptar la CDPD, la CEDAW, la CDN y otros instrumentos internacionales y regionales que prohíben la violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que todos los informes estatales a los organismos del tratado sobre la violencia de género incluyan información sobre las acciones emprendidas para garantizar los derechos de los jóvenes con discapacidad a la protección contra la violencia.
Evaluar las leyes, políticas y programas existentes en materia de prevención y respuesta a la violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> Revisar todas las leyes y normativas en relación con la prevención y respuesta a la violencia de género para asegurar que incluyan a mujeres y niñas y hombres y niños con discapacidad, en particular reconociendo las formas específicas de violencia que pueden sufrir las mujeres y niñas y hombres y niños con discapacidad. Derogar cualquier ley o política que discrimine a los jóvenes con discapacidad, incluso dentro de la ley de familia y cualquier otra ley, y cualquier legislación que permita la esterilización, anticoncepción, aborto o cualquier otro procedimiento quirúrgico realizado en una niña o mujer sin su consentimiento libre e informado, o que permita la institucionalización forzosa o la reclusión involuntaria de mujeres jóvenes o niñas con discapacidad. Incluir a los jóvenes con discapacidad en todos los comités asesores y foros de sociedad civil existentes relacionados con la prevención y respuesta a la violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuando sea necesario, adoptar nueva legislación que prohíba la violencia de género contra mujeres jóvenes y niñas y hombres y niños con discapacidad, en todas sus formas posibles. Garantizar que la información sobre leyes, políticas y programas existentes y futuros, y los mecanismos de denuncia para la prevención de la violencia de género y los sistemas de respuesta estén disponibles en todos los formatos y distribuidos ampliamente, incluso entre las OPD, los proveedores de servicios y los cuidadores de jóvenes con discapacidad. Todos los mecanismos de denuncia deberán ser privados y garantizar que no ponen a aquellos que presentan la denuncia en peligro de recibir más violencia. Cuando sea necesario, adoptar la legislación necesaria para garantizar que las fuerzas del orden, la asistencia sanitaria, los servicios educativos y de soporte social estén disponibles para los jóvenes con discapacidad, incluso reconociendo la capacidad legal de las personas con discapacidad para presentar denuncias contra los autores. Desarrollar actividades de asesoría concretas para jóvenes con discapacidad, incluidas las mujeres y niñas y los hombres y niños con discapacidad, a fin de evaluar y asesorar sobre leyes, políticas y programas relacionados con la violencia de género y los servicios de respuesta.
Prevención de la violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> Revisar leyes y políticas existentes para garantizar que no discriminen por motivos de sexo o discapacidad y que no contribuyan o refuercen la subordinación de mujeres y niñas de ningún modo. Desarrollar legislaciones y políticas que fomenten la igualdad de género y que cuestionen los estereotipos y normas de discriminación. Garantizar la implementación eficaz de leyes existentes que prohíban la discriminación y la violencia de género y acaben con la impunidad de los autores. Garantizar que todos los esfuerzos de prevención a nivel local y nacional incluyan las campañas, movilización social y la educación de grupos incluyan a los jóvenes con discapacidad en sus mensajes y como parte de su desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer la exclusión y la vulnerabilidad a la que están expuestas los jóvenes con discapacidad en cuanto a abusos sexuales y violencia en contextos particulares, incluidas situaciones de conflictos, problemas en instituciones y crisis humanitarias, y tomar las medidas necesarias para evitar cualquier violencia antes de que suceda. Crear campañas del fomento de la concienciación sobre los derechos humanos de los jóvenes con discapacidad como miembros activos de comunidades y cuestionar mitos sobre la discapacidad que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia. Desarrollar programas concretos para jóvenes con discapacidad que compartan información sobre relaciones saludables y el tipo de violencia de género. Garantizar que todos los esfuerzos de prevención, incluida la comunicación, se ofrecen en un formato accesible y aumentar específicamente la concienciación sobre el riesgo desproporcionado de violencia al que dichos jóvenes están expuestos.

TEMA	MÉTODOS INTEGRADORES	MÉTODOS OBJETIVO
Contexto e identidad específicos	<ul style="list-style-type: none"> Los legisladores deberían reconocer la agravante naturaleza de la discriminación por motivos de discapacidad, sexo y edad, además de otras identidades, y deberían tratar factores según el contexto, incluidos los conflictos y desastres naturales, la pobreza, el ruralismo, la institucionalización y otros multiplicadores de desigualdad. 	<ul style="list-style-type: none"> Todas las prácticas de los Estados deberían basarse en estándares internacionales y específicos según el contexto para tratar las experiencias vividas de los jóvenes con discapacidad en particular en condiciones socioeconómicas y realidades culturales. Desarrollar métodos para tratar las barreras específicas a las que los jóvenes con discapacidad se enfrentan al acceder y al ejercer sus derechos a SSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG, particularmente aquellos con mayores problemas que comprenden la discriminación experimentada por jóvenes con discapacidad.
Concienciación	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar que todas las campañas de educación pública y concienciación sobre la violencia de género estén disponibles e incluyan a los jóvenes con discapacidad, incluso mediante la utilización de distintos formatos. 	<ul style="list-style-type: none"> Crear campañas específicas de educación pública y concienciación sobre violencia de género que sean inclusivas y accesibles para los jóvenes con discapacidad y sus padres y cuidadores.
Formación en inclusión de la discapacidad para formuladores de políticas, ejecutores de programas y proveedores de servicios	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar formación preceptiva sobre concienciación e inclusión de personas con discapacidad para todos los legisladores, implementadores de programas y proveedores de servicios, incluido el personal judicial y policial y los funcionarios de tribunales involucrados en los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Inclusión de los jóvenes con discapacidad en el diseño y la implementación de formación. 	<ul style="list-style-type: none"> Formar a un número significativo de proveedores de servicios de SSR y prevención de la violencia de género y servicios de respuesta, a líderes jóvenes dentro de las organizaciones de personas con discapacidad, líderes jóvenes, incluidas las mujeres y mujeres jóvenes adolescentes, dentro de organizaciones juveniles, sobre cómo adaptarse de forma razonable (p. ej., interpretación de lenguaje de signos).
Participación e inclusión de la sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar que las organizaciones de derechos humanos, jóvenes y mujeres y otros actores que deseen erradicar la violencia de género estén incluidos en la formulación de políticas y programas. Garantizar que dichas organizaciones tengan acceso a información y datos relevantes que les permita controlar el cumplimiento de los compromisos estatales tanto a nivel nacional como regional e internacional. 	<ul style="list-style-type: none"> Incluir a las OPD en la creación de políticas y programas diseñados para evitar la violencia de género o responder ante ella.
Garantizar el acceso y la inclusión a servicios esenciales y acciones para víctimas de violencia	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar la implementación del Paquete de Servicios Esenciales de la ONU, incluyendo de este modo que todos los servicios sociales, policiales, legales y sanitarios para las víctimas de casos de violencia estén disponibles y sean accesibles, adaptables y apropiados, además de enfatizar la seguridad, implementar el consentimiento informado y la confidencialidad, recopilar datos y gestionar la información implementada, utilizar una comunicación efectiva y vincularse con otros sectores y agencias a través de recomendaciones y coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> Involucrar a los jóvenes con discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> Directamente educando y distribuyendo información sobre sus derechos y servicios disponibles para jóvenes con discapacidad que estén sometidos a casos de violencia. Creando políticas, protecciones y respaldo para jóvenes con discapacidades intelectuales a fin de permitirles una justicia segura contra los autores de esa violencia en procesos legales. Garantizando que los jóvenes con discapacidad estén informados sobre sus derechos y los mecanismos para realizar denuncias.
Inclusión en el control y la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer acceso y adaptación para personas con discapacidad en todos los juicios públicos y otros eventos y actividades de evaluación de leyes, políticas y programas. Garantizar que todos los instrumentos de estudio y evaluación integran a jóvenes y personas con discapacidad y que son sensibles al género. Incluir a jóvenes con discapacidad y sus organizaciones representantes en consejos de asesoría de organizaciones que trabajan para la eliminación de la violencia de género, tanto a nivel local como nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar foros, talleres, grupos de discusión y otros eventos y actividades que evalúen leyes, políticas y programas para jóvenes con discapacidad.
Recopilación de datos e investigación	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar que se recopilan datos sobre el predominio de la violencia de género utilizando terminología consistente en todos los sectores. Garantizar que todos los instrumentos de recopilación de datos sobre violencia de género incluyan los encargados de recopilar datos sobre el predominio y la incidencia de la violencia de género incluyen a jóvenes y personas con discapacidad y que son sensibles al género. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar que los instrumentos de recopilación de datos estén disponibles en formatos accesibles y ampliamente distribuidos, incluyendo mediante organizaciones de personas con discapacidad y proveedores de servicios para jóvenes con discapacidad a fin de maximizar su capacidad de participación del mismo modo que los otros jóvenes sin discapacidad.
Presupuestos que incluyan temas de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> Incorporación de la inclusión de jóvenes con discapacidad en los presupuestos para todos los programas relacionados con los servicios de prevención y respuesta a la VDG. 	<ul style="list-style-type: none"> Incluir una partida por separado en el presupuesto para los servicios de prevención y respuesta a la VDG cuando sea apropiado para garantizar un acceso e inclusión igualitarios para los jóvenes con discapacidad.

// III. HACER REALIDAD LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

La actualización de la SDR para los jóvenes con discapacidad conlleva localizar estándares internacionales para que las actividades de programas, políticas y leyes reflejen las normas globales de prácticas del Estado positivas pero que a su vez respondan y traten las barreras específicas a las que los jóvenes con discapacidad tienen que enfrentarse en su contexto local. Se trata de un proceso mediante el cual los contextos locales y los estándares internacionales pueden cambiar, requiriendo un control, una evaluación y una respuesta ante las desigualdades de manera continua para la protección y promoción de la SDR.

Existen una serie de estándares internacionales que garantizan los derechos de los jóvenes con discapacidad, incluidas las mujeres y adolescentes, a la SSR. Esto incluye el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD), la CDPD, la CEDAW y la CDN.

Debería tenerse en cuenta que todos los servicios deberían seguir el Marco DAAC e incluir a los jóvenes con discapacidad para que los Estados cumplan con sus obligaciones según la CDPD, la CEDAW y otros acuerdos internacionales establecedores de estándares.

Para identificar si los Estados cumplen o no con sus obligaciones, los Estados deberían evaluar la SDR desde el punto de vista de los jóvenes con discapacidad. En la práctica, esto conlleva que los jóvenes con discapacidad y sus organizaciones representativas sean incluidos en todos los consejos de asesoría y foros de la sociedad civil existentes que trabajan para promover el acceso y el ejercicio de la SDR. Esto

significa que esos espacios deberían incluir a personas con discapacidad, garantizando de este modo el acceso y la adaptación a fin de fomentar la total participación de los jóvenes con discapacidad. También significa que los Estados deberían establecer oportunidades de asesoramiento en concreto para jóvenes con discapacidad a fin de evaluar y asesorar sobre la SDR e incluir específicamente a mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidad. Estas actividades pueden incluir la utilización de un foro de la sociedad civil en el cual los jóvenes con discapacidad puedan debatir la SDR, en el que las OSC representantes de los jóvenes con discapacidad puedan implementar un estudio sobre inclusión y derechos a la SSR y enviar sus conclusiones y recomendaciones a las autoridades estatales pertinentes o crear consejos de asesoría y otros organismos para garantizar que las experiencias de los jóvenes con discapacidad se transmitan al Estado y que estos jóvenes estén representados en todas las iniciativas posteriores con el fin de identificar desigualdades.

Toda la legislación y política con relación a la SDR debería revisarse desde el punto de vista de los jóvenes con discapacidad. La nueva o existente legislación sobre la SDR debería incluir un lenguaje de integración que se refiera específicamente a los jóvenes con discapacidad, mujeres y niñas, y en general a las personas con discapacidad como grupos excluidos que no deberían ser discriminados respecto a su SDR. En segundo lugar, la legislación en concreto debería crearse de tal modo que definiere específicamente las obligaciones del Estado a la hora de implementar las prácticas de la SDR de los jóvenes con discapacidad. Esto podría conseguirse mediante la inclusión de artículos específicos en la legislación sobre derechos nacionales para las personas con discapacidad en materia de SDR o mediante legislación independiente creada para garantizar los derechos de los jóvenes con discapacidad a la SSR. Otros elementos de legislación deberían ser examinados en relación con la inclusión de los jóvenes con discapacidad en materia de derechos a la SSR. Esto debería incluir la derogación de cualquier ley que permitiese la esterilización, aborto u otro tratamiento o proceso reproductivo o sexual

forzosos u obligados. La legislación de capacidad legal debería revisarse y, si fuera necesario, derogarse y reemplazarse, a fin de garantizar que las personas con discapacidad intelectual sean reconocidas como poseedoras de capacidad legal para tomar decisiones sin coacción con relación a su SDR y que los Estados sean flexibles a la hora de tomar decisiones con respaldo. Es especialmente importante que la flexibilidad a la hora de tomar decisiones con respaldo sea independiente y diferenciada de la tutela legal para garantizar que los jóvenes con discapacidad sean los que toman sus propias decisiones. Una vez la ley aplicable esté establecida, los Estados deberían garantizar actividades de creación de concienciación para educar al público en general y en especial a los jóvenes con discapacidad y sus padres y cuidadores sobre la SDR y cómo poder disfrutar y ejercer dichos derechos. Las medidas de creación de concienciación incluyen garantizar que las actividades de concienciación sobre derechos a la SSR integren a las personas con discapacidad y que las actividades específicas se desarrollan del modo pertinente.

Además de las actividades de concienciación, los Estados deberían implementar actividades de desarrollo y formación sobre integración de personas con discapacidad para todos los legisladores sobre derechos a la SSR, implementadores de programas y proveedores de servicios. Esta formación debería ser exhaustiva y periódica para garantizar que todo el personal relevante involucrado en la creación de políticas, servicios, educación y programas relacionados con la SDR entienda completamente sus obligaciones con arreglo a la ley vigente sobre la no discriminación de jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidad, y que comprende la adaptación que puede ofrecerse para garantizar la inclusión en los servicios de SSR. Los jóvenes con discapacidad y sus organizaciones representantes deberían ser incluidos en el desarrollo e implementación de cursos de formación sobre inclusión de personas con discapacidad. Los cursos de formación específicos también deberían implementarse para garantizar que un grupo principal de proveedores de servicios

de SSR esté disponible ampliamente in situ con una formación especializada en adaptación específica en el suministro de servicios de SSR, incluida la formación en interpretación de lenguaje de signos.

Los jóvenes con discapacidad deberían ser incluidos en todos los programas y planes de estudios de educación sexual integral. Además de las principales recomendaciones establecidas en la *International Technical Guidance on Sexuality Education (Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad)* de la UNESCO, los Estados deberían acceder a los programas de educación sexual integral desde una perspectiva de los jóvenes con discapacidad y abordar sus barreras. Por ejemplo, la Guía Técnica recomienda que la educación sexual integral se debería realizar en un entorno de aprendizaje seguro y saludable y que haya métodos de aprendizaje interactivos integrados en la educación sexual integral. Desde el punto de vista de los jóvenes con discapacidad, los programas de educación sexual integral deberían incluir desde el principio formación sobre concienciación sobre la discapacidad para garantizar que los instructores y los pares sin discapacidad conozcan los derechos de los jóvenes con discapacidad, incluidos los que guardan relación con la SDR, y que cualquier creencia y práctica no propicia a los derechos humanos haya sido tratada antes de que empiece la educación sexual integral. Asimismo, los entornos de aprendizaje deberán ser evaluados desde el punto de vista de la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad, todos los materiales de aprendizaje deberían estar disponibles en varios formatos y los instructores deberán haber sido formados en docencia inclusiva y se deberán haber realizado adaptaciones. Cuando sea pertinente, los programas destinados a la educación sexual integral para jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidad, deberán darse también con un alcance específico entre padres y cuidadores de jóvenes con discapacidad.

Los servicios relacionados con los derechos a SSR deberán incluir a jóvenes con discapacidad garantizando que integren a dichos jóvenes. Esto

requiere la integración activa de lo que hasta ahora han sido políticas independientes. Todos los esfuerzos también deben estar alineados con los Estándares de la OMS para la Mejora de la Calidad del Cuidado de Niños y Jóvenes Adolescentes en Instalaciones Sanitarias⁷⁹⁴, que describen lo que se espera para poder respetar los derechos de los niños incluida la garantía de que los servicios e instalaciones sanitarios sean adecuados para familias, adolescentes y niños; un cuidado clínico basado en pruebas; disponibilidad

de equipos específicos para niños y adolescentes; y personal competente y bien formado. Los Estándares Globales para Servicios Sanitarios de Calidad para Adolescentes de la OMS y ONUSIDA⁷⁹⁵ también ofrecen un marco estándar para ayudar a los legisladores y planificadores de servicios sanitarios a la hora de mejorar la calidad de los servicios sanitarios para que a los adolescentes les resulte más sencillo recibir los servicios sanitarios que requieren para fomentar, proteger y mejorar su salud y bienestar.

PROMOVER LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

RECOMENDACIONES PARA LOS ESTADOS, EN COLABORACIÓN CON LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

TEMA	MÉTODOS INTEGRADORES	MÉTODOS OBJETIVO
Estándares internacionales	<ul style="list-style-type: none"> Adoptar la CDPD, CEDAW, CDN, el Programa de Acción de la CIPD y otras normas internacionales en materia de SDR. 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que todos los informes estatales a los organismos del tratado sobre la SDR incluyan información sobre las acciones emprendidas para garantizar los derechos de los jóvenes con discapacidad.
Reformar las leyes y políticas nacionales	<ul style="list-style-type: none"> Revisar todas las leyes y políticas relacionadas con la SDR para conformar que son inclusivas de los jóvenes con discapacidad y adelantar tanto la igualdad formal como la informal en la realización de sus derechos. Revocar cualquier ley o política que discrimine a los jóvenes con discapacidad, incluyendo dentro de la educación y la provisión de servicios sanitarios y cualquier legislación que permite la esterilización, contracepción, aborto o cualquier otro procedimiento quirúrgico realizado a un joven con discapacidad sin consentimiento libre e informado. Desarrollar legislación, políticas y programas que: <ul style="list-style-type: none"> protejan los derechos relacionados con la SSR; incluyan lenguaje que prohíba la discriminación por motivos de discapacidad, género y juventud en lo referente al acceso a los servicios de SSR; y responsabilicen a los proveedores de servicios por denegar la SDR. Incluir a los jóvenes con discapacidad en todos los comités asesores y foros de sociedad civil existentes relacionados con la SDR. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar que la información sobre leyes, políticas y programas existentes y futuros, y los mecanismos de denuncia en relación con la SDR, incluida la denegación de SDR, estén disponibles en todos los formatos y distribuidos ampliamente, incluso entre las OPD, los proveedores de servicios y los cuidadores de jóvenes con discapacidad. Todos los mecanismos de denuncia deberán ser privados y garantizar que no ponen a aquellos que presentan la denuncia en peligro de sufrir represalias. Cuando sea necesario, adoptar la legislación y políticas necesarias que: <ul style="list-style-type: none"> aseguren servicios de atención sanitaria, educación y apoyo social para los jóvenes con discapacidad y aseguren que los proveedores de SSR reconozcan el derecho de los jóvenes con discapacidad a tomar decisiones libres e informadas sobre su SSR; reconozcan y aborden las barreras a la realización de la SDR en los jóvenes con discapacidad, incluyendo las barreras referentes a la actitud; prohíban prácticas como esterilización forzada u obligada que nieguen la SDR a los jóvenes con discapacidad; garanticen el acceso y la inclusión de los jóvenes con discapacidad a la ESI y a los servicios y programas de SSR de forma igualitaria respecto a las demás; reconozcan y aborden la exclusión de los jóvenes con discapacidad en las crisis humanitarias, entornos de conflicto y contextos frágiles, y tomen medidas activas para incluir a los jóvenes con discapacidad en todos los programas para abordar las necesidades de SSR; y protejan el derecho de los jóvenes con discapacidad a su igual reconocimiento como personas ante la ley y requieran el reconocimiento de su capacidad legal de forma igual. Desarrollar actividades de asesoramiento específicas para mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidad para evaluar y asesorar sobre los derechos a la SSR. Asegurar que todas las actividades de asesoramiento estén abiertas y sean inclusivas con las mujeres jóvenes y niñas adolescentes con discapacidad y empoderarlas para participar en actividades que avancen en materia de SDR.

TEMA	MÉTODOS INTEGRADORES	MÉTODOS OBJETIVO
Contexto e identidad específicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los legisladores deberían reconocer la agravante naturaleza de la discriminación por motivos de discapacidad, sexo y edad, además de otras identidades, y deberían tratar factores según el contexto, incluidos los conflictos y desastres naturales, la pobreza, el ruralismo, la institucionalización y otros multiplicadores de desigualdad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar que todas las prácticas de avance en materia de SDR reconozcan y aborden las experiencias vividas de los jóvenes con discapacidad en condiciones socioeconómicas distintas, entornos rurales y urbanos, contextos frágiles y realidades culturales específicas, incluyendo el reconocimiento de formas particulares de exclusión y discriminación que afrontan los jóvenes con discapacidad al ejercer su SDR. ▪ Crear campañas del fomento de la concienciación sobre los derechos humanos de los jóvenes con discapacidad como miembros activos de comunidades y cuestionar mitos sobre la discapacidad que aumentan la vulnerabilidad ante la discriminación y la denegación de la SDR. ▪ Desarrollar programas diseñados específicamente para los jóvenes con discapacidad, incluidos jóvenes con discapacidades intelectuales, que compartan información relacionada con la SSR, incluyendo información sobre relaciones sexuales saludables y positivas y planificación familiar. ▪ Garantizar que toda la información sobre la SDR, incluida Información sobre el uso de anticonceptivos, la prevención y el tratamiento de las ETS y la salud y el bienestar materno se ofrezca en formatos accesibles y adecuados a la edad y estén disponibles para las OPD, organizaciones juveniles y organizaciones de mujeres.
Concienciación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar que todas las campañas de educación pública y concienciación sobre SDR estén disponibles e incluyan a los jóvenes con discapacidad, incluso mediante la utilización de distintos formatos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear campañas específicas de educación pública y concienciación sobre SDR que sean inclusivas y accesibles para los jóvenes con discapacidad y sus padres y cuidadores. ▪ Garantizar que los jóvenes con discapacidad y sus padres y cuidadores estén informados sobre su SDR y los mecanismos para realizar denuncias si se violan sus derechos y estén empoderados para defender una mayor inclusión.
Formación en inclusión de la discapacidad para formuladores de políticas, ejecutores de programas y proveedores de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar formación preceptiva sobre concienciación e inclusión de personas con discapacidad para todos los legisladores, administradores y proveedores de servicios en el avance de la SDR a: <ul style="list-style-type: none"> - concienciación sobre la SDR a los jóvenes con discapacidad; e - incrementar el reconocimiento de las barreras a las que se enfrentan los jóvenes con discapacidad a la hora de realizar su SDR. ▪ Inclusión de los jóvenes con discapacidad en el diseño y la implementación de formación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formar a un número significativo de proveedores de servicios sanitarios en cuanto a sexualidad y reproducción disponible en todo el sistema de derechos a SSR en el suministro de adaptaciones específicas (p. ej. interpretación de lenguaje de signos) y formar a jóvenes líderes en las organizaciones para personas con discapacidad y a jóvenes líderes, incluidas mujeres jóvenes y adolescentes dentro de organizaciones juveniles, en el suministro de adaptaciones razonables (p. ej. interpretación de lenguaje de signos).
Participación e inclusión de la sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar que las organizaciones de derechos humanos, juventud y mujeres, y de otro tipo que fomenten el acceso a servicios, educación e información sobre SSR y sobre el ejercicio de los derechos a la reproducción estén incluidas en la creación de políticas y programas. ▪ Garantizar que dichas organizaciones tengan acceso a información y datos relevantes que les permita controlar el cumplimiento de los compromisos estatales tanto a nivel nacional como regional e internacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluir a las OPD en la formación de políticas y programas diseñados para fomentar el acceso y disfrute de la SDR.
Implementación de la ESI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involucrar a los encargados de formular políticas que trabajan en políticas de atención sanitaria y educación nacionales para seguir unos estándares mínimos para impartir la ESI en escuelas e instalaciones de atención sanitaria. ▪ Adoptar programas y estrategias nacionales para garantizar que todos los jóvenes tengan acceso a la ESI y que haya información precisa y adecuada para su edad sobre SDR para todos los jóvenes. ▪ Asegurar que los currículos y programas de ESI incluyan a los jóvenes con discapacidad ofreciéndoles información en formatos accesibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseñar e implementar programas específicos de educación sexual integral diseñados para jóvenes con discapacidad. ▪ Implementar programas de ESI especialmente diseñados para padres y cuidadores de jóvenes con discapacidad en lugares y horas accesibles.

TEMA	MÉTODOS INTEGRADORES	MÉTODOS OBJETIVO
Garantizar el acceso y la inclusión en los principales servicios de SSR	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asegurar que todos los servicios de atención sanitaria tengan en cuenta a la juventud y la discapacidad adoptando normativas y programas que: <ul style="list-style-type: none"> - promuevan el aumento de capacidades entre los proveedores de servicios de atención sanitaria; - mejoren la accesibilidad a las instalaciones de atención sanitaria y aseguren que las instalaciones están bien equipadas para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad; - responsabilicen a los proveedores de atención sanitaria para que cumplan objetivos de políticas de SDRS inclusivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promover la inclusión de los jóvenes con discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> - educando a los jóvenes con discapacidad acerca de su derecho a unos servicios de SSR inclusivos; - ofreciendo información accesible sobre cómo y dónde encontrar servicios de SSR; - asegurando que todos los programas que promueven los servicios de SSR, incluidos los relacionados con la planificación familiar y el tratamiento de las ETS, están disponibles para los jóvenes con discapacidad; - desarrollando políticas para la toma de decisiones con respaldo, protecciones y ayudas para los jóvenes con discapacidad, incluyendo los jóvenes con discapacidad intelectual, para que puedan ejercer su derecho a tomar decisiones sobre su SSR; y - trabajando para asegurar que los jóvenes con discapacidad puedan ejercer sus derechos reproductivos sin miedo de interferencia o coacción.
Inclusión en el control y la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ofrecer acceso y adaptación para personas con discapacidad en todos los juicios públicos y otros eventos y actividades de evaluación de leyes, políticas y programas. ■ Garantizar que todos los instrumentos de estudio y evaluación integran a jóvenes y personas con discapacidad y que son sensibles al género. ■ Garantizar que los jóvenes con discapacidad y sus organizaciones representativas están incluidos en consejos de asesoría sobre la SDRS, tanto a nivel local como nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facilitar foros, talleres, grupos de discusión y otros eventos y actividades que evalúen leyes, políticas y programas para jóvenes con discapacidad.
Recopilación de datos e investigación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Garantizar que todos los instrumentos de recopilación de datos sobre la SDRS integran a jóvenes y personas con discapacidad y que son sensibles al género. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recopilar datos y llevar a cabo estudios sobre barreras concretas en materia de la SDRS a las que se enfrentan los jóvenes con discapacidad, incluida la recopilación de datos y los estudios sobre las barreras a las que se enfrentan los jóvenes con discapacidad, en particular los que deben hacer frente a las mayores barreras y la discriminación.
Presupuestos que incluyan temas de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Integrar a los jóvenes con discapacidad en todos los presupuestos en materia de la SDRS. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluir una partida por separado en el presupuesto para programas relacionados con la SDRS, servicios, educación e iniciativas para garantizar un acceso e inclusión igualitarios para los jóvenes con discapacidad.

// IV. GARANTIZAR LA INCLUSIÓN DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD

RECOMENDACIONES PARA LOS ESTADOS

El desarrollo e implementación de todas las buenas prácticas gubernamentales requieren la participación de jóvenes con discapacidad y sus organizaciones representativas. Las OSC representativas de jóvenes con discapacidad tienen el derecho a participar en asuntos públicos, especialmente en todas las

leyes, políticas y actividades de programas que afecten directamente a sus miembros. De este modo, es un prerrequisito contar con una sociedad civil fuerte y activa de jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidad, para conseguir unas iniciativas eficaces relacionadas con la SDRS y la prevención de la violencia de género, así como los sistemas de respuesta. Los gobiernos tienen el deber de respaldar el desarrollo de OSC representativas de jóvenes con discapacidad, pero también de proteger la libertad de la sociedad civil respecto al Estado garantizando un espacio en el que las OSC puedan actuar como voz independiente y hacer que los Estados se hagan responsables de sus actos. Los Estados tienen el

poder de aunar distintos movimientos, incluidos los que fomentan los derechos de las personas con discapacidad, los que promueven la igualdad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas, y las organizaciones lideradas por jóvenes, y deben utilizar este poder para propiciar la creación de movimientos entrelazados.

Los Estados deberían desarrollar un marco legal exhaustivo que proteja los derechos políticos y civiles básicos de asociación, asamblea y expresión. También deberían garantizar que no existan barreras legales para los jóvenes con discapacidad que participen en la sociedad civil y que la sociedad civil sea un espacio protegido e integrador que garantice que los jóvenes con discapacidad puedan acceder a la esfera pública igual que cualquier otra persona. Por ejemplo, los foros públicos en los que las OSC expresan sus visiones deberían ser accesibles, y los organismos de la sociedad civil no tendrían que poder discriminar a jóvenes con discapacidad ni poder ponerles trabas a la hora de poder convertirse en miembros. La inclusión y la protección legal incluyen la capacidad de los jóvenes con discapacidad para establecer y mantener sus propias organizaciones. Muchos Estados requieren que las OSC se registren legalmente y renueven sus registros periódicamente. Estos procesos deberían ser accesibles e integradores de personas con discapacidad, incluyendo la facilitación de información de registro en distintos formatos y garantizando que todas las oficinas de registro sean accesibles, ofrezcan una adaptación razonable y estén disponibles en todo el país. La documentación necesaria y los costes de registro no deberían ser demasiado costosos ni tampoco deberían requerir mucho tiempo los procesos de registro, revisión y certificación. Los Estados también deberían implementar medidas positivas, cuando sea necesario, para ayudar a los jóvenes con discapacidad a la hora de fundar sus propias OSC ya que hasta ahora no ha habido una inclusión significativa de los jóvenes con discapacidad en la sociedad civil. Esto puede incluir que los Estados faciliten talleres de desarrollo de organización y liderazgo que convoquen a jóvenes

con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidad, y ofrezcan ayuda a la hora de identificar requisitos, crear declaraciones de intenciones, actividades de programas y planes estratégicos, y recopilen ordenanzas y otra documentación necesaria para su registro. Estas actividades pueden incluir la facilitación de conexiones entre jóvenes con discapacidad y la integración de jóvenes, personas con discapacidad, derechos de mujeres y otras OSC y redes que lleven a cabo proyectos en materia de derechos a la SSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG.

Los Estados deberían crear mecanismos que garantizaran que las OSC que representan a jóvenes con discapacidad estén incluidas activamente en la creación de leyes y en el proceso de implementación de programas. Esto debería incluir que las OSC participasen activamente en la identificación de las barreras a las que los jóvenes con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes y adolescentes, se enfrentan a la hora de ejercer y acceder a sus derechos de SSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG mediante la creación de leyes, políticas y actividades de programas que se ocupen de esas barreras. Las OSC que representan a jóvenes con discapacidad deberían estar integradas en todos los mecanismos de asesoramiento que representan sus identidades diversas e interseccionales. Esto significa que deberían ser incluidas en consejos de asesoramiento y en foros de la sociedad civil sobre jóvenes, discapacidad y género. Por ejemplo, los jóvenes con discapacidad no solo deberían estar representados en el consejo nacional de discapacidad, sino también en los consejos de igualdad de género y edad a nivel nacional. Esta misma integración de la representación debería darse a nivel local, al igual que en la participación en consejos de asesoría municipal y foros de la sociedad civil. De este modo, cada aspecto de su identidad y cada multiplicador de discriminación por edad, discapacidad y género se reconocería en los asuntos públicos. Los consejos de asesoría y los foros de la sociedad civil que tratan

específicamente de la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG deberían incluir una representación de jóvenes con discapacidad. Todos estos foros deberían integrar a las personas con discapacidad garantizando el acceso y la adaptación y asegurando que toda la información esté disponible en varios formatos. Asimismo, los Estados deberían facilitar periódicamente foros de la sociedad civil para jóvenes con discapacidad a fin de debatir sus problemas y preocupaciones y recibir asesoramiento sobre leyes, políticas y actividades de programas para ajustar cualquier desigualdad. Las OSC que representan a jóvenes con discapacidad también deberían estar respaldadas por los Estados que participan en foros regionales, nacionales e internacionales, incluidos los foros que revisan la CDPD, la CEDAW y la CDN.

Los Estados deberían respaldar a las OSC que representan a los jóvenes con discapacidad en actividades que desglosen información sobre los derechos de los jóvenes con discapacidad, incluido su ejercicio y acceso a la SDSR y la prevención de la violencia de género, junto con los servicios de respuesta. Para aquellas OSC que participan en programas e iniciativas con relación a la SDSR y aquellas organizaciones que crean conciencia y ayudan a acabar con la violencia de género, los Estados deberían garantizar que las campañas de la sociedad civil que respaldan sean accesibles e integren a personas con discapacidad. Los Estados también deberían respaldar actividades de educación sobre derechos y concienciación de las OPD que representan a jóvenes con discapacidad y que incluyen la concienciación como parte de sus actividades de programa. Esto debería incluir el respaldo a campañas de concienciación destinadas específicamente a jóvenes con discapacidad y sus padres y cuidadores para formarles en los derechos de dichos jóvenes, en especial el de las mujeres jóvenes y niñas, incluidos los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción y el derecho a vivir sin violencia. Los Estados deben defender que todas las OSC que ofrecen servicios relevantes para la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la

VDG deberían ser accesibles e inclusivas de jóvenes con discapacidad. Esto cobra especial importancia en los contextos donde las OSC ofrecen unos niveles de servicio significativos con relación a la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG, como las ONG internacionales que ofrecen servicios de planificación familiar o prevención de VIH/ SIDA o tratamientos en países de bajos ingresos. Cuando sea pertinente, los Estados también deberían respaldar las OSC representantes de jóvenes con discapacidad en los casos en los que ofrecen la SDSR y prevención de la violencia de género y los servicios de respuesta a sus miembros y a otros jóvenes con discapacidad.

La sociedad civil supone la herramienta más importante para hacer que los Estados sean responsables, garantizando que respondan ante sus ciudadanos y protejan y fomenten sus derechos humanos. Una práctica estatal positiva de control y evaluación es que los Estados incluyan activamente a la sociedad civil en la implementación de programas, políticas y leyes. Los Estados deberían incluir y respaldar a los jóvenes con discapacidad y sus organizaciones representantes mediante procesos continuos con relación a la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Esto debería incluir el respaldo de las OSC que representan a jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidad, en la preparación de informes paralelos o de la sociedad civil para la CDPD, la CEDAW, la CDN y otros instrumentos relevantes a la SDSR y la eliminación de la violencia de género. Los Estados Partes bajo la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad tienen una obligación legal positiva a incluir personas con discapacidad en el control de la implementación de los derechos para las personas con discapacidad por parte de los Estados. Los Estados deberían garantizar que las OSC incluidas en ese proceso de control incluyan a jóvenes, además de mujeres jóvenes y niñas.

Finalmente, al amparo de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados Partes que ofrecen cooperación internacional

deberían no solo garantizar que sus actividades de desarrollo internacional incluyan a personas con discapacidad sino que también trabajen con las OSC que representan a las personas con discapacidad. De este modo, los Estados deberían implementar políticas y prácticas que garantizaran que sus actividades de desarrollo internacional no solo incluyan a personas con discapacidad y

sus OPD relevantes sino que también incluyan específicamente a jóvenes con discapacidad, especialmente mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidad. También deberían fomentar la inclusión de los jóvenes con discapacidad dentro de otras OSC concentradas en la promoción de los derechos de jóvenes, mujeres y niñas, igualdad de género y derechos de SSR, por ejemplo.

PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD A TRAVÉS DE LA SOCIEDAD CIVIL

RECOMENDACIONES PARA LOS ESTADOS, EN COLABORACIÓN CON LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

TEMA	MÉTODOS INTEGRADORES	MÉTODOS OBJETIVO
Garantizar derechos civiles y políticos	<ul style="list-style-type: none"> Crear legislación que: <ul style="list-style-type: none"> Proteja los derechos de asociación, asamblea y expresión. 	<ul style="list-style-type: none"> Crear legislación que: <ul style="list-style-type: none"> Proteja específicamente los derechos de los jóvenes con discapacidad a la asociación, asamblea y expresión.
Registro y renovación para las OSC	<ul style="list-style-type: none"> Simplificar el proceso y garantizar que sea accesible: <ul style="list-style-type: none"> Toda la información y los formularios requeridos deberán estar disponibles en varios formatos. Las oficinas de registro deberán ser accesibles y estar disponibles en múltiples sitios por todo el país. La documentación necesaria deberá ser mínima y no complicada. Los costes de registro deberán mantenerse bajos o ser gratis. Los períodos de revisión deberán ser lo más breves posible. 	<ul style="list-style-type: none"> Llegar a jóvenes con discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> Facilitando talleres específicos sobre procesos de registro y renovación para jóvenes con discapacidad. Ofreciendo asistencia continua para jóvenes con discapacidad durante todo el proceso. Eliminando costes de registro para jóvenes con discapacidad y otros grupos expuestos a tipos múltiples y entrelazados de discriminación.
Participación activa y asesoramiento en la implementación de programas y la creación de políticas	<ul style="list-style-type: none"> Incluir a jóvenes con discapacidad en consejos de asesoría gubernamentales, especialmente los que tratan sobre juventud, discapacidad y género. Garantizar y defender el acceso y la adaptación para personas con discapacidad en todos los foros de la sociedad civil. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar que la sociedad civil, especialmente con jóvenes con discapacidad, pueda participar de forma significativa en el desarrollo de programas y la creación de políticas incluida la posibilidad de debatir sus problemas y preocupaciones. Respaldar a jóvenes con discapacidad que se representan a sí mismos en foros locales, regionales, nacionales e internacionales. Respaldar a mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidad para que se representen a sí mismas y a sus organizaciones en foros locales, regionales, nacionales e internacionales.
Crear concienciación sobre la SDR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG	<ul style="list-style-type: none"> Las OSC deberían estar respaldadas en campañas de concienciación, incluidas aquellas destinadas a la creación de demanda de derechos a la salud sexual reproductora y los servicios de prevención y respuesta a la VDG, que sean accesibles e integradoras de personas con discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Los jóvenes con discapacidad deberían estar respaldados en el desarrollo de sus propias campañas de concienciación con relación a la SDR y la prevención de la violencia de género y los servicios de respuesta destinados a los jóvenes con discapacidad, sus familias y otros.
Inclusión en el control y la evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer acceso y adaptación para personas con discapacidad en todos los juicios públicos y otros eventos y actividades de evaluación de leyes, políticas y programas. Garantizar que todos los instrumentos de estudio y evaluación integran a jóvenes y personas con discapacidad y que son sensibles al género. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar foros, talleres, grupos de discusión y otros eventos y actividades que evalúen leyes, políticas y programas para jóvenes con discapacidad. Colaborar con las OSC para garantizar la representación de los jóvenes con discapacidad a la hora de crear informes paralelos de la sociedad civil para la CDPD, la CEDAW y la CDN.

TEMA	MÉTODOS INTEGRADORES	MÉTODOS OBJETIVO
Prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> Defender que todas las OSC que ofrecen servicios relevantes para la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG deberían tener que ser accesibles e inclusivas de jóvenes con discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Respaldar a las OSC que representan a jóvenes implementando servicios relacionados con la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG cuando sea necesario.
Desarrollo internacional	<ul style="list-style-type: none"> Los Estados que proporcionan ayuda en la cooperación internacional deberán garantizar que todas las actividades de desarrollo sean inclusivas para personas con discapacidad, además de aquellas actividades ofrecidas por los socios de la sociedad civil. 	<ul style="list-style-type: none"> Los Estados que ofrecen ayuda en la cooperación internacional deberán respaldar el desarrollo de las OSC que representan a jóvenes con discapacidad, incluidas las organizaciones que representan específicamente a mujeres jóvenes y adolescentes con discapacidad. Los Estados que ofrecen cooperación internacional deberán respaldar el desarrollo de creación de movimiento cruzado, mediante el apoyo a distintas redes de la sociedad civil, en toda su diversidad, para colaborar y gestionar colectivamente la interseccionalidad.

RECOMENDACIONES PARA LAS AGENCIAS DE LA ONU, LA SOCIEDAD CIVIL, EL ÁMBITO ACADÉMICO, LAS COMUNIDADES Y EL SECTOR PRIVADO

Todo el mundo tiene un papel necesario e importante para garantizar que los jóvenes con discapacidad sean participantes activos de la sociedad y puedan disfrutar de sus derechos habitualmente de igual modo que el resto del mundo. No solo los Estados tienen que reconocer a los jóvenes con discapacidad como ciudadanos vitales que merecen los mismos derechos, oportunidades y protecciones que el resto de los ciudadanos, sino que

también las familias, homólogos, líderes comunitarios, profesores, investigadores, empleadores, trabajadores y cualquier otro miembro de la comunidad deben reconocer que tienen la responsabilidad de fomentar activamente la inclusión de jóvenes con discapacidad. Muchos actores desempeñan una función a la hora de hacer progresar la SDSR y al fomentar los servicios de prevención y respuesta a la VDG. Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y los actores del sector privado, junto con los Estados, deben garantizar que los jóvenes con discapacidad estén integrados en todas las políticas, programas, servicios y otras actividades, especialmente en lo relativo a la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG.

PROMOVER LOS DERECHOS DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD RECOMENDACIONES PARA LAS AGENCIAS DE LA ONU, LA SOCIEDAD CIVIL, EL ÁMBITO ACADÉMICO, LAS COMUNIDADES Y EL SECTOR PRIVADO

TEMA	MÉTODOS INTEGRADORES	MÉTODOS OBJETIVO
Estándares internacionales	<ul style="list-style-type: none"> Las agencias de la ONU, la sociedad civil y el sector privado deberán coordinarse con los Estados para cumplir y hacer progresar los estándares internacionales. Las agencias de la ONU, la sociedad civil y el sector privado deberán evaluar sus actividades y las actividades de los Estados teniendo en cuenta los estándares internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Las agencias de la ONU, la sociedad civil y el sector privado deberán utilizar un método basado en los derechos que incluya activamente a jóvenes con discapacidad en todas las actividades de programas.

TEMA	MÉTODOS INTEGRADORES	MÉTODOS OBJETIVO
Métodos integrados y exhaustivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las políticas y las respuestas programáticas deberán adoptar un método integrado y exhaustivo que involucre a todos los actores dentro de las organizaciones, corporaciones, asociaciones comunitarias y el mundo académico a fin de garantizar la inclusión de las personas con discapacidad a todos los niveles pertinentes. ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán revisar todas las políticas organizativas y los programas para garantizar la inclusión de los jóvenes con discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil y el sector privado deberán respaldar un método de doble vía para garantizar los derechos de los jóvenes con discapacidad mediante la integración de discapacidades, juventud y género en todas las actividades relacionadas con la SDRS y los servicios de prevención y respuesta a la VDG y programas específicos que gestionen las barreras más significativas a las que se enfrentan los jóvenes con discapacidad a la hora de ejercer y acceder a la SDRS y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. ▪ Las OSC deberán respaldar más actividades enfocadas al género y la juventud, incluyendo a mujeres jóvenes y niñas con discapacidad en liderazgo y en actividades de fomento de la SDRS y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán garantizar que todas las políticas y prácticas relacionadas con la prevención y el reajuste del acoso sexual, la explotación y el abuso no sean discriminatorias respecto a los jóvenes con discapacidad.
Contexto e identidad específicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán reconocer la agravante naturaleza de la discriminación por motivos de discapacidad, sexo y edad, además de otras identidades, y deberán tratar factores según el contexto, incluidos los conflictos y desastres naturales, la pobreza, el ruralismo, la institucionalización y otros multiplicadores de desigualdad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todas las prácticas por parte de las agencias de la ONU, la sociedad civil y los sectores privados deberán basarse en estándares internacionales y específicos según el contexto para tratar las experiencias vividas de los jóvenes con discapacidad en particular en condiciones socioeconómicas específicas y realidades culturales. ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán desarrollar métodos para tratar las barreras específicas a las que los jóvenes con discapacidad se enfrentan al acceder y al ejercer sus derechos a SSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG, particularmente aquellos con mayores problemas que comprenden la discriminación experimentada por jóvenes con discapacidad. ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán trabajar para acabar con la estigmatización y discriminación, teniendo en cuenta la naturaleza agravante de los múltiples y entrelazados tipos de discriminación contra los jóvenes con discapacidad.
Concienciación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán formar a todos los líderes de organizaciones, implementadores de programas y proveedores de servicios relacionados con la inclusión de personas con discapacidad y en los prejuicios inconscientes para acabar con la estigmatización y la discriminación. ▪ Las comunidades deben colaborar con los legisladores locales a fin de garantizar que los servicios locales para la SDRS y los servicios de prevención y respuesta a la VDG sean accesibles a las personas con discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán respaldar las campañas de creación de conciencia para acabar con la estigmatización y discriminación y garantizar que todos los esfuerzos sean accesibles e integradores en todos los niveles. ▪ Las comunidades deben trabajar para fomentar actitudes y pensamientos positivos respecto a los jóvenes con discapacidad incluyendo en relación con su SDRS y a vivir sin violencia. ▪ Las comunidades deben luchar contra la violencia y el acoso de los jóvenes con discapacidad. ▪ El sector privado debe fomentar la diversidad y la inclusión en los entornos laborales de los jóvenes con discapacidad. ▪ El mundo académico deberá llevar a cabo un estudio sobre las personas con discapacidad con relación a la SDRS y los servicios de prevención y respuesta a la VDG, con el asesoramiento y asociación de las OPD.

TEMA	MÉTODOS INTEGRADORES	MÉTODOS OBJETIVO
Participación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán crear capacitación mediante la formación de líderes de compañías y organizaciones, implementadores de programas y proveedores de servicios en la inclusión de personas con discapacidad. ▪ Las comunidades deberán fomentar y colaborar en la inclusión y participación de jóvenes con discapacidad en sus comunidades. ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán fomentar que los jóvenes con discapacidad estén presentes en los consejos gubernamentales de asesoría, en particular en aquellos enfocados en la juventud, las discapacidades y el género. ▪ La sociedad civil deberá garantizar y defender el acceso y la adaptación para personas con discapacidad en todos los foros de la sociedad civil. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán garantizar que los jóvenes con discapacidad y sus organizaciones de personas con discapacidad participen en la creación de políticas organizativas y respuestas programáticas con relación a la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. ▪ Las redes de varios movimientos deberán colaborar más estrechamente incluidas aquellas que trabajan en temas de discapacidad, juventud y género para la creación de un movimiento entrelazado y una interseccionalidad mejor gestionada.
Control y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado deberán garantizar que todas las políticas corporativas y organizativas y las actividades programáticas sean controladas y evaluadas desde el punto de vista de los jóvenes con discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU y la sociedad civil deberían facilitar foros, talleres, grupos de discusión y otros eventos y actividades con actores que evalúen políticas organizativas y actividades de programas para jóvenes con discapacidad. ▪ Las agencias de la ONU deberán respaldar las OSC representantes de jóvenes con discapacidad a la hora de crear informes paralelos de la sociedad civil para la CDPD, la CEDAW y la CDN. ▪ Las OSC deberán garantizar la participación de los jóvenes con discapacidad a la hora de crear informes paralelos de la sociedad civil para la CDPD, la CEDAW y la CDN.
Recopilación, análisis y uso de datos e investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU y la sociedad civil deberán colaborar y ayudar en la recopilación, análisis y uso de datos cualitativos y cuantitativos y la investigación de jóvenes con discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil y el mundo académico también deberán recopilar datos desglosados por discapacidad, género o edad, de tal modo que se permita a los investigadores identificar claramente brechas y gestionar cualquier desigualdad entre los distintos grupos.
Presupuestos que incluyan temas de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU y la sociedad civil deberán respaldar y colaborar en el uso de presupuestos que incluyan a personas con discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las agencias de la ONU, la sociedad civil y el sector privado deberán integrar la inclusión de personas con discapacidad en todos los procesos presupuestarios, garantizando de este modo que haya una cantidad significativa de dinero para que puedan incluirse a los jóvenes con discapacidad en todas las políticas, programas y servicios relacionados con la SDSR y los servicios de prevención y respuesta a la VDG. ▪ Las comunidades deben garantizar que cualquier presupuesto basado en la participación a nivel local incluye la participación de personas con discapacidad, incluidos los jóvenes con discapacidad.



// NOTAS

- 1 La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad 3. Recopilado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.
- 2 Ouellette-Kunz, H. et al. (2010). Actitudes Públicas Hacia Individuos con Discapacidad Intelectual Medidas según el Concepto de Distancia Social, *Journal of Applied Research in Intellectual Disability* 23(2), 132-142.
- 3 La Secretaría de la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, UNDESA, y el Instituto Burton Blatt de la Universidad de Siracusa (2013). Hoja informativa: Jóvenes con Discapacidad. Recopilada de <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-with-disabilities.pdf>
- 4 A efectos de este estudio, el término "joven con discapacidad" se refiere a personas con discapacidad de 10 a 24 años.
- 5 Gordon, J.S., Poder, J-C., Burckhart, H. (Eds.) (2017). *Los Derechos Humanos y la discapacidad - perspectivas interdisciplinarias*.
- 6 Banks, L. M., Kuper, H., & Polack, S. (2017). Pobreza y discapacidad en los países de ingresos pobres y medios: Una reseña sistemática. *PLoS ONE*, 12(12).
- 7 UNFPA (2016). Los jóvenes con discapacidad se enfrentan a una pasmosa falta de derechos. Recopilada de <https://www.unfpa.org/news/youth-disabilities-face-staggering-loss-rights>.
- 8 El Proyecto LMG (2015). *Cambiar perspectivas: Los Jóvenes Asumen el Liderazgo* Recopilado de <https://lmgforhealth.exposure.co/shifting-perspectives>.
- 9 Ouellette-Kunz, H. et al. (2010). Actitudes Públicas Hacia Individuos con Discapacidad Intelectual Medidas según el Concepto de Distancia Social, *Journal of Applied Research in Intellectual Disability* 23(2), 132-142.
- 10 La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad 3. Recopilado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.
- 11 Organización Mundial de la Salud Temas de Salud: Discapacidades. Recopilado de <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>
- 12 Microsoft (n.d.). *Diseño Inclusivo de Microsoft* . 8.
- 13 Arstein-Kerslake, A. (2017). *Restaurar la Voz para Personas con Discapacidad Cognoscitiva; Aceptar el Derecho al Reconocimiento Equitativo ante la Ley* (Cambridge University Press).
- 14 Cappa, C., Petrowski, N. & Njelesani, J. (2015). Navegar el Panorama de la Medición de la Discapacidad Infantil. Una reseña de los instrumentos disponibles para la recopilación de datos, *European Journal of Disability Research*, 9,317-330.
- 15 UNFPA (2014). Estado de la Población Mundial 2014, El poder de 1.800 millones de adolescentes: Juventud y la transformación del futuro.
- 16 UNFPA (2014). Estado de la Población Mundial 2014, El poder de 1.800 millones de adolescentes: Juventud y la transformación del futuro.
- 17 UNFPA (2016). Estado de la población mundial, 10: Cómo nuestro futuro depende de una niña en esta edad decisiva.
- 18 UNFPA (2016). Estado de la población mundial, 10: Cómo nuestro futuro depende de una niña en esta edad decisiva.
- 19 UNFPA (2016). Estado de la población mundial, 10: Cómo nuestro futuro depende de una niña en esta edad decisiva.
- 20 UNFPA (2014). Estado de la Población Mundial 2014, El poder de 1.800 millones de adolescentes: Juventud y la transformación del futuro.
- 21 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad. 3. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.
- 22 Naciones Unidas (2007). Resolución adoptada por la Asamblea General: 61.106. Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad. A/RES/61/106.
- 23 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad. 4. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.
- 24 Kharnita, M. & Tamara, S. (2015). Discapacidad de género y género discapacitante: reflexiones críticas sobre las intersecciones de género y discapacidad, *Agenda* 29(2), 2-13.
- 25 Agencia de la Unión Europea para los Derechos fundamentales, *Violencia contra los niños con discapacidad: legislación, políticas y programas en la UE* (2017).
- 26 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad. 6; Morin, D. et al. (2013). Actitudes sociales hacia la discapacidad intelectual: Una perspectiva multidimensional, *Journal of Intellectual Disability Research* 57(3), 279-292.
- 27 Ouellette-Kunz, H. et al. (2010). Actitudes sociales hacia las personas con discapacidad intelectuales medidas por el Concepto de distancia social, *Revista de investigación aplicada en la discapacidad intelectual* 23(2), 132-142.
- 28 Morin, D. et al. (2013). Actitudes sociales hacia la discapacidad intelectual: Una perspectiva multidimensional, *Journal of Intellectual Disability Research* 57(3), 279-292; Scior, K. et al. (2013). Concienciación sobre la Esquizofrenia y la Discapacidad intelectual y el Estigma en grupos étnicos en Reino Unido, *Investigación Psiquiátrica* 208(2), 125-130.
- 29 Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). El Estado de los Niños del Mundo 2013, Niños con discapacidad. Ensayos. Enfoque: Violencia contra niños con discapacidad. Obtenido de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Jones, L. et al. (2012). Prevalencia y riesgo de violencia contra niños con discapacidad: Una revisión y metaanálisis sistemáticos de estudios de observación, *Lancet* 380, 899-907; Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad, A/72/133; Meer, T. & Combrinck, H. (2015). Intersecciones invisibles: Comprender la estigmatización compleja de las mujeres con discapacidad intelectuales en su vulnerabilidad a la violencia de género, *Agenda* 29(2), 14-23; Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). Salud sexual y reproductiva y Derechos de las niñas con discapacidad: una revisión de la literatura. 18-19.
- 30 Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C. & Logan, S. (2005). Condiciones discapacitantes y registro de abuso y negligencia infantil: un estudio basado en la población, *Pediatría* 116: 609-613; y Suecia, el Instituto Nacional Sueco de Salud Pública (Folkhälsöinstitutet) (2012). Salud y bienestar de niños y

- jóvenes con discapacidad (Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning). 39 y 50; según se cita en la Agencia de la Unión Europea de Derechos Fundamentales (2015). Violencia contra niños con discapacidad: legislación, políticas y programas en la UE. Obtenido de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
- 31 Véase, por ejemplo, Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). Salud sexual y reproductiva y Derechos de las niñas con discapacidad: Una revisión de la literatura. 20.
 - 32 Mprah, W.K. (2013). Percepciones sobre las barreras a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva entre las personas sordas en Ghana, *Revista sobre incapacidad, CBR y desarrollo inclusivo* 24(3), 23-36.
 - 33 UNICEF (2013). Hoja de datos de Niños y Jóvenes con discapacidad; Groce, N. & Kett, M. (2014). Jóvenes con discapacidad, Leonard Cheshire Centro de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo Documento de trabajo serie nº 23.
 - 34 Hospital de Rehabilitación Infantil Holland Bloorview (2017). Hola a todos: Es el momento de poner fin al estigma para los jóvenes canadienses con discapacidad. Obtenido de http://deareverybody.hollandbloorview.ca/wp-content/uploads/2017/08/Dear-Everybody-Position-Paper_FA.pdf.
 - 35 Mishna, F. (2003). Discapacidades de aprendizaje y abuso escolar, *Revista de discapacidades de aprendizaje* 36(4), 336; Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad. 6.
 - 36 Groce, N. & Kett, M. (2014). Jóvenes con discapacidad, Leonard Cheshire Centro de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo Documento de trabajo serie nº 23.
 - 37 UNICEF (2013). Hoja de datos de Niños y Jóvenes con discapacidad.
 - 38 Morin, D. et al. (2013). Actitudes sociales hacia la discapacidad intelectual: Una perspectiva multidimensional, *Journal of Intellectual Disability Research* 57(3), 279-292.
 - 39 Zheng, Q. et al. (2016). Comparación de actitudes hacia la discapacidad y las personas con discapacidad entre cuidadores, el público y las personas con discapacidad: Conclusiones de una encuesta multisectorial, *BMC Public Health* 16:1024.
 - 40 Goffman, E. (2009). Estigma: Notas sobre la gestión de identidad deteriorada.
 - 41 Comité sobre los Derechos de las personas con discapacidad (2014). Comentario general sobre el artículo 9: Accesibilidad. Sesión undécima. 30 de marzo - 11 de abril, 2014. Obtenido de www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/DGCArticle9.doc.
 - 42 Alianza Global para las Tecnologías Accesibles y el Entorno (2015). Toolkit: Indicadores clave de la accesibilidad. Obtenido de http://gaates.org/wp-content/uploads/2014/07/FINAL-Toolkit_UN-CRPD-KEY-INDICATORS-OF-ACCESSIBILITY-2015-06-29.pdf.
 - 43 Hardy, M. (2016). Cuando la gente habla de mí como si no estuviera ahí porque tengo una discapacidad. *The Mighty*. Obtenido de <https://themighty.com/2016/08/being-treated-as-invisible-because-i-have-a-disability/>.
 - 44 Mishna, F. (2003). Discapacidades de aprendizaje y acoso escolar, *Revista de discapacidades de aprendizaje* 36(4), 336.
 - 45 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad. 6.
 - 46 UNICEF (2013). El Estado de los Niños del mundo: Niños con discapacidad.
 - 47 UNICEF (2013). El Estado de los Niños del mundo: Niños con discapacidad.
 - 48 Naciones Unidas (2012). Informe Anual de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Estudio temático sobre el problema de la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad. A/HRC/20/5.
 - 49 Naciones Unidas (2012). Informe Anual de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Estudio temático sobre el problema de la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad. A/HRC/20/5; Comité sobre los Derechos de las personas con discapacidad (2016). Comentario General nº 3 sobre los derechos de las mujeres y niños con discapacidad. CRPD/C/GC/3; Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad. 10.
 - 50 Naciones Unidas (2012). Informe Anual de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Estudio temático sobre el problema de la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad. A/HRC/20/5.
 - 51 Begum, N. (1992). Mujeres discapacitadas y el movimiento feminista *Agenda, Revisión feminista* 40: 72-73.
 - 52 Chappell, P. (2014). Cómo la juventud de habla zulú con discapacidades físicas y visuales entienden el amor y las relaciones a la hora de construir sus identidades sexuales, *Cultura, salud y sexualidad* 16(9), 1156-1168.
 - 53 Wazakili, M., et al, Experiencias y percepciones de la sexualidad y el VIH/SIDA entre jóvenes con discapacidad físicas en un municipio sudafricano.: Un estudio de caso, *Sexualidad y discapacidad* 24(2), 77-88 (2006).
 - 54 Kharnita, M. & Tamara, S. (2015). Discapacidad de género y género discapacitante: Reflexiones críticas sobre las intersecciones de género y discapacidad, *Agenda* 29(2), 2-13.
 - 55 Kharnita, M. & Tamara, S. (2015). Discapacidad de género y género discapacitante: Reflexiones críticas sobre las intersecciones de género y discapacidad, *Agenda* 29(2), 2-13.
 - 56 Duke, T.S. (2011). Jóvenes con discapacidad lesbianas, gays y transgénero: Una meta síntesis, *Journal of LGBT Youth* 8(1), 1-52.
 - 57 Duke, T.S. (2011). Jóvenes con discapacidad lesbianas, gays y transgénero: Una meta síntesis, *Journal of LGBT Youth* 8(1), 1-52; Gutman Kahn, L. (2015). "Solo quiero ser yo mismo": Adolescentes con discapacidad que se identifican como una minoría sexual o de género, *Foro Educativo* 79(4), 362-376; Harley, D. et al. (2002). Estudiantes universitarios con discapacidad lesbianas, gays, bisexuales y transgénero: Un vistazo a las múltiples minorías culturales, *Psicología en los colegios* 39(5), 525-538.
 - 58 Rutgers (2016). Manual de paquetes esenciales: Programas de salud y derechos sexuales y reproductivos para jóvenes, Edición 2016. Obtenido de https://www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/Essential%20Packages%20Manual_SRHR%20programmes%20for%20young%20people_%202016.pdf.
 - 59 Duke, T.S., Jóvenes con discapacidad lesbianas, gays, bisexuales y transgénero: Una meta síntesis, *Journal of LGBT Youth* 8(1), 1-52 (2011).

- 60 Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Perdiendo en ambas cosas: mujeres discapacitadas y violencia doméstica. *Discapacidad y sociedad*, 26(6).
- 61 UNICEF (2003). Oculto a plena vista. A pesar de la dificultad a la hora de recoger datos fiables, UNICEF descubrió que la violencia física no fatal contra los niños, especialmente las niñas, es común, con una de cada nueve niñas adolescentes reportando haber sido sometidas a violencia física al menos una vez desde la edad de 15 años en todos los países en los que los datos estaban disponibles en África Occidental y Central, África Oriental y Sudáfrica, y Asia Oriental y el Pacífico.
- 62 Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). El Estado de los Niños del Mundo 2013, Niños con discapacidad. Ensayos. Enfoque: Violencia contra niños con discapacidad. Obtenido de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html.
- 63 Jones, L. et al. (2012). Prevalencia y riesgo de violencia contra niños con discapacidad: Una revisión sistemática y metaanálisis de estudios de observación, *Lancet* 380, 899-907.
- 64 El Foro Africano de Políticas Infantiles, Rompiendo el silencio: Violencia contra los niños con discapacidad en África (2010). Obtenido de <http://www.africanchildforum.org/en/index.php/en/resource-centre-2.html?pid=2&sid=117:breaking-the-silence-violence-against-children-with-disabilities-in-africa>.
- 65 Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). El Estado de los Niños del Mundo 2013, Niños con discapacidad. Ensayos. Enfoque: Violencia contra niños con discapacidad. Obtenido de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Lisa Jones, et al. (2012). Prevalencia y riesgo de violencia contra niños con discapacidad: Una revisión y metaanálisis sistemáticos de estudios de observación, *The Lancet* 380, 899-907; Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad, A/72/133; Meer, T. & Combrinck, H. (2015). Intersecciones invisibles: Comprender la estigmatización compleja de las mujeres con discapacidad intelectuales en su vulnerabilidad a la violencia de género, *Agenda* 29(2), 14-23; Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). Salud sexual y reproductiva y Derechos de las niñas con discapacidad: Una revisión de la literatura. 18-19.
- 66 Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). El Estado de los Niños del Mundo 2013, Niños con discapacidad. Ensayos. Enfoque: Violencia contra niños con discapacidad. Obtenido de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C. & Logan, S. (2005). Condiciones discapacitantes y registro de abuso y negligencia infantil: un estudio basado en la población, *Pediatría* 116: 609-613; y Suecia, el Instituto Nacional Sueco de Salud Pública (Folkhälsoinstitutet) (2012). Salud y bienestar de niños y jóvenes con discapacidad (Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning). 39 y 50; según se cita en la Agencia de la Unión Europea de Derechos Fundamentales (2015). Violencia contra niños con discapacidad: legislación, políticas y programas en la UE. Obtenido de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
- 67 Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad, A/72/133.
- 68 Dowse, L. et al. (2016). La brecha sí importa: el alcance de la violencia contra mujeres con discapacidad en Australia, *Revista Australiana de Problemas Sociales* 51(3), 341-359 (2016).
- 69 Dowse, L. et al. (2016). La brecha sí importa: el alcance de la violencia contra mujeres con discapacidad en Australia, *Revista Australiana de Problemas Sociales* 51(3), 341-359 (2016); véase también Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad, A/72/133.
- 70 Sullivan, P. (2009). "Exposición a la violencia entre los niños con discapacidad". Revisión psicológica clínica infantil y familiar. 196-216; Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) Informe Mundial sobre la Discapacidad. 59. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.
- 71 Comité sobre los Derechos del Niño (2011). Comentario general nº 13. El derecho del niño a estar libre de toda forma de violencia. CRC/C/GC/13. Párrafo 23.
- 72 Devries, K., et al. (2014). Violencia contra niños de primaria con discapacidad en Uganda: un estudio multisectorial, *Salud Pública BMC* 14:1017.
- 73 Arugolun, Dr. O.S., et al. (2012) Experiencia de violencia contra niñas sordas en la metrópolis de Ibadan, Nigeria, *Revista Internacional de investigación colaborativa sobre Medicina Interna y Salud Pública* 4(8), 1488-1496; Saka, E. (2013) Encuesta de referencia: La tasa de conocimiento, concienciación, práctica y prevalencia de violencia de género (violencia de género) especialmente violencia sexual contra niñas y mujeres con discapacidad intelectual COVAW y KAIH.
- 74 Saka, E. (2013) Encuesta de referencia: La tasa de conocimiento, concienciación, práctica y prevalencia de violencia de género (violencia de género) especialmente violencia sexual contra niñas y mujeres con discapacidad intelectual COVAW y KAIH.
- 75 Jones, L. et al. (2012). Prevalencia y riesgo de violencia contra niños con discapacidad: Una revisión sistemática y metaanálisis de estudios de observación, *The Lancet* 380, 899-907.
- 76 Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). El Estado de los Niños del Mundo 2013, Niños con discapacidad. Ensayos. Enfoque: Violencia contra niños con discapacidad. Obtenido de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html.
- 77 El Foro Africano de Políticas Infantiles (2010). Rompiendo el silencio: Violencia contra niños con discapacidad en África. Obtenido de <http://www.africanchildforum.org/en/index.php/en/resource-centre-2.html?pid=2&sid=117:breaking-the-silence-violence-against-children-with-disabilities-in-africa>.
- 78 Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, McCoy E, Mikton C, Shakespeare T, Officer A. (2012). Prevalencia y riesgo de violencia contra adultos con discapacidad: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios de observación. *The Lancet* 379(9826): 1621-1629.
- 79 Erwin, Trish (2000). "Capas adicionales de violencia: Las intersecciones de género y discapacidad en las experiencias de violencia de las mujeres con discapacidad físicas en Sudáfrica".
- 80 Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). El Estado de los Niños del Mundo 2013, Niños con discapacidad. Ensayos. Enfoque: Violencia

- contra niños con discapacidad. Obtenido de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html.
- 81 UNICEF (2017). Un rostro familiar: Violencia en las vidas de los niños y adolescentes. Obtenido de https://www.unicef.org/publications/index_101397.html.
 - 82 UNICEF (2017). Un rostro familiar: Violencia en las vidas de los niños y adolescentes. Obtenido de https://www.unicef.org/publications/index_101397.html.
 - 83 Comité sobre los Derechos del Niño (2011). Comentario general nº 13. El derecho del niño a estar libre de toda forma de violencia. CRC/C/GC/13. Párrafo 15.
 - 84 Los sistemas inconsistentes para la recogida de datos y la falta de acceso a los servicios también contribuyen a la falta de datos fiables.
 - 85 Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Salud y derechos sexuales y reproductivos de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad, A/72/133; Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). Salud sexual y reproductiva y Derechos de las niñas con discapacidad: Una revisión de la literatura.
 - 86 Smith, D. (2008). "Discapacidad, género y violencia de la pareja íntima: Relaciones desde el sistema de vigilancia del factor de riesgo del comportamiento". *Sexualidad y discapacidad*: 15-28; Alriksson-Schmidt, A. I., Armour, B. S. y Thibadeau, J. K. (2010). "¿Están las chicas adolescentes con una discapacidad física en mayor riesgo de violencia sexual?" *Revista de salud escolar*. 361-367.
 - 87 Puri, M., Misra, G., & Hawkes, S. (2015). Voces ocultas: prevalencia y factores de riesgo para la violencia contra las mujeres con discapacidad en Nepal, *Salud Pública BMC* 15:261; Md. Tanvir Hasan, et al. (2014). "Prevalencia y experiencias de violencia de la pareja íntima contra las mujeres con discapacidad en Bangladesh: Resultados de un estudio de método combinado secuencial explicativo" *Revista de violencia interpersonal* 29(17), 3105-3126.
 - 88 Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad, A/72/133.
 - 89 Astbury, J., & Walji, F. (2013). Triple riesgo: La violencia de género y las violaciones sufridas por las mujeres con discapacidad en Camboya. Documento 1 de trabajo de investigación del AID australiano, enero del 2013; Saxton, M., Curry, M. A., Powers, L. E., Maley, S., Eckels, K., Gross, J. (2001). "Tráeme mi scooter para que pueda dejarte": Un estudio sobre las mujeres discapacitadas gestionando el abuso por parte de sus proveedores de asistencia personal. *Violencia contra las mujeres*, 7, 393-412; Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Perdiendo en ambas cosas: mujeres discapacitadas y violencia doméstica. *Discapacidad y sociedad*, 26(6), 762.
 - 90 Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Perdiendo en ambas cosas: mujeres discapacitadas y violencia doméstica. *Discapacidad y sociedad*, 26(6), 759.
 - 91 Van der Heijden, I., Abrahams, N. & Harries, J. (2016). "Capas adicionales de violencia: Las intersecciones de género y discapacidad en las experiencias de violencia de las mujeres con discapacidad físicas en Sudáfrica". *Revista de violencia interpersonal*.
 - 92 Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Perdiendo en ambas cosas: mujeres discapacitadas y violencia doméstica. *Discapacidad y sociedad*, 26(6), 757, 762.
 - 93 Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Perdiendo en ambas cosas: mujeres discapacitadas y violencia doméstica. *Discapacidad y sociedad*, 26(6), 765.
 - 94 Naciones Unidas (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Artículo 19, párrafo 1.
 - 95 Comité sobre los Derechos del Niño (2011). Comentario general nº 13. El derecho del niño a estar libre de toda forma de violencia. CRC/C/GC/13.
 - 96 Véase, por ejemplo, European Union Agency for Fundamental Rights (2012). Elección y control: el derecho a una vida independiente. Obtenido de <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/choice-and-control-right-independent-living>.
 - 97 Mitra, M., V.E. Mouradian, y M. Diamond, *Victimización de la violencia sexual contra hombres con discapacidad*. *Am J Prev Med*, 2011. 41(5): 494-497.
 - 98 Mitra, M. and V.E. Mouradian, *Violencia de la pareja íntima en las relaciones de los hombres con discapacidad en Estados Unidos*. *Revista de violencia interpersonal*, 2014. 29(17): 3150-3166.
 - 99 Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Perdiendo en ambas cosas: mujeres discapacitadas y violencia doméstica. *Discapacidad y Sociedad*, 26(6), 762 - 763.
 - 100 Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Perdiendo en ambas cosas: mujeres discapacitadas y violencia doméstica. *Discapacidad y sociedad*, 26(6), 763.
 - 101 Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Perdiendo en ambas cosas: mujeres discapacitadas y violencia doméstica. *Discapacidad y sociedad*, 26(6), 764.
 - 102 Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Perdiendo en ambas cosas: mujeres discapacitadas y violencia doméstica. *Discapacidad y Sociedad*, 26(6); véase también Clawson, R. & Vallance, P. (2010). *Matrimonio forzado y discapacidades del aprendizaje: Directrices de práctica multi agencia*. Obtenido de <http://arcuk.org.uk/safetynet/files/2012/08/Forced-Marriage-Guidelines.pdf>.
 - 103 Naciones Unidas (2012). Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: Estudio temático sobre el problema de la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad. A/HRC/20/5.
 - 104 Foro Africano de Políticas Infantiles (2011). *Violencia contra niños con discapacidad en África: Estudios de campo de Camerún, Etiopía, Senegal, Uganda y Zambia*.
 - 105 Groce, N. & Trasi, R. (2004). Violación de individuos con una discapacidad: SIDA y la creencia popular de la limpieza por una virgen, *The Lancet* 363(9422). 1663-1664.
 - 106 Groce, N. & Trasi, R. (2004). Violación de individuos con una discapacidad: SIDA y la creencia popular de la limpieza por una virgen, *The Lancet* 363(9422). 1663-1664.
 - 107 UNICEF (2018). Datos de UNICEF: Monitorización de la situación de niños y mujeres. Obtenido de <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/> (en marzo del 2018); Centro Internacional de Investigación sobre Mujeres (n.d.) *Matrimonio infantil en todo el mundo*. Obtenido de <https://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures/>.
 - 108 Véase: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescent-deaths-burden-disease/en/
 - 109 Save the Children (2012) *El derecho de todas las mujeres: Cómo la planificación familiar salva la vida de los niños*; UNICEF (2009). *El Estado de los Niños del mundo*.

- 110 Shrestha, E. et al. (2017) Realidades al descubierto: Explorando las experiencias del matrimonio infantil entre los niños con discapacidad.
- 111 Shrestha, E. et al. (2017) Realidades al descubierto: Explorando las experiencias del matrimonio infantil entre los niños con discapacidad. vii.
- 112 Naciones Unidas (2012). Informe Anual de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Estudio temático sobre el problema de la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad. A/HRC/20/5; Véase también Thiara, R.K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Perdiendo en ambas cosas: mujeres discapacitadas y violencia doméstica, *Discapacidad y sociedad*, (26)6. 757-771; Groce, N. (2005). Informe de sumario: Violencia contra niños discapacitados, informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, grupo temático sobre la violencia sobre niños discapacitados, conclusiones y recomendaciones. UNICEF.
- 113 UNFPA (2018). Child marriage—Frequently asked questions (Matrimonio infantil: preguntas más frecuentes). Obtenido de <https://www.unfpa.org/child-marriage-frequently-asked-questions>.
- 114 Alanen, J. (2016). 'Costumbre o delito: Catalizadores y consecuencias del matrimonio forzoso, *Am. J. of Family Law* 29(4), 227-248; véase también Clawson, R. & Vallance, P. (2010). Matrimonio forzado y discapacidades del aprendizaje: Directrices de práctica multi agencia. Obtenido de <http://arcuk.org.uk/safetynet/files/2012/08/Forced-Marriage-Guidelines.pdf>.
- 115 Departamento de Estado de Estados Unidos, Oficina para monitorizar y combatir el tráfico de personas, Informe sobre el tráfico de personas, 2016: Temas de especial interés. Obtenido de <https://www.state.gov/j/tip/rls/tiprpt/2016/258689.htm>.
- 116 Solicitud de medidas cautelares en favor de las 334 personas con discapacidad psicosociales internadas en el Hospital Federico Mora, Guatemala, 12 de octubre, 2012, disponible en driadvocacy.org.
- 117 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2012). Medida cautelar PM 370/12, Pacientes en el Hospital Federico Mora, Guatemala. Obtenido de <http://www.oas.org/en/iachr/decisions/precautionary.asp>.
- 118 Departamento de Estado de los Estados Unidos (2016). Informe sobre el Tráfico de Personas 2016, Temas de especial interés. Obtenido de <https://www.state.gov/j/tip/rls/tiprpt/2016/258689.htm>.
- 119 Maria da Penha Maria Fernandes v. Brasil, Caso 12.051, Informe nº 54/01, OEA/Ser.L./V/II.111 Doc. 20 rev. en 704 (2001).
- 120 Campbell, J. (2002). Consecuencias para la salud de la violencia de la pareja íntima, *The Lancet*. 359:1331-1336.
- 121 Plichta, S. (2004). Violencia de la pareja íntima y consecuencias para la salud física: Política e implicaciones de la práctica, *Revista de violencia interpersonal*, 19(11), 1296-1323.
- 122 Plichta, S. (2004). Violencia de la pareja íntima y consecuencias para la salud física: Política e implicaciones de la práctica, *Revista de violencia interpersonal*, 19(11), 1296-1323; Campbell, J. (2002). Consecuencias para la salud de la violencia de la pareja íntima, *The Lancet*. 359:1331-1336.
- 123 Plichta, S. (2004). Violencia de la pareja íntima y consecuencias para la salud física: Política e implicaciones de la práctica, *Revista de violencia interpersonal*, 19(11), 1303; Kwako, L. et al. (2011). Lesiones traumáticas en el cerebro en la violencia de la pareja íntima: Una revisión crítica de los resultados y mecanismos, *Trauma, Violencia y Abuso* 12(3), 115-126.
- 124 Kwako, L. et al. (2011). Lesiones traumáticas en el cerebro en la violencia de la pareja íntima: Una revisión crítica de los resultados y mecanismos, *Trauma, Violencia y Abuso* 12(3), 115-126.
- 125 Kwako, L. et al. (2011). Lesiones traumáticas en el cerebro en la violencia de la pareja íntima: Una revisión crítica de los resultados y mecanismos, *Trauma, Violencia y Abuso* 12(3), 115-126; Mollayeva, T. & Colantonio, A. (2017). Género, sexo y lesión cerebral traumática: Ciencia transformativa para optimizar los resultados del paciente. *Atención sanitaria trimestral*, 20(1), 6-9. Obtenido de <http://www.longwoods.com/content/25144#abtauth>.
- 126 Kwako, L. et al. (2011). Lesiones traumáticas en el cerebro en la violencia de la pareja íntima: Una revisión crítica de los resultados y mecanismos, *Trauma, Violencia y Abuso* 12(3), 115-126; Mollayeva, T. & Colantonio, A. (2017). Género, sexo y lesión cerebral traumática: Ciencia transformativa para optimizar los resultados del paciente. *Atención sanitaria trimestral*, 20(1), 6-9. Obtenido de <http://www.longwoods.com/content/25144#abtauth>.
- 127 Mujeres de las Naciones Unidas (2011). In Pursuit of Justice: Progreso de las Mujeres del mundo 2011-2012. Obtenido de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2011/7/progress-of-the-world-s-women-in-pursuit-of-justice>.
- 128 Mujeres de las Naciones Unidas (2011). In Pursuit of Justice: Progreso de las Mujeres del mundo 2011-2012. Obtenido de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2011/7/progress-of-the-world-s-women-in-pursuit-of-justice>.
- 129 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Pillay, N. (2014) Igualdad y Justicia en el Tribunal. Obtenido de <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14721&LangID=E>.
- 130 Klugman, J. (2017). Violencia de género y la ley, Documento histórico sobre la Gestión y la Ley para el Informe del Desarrollo Mundial.
- 131 Saka, E. (2013) Encuesta de referencia: La tasa de conocimiento, concienciación, práctica y prevalencia de violencia de género (violencia de género) especialmente violencia sexual contra niñas y mujeres con discapacidad intelectual COVAW y KAIH.
- 132 Hughes, C. (2017). Victorias legislativas, promesas rotas: Brechas en la implementación de las leyes para la violencia contra las mujeres y niñas, *Informes de Investigación de Oxfam*.
- 133 Hughes, C. (2017). Victorias legislativas, promesas rotas: Brechas en la implementación de las leyes para la violencia contra las mujeres y niñas, *Informes de Investigación de Oxfam*.
- 134 Véase, por ejemplo, Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). Salud sexual y reproductiva y Derechos de las niñas con discapacidad: Una revisión de la literatura. 20.
- 135 Observatorio de los Derechos Humanos (2018). Víctimas invisibles de la violencia sexual: Acceso a la justicia para mujeres y niñas con discapacidad en India.
- 136 Observatorio de los Derechos Humanos (2018). Víctimas invisibles de la violencia sexual: Acceso a la justicia para mujeres y niñas con discapacidad en India.

- 137 Observatorio de los Derechos Humanos (2018). Víctimas invisibles de la violencia sexual: Acceso a la justicia para mujeres y niñas con discapacidad en India.
- 138 Observatorio de los Derechos Humanos (2018). Víctimas invisibles de la violencia sexual: Acceso a la justicia para mujeres y niñas con discapacidad en India.
- 139 Saka, E. (2013) Encuesta de referencia: La tasa de conocimiento, concienciación, práctica y prevalencia de violencia de género (violencia de género) especialmente violencia sexual contra niñas y mujeres con discapacidad intelectual COVAW y KAIH.
- 140 Comité sobre los Derechos de las personas con discapacidad (2014). Comentario General nº 1, Artículo 12: Igual reconocimiento ante la ley. CRPD/C/GC/1. Párrafo 14.
- 141 Véase Porat, O., Heruti, R., Navon-Porat, H., & Hardoff, D. (2012). Asesoramiento de jóvenes con discapacidad físicas en relación a las relaciones y asuntos de sexualidad: Utilización de un servicio novel. *Sexualidad y discapacidad*, 30(3), 311-317.
- 142 Kassa, T.A., et al. (2014) Sexualidad y salud sexual reproductiva de los jóvenes discapacitados en Etiopía, *Enfermedades de transmisión sexual* 41(10), 583-588; Brunberg, E., et al. (2009). Sexualidad de los jóvenes de 15/16 años con y sin discapacidad modestas, *Sexualidad y discapacidad* 27(3).
- 143 Véase Van Rooy, G., & Mufune, P. (2014). Experiencias y percepciones del VIH/SIDA y sexo entre personas con discapacidad en Windhoek, Namibia. *Sexualidad y discapacidad*, 32(3), 311-321; Ahumuza, S. E., Matovu, J. K., Ddamulira, J. B., & Muhanguzi, F. K. (2014). Desafíos a la hora de acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva por las personas con discapacidad físicas en Kampala, Uganda. *Salud reproductiva*, 11, 59; Healy, E. et al. (2009). Sexualidad y relaciones personales para las personas con una discapacidad intelectual. Parte 1: Perspectivas del usuario del servicio, *Journal of Intellectual Disability Research* 53(11), 905-912.
- 144 Siebers, T. (2008). Teoría de la discapacidad.
- 145 Davis, L. (2006). Construyendo la normalidad: La curva de campana, la novela y la invención del cuerpo normal en el siglo diecinueve en *The Disability Studies Reader*, 2ª ed.
- 146 Kharnita, M. & Tamara, S. (2015). Discapacidad de género y género discapacitante: Reflexiones críticas sobre las intersecciones de género y discapacidad, *Agenda* 29(2), 2-13.
- 147 Información basada en entrevistas y participantes en discusión de grupo de enfoque en Maputo, Mozambique (Mayo 2017).
- 148 Ahumuza, S. E., Matovu, J. K., Ddamulira, J. B., & Muhanguzi, F. K. (2014). Desafíos a la hora de acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva por las personas con discapacidad físicas en Kampala, Uganda. *Salud reproductiva*, 11, 59.
- 149 Esmail, S., et al. (2010). Actitudes y percepciones hacia la discapacidad y sexualidad *Discapacidad y rehabilitación* 32(14), 1148-1155; Hilberink, S.R., et al. (2013) Una implementación piloto de una intervención para promover la salud sexual en adolescentes y adultos jóvenes en rehabilitación, *Sexualidad y discapacidad*, 31(4), 373-392.
- 150 Ballan, M. (2012). Perspectivas parentales de la comunicación sobre la sexualidad en familias de niños con trastornos del espectro autista, *Revista de autismo y trastornos del desarrollo* 42(5), 676-684 (2012); East, J.L., and Orchard, T.R. (2014). Es el trabajo de otra persona: Experiencias de educación sexual entre profesionales de la atención sanitaria, padres y adolescentes con discapacidad físicas en Southwestern Ontario, *Sexualidad y discapacidad* 32(3), 335-350.
- 151 Jahoda, A. & Pownall, J. (2014). Comprensión sexual, fuentes de información y redes sociales: Los informes de los jóvenes con discapacidad intelectuales y sus congéneres sin discapacidad, *Revista de investigación sobre la discapacidad intelectual* 58(5), 430-441; Kassa, T.A., et al. (2014). Sexualidad y salud sexual reproductiva de los jóvenes discapacitados en Etiopía *Enfermedades de transmisión sexual* 41(10), 583-588.
- 152 Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, *Salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad*, A/72/133.
- 153 Kassa, T.A., et al. (2014) Sexualidad y salud sexual reproductiva de los jóvenes discapacitados en Etiopía, *Enfermedades de transmisión sexual* 41(10), 583-588; Oladunni, T.M. (2012). Acceso a la información sobre la sexualidad entre adolescentes con discapacidad *Ife Psychologia* 20(20), 142-149; Olaleye, A.O., et al. (2007). Comportamientos sexuales y conocimiento sobre la salud reproductiva entre jóvenes escolares con discapacidad en Ibadan, Nigeria, *Educación para la salud* 107(2), 208-218.
- 154 Kassa, T.A., et al. (2014) Sexualidad y salud sexual reproductiva de los jóvenes discapacitados en Etiopía, *Enfermedades de transmisión sexual* 41(10), 583-588; Aderemi, T.J., et al., Indicadores de asesoramiento voluntario sobre el VIH y utilización de los servicios de análisis entre las personas con discapacidad en Addis Ababa, Etiopía, *AIDS Care* 26(12), 1461-1466 (2014).
- 155 Agarwal, U. & Muralidhar, S. (2016). Un análisis de situación de los problemas sexuales y de salud reproductiva en personas discapacitadas físicamente, que asisten a un hospital de atención terciaria en Nueva Delhi, *Revista india de enfermedades de transmisión sexual* 37(2), 1620166.
- 156 Santhya, K.G. & Jejeebhoy, S. (2015) Salud sexual y reproductiva y derechos de chicas adolescentes: Evidencia de países de ingresos bajos y medios, *Salud Pública Global* 10:2, 189-221.
- 157 Frohmader, C. & Ortoleva, S. (2012). Los derechos sexuales y reproductivo de las mujeres y niñas con discapacidad. Conferencia Internacional del ICPD sobre la Población y el Desarrollo y más allá del 2014, julio 2012 Obtenido de <https://ssrn.com/abstract=2444170>.
- 158 UNESCO. 2018. Guía Técnica Internacional sobre la Educación sexual: Un enfoque informado sobre las evidencias. Acceso en: <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>.
- 159 UNESCO. 2018. Guía Técnica Internacional sobre la Educación sexual: Un enfoque informado sobre las evidencias. Acceso en: <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>.
- 160 Advocates for Youth, (2017). Sexual Health Education for Young People with Disabilities – Research and Resources for Educators. Obtenido de: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/2559>.
- 161 Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). Salud sexual y reproductiva y Derechos de las niñas con discapacidad: Una revisión de la literatura, e investigación citada en el presente documento.

- 162 Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). Salud sexual y reproductiva y Derechos de las niñas con discapacidad: Una revisión de la literatura, e investigación citada en el presente documento.
- 163 Kassa, T.A. et al. (2016). Salud sexual y reproductiva de jóvenes con discapacidad en Etiopía: Un estudio sobre el conocimiento, la actitud y la práctica, *Globalización y salud* 12(1).
- 164 Bremer, K., Cockburn, L. & Ruth, A. (2010). Experiencia de salud reproductiva entre las mujeres con discapacidad físicas en la región del noroeste de Camerún, *Revista internacional de Ginecología y Obstetricia* 108, 211-213.
- 165 Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). Salud sexual y reproductiva y Derechos de las niñas con discapacidad: Una revisión de la literatura. 14; Kassa, T.A., et al. (2014) Sexualidad y salud sexual reproductiva de los jóvenes discapacitados en Etiopía, *Enfermedades de transmisión sexual* 41(10), 583-588.
- 166 Kassa, T.A. et al. (2016). Salud sexual y reproductiva de jóvenes con discapacidad en Etiopía: Un estudio sobre el conocimiento, actitud y práctica: Un estudio multisectorial, *Globalización y salud* 12(5).
- 167 Mprah, W.K. (2013). Percepciones sobre las barreras a la información y servicios de Salud sexual y reproductiva entre las personas sordas en Ghana, *Revista sobre incapacidad, CBR y desarrollo inclusivo* 24(3), 23-36.
- 168 Guttmacher Institute (2016). Necesidad no satisfecha de anticonceptivos en los países en desarrollo: Examinando los motivos de las mujeres para no usar un método. Obtenido de <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>.
- 169 Woog, V. & Kagesten, A. (2017). Las necesidades de salud sexual y reproductiva de adolescentes muy jóvenes con edades entre 10 y 14 años en países en desarrollo: ¿Qué muestra la evidencia? Guttmacher Institute.
- 170 UNFPA (2016). Enfrentándose a los hechos: Chicas adolescentes y anticoncepción.
- 171 UNFPA (2016). Enfrentándose a los hechos: Chicas adolescentes y anticonceptivos.
- 172 Burke, E. et al. (2017). Un estudio cualitativo para explorar las barreras y los facilitadores para que los jóvenes con discapacidad accedan a los servicios de salud sexual y reproductiva en Senegal *Asuntos de salud reproductiva* 25(50), 43-54.
- 173 Mavuso, S.S. & Maharaj, P. (2015) Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: Experiencias y perspectivas de personas con discapacidad en Durban, Sudáfrica, *Agenda* 29(2), 79-88.
- 174 Bremer, K., Cockburn, L. & Ruth, A. (2010). Experiencia de salud reproductiva entre las mujeres con discapacidad físicas en la región del noroeste de Camerún, *Revista internacional de Ginecología y Obstetricia* 108, 211-213; Burke, E. et al. (2017). Un estudio cualitativo para explorar las barreras y los facilitadores para que los jóvenes con discapacidad accedan a los servicios de salud sexual y reproductiva en Senegal *Asuntos de salud reproductiva* 25(50), 43-54.
- 175 Burke, E. et al. (2017). Un estudio cualitativo para explorar las barreras y los facilitadores para que los jóvenes con discapacidad accedan a los servicios de salud sexual y reproductiva en Senegal *Asuntos de salud reproductiva* 25(50), 43-54.
- 176 Becker H, Stuijbergen A. & Tinkle M. (1997). Experiencias de atención sanitaria reproductiva de mujeres con discapacidad físicas: un estudio cualitativo. *Archivos de Medicina Física y Rehabilitación*: 26-33.
- 177 Bremer, K., Cockburn, L. & Ruth, A. (2010). Experiencia de salud reproductiva entre las mujeres con discapacidad físicas en la región del noroeste de Camerún, *Revista internacional de Ginecología y Obstetricia* 108, 211-213.
- 178 Yousafzi, A. & Edwards, K. (2004). Karen Edwards. Doble carga: Un análisis de situación del VIH/SIDA y las personas jóvenes con discapacidad.
- 179 Gichane, M. et al. (2017). Deben comprender que somos personas: Uso del servicio de embarazo y maternidad entre mujeres sordas en Ciudad del Cabo, *Revista de discapacidad y salud* 10, 434-439.
- 180 Gichane, M. et al. (2017). Deben comprender que somos personas: Uso del servicio de embarazo y maternidad entre mujeres sordas en Ciudad del Cabo, *Revista de discapacidad y salud* 10, 434-439.
- 181 Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, *Salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad*, A/72/133.
- 182 Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, *Salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad*, A/72/133.
- 183 Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, *Salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad*, A/72/133.
- 184 Disability Rights International y Colectivo Chuhcan (2015). *Twice Violated: Abuse and Denial of Sexual and Reproductive Rights of Women with Psychosocial Disabilities in Mexico*.
- 185 Kallianes, V. & Rubinfeld, P. (1997). Mujeres discapacitadas y Derechos de reproducción, *Discapacidad y sociedad* 12(2), 203-222.
- 186 Véase, por ejemplo, Sobsey, D. and Doe, T. (1991). Patrones del abuso y el asalto sexual, *Sexualidad y discapacidad* 9, 243-259.
- 187 Naciones Unidas (2017). Informe del Ponente especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, *Salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres jóvenes con discapacidad*, A/72/133.
- 188 UNFPA (2014). Estado de la Población Mundial 2014, El poder de 1.800 millones de adolescentes. Juventud y la transformación del futuro.
- 189 Organización Mundial de la Salud (2017). *Epidemiología de la salud adolescente*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/.
- 190 UNESCO (2007). *Informes de monitorización global de la EFA: EFA. Fuertes bases: Educación y cuidado infantil tempranos*
- 191 Löfgren-Mårtenson, L. (2012). "¡Quiero hacerlo bien!" Un estudio piloto de la educación sexual sueca y los jóvenes con discapacidad intelectuales. *Sexualidad y discapacidad*, 30(2), 209-225.
- 192 Carmen, E. H., Rieker, P. P., & Mills, T. (1984). Víctimas de la violencia y enfermedad psiquiátrica. En *La brecha del género en la psicoterapia*, 99-211.

- 193 Morrow, M., Arunkumar, M. C., Pearce, E., & Dawson, H. E. (2007). Fomentando programas de VIH/SIDA inclusivos para la discapacidad en el noreste de India: Un estudio de participación. *Salud pública BMC*, 7(1), 125.
- 194 Naciones Unidas (2002). Hoja de datos sobre género y VIH/SIDA. Obtenido de http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsgender_en.htm.
- 195 Shannon, K., Strathdee, S. A., Shoveller, J., Rusch, M., Kerr, T., & Tyndall, M. W. (2009). Barreras estructurales y ambientales para la negociación del uso del preservativo con los clientes entre las trabajadoras sexuales femeninas: implicaciones para las estrategias y políticas para la prevención del VIH. *Revista americana de salud pública*, 99(4), 659-665.
- 196 UNFPA (2014). Estado de la Población Mundial 2014, El poder de 1.800 millones de adolescentes. Juventud y la transformación del futuro.
- 197 Brodwin, M. G., & Frederick, P. C. (2010). Sexualidad y creencias de la sociedad en relación con las personas que viven con discapacidad. *Revista de rehabilitación*, 76(4), 37.
- 198 Herlihy, J., Thibeault, R., Meyers, S., Finnoff, K., Fournier, R., Lundquist, M., Huppert, M. & Follett, P. (2006). Factores culturales para las personas con discapacidad en Zambia pueden aumentar el riesgo de VIH/SIDA, Poster Exhibition. XVI Conferencia Internacional sobre el SIDA. Toronto, Canadá.
- 199 Groce, N. E., & Trasi, R. (2004). Violación de individuos con una discapacidad: SIDA y la creencia popular de la limpieza por una virgen. *The Lancet*, 363(9422), 1663-1664.
- 200 Jewkes, R., Martin, L., & Penn-Kekana, L. (2002). El mito de la limpieza por una virgen: los casos de violación infantil no son exóticos. *The Lancet*, 359(9307), 711.
- 201 Véase por ejemplo: Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2011). VIH, género, raza, orientación sexual y trabajo sexual: un estudio cualitativo del estigma interseccional sufrido por las mujeres VIH positivas en Ontario, Canadá. *Medicina PLoS*, 8(11); Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2012). "No existimos": Un estudio cualitativo de la marginación sufrida por las mujeres lesbianas, bisexuales, queer y transgénero VIH positivas en Toronto, Canadá. *Revista de la Sociedad Internacional del SIDA*, 15(2); Logie, C., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. (2013). Las asociaciones entre el estigma relacionado con el VIH, la discriminación racial, la discriminación de género y la depresión entre mujeres africanas, caribeñas y negras VIH positivas en Ontario, Canadá. *Atención del paciente de SIDA y ETS*, 27(2), 114-122.
- 202 Yoshida, K., Hanass-Hancock, J., Nixon, S., & Bond, V. (2014). Uso de la interseccionalidad para explorar las experiencias de la discapacidad y el VIH entre mujeres y hombres en Zambia. *Discapacidad y rehabilitación*, 36(25), 2161-2168; Hanass-Hancock, J., Myezwa, H., Nixon, S. A., & Gibbs, A. (2015). "Cuando ya no podía ni ver ni andar, es cuando me vi más afectado": experiencias de la discapacidad en personas que padecen VIH en Sudáfrica. *Discapacidad y rehabilitación*, 37(22), 2051-2060.
- 203 Tun, W., Okal, J., Schenk, K., Esantsi, S., Mutale, F., Kyeremaa, R. K., & Moono, G. (2016). Accesibilidad limitada a los servicios de VIH para personas con discapacidad que padecen VIH en Ghana, Uganda y Zambia. *Revista de la Sociedad Internacional del SIDA*, 19.
- 204 Hanass-Hancock, J., & Nixon, S. A. (2009). Los campos del VIH y la discapacidad: pasado, presente y futuro. *Revista de la Sociedad Internacional del Sida*, 12(1), 28.
- 205 Elliott, R., Utyasheva, L., & Zack, E. (2009). VIH, discapacidad y discriminación: crear los vínculos en las leyes de los derechos humanos nacionales e internacionales. *Revista de la Sociedad Internacional de SIDA*, 12(1), 29.
- 206 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2017). Forced displacement at its highest level in decades. (Los desplazamientos forzados han alcanzado su nivel más alto en décadas). Información procedente de <http://www.unhcr.org/afr/news/stories/2017/6/5941561f4/forced-displacement-worldwide-its-highest-decades.html>.
- 207 The Economist (2017). Weather-related disasters are increasing. (Los desastres naturales relacionados con la climatología aumentan). Información procedente de <https://www.economist.com/graphic-detail/2017/08/29/weather-related-disasters-are-increasing>.
- 208 Comisión de Mujeres Refugiadas (2013). Gender-based Violence among Displaced Women and Girls with Disabilities: Findings from Field Visits 2011-2012 (La violencia de género contra las mujeres y niñas desplazadas con discapacidad: hallazgos obtenidos de las visitas sobre el terreno 2011-2012). Información procedente de <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/917-gender-based-violence-among-displaced-women-and-girls-with-disabilities-findings-from-field-visits-2011-2012>.
- 209 Pew Research Centre (2015). World Population by income: How many live on how much where (Población mundial por renta: cuánta gente vive con cuánto y dónde). <http://www.pewglobal.org/interactives/global-population-by-income/>.
- 210 En 2016, el 45 % de la población mundial aproximadamente sigue viviendo en zonas rurales. Banco Mundial (2016) Población rural (% de la población total). Información procedente de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL.ZS>.
- 211 Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación (2017). Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development (No dejar a nadie atrás: la igualdad y la no discriminación en el corazón del desarrollo sostenible). Información procedente de <https://www.unsceb.org/CEBPublicFiles/CEB%20equality%20framework-A4-web-rev3.pdf>.
- 212 El experto de la FAO, Libor Stloukal, calcula lo siguiente: «La mayoría de los 650 millones [de personas con discapacidad] viven en países en desarrollo; el 80 % de ellas en zonas rurales y a menudo en un estado de extrema pobreza». Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2006). La mayoría de las personas con discapacidad vive en zonas rurales. Información procedente de <http://www.fao.org/newsroom/es/news/2006/1000453/index.html>.
- 213 Comisión de Mujeres Refugiadas (2008). Disabilities Among Refugees and Conflict-Affected Population (La discapacidad entre los refugiados y la población afectada por el conflicto). Información procedente de <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugeesand-conflict-affected-populations>.
- 214 Banco Mundial (2017). Fragility, Conflict & Violence. Understanding Poverty (Fragilidad, conflicto y violencia. Comprender la pobreza). Información procedente de <https://data.worldbank.org/region/fragile-and-conflict-affected-situations>.

- 215 Oficina de Prevención de Crisis y Recuperación (2004). Reducing disaster risk: A challenge for development (La reducción del riesgo de desastres: un reto por desarrollar). Información procedente de http://www.undp.org/content/dam/undp/library/crisis%20prevention/disaster/asia_pacific/Reducing%20Disaster%20risk%20a%20Challenge%20for%20development.pdf.
- 216 Institute for Economics and Peace (2017). Global Peace Index 2017: Measuring peace in a complex world (Índice de paz mundial de 2017: la medición de la paz en un mundo complejo). Información procedente de <http://visionofhumanity.org/app/uploads/2017/06/GPI17-Report.pdf>.
- 217 Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (2015). The Human Cost of Natural Disasters: A Global Perspective (El coste humano de los desastres naturales: una perspectiva mundial). Información procedente de <http://www.cred.be/node/1355>.
- 218 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) World Report on Disability. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.
- 219 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2017). Figures at a Glance (Las cifras de un vistazo). Información procedente de <http://www.unhcr.org/en-us/figures-at-a-glance.html>.
- 220 Kolieb, J. (2009). The Six Grave Violations Against Children During Armed Conflict: The Legal Foundation (Las seis violaciones graves contra niños en conflictos armados: los fundamentos legales). Oficina del Representante Especial del Secretario General para la Cuestión de los Niños y los Conflictos Armados.
- 221 Kolieb, J. (2009). The Six Grave Violations Against Children During Armed Conflict: The Legal Foundation (Las seis violaciones graves contra niños en conflictos armados: los fundamentos legales). Oficina del Representante Especial del Secretario General para la Cuestión de los Niños y los Conflictos Armados.
- 222 de Ville de Goyet C., Marti RZ y Osorio C. (2006). Natural Disaster Mitigation and Relief (Mitigación de desastres naturales y socorro). En: Jamison D. T., Breman J. G., Measham A. R., et al., editores. Disease Control Priorities in Developing Countries (Las prioridades del control de enfermedades en los países en desarrollo). 2.ª edición. Washington (DC): Banco Mundial. Capítulo 61. Información procedente de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11792/>.
- 223 Secretaría de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y División de Política Social y Desarrollo, y Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (2016). Inclusion Saves lives: Disability-Inclusive Disaster Risk Reduction: Background Note (La inclusión salva vidas: la reducción del riesgo de desastres con la inclusión de la discapacidad. Nota de antecedentes). Información procedente de <https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/un-desadspd-public-forum-taking-action-toward-a-disability-inclusive-disaster-risk-reduction-toward-a-disability-inclusive-disaster-risk-reduction-framework-and-its-implementation/inclusion-saves-lives.html>.
- 224 Crock, M., Hart, N. y McCallum, R. (2014). Capítulo 2: War, law and disability (Guerra, ley y discapacidad). En Mitchell, D. y V. Karr (eds.) Crises, Conflict and Disability: Ensuring Equality (Crisis, conflicto y discapacidad: garantizar la igualdad). Nueva York: Routledge. Pp. 9-18.
- 225 Karr, V. y Mitchell, D. (2014). Introducción. En Mitchell, D. y V. Karr (eds.) Crises, Conflict and Disability: Ensuring Equality (Crisis, conflicto y discapacidad: garantizar la igualdad). Nueva York: Routledge. Crises, Conflict and Disability: Ensuring Equality (Crisis, conflicto y discapacidad: garantizar la igualdad). Nueva York: Routledge. Crises, Conflict and Disability: Ensuring Equality (Crisis, conflicto y discapacidad: garantizar la igualdad). Nueva York: Routledge. 1-6.
- 226 Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas (2015). Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action (Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria). P. iii. Información procedente de https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2015/09/2015-IASC-Gender-based-Violence-Guidelines_lo-res.pdf.
- 227 Tunçalp, Ö., Fall, I. S., Phillips, S. J., Williams, I., Sacko, M., Touré, O. B. y Say, L. (2015). Conflict, displacement and sexual and reproductive health services in Mali: analysis of 2013 health resources availability mapping system (HeRAMS) survey (Conflicto, desplazamiento y servicios de asistencia sanitaria sexual y reproductiva en Malí: análisis de 2013 de la encuesta sobre el sistema de mapeo sobre la disponibilidad de los recursos sanitarios). Conflict and Health (Conflicto y salud), 9(1), 28.
- 228 Véase, por ejemplo, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Refugiados (2003). Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta. Información procedente de <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=476b9d842> Este manual de 168 páginas no contiene información específica sobre personas con discapacidad, ni sobre acceso ni alojamiento.
- 229 Véase, por ejemplo, Pearce, E. (2015). 'I See That It Is Possible': Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings («Veo que es posible»: creación de capacidad para la inclusión de la discapacidad en la programación de la violencia de género en contextos humanitarios). Comisión de Mujeres Refugiadas. Información procedente de <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-inhumanitarian-settings-overview>.
- 230 Ellis, B. H., MacDonald, H. Z., Lincoln, A. K. y Cabral, H. J. (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress, and perceived discrimination (La salud mental de los refugiados adolescentes de Somalia: el papel del trauma, el estrés y la discriminación percibida). Journal of consulting and clinical psychology, 76(2), 184.
- 231 Comisión de Mujeres Refugiadas (2008). Disabilities Among Refugees and Conflict-Affected Population (La discapacidad entre los refugiados y la población afectada por el conflicto). Información procedente de <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugeesand-conflict-affected-populations>.
- 232 Pittaway, E. y Bartolomei, L. (2001). Refugees, race, and gender: The multiple discrimination against refugee women (Refugiados, raza y género: la múltiple discriminación contra las refugiadas). Refuge: Canada's Journal on Refugees, 19(6).
- 233 Handicap International y HelpAge International (2014). Hidden Victims of the Syrian Crisis: Disabled, Injured and Older Refugees (Las víctimas ocultas de la crisis de Siria: refugiados con discapacidad, heridos y de edad). Información procedente de http://www.hi-us.org/hidden_victims_of_syrian_crisis.
- 234 Comisión de Mujeres Refugiadas (2008). Disabilities Among Refugees and Conflict-Affected Population (La

- discapacidad entre los refugiados y la población afectada por el conflicto). Información procedente de <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugeesand-conflict-affected-populations>.
- 235 Pearce, E. (2015). 'I See That It Is Possible': Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings («Veo que es posible»: creación de capacidad para la inclusión de la discapacidad en la programación de la violencia de género en contextos humanitarios). Comisión de Mujeres Refugiadas. Información procedente de <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview>.
- 236 Priestley, M. (ed.) (2001). *Disability and the life course: Global perspectives* (La discapacidad y el transcurso de la vida: perspectivas mundiales). Cambridge University Press.
- 237 Oficina del Enviado del Secretario General para la Juventud de la ONU (2016). *Global Youth Unemployment on the Rise Again* (El desempleo juvenil mundial de nuevo en alza). Información procedente de <http://www.un.org/youthenvoy/2016/08/global-youth-unemployment-rise/>.
- 238 Pentland, A., Fletcher, R. y Hasson, A. (2004). *Daknet: Rethinking connectivity in developing nations* (Daknet: reinventar la conectividad en las naciones en desarrollo). *Computer*, 37(1), 78-83.
- 239 Clarke, G. y Wallsten, S. (2002). *Universal(ly bad) Service: Providing infrastructure services to rural and poor urban consumers* (Servicios generalizadamente deficientes: la prestación de servicios de infraestructuras a los consumidores rurales y urbanos pobres).
- 240 Montgomery, M. R. (2009). *Urban poverty and health in developing countries* (La pobreza humana y la salud en los países en desarrollo).
- 241 Sociales, P. (2001). *Crime as a social cost of poverty and inequality: A review focusing on developing countries* (El delito como coste social de la pobreza y la desigualdad: un análisis centrado en los países en desarrollo). *Facets of Globalization* (Las facetas de la globalización), 171.
- 242 UNESCO (2006). *Education for All Global Monitoring Report 2007: Strong foundations: Early childhood care and education* (Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2007: bases sólidas. Atención y educación de la primera infancia).
- 243 La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011) *Informe mundial sobre la discapacidad*. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/.
- 244 Asamblea General de las Naciones Unidas (2013). Documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad: el camino a seguir, una agenda para el desarrollo que tenga en cuenta a las personas con discapacidad para 2015 y después de ese año, A/68/L.1. Citado en la Organización Mundial de la Salud (2015). *Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad*. Información procedente de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-sp.pdf?ua=1,
- 245 Priestley, M. (2001). *Disability and the Life Course: Global Perspectives* (2001); Humphrey, M. (2016). *The Intersectionality of Poverty, Disability and Gender as a Framework to Understand Violence Against Women with* Disabilities: A Case Study of South Africa. *International Development, Community and Environment* (IDCE). Documento 36. Información procedente de http://commons.clarku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1075&context=idce_masters_papers.
- 246 Humphrey, M. (2016). *The Intersectionality of Poverty, Disability and Gender as a Framework to Understand Violence Against Women with Disabilities: A Case Study of South Africa* (La interseccionalidad de la pobreza, la discapacidad y el género como marco para entender la violencia contra las mujeres con discapacidad: un estudio de caso de Sudáfrica). *International Development, Community and Environment* (IDCE). Documento 36. Información procedente de http://commons.clarku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1075&context=idce_masters_papers.
- 247 Abu-Habib, L. (1997). *Gender and disability: Women's experiences in the Middle East* (Género y discapacidad: las experiencias de las mujeres en Oriente Medio). Oxfam.
- 248 Mitra, S., Posarac, A. y Vick, B. (2013). *Disability and poverty in developing countries: A multidimensional study* (La discapacidad y la pobreza en los países en desarrollo: un estudio multidimensional). *World Development*, 41, 1-18.
- 249 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) *Informe mundial sobre la discapacidad*. Información procedente de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/.
- 250 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) *Informe mundial sobre la discapacidad*. Información procedente de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/.
- 251 Mitra, S., Posarac, A. y Vick, B. (2013). *Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study* (La discapacidad y la pobreza en los países en desarrollo: un estudio multidimensional). *World Development*, 41, 1-18.
- 252 Sen, A. (2009). *The idea of justice* (La idea de justicia). Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.
- 253 Gething, L. (1997). *Sources of double disadvantage for people with disabilities living in remote and rural areas of New South Wales, Australia* (Las causas de la doble desventaja de las personas con discapacidad que viven en zonas remotas y rurales de Nueva Gales del Sur, Australia). *Disability & Society*, 12(4), 513-531.
- 254 División de Política Social y Desarrollo de la ONU (2018) *World Programme of Action Concerning Persons with Disabilities* (Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad). Información procedente de <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/world-programme-of-action-concerning-disabled-persons.html>.
- 255 Lebo, J. y Schelling, D. (2001). *Design and appraisal of rural transport infrastructure: ensuring basic access for rural communities* (Diseño y evaluación de la infraestructura para el transporte rural: garantizar el acceso básico de las comunidades rurales). Documento técnico del Banco Mundial; Núm. WTP 496. Washington, D.C: El Banco Mundial. Información procedente de <http://documents.worldbank.org/curated/en/227731468184131693/Design-and-appraisal-of-rural-transport-infrastructure-ensuring-basic-access-for-rural-communities>.
- 256 Iezzoni, L. I., Killeen, M. B. y O'day, B. L. (2006). *Rural residents with disabilities confront substantial barriers to obtaining primary care* (Los residentes rurales con discapacidad se enfrentan a numerosas barreras para recibir atención primaria). *Health Services Research*, 41(4p1), 1258-1275.

- 257 Bock, B. B. (2015). Gender mainstreaming and rural development policy: The trivialisation of rural gender issues (Incorporación de la perspectiva de género y política de desarrollo rural: la trivialización de los problemas relacionados con el género rurales). *Gender, Place & Culture*, 22(5), 731-745.
- 258 Lipton, M. (1998). «Urban Bias and Inequality» (El sesgo urbano y la desigualdad) en *Development and Underdevelopment: The Political Economy of Global Inequality* (Desarrollo y subdesarrollo: la política económica de la desigualdad mundial). Editado por M. Seligson y J. Passe-Smith. Boulder, CO: Lynn Rienner Publishers. Pp. 389-394. Véase también: James G. y S. Corbridge. 2010. *The Continuing Debate about Urban Bias: The thesis, its critics, its influence and its implications for poverty-reduction strategies* (El continuo debate sobre los sesgos urbanos: la tesis, sus críticas, su influencia y sus implicaciones en las estrategias de reducción de la pobreza). *Progress in Development Studies* 10(1): 1-18.
- 259 Krause, M., (2014). *The good project: humanitarian relief NGOs and the fragmentation of reason* (El buen proyecto: la asistencia humanitaria de las ONG y la fragmentación de la razón). University of Chicago Press.
- 260 Cham, M., Sundby, J. y Vangen, S., (2005). Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care (La mortalidad materna de la Gambia rural. Un estudio cualitativo sobre el acceso a los cuidados obstétricos de urgencia). *Reproductive health*, 2(1), 3.
- 261 Organización Internacional del Trabajo (2011). Documento de orientación: empoderamiento de las personas con discapacidad para el desarrollo rural. Información procedente de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_235423.pdf.
- 262 Lishner, D. M., Levine, P. y Patrick, D. (1996). Access to primary health care among persons with disabilities in rural areas: A summary of the literature (El acceso a los servicios de salud primarios de las personas con discapacidad en las zonas rurales: un resumen de la literatura). *The Journal of Rural Health*, 12(1), 45-53.
- 263 Enns, H. (2018). *The Role of Organizations of Disabled People: A DPI Discussion Paper* (El papel de las organizaciones para personas con discapacidad: un documento de debate de la OMPD). Información procedente de <https://www.independentliving.org/docs5/RoleofOrgDisPeople.html>.
- 264 OpenIDEO (2018). *Integrating Comprehensive SRHR for Vulnerable Women and Girls in Rural Communities in Uganda* (La de los SRHR integrales para las mujeres y niñas vulnerables en las comunidades rurales de Uganda). Información procedente de <https://challenges.openideo.com/challenge/youth-srh/research/integrating-comprehensive-srhr-for-vulnerable-women-and-girls-in-rural-communities-in-uganda>.
- 265 Gartrell, A., Baesel, K. y Becker, C., (2017). We do not dare to love: Women with disabilities' sexual and reproductive health and rights in rural Cambodia (No nos atrevemos a amar: los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad en la Camboya rural). *Reproductive health matters*, 25(50), 31-42.
- 266 Yousafzai A. K., Dlamini, P. J., Groce, N. y Wirz, S., (2004). Knowledge, personal risk and experiences of HIV/AIDS among people with disabilities in Swaziland (El conocimiento, el riesgo personal y las experiencias vividas debido al VIH/SIDA entre las personas con discapacidad de Swazilandia). *International journal of rehabilitation research*, 27(3), pp.247-251.
- 267 Hanass-Hancock, J. (2009). Disability and HIV/AIDS-a systematic review of literature on Africa (La discapacidad y el VIH/SIDA. Una revisión sistemática de la literatura en África). *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 34.
- 268 Véase por ejemplo: Logie, C. H., James, L., Tharao, W. y Loutfy, M. R. (2011). HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: A qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada (VIH, género, raza, orientación sexual y trabajo sexual: un estudio cualitativo del estigma interseccional sufrido por las mujeres seropositivas en Ontario, Canadá). *PLoS medicine*, 8(11); Logie, C. H., James, L., Tharao, W. y Loutfy, M. R. (2012). «We don't exist»: A qualitative study of marginalisation experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada («No existimos»: un estudio cualitativo de la marginación que sufren las mujeres lesbianas, bisexuales, «queer» y transgénero seropositivas en Toronto, Canadá). *Journal of the International AIDS Society*, 15(2); Logie, C., James, L., Tharao, W. y Loutfy, M. (2013). Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-positive African, Caribbean, and Black women in Ontario, Canada (Las relaciones entre el estigma relacionado con el VIH, la discriminación racial, la discriminación de género y la depresión entre las mujeres africanas, caribeñas y negras seropositivas en Ontario, Canadá). *AIDS patient care and STDs*, 27(2), 114-122.
- 269 Yoshida, K., Hanass-Hancock, J., Nixon, S. y Bond, V. (2014). Using intersectionality to explore experiences of disability and HIV among women and men in Zambia (El uso de la interseccionalidad para explorar las experiencias relacionadas con la discapacidad y el VIH entre las mujeres y los hombres en Zambia). *Disability and rehabilitation*, 36(25), 2161-2168; Hanass-Hancock, J., Myezwa, H., Nixon, S. A. y Gibbs, A. (2015). «When I was no longer able to see and walk, that is when I was affected most»: Experiences of disability in people living with HIV in South Africa («En el momento en el que no fui capaz de ver ni caminar fue cuando más afectado estaba»: experiencias relacionadas con la discapacidad de personas con VIH en Sudáfrica). *Disability & Society*, 37(22), 2051-2060.
- 270 Tun, W., Okal, J., Schenk, K., Esantsi, S., Mutale, F., Kyeremaa, R. K. y Moono, G. (2016). Limited accessibility to HIV services for persons with disabilities living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia (La limitada accesibilidad a los servicios del VIH para las personas con discapacidad que tiene VIH en Ghana, Uganda y Zambia). *Journal of the International AIDS Society*, 19.
- 271 Hanass-Hancock, J. (2009). The fields of HIV and disability: Past, present and future (Los campos del VIH y la discapacidad: pasado, presente y futuro). *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 28.
- 272 Elliott, R., Utyasheva, L. y Zack, E. (2009). HIV, disability and discrimination: Making the links in international and domestic human rights law (VIH, discapacidad y discriminación: la creación de vínculos entre el derecho internacional y el derecho interno en materia de los derechos humanos). *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 29.
- 273 Petrowski, N., Cappa, C. y Gross, P., (2017). Estimating the number of children in formal alternative care: Challenges and results (Estimación del número de niños en un acogimiento alternativo formal: retos y resultados). *Child abuse & neglect*, 70, 388-398.

- 274 UNICEF (2011). Joint Press Release: OHCHR, UNICEF launch campaign to protect children, prevent harmful and unnecessary institutionalisation (Comunicado de prensa conjunto: OACDH y UNICEF lanzan una campaña para proteger a los niños, y evitar los daños y la institucionalización innecesaria). Información procedente de https://www.unicef.org/media/media_59030.html.
- 275 Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2005). Recomendaciones. 40.er período de sesiones. Ginebra, 12 a 30 de septiembre de 2005. Información procedente de <http://repository.un.org/handle/11176/260377>.
- 276 UNICEF, Europa and Asia central (2018). Programme: Children with Disabilities (Programa: niños con discapacidad). Información procedente de <https://www.unicef.org/eca/what-we-do/children-with-disabilities>.
- 277 Disability Rights International (2015). Twice Violated: Abuse and Denial of Sexual and Reproductive Rights of Women with Psychosocial Disabilities in Mexico City (Violada dos veces: el abuso y la denegación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad psicosocial en Ciudad de México). Información procedente de <http://www.driadvocacy.org/disability-rights-international-dri-research-reveals-shocking-abuses-against-women-with-disabilities-in-mexico-city/>.
- 278 Véase también Minkowitz, T. (2007). The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Right to be Free from Nonconsensual Psychiatric Interventions (La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas y el derecho a no ser sometido a intervenciones psiquiátricas no consentidas), *Syracuse Journal of International Law and Commerce* vol. 32 Núm. 2 (2007), y documentos relacionados y presentaciones sobre intervenciones psiquiátricas forzadas como tortura en <http://www.chrusp.org/home/resources>.
- 279 Disability Rights International (2015). Twice Violated: Abuse and Denial of Sexual and Reproductive Rights of Women with Psychosocial Disabilities in Mexico City (Violada dos veces: el abuso y la denegación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad psicosocial en Ciudad de México). Información procedente de <http://www.driadvocacy.org/disability-rights-international-dri-research-reveals-shocking-abuses-against-women-with-disabilities-in-mexico-city/>.
- 280 Sullivan, P.M. y Knutson, J.F. (1994). The relationship between child abuse and neglect and disabilities: Implications for research and practice (La relación entre el abuso, el abandono de niños y la discapacidad: consecuencias para la investigación y la práctica). Omaha, NE: Boys Town National Research Hospital.
- 281 Human Rights Watch (2015). Include Women, Girls with Disabilities in Anti-Efforts (Incluir a las mujeres y las niñas con discapacidad en los esfuerzos de oposición). Información procedente de <https://www.hrw.org/news/2015/03/05/include-women-girls-disabilities-anti-violence-efforts>.
- 282 Disability Rights International (2015). No way home: The exploitation and abuse of children in Ukraine's orphanages (Sin camino a casa: la explotación y el abuso a niños en los orfanatos de Ucrania). Disability Rights International. Información procedente de <https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/No-Way-Home-final2.pdf>.
- 283 Organización Mundial de la Salud y Comité Internacional de la Cruz Roja (2017). Information Sheet: Mental Health in Prisons (Hoja informativa: la salud mental en las cárceles). Información procedente de http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf.
- 284 She, P. y Stapleton, D. (2006). Research Brief: A review of disability data for the institutional population (Informe de la investigación: un análisis de los datos sobre la discapacidad para la población institucional). Rehabilitation Research and Training Centre on Disability Demographics and Statistics. Cornell University Institute for Policy Research, Ithaca. Información procedente de <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1205&context=edicollect>.
- 285 Ben-Moshe, L., Chapman, C. y Care, A. (2014). Disability Incarcerated: Imprisonment and Disability in the United States and Canada (Las personas con discapacidad en la cárcel: el encarcelamiento y la discapacidad en Estados Unidos y Canadá). Nueva York: Palgrave Macmillan.
- 286 PNUD (2017). Human Development Report (Informe sobre Desarrollo Humano). Información procedente de <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/ECU>
- 287 Banco Mundial (2017). Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad). Información procedente de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>.
- 288 ONU Mujeres (2017). Ecuador. Información procedente de <http://lac.unwomen.org/en/donde-estamos/ecuador>,
- 289 Svanemyr, J., Guijarro, S., Riveros, B. B. y Chandra-Mouli, V. (2017). The health status of adolescents in Ecuador and the country's response to the need for differentiated healthcare for adolescents (El estado de salud de los adolescentes en Ecuador y la respuesta del país a la necesidad de asistencia médica diferenciada para los adolescentes). *Reproductive health*, 14(1), 29.
- 290 Park, I. U., Sneed, C. D., Morisky, D. E., Alvear, S. y Hearst, N. (2002). Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents (Las correlaciones del riesgo de contraer VIH entre los adolescentes ecuatorianos). *AIDS Education and prevention*, 14(1), 73-83.
- 291 Goicolea, I. y San Sebastian, M. (2010). Unintended pregnancy in the amazon basin of Ecuador: a multilevel analysis (El embarazo no planeado en la cuenca del Amazonas de Ecuador: un análisis de varios niveles). *International journal for equity in health*, 9(1), 14.
- 292 Stycos, J. M. (1967). Contraception and Catholicism in Latin America (La anticoncepción y el catolicismo en Latinoamérica). *Journal of Social Issues*, 23(4), 115-133.
- 293 Goicolea, I. (2010). Adolescent pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: a rights and gender approach to adolescents' sexual and reproductive health (Los embarazos adolescentes en la cuenca del Amazonas de Ecuador: un enfoque basado en los derechos humanos y en el género para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes). *Global Health Action*, 3, 10.3402/gha.v3i0.5280. Información procedente de <http://doi.org/10.3402/gha.v3i0.5280>.
- 294 Goicolea, I., Wulff, M., San Sebastian, M. y Öhman, A. (2010). Adolescent pregnancies and girls' sexual and reproductive rights in the Amazon basin of Ecuador: An analysis of providers' and policy makers' discourses (Los embarazos adolescentes y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas en la cuenca del Amazonas de Ecuador: un análisis de los discursos de los proveedores y legisladores). *BMC international health and human rights*, 10(1), 12.

- 295 Haeck, Y. (2018). Indigenous Legal Systems in Ecuador and their Compatibility with Internationally Recognised Human Rights Standards (Los sistemas jurídicos indígenas en Ecuador y su compatibilidad con las normas sobre derechos humanos reconocidas internacionalmente). Universidad de Gante: Human Rights Centre. Información procedente de <http://www.hrc.ugent.be/research/indigenous-legal-systems-in-ecuador/>.
- 296 PNUD (2017). Human Development Report (Informe sobre Desarrollo Humano). Información procedente de <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MAR>.
- 297 Ministère de la Solidarité, de la Femme, la Famille et du Développement Social (2014). Enquête Nationale sur le Handicap, Rabat 2014.
- 298 Ministère de la santé (2015). Plan National de la Santé et le Handicap, 2015- 2021, Direction de la Population, 8.
- 299 Ministère de la santé (2015). Plan National de la Santé et le Handicap, 2015- 2021, Direction de la Population, 74.
- 300 Gobierno de Marruecos (2018). Official Bulletin Núm. 6655 12 March 2018 (Boletín Oficial Núm. 6655 del 12 de marzo de 2018).
- 301 PNUD (2017). Human Development Report (Informe sobre Desarrollo Humano). Información procedente de <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MOZ>.
- 302 ONUSIDA (2015). Mozambique. Información procedente de <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mozambique>.
- 303 Pfeiffer, J. (2003). International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration (Las ONG internacionales y la atención sanitaria primaria en Mozambique: la necesidad de un nuevo modelo de colaboración). *Social Science & Medicine*, 56(4), 725-738.
- 304 Brass, J. N. (2012). Why do NGOs go where they go? Evidence from Kenya (¿Por qué las ONG van a donde van? Pruebas desde Kenya). *World Development*, 40(2), 387-401.
- 305 Yu, D., Souteyrand, Y., Banda, M. A., Kaufman, J. y Perriens, J. H. (2008). Investment in HIV/AIDS programmes: Does it help strengthen health systems in developing countries? (La inversión en los programas de VIH/SIDA: ¿ayuda a reforzar los sistemas sanitarios de los países en desarrollo?) *Globalisation and Health*, 4(1), 8.
- 306 PNUD (2017). Human Development Report (Informe sobre Desarrollo Humano). Información procedente de <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/SPA>.
- 307 OCDE (2017). Development finance data (Datos financieros sobre el desarrollo), actualizado el 22 de diciembre de 2017. Información procedente de <http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-data/>.
- 308 Fondo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2018. Quiénes somos. Información procedente de <http://mdgfund.org/es/aboutus>.
- 309 OCDE (2016). Cooperación al desarrollo. Examen de pares: España 2016. Información procedente de <http://www.oecd.org/dac/ocde-cooperacion-al-desarrollo-examen-de-pares-espana-2016-9789264260139-es.htm>.
- 310 Id.
- 311 Gobierno de España (2011). Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Información procedente de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13241>.
- 312 Gobierno de España (2011). Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Información procedente de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-14812>.
- 313 Agranoff, R. (1996). Federal evolution in Spain (La evolución autonómica de España). *International Political Science Review*, 17(4), 385-401.
- 314 Mayhew, S. H. (2003). The impact of decentralisation on sexual and reproductive health services in Ghana (El impacto de la descentralización en los servicios de salud sexual y reproductiva de Ghana). *Reproductive Health Matters*, 11(21), 74-87.
- 315 INJUVE y CERMI (2016). Jóvenes con discapacidad en España 2016. Información procedente de http://www.injuve.es/sites/default/files/jovenes-con-discapacidad-en-espana_aaa.pdf.
- 316 INJUVE y CERMI (2016). Jóvenes con discapacidad en España 2016. Información procedente de http://www.injuve.es/sites/default/files/jovenes-con-discapacidad-en-espana_aaa.pdf.
- 317 INJUVE y CERMI (2016). Jóvenes con discapacidad en España 2016. Información procedente de http://www.injuve.es/sites/default/files/jovenes-con-discapacidad-en-espana_aaa.pdf.
- 318 Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (s. f.). Submission to the study on 'state responsibility for eliminating violence against women' to be drawn up by the Special Rapporteur on Violence against Women: Violence against girls and women with disabilities in Spain (Presentación al estudio sobre «La responsabilidad del Estado en la eliminación de la violencia contra las mujeres», redactado por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer: la violencia contra las niñas y mujeres con discapacidad en España). Información procedente de <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0951.pdf>.
- 319 Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) Contribución al estudio sobre «La responsabilidad del Estado para eliminar la violencia contra las mujeres» preparado por la Relatora Especial sobre violencia contra las mujeres. Obtenido de <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0951.pdf>.
- 320 Eley, H., Kilonzo, N., Tolhurst, R. y Molyneux, C. (2005). Bypassing districts? Implications of sector-wide approaches and decentralization for integrating gender equity in Uganda and Kenya (¿Se ignora a los distritos? Las consecuencias de los enfoques sectoriales y de la descentralización para la integración de la igualdad de género en Uganda y Kenya). *Health Policy and Planning*, 20(3), 150-157; Mayhew, S. H. (2003). The impact of decentralisation on sexual and reproductive health services in Ghana (El impacto de la descentralización en los servicios de salud sexual y reproductiva de Ghana). *Reproductive health matters*, 11(21), 74-87.
- 321 Mayhew, S. H. (2003). The impact of decentralisation on sexual and reproductive health services in Ghana (El impacto de la descentralización en los servicios de salud sexual y reproductiva de Ghana). *Reproductive Health Matters*, 11(21), 74-87.

- 322 Elsey, H., Kilonzo, N., Tolhurst, R. y Molyneux, C. (2005). Bypassing districts? Implications of sector-wide approaches and decentralization for integrating gender equity in Uganda and Kenya (¿Se ignora a los distritos? Las consecuencias de los enfoques sectoriales y de la descentralización para la integración de la igualdad de género en Uganda y Kenya). *Health Policy and Planning*, 20(3), 150-157.
- 323 Cottingham, J., Kismodi, E., Hilber, A. M., Lincetto, O., Stahlhofer, M. y Gruskin, S. (2010). Using human rights for sexual and reproductive health: Improving legal and regulatory frameworks (La utilización de los derechos humanos para la salud sexual y reproductiva: la mejora de los marcos jurídicos y reglamentarios). *Bulletin of the World Health Organization*, 88(7), 551-555.
- 324 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015). Estándares Jurídicos Vinculados a la Igualdad de Género y a los Derechos de las Mujeres en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Desarrollo y Aplicación, con actualizaciones de 2011 a 2014, OEA/Ser.L/V/II.143, doc. Núm. 60.
- 325 de Silva de Alwis, R. y Klugman, J. (2015). Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law (Libertad contra la violencia y legislación: una perspectiva global a la luz de la ley de violencia doméstica de China), 2015. Información procedente de https://scholarship.law.upenn.edu/faculty_scholarship/1638.
- 326 Véase, por ejemplo, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2017). Recomendación general Núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general Núm. 19. CEDAW/C/GC/35.
- 327 Secretaría de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Wellesley Centres for Women (2008). Disability Rights, Gender, and Development—A Resource Tool for Action (Derechos de personas con discapacidad, género y desarrollo. Fuente de recursos para la acción).
- 328 Por ejemplo, Carta de las Naciones Unidas, artículos 55 y 56; Declaración Universal de Derechos Humanos, preámbulo, artículos 1, 2, 6 y 7, entre otros.
- 329 Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2003). Enfoque basado en los derechos humanos de cooperación para el desarrollo: Hacia una comprensión colectiva entre las agencias de la ONU.
- 330 Carta de las Naciones Unidas, artículos 55 y 56; Declaración Universal de Derechos Humanos, preámbulo, artículos 1, 2, 6 y 7, entre otros.
- 331 Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 2; véase también Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 2; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2.
- 332 La observación general Núm. 5 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1994) articula las obligaciones de los Estados para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad; la recomendación general Núm. 18 insta a los Estados a que informen de las medidas afirmativas que se han tomado para garantizar la igualdad de mujeres con discapacidad; el artículo 2 de la Convención sobre los Derechos del Niño enumera los derechos de los niños con discapacidad.
- 333 Skarstad, K., y Stein, M. A. (2017). Mainstreaming disability in the United Nations treaty bodies (Integración de la discapacidad en los órganos creados por tratados de las Naciones Unidas). *Journal of Human Rights*, 17(1), 1-24.
- 334 La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), adoptada el 24 de enero de 2007, entró en vigor el 3 de mayo de 2008. La CDPD posee un Protocolo Facultativo (ratificado por 93 Estados Partes) que permite al Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad recibir y considerar comunicaciones directas de personas o grupos de personas o comunicaciones en su nombre de conformidad con la jurisdicción de un Estado Parte de la Convención. A/RES/61/106.
- 335 La CDPD reconoce los aspectos de género de la violencia y el abuso en el artículo 16 y exige a los Estados Partes que garanticen apoyo y legislación con perspectiva de género para combatir la violencia y la explotación.
- 336 Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (2007). Incorporación de la perspectiva de la discapacidad en el programa de desarrollo: Nota de la Secretaría, E/CN.5/2008/6.
- 337 Skarstad, K., y Stein, M. A. (2017). Mainstreaming disability in the United Nations treaty bodies (Integración de la discapacidad en los órganos creados por tratados de las Naciones Unidas). *Journal of Human Rights*, 17(1), 5.
- 338 Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (2007). Incorporación de la perspectiva de la discapacidad en el programa de desarrollo: Nota de la Secretaría, E/CN.5/2008/6.
- 339 Skarstad, K., y Stein, M. A. (2017). Mainstreaming disability in the United Nations treaty bodies (Integración de la discapacidad en los órganos creados por tratados de las Naciones Unidas). *Journal of Human Rights*, 17(1), 6.
- 340 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). Observación general Núm. 3 sobre los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad. CRPD/C/GC/3.
- 341 CBM (sin fecha). The 3Ps for inclusion of women with disabilities: The Personal, The Political, The Policy (Las tres «P» para la inclusión de las mujeres con discapacidad: lo personal, lo político y la política). Información procedente de https://www.cbm.org/article/downloads/54741/The_Personal__The_Political__The_Policy.pdf.
- 342 Eldridge v. British Columbia (Attorney-General) (Eldridge contra la Columbia Británica [Fiscal general]) (1997) 151 D. L. R. (4.º) 577, 3 S. C. R. 624; Tate, K. (2001). Disability and Health Care: The Eldridge Case (Discapacidad y atención médica. El caso Eldridge). Parlamento de Canadá, División de asuntos políticos y sociales PRB 01-2E; Banda, F. (2005). Women, Law and Human Rights: An African Perspective (Mujeres, ley y derechos humanos. Una perspectiva africana).
- 343 Banda, F. (2005). Women, Law and Human Rights: An African Perspective (Mujeres, ley y derechos humanos. Una perspectiva africana). 198-199.
- 344 Existen tres protocolos facultativos para esta Convención: (i) el Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (175 Estados Partes en mayo de 2018); (ii) el Protocolo Facultativo relativo a la participación de niños en los conflictos armados (168 Estados Partes en mayo de 2018), y (iii) el Protocolo Facultativo relativo a un procedimiento de comunicaciones (38 Estados Partes en mayo de 2018). El último de estos tres permite a los niños presentar denuncias individuales relativas a la violación de sus derechos.
- 345 «Niño» se define como cualquier persona menor de 18 años.

- 346 Observación general Núm. 13 (2011) del Comité de los Derechos del Niño. Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, CRC/C/GC/13.
- 347 Comité de los Derechos del Niño (2006). Observación general Núm. 9 sobre Los derechos de los niños con discapacidad, CRC/C/GC/9.
- 348 Comité de los Derechos del Niño (2016). Observación general Núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20*.
- 349 Comité de los Derechos del Niño (2016). Observación general Núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20*.
- 350 Comité de los Derechos del Niño (2016). Observación general Núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20*.
- 351 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer que se adoptó el 18 de diciembre de 1979 y entró en vigor el 3 de septiembre de 1981. La CEDAW posee un Protocolo Facultativo (adoptado el 6 de octubre de 1999) que permite al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recibir y considerar comunicaciones directas de personas o grupos de personas o comunicaciones en su nombre de conformidad con la jurisdicción de un Estado Parte.
- 352 CBM (sin fecha). The 3Ps for inclusion of women with disabilities: The Personal, The Political, The Policy (Las tres «P» para la inclusión de las mujeres con discapacidad: lo personal, lo político y la política). Información procedente de https://www.cbm.org/article/downloads/54741/The_Personal__The_Political__The_Policy.pdf.
- 353 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2017). Recomendación general Núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general Núm. 19. CEDAW/C/GC/35; véanse también las observaciones del Comité de la CEDAW sobre la interseccionalidad de la discriminación en la recomendación general Núm. 33, párrafos 8 y 9 (CEDAW/C/GC/33); Núm. 15 sobre las mujeres y el SIDA (A/45/38); Núm. 21 sobre igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares (a/49/38); Núm. 24 sobre las mujeres y la salud (a/54/38/Rev.1, capítulo 1); Núm. 26 sobre las trabajadoras migratorias (CEDAW/C/2009/WP.1/R); Núm. 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW/C/GC/27); Núm. 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos (CEDAW/C/GC/30); Núm. 31 sobre prácticas nocivas (CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18); Núm. 32 sobre las dimensiones de género del estatuto de refugiada, el asilo, la nacionalidad y la apatridia de las mujeres (CEDAW/C/GC/32), y Núm. 34 sobre los derechos de las mujeres rurales (CEDAW/C/GC/34). Véanse también las comunicaciones con los Estados Partes que presentan informes, incluidas aquellas que se mencionan en la recomendación general Núm. 35, nota 12, y más recientemente, las observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Nigeria (CEDAW/C/NGA/CO/7-8).
- 354 Naciones Unidas (2017). 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, A/72/133.
- 355 Naciones Unidas (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A/CONF/191/13. Párrafos 6.30-6.33.
- 356 Naciones Unidas (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A/CONF/191/13. Párrafo 6.15.
- 357 De acuerdo con el documento final para su adopción en la Cumbre de la ONU sobre la Agenda para el Desarrollo después de 2015, las personas en situaciones vulnerables también incluyen a personas con discapacidad.
- 358 Si no se registra un niño o niña con discapacidad al nacer, puede hacer que sea vulnerable a la violencia y al abuso e impedirle el acceso a recursos como instalaciones de salud públicas o colegios públicos.
- 359 Tenga en cuenta que las personas de todos los géneros pueden ser objeto de violencia por razón de género; no obstante, explorar la situación de los miembros de esas numerosas comunidades va más allá del alcance del presente estudio.
- 360 Lisa Jones, et al., Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies (Prevalencia y riesgo de la violencia contra los niños con discapacidad. Análisis sistemático y metaanálisis de los estudios observacionales), *Lancet* 2012, 899-907.
- 361 Por ejemplo, el PIDCP reconoce el derecho a la integridad física y a la seguridad de la persona (artículos 7, 9 y 10), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha reconocido la violencia por razón de género como forma prohibida de discriminación, el Convenio para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes prohíbe causar intencionadamente dolor intenso o sufrimiento a cualquier persona «con la aquiescencia de un funcionario público» [véase Copelon, R. (2009). *End Torture, End Domestic Violence* (Fin de la tortura, fin de la violencia doméstica), publicada en *On the Issues Magazine*, para obtener un análisis de la relación entre la tortura y la violencia por razón de género], y el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional ha clasificado la violación y la violencia sexual como crímenes graves contra la humanidad. Véanse también las resoluciones 65/228, «Fortalecimiento de las respuestas en materia de prevención del delito y justicia penal a la violencia contra la mujer» (marzo de 2011), 64/137 y 65/187 de la Asamblea General de la ONU, y la resolución 14/12 del Consejo de Derechos Humanos que, en conjunto, instan a los Estados a actuar con la debida diligencia para prevenir e investigar los actos de violencia contra las mujeres y las niñas, y castigar a los perpetradores.
- 362 Cabe destacar que gran parte del marco normativo sobre la violencia por razón de género se centra expresamente en la erradicación de la violencia contra las mujeres y las niñas, y se formula en esos términos. Aunque las mujeres y las niñas sufren de manera desproporcionada la violencia por razón de género, especialmente la violencia doméstica, los niños y hombres jóvenes, especialmente aquellos con discapacidad, también son vulnerables al abuso sexual y a las demás formas de violencia por razón de género. Véase, p. ej., Mitra et al. (2011). *Sexual Violence Victimization Against Men with Disabilities* (Violencia sexual contra los hombres con discapacidad y su victimización), *American Journal of Preventive Medicine* 41(5) 494-497. Las mismas normas que prohíben la violencia por razón de género contra las mujeres y las niñas protegen también los derechos de los niños y los hombres jóvenes a una vida sin violencia o abusos. Véase, p. ej., Consejo de Europa (2011). Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, serie de tratados del Consejo de Europa Núm. 210.

- 363 Committee on the Elimination of Discrimination against Women (2017). General recommendation Núm. 35 on gender-based violence against women, updating general recommendation Núm. 19. CEDAW/C/GC/35. Para. 2.
- 364 Consejo de Derechos Humanos (2012). Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad, A/HRC/20/5.
- 365 Jones, L., et al. (2012). Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies (Prevalencia y riesgo de la violencia contra los niños con discapacidad. Análisis sistemático y metaanálisis de los estudios observacionales), *Lancet*, 899-907; UNICEF (2013). Hacia un Mundo Libre de Violencia: Encuesta Global Sobre la Violencia Contra los Niños; véase también Comité de los Derechos del Niño (2006) Observación general Núm. 9 sobre los derechos de los niños con discapacidad, CRC/C/GC/9.
- 366 Naciones Unidas (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A/CONF/191/13. Párrafo 4.24.
- 367 Casey E., et al. (2016). Gender Transformative Approaches to Engaging Men in Gender-Based Violence Prevention: A Review and Conceptual Model (Enfoques transformadores de género para la participación del hombre en la prevención de la violencia por razón de género. Análisis y modelo conceptual), *Trauma, Violence and Abuse*, 1-16.
- 368 Casey E., et al. (2016). Gender Transformative Approaches to Engaging Men in Gender-Based Violence Prevention: A Review and Conceptual Model (Enfoques transformadores de género para la participación del hombre en la prevención de la violencia por razón de género. Análisis y modelo conceptual), *Trauma, Violence and Abuse*, 1-16; véase también Barker, G. et al. (2007). Cómo hacer participar a los hombres y los niños en la lucha contra la inequidad de género en el ámbito de la salud: algunos datos probatorios obtenidos de los programas de intervención.
- 369 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2017). Recomendación general Núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general Núm. 19. CEDAW/C/GC/35.
- 370 En su revisión de 2017 sobre el progreso del ODS 5: Para lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, el Foro Político de Alto Nivel sobre el Desarrollo Sostenible señaló que la eliminación de la violencia y de las prácticas nocivas contra las mujeres y las niñas «es fundamental para el logro general de la igualdad de género, así como para la erradicación de la pobreza y la consecución del desarrollo sostenible, la paz, la seguridad y los derechos humanos». Disponible en <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/14383SDG5format-revOD.pdf>.
- 371 Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 12, y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2000) Observación general Núm. 14 del CESCR: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12).
- 372 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2000) Observación general Núm. 14 del CESCR: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12).
- 373 Comité de los Derechos del Niño (2016). Observación general núm. 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20.
- 374 UNICEF (2013). Hacia un Mundo Libre de Violencia: Encuesta Global Sobre la Violencia Contra los Niños. 14.
- 375 Naciones Unidas (2007). Resolución aprobada por la Asamblea General: 61/106. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. A/RES/61/106. artículo 25
- 376 UNFPA, Instituto de Derechos Humanos de Dinamarca y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2014). Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions (Los derechos reproductivos son derechos humanos. Manual para las instituciones de derechos humanos nacionales).
- 377 Comité de los Derechos del Niño (2016). Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia.
- 378 UNFPA, Instituto de Derechos Humanos de Dinamarca y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2014). Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions (Los derechos reproductivos son derechos humanos. Manual para las instituciones de derechos humanos nacionales). 27.
- 379 Barker, G., et al. (2007). Cómo hacer participar a los hombres y los niños en la lucha contra la inequidad de género en el ámbito de la salud: algunos datos probatorios obtenidos de los programas de intervención.
- 380 Alméras, D (2013). Disability-Inclusive Development: Regional Perspectives in Latin America and the Caribbean (Desarrollo inclusivo de la discapacidad. Perspectivas regionales en América Latina y el Caribe). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- 381 Base de datos de la Oficina de Asuntos Jurídicos (OAJ) de las Naciones Unidas, <http://treaties.un.org> (a fecha de 20 de junio 2016).
- 382 Alméras, D (2013). Disability-Inclusive Development: Regional Perspectives in Latin America and the Caribbean (Desarrollo inclusivo de la discapacidad. Perspectivas regionales en América Latina y el Caribe). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- 383 Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano, AG/RES. 1369 (XXVI-O96).
- 384 Jessica Lenahan (González) et al. (Estados Unidos), Comisión Interamericana de Derechos Humanos, informe Núm. 80/11, caso 12.626 (2011).
- 385 Jessica Lenahan (González) et al. (Estados Unidos), Comisión Interamericana de Derechos Humanos, informe Núm. 80/11, caso 12.626 (2011); Paloma Angélica Escobar Ledezma et al. (México), Comisión Interamericana de Derechos Humanos, informe Núm. 51/13, caso 12.551 (2013).
- 386 Claudina Velázquez Páiz et al. (Guatemala), Comisión Interamericana de Derechos Humanos, informe Núm. 53/13, caso 11.157 (2011).
- 387 CEPAL de las Naciones Unidas (2014). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo: Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.
- 388 Ciara O'Connell (2014). Litigating Reproductive Health Rights in the Inter-American System: What Does a Winning Case Look Like? (Litigio de derechos de salud reproductiva

- en el sistema interamericano: ¿Cómo es un caso ganador?), *Health and Human Rights Journal* 16(2).
- 389 Ciara O'Connell (2014). Litigating Reproductive Health Rights in the Inter-American System: What Does a Winning Case Look Like? (Litigio de derechos de salud reproductiva en el sistema interamericano: ¿Cómo es un caso ganador?), *Health and Human Rights Journal* 16(2).
- 390 Para el propósito de este estudio, el término África Subsahariana hace referencia a los países pertenecientes a la región de África occidental y central y a la región del África meridional del UNFPA.
- 391 Los instrumentos regionales enumerados aquí representan solo una parte de los más relevantes para el ámbito de este estudio, pero existen muchos más. En su análisis integral de los regímenes legales que rigen los derechos humanos y de las mujeres en África, Fareda Banda identificó más de 25 iniciativas subregionales y regionales potencialmente relevantes. Véase Banda, F. (2005). *Women, Law and Human Rights: An African Perspective* (Mujeres, ley y derechos humanos. Una perspectiva africana).
- 392 A fecha de 25 de mayo de 2018, los siguientes países de la región no han ratificado la CDPD: Botswana, Camerún, Chad, Guinea Ecuatorial y Sudán del Sur. Información procedente de http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx.
- 393 Base de datos de la Oficina de Asuntos Jurídicos (OAJ) de las Naciones Unidas, <http://treaties.un.org> (a fecha de 20 de junio 2016).
- 394 Alméras, D (2013). Disability-Inclusive Development: Regional Perspectives in Latin America and the Caribbean (Desarrollo inclusivo de la discapacidad. Perspectivas regionales en América Latina y el Caribe). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- 395 Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul), adoptada el 27 de junio de 1981, OAU doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I. L. M. 58 (1982), que entró en vigor el 21 de octubre de 1986. Aunque el artículo 2 no especifica la discapacidad como una de las razones de discriminación prohibidas, la inclusión de «otro status» sugiere que se interprete de esta manera. Combrinck, H. (2013). *African Disability Rights Yearbook* (Anuario de los derechos de personas africanas con discapacidad). 361-368.
- 396 Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (2003). Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África, adoptado el 11 de julio de 2003, *Assembly/AU/Dec.14*.
- 397 Banda, F. (2005). *Women, Law and Human Rights: An African Perspective* (Mujeres, ley y derechos humanos. Una perspectiva africana).
- 398 Unión Africana (2003). Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África. Artículo 2, párrafo 2
- 399 Banda, F. (2005). *Women, Law and Human Rights: An African Perspective* (Mujeres, ley y derechos humanos. Una perspectiva africana).183.
- 400 ASDI (2015). *Disability Rights in Sub-Saharan Africa* (Los derechos de personas con discapacidad en el África Subsahariana). Información procedente de <http://www.sida.se/globalassets/sida/eng/partners/human-rights-based-approach/disability/rights-of-persons-with-disabilities-sub-saharan-africa.pdf>.
- 401 Departamento de Asuntos Sociales de la Comisión de la Unión Africana (2009). Plan de Acción Continental para el Decenio Africano de las Personas con Discapacidad 2010-2019. 11-13.
- 402 Departamento de Asuntos Sociales de la Comisión de la Unión Africana (2009). Plan de Acción Continental para el Decenio Africano de las Personas con Discapacidad 2010-2019. 13.
- 403 Tras la adopción del Proyecto de Protocolo, el siguiente paso es transmitirlo al proceso de elaboración de tratados de la Unión Africana. Informe de actividad del período de sesiones del Comisario Yeung Kam John Yeung Sik Yuen en su capacidad conjunta como Comisario y Portavoz del Grupo de trabajo sobre los derechos de las personas mayores y personas con discapacidad en África, Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, abril de 2016.
- 404 El UNFPA incluye los siguientes 20 países en la definición de la región de los Estados árabes: Argelia, Bahrein, Djibouti, Egipto, Iraq, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Palestina, Qatar, Arabia Saudita, Somalia, Sudán, Siria, Túnez, Emiratos Árabes Unidos y Yemen. Información procedente de <http://arabstates.unfpa.org/en/arab-states-glance>.
- 405 En mayo de 2018, Líbano había firmado la CDPD, aunque aún no la había ratificado, y Somalia no la había firmado ni ratificado.
- 406 Información procedente de http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx.
- 407 Handicap International y HelpAge International (2014). Hidden victims of the Syria Crisis: disabled, injured, and older refugees (Las víctimas ocultas de la crisis de Siria. Refugiados con discapacidad, heridos y de edad). Información procedente de <https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=5812>.
- 408 Handicap International y HelpAge International (2014). Hidden victims of the Syria Crisis: disabled, injured, and older refugees (Las víctimas ocultas de la crisis de Siria. Refugiados con discapacidad, heridos y de edad). 34.
- 409 Brotman, S. et al. (2008). Implementing CEDAW in North Africa & the Middle East: Roadblocks and Victories (Implementación de la CEDAW en África del Norte y Oriente Medio. Obstáculos y victorias).
- 410 OCDE (2014). *Women in Public Life: Gender, law, and policy in North Africa & the Middle East* (Las mujeres en la vida pública. Género, legislación y política en África del Norte y Oriente Medio).
- 411 Banco Mundial (2005). A Note on Disability Issues in the Middle East and North Africa (Nota informativa sobre cuestiones de discapacidad en África del Norte y Oriente Medio).
- 412 CESPAA y Liga de los Estados Árabes (2014). *Disability in the Arab Region: An Overview* (Panorama de la discapacidad en la región árabe). Información procedente de https://www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/page_attachments/disability_in_the_arab_region_-_an_overview_-_en_1.pdf.
- 413 ASDI (2014). *Disability Rights in the Middle East and North Africa*. Informe de políticas (Derechos de personas con discapacidad en África del Norte y Oriente Medio). Información procedente de <http://www.sida.se/globalassets/sida/eng/partners/human-rights-based-approach/disability/rights-of-persons-with-disabilities-mena.pdf>.
- 414 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011) Informe mundial sobre la discapacidad. Información

- procedente de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/.
- 415 ASDI (2014). Disability Rights in the Middle East and North Africa. Informe de políticas (Derechos de personas con discapacidad en África del Norte y Oriente Medio). Información procedente de <http://www.sida.se/globalassets/sida/eng/partners/human-rights-based-approach/disability/rights-of-persons-with-disabilities-mena.pdf>.
- 416 Disability Monitor Initiative Middle East (2009). Access to Social Services for Persons with Disabilities in the Middle East (Acceso a servicios sociales para personas con discapacidad en Oriente Medio). Información procedente de http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/AccessSocialServicesDMI2009.pdf.
- 417 CESPAP (sin fecha). Disability: Challenges and Opportunities (Discapacidad: desafíos y oportunidades). Información procedente de <http://www.unescap.org/our-work/social-development/disability/about>.
- 418 CESPAP (2003). Marco de Acción del Milenio de Biwako Hacia una Sociedad Inclusiva, Sin Barreras y Basada en los Derechos para las Personas con Discapacidad de Asia y el Pacífico. Información procedente de http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/ESCAP/APDDP/4/REV.1.
- 419 CESPAP (2003). Marco de Acción del Milenio de Biwako Hacia una Sociedad Inclusiva, Sin Barreras y Basada en los Derechos para las Personas con Discapacidad de Asia y el Pacífico. 19-20.
- 420 Naciones Unidas (2012). Estrategia de Incheon para Hacer Realidad los Derechos de las Personas con Discapacidad en Asia y el Pacífico. Información procedente de <http://www.unescap.org/sites/default/files/Incheon%20Strategy%20%28English%29.pdf>.
- 421 Tres casos recientes, recogidos por De Silva de Alwis y Klugman en *Freedom from Violence and the Law: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law* (Libertad contra la violencia y legislación: Una perspectiva global a la luz de la ley de violencia doméstica de China), 2015, mantienen de manera colectiva que los Estados deben investigar y juzgar con eficacia y presteza las denuncias relativas a la violencia por razón de género y proporcionar a todas las víctimas la capacidad de iniciar procedimientos jurídicos contra los perpetradores, y que todos los fiscales deben tratar la violencia contra las mujeres como factor decisivo o agravante en el ejercicio de su facultad de apreciación para llevar a cabo enjuiciamientos de interés público. Véase *Aydin v. Turkey* (Aydin contra Turquía), Núm. 57/1996/676/866, sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (1997); *Bevacqua v. Bulgaria* (Bevacqua contra Bulgaria), Núm. 71127/01, sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (12 de junio de 2008). El incumplimiento del Estado de la aplicación de las leyes de sanción por no actuar con rapidez supone, en realidad, la negación de asistencia a las personas supervivientes a la violencia y equivale a discriminación por razón de género. *Bevacqua*, párrafo 83; *Opuz v. Turkey* (Opuz contra Turquía), Núm. 33401/02, sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (9 de junio de 2009).
- 422 World Future Council (2014). Ending Violence against Women and Girls: The world's best laws and policies (Eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas. Las mejores leyes y políticas del mundo).
- 423 Consejo de Europa (2011). Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, serie de tratados del Consejo de Europa Núm. 210. Párrafo 26.
- 424 Consejo de Europa (2011). Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, serie de tratados del Consejo de Europa Núm. 210. Párrafo 87.
- 425 Comisión Europea (2010). Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras/*COM/2010/0636 final*/.
- 426 En 2012, el Comité Económico y Social Europeo adoptó un dictamen exploratorio que exigía la inclusión de las personas jóvenes con discapacidad en la educación, el deporte y el empleo, entre otros, y hacía hincapié en la importancia de la integración de las necesidades de las personas jóvenes con discapacidad en todos los programas y políticas de juventud de la UE. Véase Comité Económico y Social Europeo, dictamen exploratorio, Jóvenes con discapacidad: empleo, integración y participación en la sociedad. Véase: SOC/439-EESC-2012-826.
- 427 Consejo de Europa (2017). Council of Europe Disability Strategy 2017-2023, Human Rights: A Reality for All (Estrategia del Consejo Europeo sobre discapacidad 2017-2023. Derechos humanos: una realidad para todos).
- 428 Consejo de Europa (2017). Council of Europe Disability Strategy 2017-2023, Human Rights: A Reality for All (Estrategia del Consejo Europeo sobre discapacidad 2017-2023. Derechos humanos: una realidad para todos). 15.
- 429 Consejo de Europa (2017). Council of Europe Disability Strategy 2017-2023, Human Rights: A Reality for All (Estrategia del Consejo Europeo sobre discapacidad 2017-2023. Derechos humanos: una realidad para todos). 27-28.
- 430 Véase: <https://rm.coe.int/16800d383a>.
- 431 London School of Economics Centre for Women, Peace and Security. Véase: <http://blogs.lse.ac.uk/vaw/regional/europe/istanbul-convention/>.
- 432 London School of Economics Centre for Women, Peace and Security. Véase: <http://blogs.lse.ac.uk/vaw/regional/europe/istanbul-convention/>.
- 433 Council of Europe (2016). Council of Europe Strategy for the Rights of the Child 2016-2021 (Estrategia del Consejo de Europa para los derechos de los niños 2016-2021). Párrafo 30.
- 434 Unión Europea (2017). EU Guidelines for the Promotion and Protection of the Rights of the Child (2017): Leave No Child Behind (Directrices de la UE relativas a la promoción y la protección de los derechos de la infancia [2017]: no dejar a ningún niño atrás). 13.
- 435 González et al. («Campo algodonero») contra México, excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Corte Interamericana de Derechos Humanos (Ser. C) Núm. 205, párrafos 100, 286, 293.
- 436 Aziz, Z. A. y Moussa, J. (2015). Due Diligence Project's The Due Diligence Principle and the Role of the State: Discrimination against women in family and cultural life (El principio de la debida diligencia y el papel del Estado. Discriminación contra las mujeres en la vida familiar y cultural del Proyecto de la Debida Diligencia).
- 437 Jessica Lenahan (González) et al. (Estados Unidos), Comisión Interamericana de Derechos Humanos, informe Núm. 80/11, caso 12.626 (2011).

- 438 Velásquez Rodríguez vs. Honduras, sentencia de 29 de julio de 1988, Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Ser. C) Núm. 4., párrafo 173.
- 439 Maria da Penha Maia Fernandes vs. Brasil, caso 12.051, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, informe Núm. 54/01, OEA/Ser./L/V/II.111doc. 20 rev. (2001).
- 440 Naciones Unidas (2014). Marco de acciones para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014: Informe del Secretario General. A/69/62.
- 441 Naciones Unidas (2014). Marco de acciones para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014: Informe del Secretario General. A/69/62; ONU Mujeres (2015). Informe resumido: La Declaración y Plataforma de Acción de Pekín cumple 20 años.
- 442 Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). El Estado Mundial de la Infancia de 2013. Niños con discapacidad. Ensayos. Enfoque: Violencia hacia niños con discapacidad. Obtenido de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Jones, L. et al. (2012). Prevalencia y riesgo de violencia hacia niños con discapacidad: Un análisis sistemático y metaanálisis de estudios observacionales, *Lancet* 380, 899-907.
- 443 Jones, L. et al. (2012). Prevalencia y riesgo de violencia hacia niños con discapacidad: Un análisis sistemático y metaanálisis de estudios observacionales, *Lancet* 380, 899-907.
- 444 Encuentro Africano de la Política del Niño (2010). Rompiendo el silencio: Violencia hacia niños con discapacidad en África. Obtenido de <http://www.africanchildforum.org/en/index.php/en/resource-centre-2.html?pid=2&sid=117:breaking-the-silence-violence-against-children-with-disabilities-in-africa>.
- 445 Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). El Estado Mundial de la Infancia de 2013. Niños con discapacidad. Ensayos. Enfoque: Violencia hacia niños con discapacidad. Obtenido de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Alriksson-Schmidt, A. I., Armour, B. S. & Thibadeau, J. K. (2010). ¿Las adolescentes con discapacidad física corren mayor riesgo de violencia sexual? *Journal of School Health*. 361-367; Groce, N. (2004). Adolescentes y jóvenes con discapacidad: problemas y desafíos. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 13-32; Devries, Karen y otros. (2014). La violencia hacia niños con discapacidad en la escuela primaria en Uganda: un estudio transversal, *BMC Public Health* 14:1017.
- 446 Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K. McCoy, E., Eckley, L., & Bates, G. (2013). El Estado Mundial de la Infancia de 2013. Niños con discapacidad. Ensayos. Enfoque: Violencia hacia niños con discapacidad. Obtenido de https://www.unicef.org/sowc2013/focus_violence.html; Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C. & Logan, S. (2005). Invaldar las condiciones y la inscripción para el abuso y la negligencia infantil: un estudio basado en la población, *Paediatrics* 116: 609-613; y Suecia, el Instituto Nacional de Salud Pública de Suecia ("Folkhälsoinstitutet") (2012). Salud y bienestar de los niños y jóvenes con discapacidad ("Hälsa och välfärd hos barn och unga med funktionsnedsättning"). Págs. 39 y 50; como se cita en la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2015). Violencia hacia los niños con discapacidad: legislación, políticas y programas en la UE. Obtenido de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
- 447 Naciones Unidas (2017). Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Sexual and reproductive health and rights of girls and young women with disabilities, A/72/133.
- 448 Dowse, L. y otros. (2016). Mind the Gap: the extent of violence against women with disabilities in Australia, *Australian Journal of Social Issues* 51(3), 341-359.
- 449 Smith, D. (2008). Discapacidad, género y violencia de la pareja íntima: Relaciones del sistema de vigilancia de los factores de riesgo del comportamiento, *Sexuality and Disability*. 15-28; Alriksson-Schmidt, A. I., Armour, B. S. & Thibadeau, J. K. (2010). ¿Las adolescentes con discapacidad física corren mayor riesgo de violencia sexual? *Journal of School Health*. 361-367.
- 450 Puri, M., Misra, G., & Hawkes, S. (2015). Hidden Voices: prevalence and risk factors for violence against women with disabilities in Nepal, *BMC Public Health* 15:261; Md. Tanvir Hasan, et al. (2014). 'Prevalence and Experiences of Intimate Partner Violence against Women with Disabilities in Bangladesh: Results of an Explanatory Sequential Mixed-Method Study' *Journal of Interpersonal Violence* 29(17), 3105-3126.
- 451 Puri, M., Misra, G., & Hawkes, S. (2015). Hidden Voices: prevalence and risk factors for violence against women with disabilities in Nepal, *BMC Public Health* 15:261; Md. Tanvir Hasan, et al. (2014). 'Prevalence and Experiences of Intimate Partner Violence against Women with Disabilities in Bangladesh: Results of an Explanatory Sequential Mixed-Method Study' *Journal of Interpersonal Violence* 29(17), 3105-3126; ver también Naciones Unidas (2017). Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Sexual and reproductive health and rights of girls and young women with disabilities, A/72/133.
- 452 Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2015). Violencia hacia los niños con discapacidad: legislación, políticas y programas en la UE, 55. Obtenido de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
- 453 Thiara, R. K., Hague, G., & Mullender, A. (2011). Salir perdiendo en ambos casos: mujeres discapacitadas y violencia doméstica. *Disability & Society*, 26(6), 759; Van der Heijden, I., Abrahams, N. & Harries, J. (2016). 'Additional Layers of Violence: The Intersections of Gender and Disability in the Violence Experiences of Women With Physical Disabilities in South Africa.' *Journal of Interpersonal Violence*.
- 454 Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2015). Violencia hacia los niños con discapacidad: legislación, políticas y programas en la UE, 55. Obtenido de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
- 455 Ver, por ejemplo, O'Broin-Molloy, F. (2016). What exactly is a Twin-Track Approach?, obtenido de <https://medium.com/@socialbeings/what-exactly-is-a-twin-track-approach-dc33e17ce1a3> (julio 18, 2016)
- 456 ONU Mujeres (2012). Handbook for National Action Plans on Violence against Women. 69.
- 457 Los investigadores no han supervisado de forma independiente ninguna de las prácticas descritas, ni han evaluado de forma independiente su sostenibilidad o implementación satisfactoria.
- 458 Hester, M & Lilley S. (2014). Prevención de la violencia hacia las mujeres: Artículo 12 del Convenio de Estambul: Una colección de documentos sobre el Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, Consejo de Europa.

- 459 Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2015). Violencia hacia los niños con discapacidad: legislación, políticas y programas en la UE. Obtenido de <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/children-disabilities-violence>.
- 460 Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.
- 461 Hagemann-White, C., y otros. (2009). Factores en juego en la perpetración de la violencia hacia las mujeres, hacia los niños y por orientación sexual: Un modelo interactivo de niveles múltiples. Desarrollado para la Comisión Europea en 2009, y disponible en http://ec.europa.eu/justice/funding/daphne3/multi-level_interactive_model/understanding_perpetration_start_uinix.html. En particular, el modelo de Hagemann-White adopta una visión estrecha de la violencia hacia las mujeres que excluye muchas de las formas de violencia a las que las mujeres y niñas con discapacidad son vulnerables.
- 462 Marcus, R. & Harper, C. (2014). Gender Justice and Social Norms: Processes of Change for Adolescent Girls, ODI.
- 463 Marcus, R. & Harper, C. (2014). Gender Justice and Social Norms: Processes of Change for Adolescent Girls, ODI.
- 464 Laura Haylock, y otros. (2016). Cambiar las normas sociales negativas enraizadas en las relaciones desiguales de género y poder para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas, *Gender & Development* 24(2), 231-244.
- 465 Laura Haylock, y otros. (2016). Cambiar las normas sociales negativas enraizadas en las relaciones desiguales de género y poder para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas, *Gender & Development* 24(2), 231-244.
- 466 Hester, M & Lilley S. (2014). Prevención de la violencia hacia las mujeres: Artículo 12 del Convenio de Estambul: Una colección de documentos sobre el Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, Consejo de Europa.
- 467 Adaptado de Hagemann-White y otros. (2010). Factores en juego en la perpetración de la violencia hacia las mujeres, hacia los niños y por orientación sexual.
- 468 Adaptado de ONU Mujeres (2015). Un marco para apoyar la acción para prevenir la violencia contra la mujer.
- 469 Ver, por ejemplo., Raja, D.S. (2016). Bridging the Disability Divide, World Bank Group background paper to the World Development Report 2016: Digital Dividends.
- 470 Marcus, R. & Harper, C. (2014). Gender Justice and Social Norms: Processes of Change for Adolescent Girls, ODI.
- 471 Ibis Reproductive Health (2017). Se puede acceder a través de: <https://ibisreproductivehealth.org/mission>.
- 472 Mmoho (2017). Sobre nosotros. Obtenido de <http://www.mmoho.co.za/campaign/>.
- 473 Para una lista parcial, consultar ONU Mujeres, OMS, FPNU, PNUD y ONUDD (2016). Paquete de servicios fundamentales para mujeres y niñas sujetas a violencia Elementos principales y pautas de calidad. Obtenido de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>.
- 474 ONU Mujeres, OMS, FPNU, PNUD y ONUDD (2016). Paquete de servicios fundamentales para mujeres y niñas sujetas a violencia Elementos principales y pautas de calidad. Obtenido de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>.
- 475 Adaptado del módulo 2 del paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas expuestas a violencia: Elementos principales y pautas de calidad.
- 476 División de Desarrollo de Políticas Sociales de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (2016). Conjunto de herramientas sobre la discapacidad para África: Servicios de salud inclusivos para personas con discapacidad. Obtenido de <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Inclusive-Health.pdf>.
- 477 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000). Cuestiones de fondo que surgen en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4.
- 478 Comité de los Derechos del Niño (2003). Comentario general Núm. 4 Salud y desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño. CRC/GC/2003/4.
- 479 Germain, A. (2013). Cumplimiento de las normas de derechos humanos para la calidad de la información y servicios de la salud sexual y reproductiva, documento de análisis de la CIPD después de 2014.
- 480 Este capítulo limitará el análisis a los servicios relacionados con la justicia y las políticas, y los servicios de apoyo a las víctimas. El análisis sobre el acceso a los servicios de SSR en el contexto de la violencia de género se incluirá en el Capítulo 5.
- 481 Consejo de Europa (2017). Derechos humanos: una realidad para todos - La Estrategia sobre Discapacidad del Consejo de Europa 2017 - 2023. 15. Obtenido de <https://edoc.coe.int/en/people-with-disabilities/7276-pdf-human-rights-a-reality-for-all-council-of-europe-disability-strategy-2017-2023.html>.
- 482 Consejo de Europa (2017). Derechos humanos: una realidad para todos - La Estrategia sobre Discapacidad del Consejo de Europa 2017 - 2023. 27-28. Obtenido de <https://edoc.coe.int/en/people-with-disabilities/7276-pdf-human-rights-a-reality-for-all-council-of-europe-disability-strategy-2017-2023.html>.
- 483 SIDA (2015). Derechos de la discapacidad en África Subsahariana. Obtenido de <http://www.sida.se/globalassets/sida/eng/partners/human-rights-based-approach/disability/rights-of-persons-with-disabilities-sub-saharan-africa.pdf>.
- 484 Departamento de Asuntos Sociales de la Comisión de la Unión Africana (2009). Plan de Acción Continental para el Decenio de las Personas con Discapacidad 2010-2019. 11 - 13..
- 485 Departamento de Asuntos Sociales de la Comisión de la Unión Africana (2009). Plan de Acción Continental para el Decenio de las Personas con Discapacidad 2010-2019. 13.
- 486 Jessica Lenahan (Gonzalez) y otros. (Estados Unidos), Com. Inter. DD. HH. Informe Núm.. 80/11, caso 12,626 (2011).
- 487 Jessica Lenahan (Gonzalez) y otros. (Estados Unidos), Com. Inter. DD. HH. Informe Núm.. 80/11, caso 12,626 (2011).; Paloma Angelica Escobar Ledezma y otros. (México), Com. Inter. DD. HH. Informe Núm.. 51/13, caso 12,551 (2013).
- 488 Claudina Velazquez Paiz y otros. (Guatemala), Com. Inter. DD. HH. Informe Núm.. 53/13, caso 11,157 (2011).
- 489 ONU Mujeres (sin fecha) Panel de base de datos constitucional de igualdad de género mundial,, disponible en <http://constitutions.unwomen.org/en/dashboard>.
- 490 Klugman, J. (2017). La violencia de género y la ley, documento informativo sobre la gestión y el informe sobre el derecho al desarrollo mundial..

- 491 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División para el Progreso de la Mujer (2010). Manual de Legislación sobre Violencia hacia la Mujer.
- 492 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División para el Progreso de la Mujer (2010). Manual de Legislación sobre Violencia hacia la Mujer.
- 493 de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Derecho a no ser víctima de la violencia y la ley: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015.
- 494 de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Derecho a no ser víctima de la violencia y la ley: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015.
- 495 de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Derecho a no ser víctima de la violencia y la ley: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015.
- 496 de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Derecho a no ser víctima de la violencia y la ley: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015. 36 y 44; ONU Mujeres (2011). Progreso de las mujeres del mundo: En busca de la justicia.
- 497 Ministerio de Ley y Justicia, Ley de Derecho Penal (enmienda) de 2013, The Gazette of India, Nueva Delhi, 2 de abril de 2013/CHAITRA 12, 1935 (SAKA).
- 498 Ministerio de Ley y Justicia, Ley de Derechos de las Personas con Discapacidad de 2016, The Gazette of India, Nueva Delhi, 28 de diciembre de 2016/Pausha 17, 1938 (Saka).
- 499 Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (sin fecha). La presentación del estudio sobre "Responsabilidad del Estado para erradicar la violencia contra la mujer" será redactada por la ponente especial sobre la violencia contra la mujer; Hester, M & Lilley S. (2014). Prevención de la violencia hacia las mujeres: Artículo 12 del Convenio de Estambul: Una colección de documentos sobre el Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, Consejo de Europa.
- 500 Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (sin fecha). La presentación del estudio sobre "Responsabilidad del Estado para erradicar la violencia contra la mujer" será redactada por la ponente especial sobre la violencia contra la mujer.
- 501 Parlamento Europeo (2013). Dirección General de Políticas Internas, Informe Nacional sobre España para el Estudio de las Políticas de los Niños con discapacidad de los Estados Miembros.
- 502 Parlamento Europeo (2013). Dirección General de Políticas Internas, Informe Nacional sobre España para el Estudio de las Políticas de los Niños con discapacidad de los Estados Miembros.
- 503 de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Derecho a no ser víctima de la violencia y la ley: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015.
- 504 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División para el Progreso de la Mujer (2010). Manual de Legislación sobre Violencia hacia la Mujer.
- 505 de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Derecho a no ser víctima de la violencia y la ley: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015.
- 506 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División para el Progreso de la Mujer (2010). Manual de Legislación sobre Violencia hacia la Mujer.
- 507 de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Derecho a no ser víctima de la violencia y la ley: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015.
- 508 ONU Mujeres (2011). Progreso de las mujeres del mundo: En busca de la justicia.
- 509 Naciones Unidas (2017). Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Sexual and reproductive health and rights of girls and young women with disabilities, A/72/133.
- 510 Consultar, por ejemplo, Sobsey, D. y Doe, T. (1991). Patrones de abuso y agresión sexual, Sexualidad y discapacidad 9, 243-259.
- 511 PROFAMILIA (Asociación Probienestar de la Familia) es una organización privada sin fines de lucro con más de 50 años de experiencia brindando servicios de SSR a través de sus 28 clínicas ubicadas en 23 ciudades de Colombia. PROFAMILIA atiende anualmente alrededor de 700 000 personas y realiza alrededor de 3 000 000 procedimientos y servicios de la salud. Estos servicios incluyen la práctica de métodos de anticoncepción quirúrgica para hombres y mujeres, incluidas las personas con discapacidad.
- 512 ASDOWN Colombia (Asociación Colombiana de Síndrome de Down) fue fundada en 2005 como una asociación familiar para promover la inclusión de personas con discapacidad intelectual y actualmente trabaja con 16 organizaciones familiares en Colombia. Actualmente, ASDOWN brinda asesoramiento y ayuda a 1500 familias.
- 513 LICA (Colombian League of Autism) is a non-profit organisation that works for the rights and improvement of the quality of life of people with autism and their families. LICA works with people with autism spectrum disorder (ASD), their families, professionals, organisations, and all those who identify with the needs of the population with ASD.
- 514 PAIS (Programa de Acción para la Igualdad y la Inclusión Social) fue fundado en 2007. Su misión es proporcionar oportunidades para que los estudiantes de derecho participen en la práctica de los derechos humanos, la igualdad y la inclusión social de las poblaciones con una protección constitucional reforzada en virtud de la legislación colombiana, incluidas las personas con discapacidad y la población LGBTQI. El trabajo de PAIS incluye asesoramiento directo y litigio estratégico ante organismos nacionales e internacionales, investigación socio-jurídica y apoyo técnico en el diseño e implementación de políticas públicas.
- 515 Este análisis se basa en una entrevista con David W. Leebron de la Comunidad de Derechos Humanos (Columbia Law School) y utiliza una traducción no oficial de la resolución relevante.
- 516 ONU Mujeres (2012). Handbook for National Action Plans on Violence Against Women.
- 517 Naciones Unidas (2007). Resolución aprobada por la Asamblea General: 61,106. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. A/RES/61/106. Artículos 6 y 16.
- 518 Comité para la Erradicación de la Discriminación hacia la Mujer, ____ [verificar las observaciones finales para Nigeria en 2017, también CEDAW/C/HTI/C/7, A/57/38, y A/55/38.
- 519 ONU Mujeres (2012). Handbook for National Action Plans on Violence Against Women.

- 520 ONU Mujeres (2012). Handbook for National Action Plans on Violence Against Women.
- 521 ONU Mujeres (2012). Handbook for National Action Plans on Violence Against Women.
- 522 Secretaría del Encuentro de las Islas del Pacífico (2015). Marco del Pacífico para los Derechos de las Personas con Discapacidad 2016-2025: Un marco regional para apoyar las acciones de los gobiernos nacionales sobre el desarrollo inclusivo de los derechos de las personas con discapacidad.
- 523 Reino de Camboya (2014). Plan de acción nacional para prevenir la violencia hacia las mujeres 2014-2018.
- 524 Gobierno del estado de Victoria (Australia) (2017). Sin violencia: La estrategia de Victoria para prevenir la violencia familiar y todas las formas de violencia contra la mujer..
- 525 Consejo de Gobiernos Australianos (2009). Plan nacional para reducir la violencia hacia las mujeres y sus hijos 2010 - 2022.
- 526 Entrevista con el informador clave del Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay.
- 527 ONU Mujeres (2012). Handbook for National Action Plans on Violence Against Women.
- 528 FPNU (2014). Fortalecimiento de las respuestas del sistema de salud a la violencia de género en Europa del Este y Asia Central: Una carpeta de recursos.
- 529 Comité para la Erradicación de la Discriminación hacia la Mujer, Observación General Núm. 24.
- 530 OMS (2013). Respondiendo a la violencia de la pareja íntima y la violencia sexual hacia las mujeres: Directrices clínicas y políticas de la OMS.
- 531 Women Enabled International y FPNU (próxima publicación en 2018). Directrices para proporcionar servicios basados en los derechos y que respondan al género para abordar la violencia de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres y los jóvenes con discapacidad.
- 532 de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Derecho a no ser víctima de la violencia y la ley: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015.
- 533 Klugman, J. y otros. (2014). Voz y representación: Empoderando a mujeres y niñas para la prosperidad compartida, Banco Mundial.
- 534 Consultar, por ejemplo, Ortoleva, S. (2010). Justicia inaccesible: Derechos Humanos, Personas con Discapacidad y el Sistema Legal, Revista ILSA de Derecho Internacional y Comparado 17(2), 281 - 320.
- 535 Entrevista con el portavoz del Consejo General de la Magistratura, España.
- 536 Entrevista con el portavoz del Consejo General de la Magistratura, España.
- 537 Entrevista con Ángeles Carmona, Presidenta del Observatorio hacia la Violencia Doméstica y la Violencia de Género.
- 538 Información de la entrevista con el informador clave del Encuentro sobre Discapacidad del Pacífico; Consultar también Handicap International (2015). Iniciativa "Hacer que funcione" sobre Inclusión de Género y Discapacidad..
- 539 Dickman, B. & Roux, A. (2005). Demandantes con problemas de aprendizaje en casos de abuso sexual: Una revisión de 10 años de un proyecto psicológico en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, British Journal of Learning Disabilities 33, 138 - 144.
- 540 Open Society Institute (2017). Celebrando Pequeñas Victorias: Cómo la Asociación de Personas con Discapacidad Intelectual de Kenya está cambiando el acceso al panorama de la justicia para personas con discapacidad intelectuales..
- 541 KAIH y COVAW (2017). Romper el silencio sobre la violencia sexual y de género hacia niños y niñas, mujeres y hombres con discapacidad intelectual en Kenya, con un enfoque específico en dos condados. Hacer que funcione, Handicap International. Obtenido de <https://www.makingitwork-crpd.org/index.php/our-work/good-practices/breaking-silence-around-sexual-and-gender-based-violence-against-boys-and>.
- 542 Consultar, por ejemplo, Kilonzo, N. y otros. (2008). Ofrecer servicios de atención tras una violación: La experiencia de Kenya en el desarrollo de servicios integrados, Boletín de la Organización Mundial de la Salud; Keesbury, J. & Askew, I. (2010). Respuestas integrales a la violencia de género en entornos de bajos recursos: Lecciones aprendidas de la implementación, Consejo de Población.
- 543 DAWN (2017). Cuestiones: Encuesta Nacional de Accesibilidad y Alojamiento. Obtenido de <http://www.dawncanada.net/issues/issues/national-accessibility-and-accommodation-survey/>.
- 544 Roberts, A. R., & BCETS, D. (Eds.) (2007). Mujeres maltratadas y sus familias Estrategias de intervención y programas de tratamiento.
- 545 Berk, R. A., Newton, P. J., & Berk, S. F. (1986). Qué diferencia puede hacer un día: Un estudio empírico del impacto de los refugios para mujeres maltratadas. Journal of Marriage and the Family, 481-490.
- 546 VanNatta, M. (2010). Poder y control: Cambio de estructuras de refugios para las mujeres maltratadas. International Journal of Interdisciplinary Social Sciences, 5(2).
- 547 DAWN. (2017). Cuestiones: Encuesta Nacional de Accesibilidad y Alojamiento. Obtenido de <http://www.dawncanada.net/issues/issues/national-accessibility-and-accommodation-survey/>.
- 548 Vaughan, C., Zayas, J., Devine, A., Gill-Atkinson, L., Marella, M., Garcia, J., ... & Baker, S. (2015). W-DARE: un programa de tres años de investigación de acción participativa para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad en Filipinas. BMC public health, 15(1), 984.
- 549 Vaughan, C., Devine, A., Ignacio, R., Lacsamana, W., Jesusa Marco, M., Zayas, J., & Sobritchea, C. (2016). Desarrollar la capacidad para una respuesta a la violencia hacia las mujeres y las niñas que incluya la discapacidad: Experiencias del proyecto W-DARE en Filipinas. Gender & Development, 24(2), 245 - 260.
- 550 Vaughan, C., Devine, A., Ignacio, R., Lacsamana, W., Jesusa Marco, M., Zayas, J., & Sobritchea, C. (2016). Desarrollar la capacidad para una respuesta a la violencia hacia las mujeres y las niñas que incluya la discapacidad: Experiencias del proyecto W-DARE en Filipinas. Gender & Development, 24(2), 245 - 260.
- 551 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División para el Progreso de la Mujer (2010). Manual de Legislación sobre Violencia hacia la Mujer.
- 552 ONU Mujeres (2012). Handbook for National Action Plans on Violence Against Women. 69.
- 553 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División para el Progreso de la Mujer (2010). Handbook for Legislation on Violence against Women. 18.

- 554 ONU Mujeres (2012). Handbook for National Action Plans on Violence Against Women. 69.
- 555 Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio de Australia (2017). Australian Aid Budget Summary 2017-2018. Obtenido de <http://dfat.gov.au/about-us/corporate/portfolio-budget-statements/Documents/2017-18-australian-aid-budget-summary.pdf>.
- 556 Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio de Australia (2015). Development for All 2015-2020. Estrategia para fortalecer el desarrollo inclusivo de las personas con discapacidad en el Programa de Ayuda de Australia.. Obtenido de <https://dfat.gov.au/about-us/publications/Documents/development-for-all-2015-2020.pdf>.
- 557 Astbury, J., & Walji, F. (2013). Triple Jeopardy: Violencia de género y violaciones de los derechos humanos experimentadas por mujeres con discapacidad en Camboya. Australia: AUSAID.
- 558 Consultar República de Rwanda, Oficina de Supervisión de Género en <http://gmo.gov.rw/>.
- 559 de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Derecho a no ser víctima de la violencia y la ley: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015.
- 560 OSCE (2012). Manual de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos sobre los Derechos de la Mujer y la Igualdad de Género.. Obtenido de <http://www.osce.org/odihr/97756?download=true>.
- 561 Htun, M. &Weldon, S.L. (2012) The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combating Violence against Women in Global Perspective, 1975-2005, American Political Science Review 106(3), 548.
- 562 de Silva de Alwis, R. & Klugman, J. (2015). Derecho a no ser víctima de la violencia y la ley: A Global Perspective in Light of the Chinese Domestic Violence Law, 2015.
- 563 Entrevista con el informador clave de DAWN Canada.
- 564 Entrevista con el informador clave de DAWN Canada.
- 565 Entrevista con el informador clave de DAWN Canada.
- 566 Encuentro de Asia Pacífico (2017). Sobre nosotros. Obtenido de <http://www.asiapacificforum.net/about/building-stronger-nhris/>.
- 567 Encuentro de Asia Pacífico (2017). Derechos Humanos y Discapacidad: Un manual para las INDH. 43. Obtenido de https://nhri.ohchr.org/EN/Themes/PersonsDisabilities/Documents/Human_Rights_and_Disability_Manual.pdf.
- 568 Encuentro de Asia Pacífico (2017). Derechos Humanos y Discapacidad: Un manual para las INDH. 74.
- 569 Encuentro de Asia Pacífico (2017). Derechos Humanos y Discapacidad: Un manual para las INDH. 108.
- 570 Organización de los Estados Americanos (2015). Guía práctica del Sistema de Indicadores de Progreso para Medir la Implementación de la Convención de Belém do Pará, MESECVI.
- 571 Naciones Unidas (2016). La Agenda de Desarrollo Sostenible. Disponible en línea: www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/.
- 572 Naciones Unidas (2017). Informe del Secretario General, Situación de las mujeres y las niñas con discapacidad y el estado de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Protocolo Facultativo al respecto. A/72/227.
- 573 Véase: <https://dhsprogram.com/publications/publication-dhsqm-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm>.
- 574 Comité para la Erradicación de la Discriminación hacia la Mujer (2014) Recomendación general Núm. 32 sobre las dimensiones relacionadas con el género del estado de refugiado, el asilo, la nacionalidad y la apatridia de las mujeres. CEDAW/C/GV/32.
- 575 Pearce, E. (2015). "“Veo que es posible”": Desarrollar la capacidad para la inclusión de la discapacidad en la programación de la violencia de género en contextos humanitarios. Comisión de Mujeres Refugiadas. Obtenido de <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-inhumanitarian-settings-overview>.
- 576 Pearce, E. (2015). "“Veo que es posible”": Desarrollar la capacidad para la inclusión de la discapacidad en la programación de la violencia de género en contextos humanitarios.24 - 25. Comisión de Mujeres Refugiadas.
- 577 Esmail, S., et al. (2010). Actitudes y percepciones en relación con la discapacidad y la sexualidad, Discapacidad y rehabilitación 32(14) 1148-1155; Hilberink, S.R., et al. (2013). Aplicación piloto de una intervención para promover la salud sexual entre los adolescentes y los adultos jóvenes en rehabilitación, Sexualidad y discapacidad 31(4), 373-392.
- 578 Ballan, M. (2012). Perspectivas de los padres en la comunicación sobre sexualidad en familias de niños con trastornos del espectro autista, Journal of Autism and Developmental Disorders 42(5), 676-684; Oriente, J.L., y Orchard, T.R. (2014). El trabajo de otra persona: Experiencias sobre educación sexual entre profesionales sanitarios, padres y adolescentes con discapacidad física en el sudoeste de Ontario, Sexuality and Disability 32(3), 335-350.
- 579 Jahoda, A. & Pownall, J. (2014). Conocimientos sobre sexualidad, fuentes de información y redes sociales: los informes de jóvenes con discapacidad intelectual y de sus compañeros no discapacitados, Journal of Intellectual Disability Research 58(5); 430-441; Kassa, T.A., et al. (2014). La sexualidad y la salud sexual y reproductiva de los jóvenes discapacitados en Etiopía, Sexually Transmitted Diseases 41(10), 583-588.
- 580 Naciones Unidas (2017). Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, A/72/133.
- 581 Kassa, T.A., et al. (2014) La sexualidad y la salud sexual y reproductiva de los jóvenes discapacitados en Etiopía, Sexually Transmitted Diseases 41(10), 583-588; Oladunni, T.M. (2012). Acceso a información sobre sexualidad entre los adolescentes con discapacidad, el IFE Psychologia 20(20), 142-149; Olaleye, A.O., et al. (2007). Comportamientos sexuales y conocimientos sobre salud reproductiva en jóvenes con discapacidad en edad escolar en Ibadan, Nigeria, Health Education 107(2), 208-218.
- 582 Kassa, T.A. et al. (2016). Salud sexual y reproductiva de los jóvenes con discapacidad en Etiopía: Un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas, Globalisation and Health 12(1); Aderemi, T.J., et al. (2014). Predictores de servicios voluntarios de asesoramiento y pruebas del VIH Servicios utilización entre las personas con discapacidad en Addis Abeba, Etiopía, AIDS Care 26(12) 1461-1466.
- 583 Agarwal, U. y Muralidhar, S.,(2016). Un análisis de situación en cuestiones de salud sexual y reproductiva en las personas con discapacidad física, asistiendo a un hospital de atención terciaria en Nueva Delhi, Indian Journal of Sexual Transmitted Diseases 37(2) 1620166.

- 584 Ayiga N. & Kigozi, S. (2016). El acceso a y la utilización de anticonceptivos por las mujeres con discapacidad. *Journal of Social Sciences* 2016, 12 (4): 171,181.
- 585 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). Observación general Nº 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22.
- 586 Todas las entrevistas a las que se hace referencia se realizaron como parte del estudio global durante las visitas sobre el terreno.
- 587 Como se señaló en el Capítulo 1, a los efectos de este estudio, los jóvenes con discapacidad se definen como personas de entre 10 y 24 años de edad.
- 588 Degener, T. (2014). Un modelo de derechos humanos de la discapacidad. En *Routledge Handbook of Disability Law and Human Rights*. 10-12
- 589 Citado en: Devine, A., Ignacio, R., Prenter, K., Temminghoff, L., Gill-Atkinson, L., Zayas, J., ... & Vaughan, C. (2017). «La libertad para ir donde quiero»: mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva entre las mujeres con discapacidad en Filipinas. *Reproductive Health Matters*. 61.
- 590 Los ejemplos de las prácticas estatales que se describen a continuación son sólo a título ilustrativo. Estas prácticas positivas se identificaron en una revisión bibliográfica que incluía informes nacionales para los organismos que controlan el tratado internacional y procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos, visitas de campo y comunicación con expertos regionales y nacionales y defensores. Los investigadores de este estudio no han supervisado de forma independiente ninguna de las prácticas descritas, ni han evaluado de forma independiente su sostenibilidad o su aplicación satisfactoria.
- 591 Kismödi, E., et al. (2015). Promover la salud sexual a través de los derechos humanos: el papel de la ley, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.
- 592 Rosenfeld, M. (1986). Substantive Equality and Equal Opportunity: A Jurisprudential Appraisal (Igualdad sustantiva y de oportunidades: una evaluación de la jurisprudencia), 74 *Cal. L. Rev.* 1687.
- 593 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). Observación general Nº 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22.
- 594 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). Observación general Nº 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22.
- 595 UNFPA (2014). Del compromiso a la acción en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos: lecciones del primer ciclo del Examen Periódico Universal.
- 596 UNFPA (2014). Del compromiso a la acción en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos: lecciones del primer ciclo del Examen Periódico Universal.
- 597 Naciones Unidas (2017). Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, A/72/133.
- 598 Naciones Unidas (2017). Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, A/72/133.
- 599 Mprah, W.K. (2013). Percepciones sobre las barreras a la información y los servicios sobre salud sexual y reproductiva entre las personas sordas en Ghana, *Disability, CBR and Inclusive Development Journal* 24(3), 23-36.
- 600 División de las NU para el Desarrollo de Políticas Sociales, Departamento de Asuntos Sociales y Económicos (2016). Conjunto de herramientas sobre la discapacidad para África: Servicios de salud inclusivos para personas con discapacidad. Obtenido de <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Inclusive-Health.pdf>.
- 601 Comité de las Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. E/C.12/2000/4.
- 602 Ver la Observación General del CDESC, párrafo 12(a) de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2012), las directrices técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para la aplicación de políticas y programas destinados a reducir la morbilidad y la mortalidad maternas evitables. Doc. ONU Núm. A/HRC/21/22, para. 20.
- 603 Los medicamentos esenciales se definen como «aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población y que están destinados a estar disponibles en el contexto de sistemas de salud que funcionan en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con garantía de calidad y a un precio que los pacientes y la comunidad puedan pagar». Observación General del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Nº 14, Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS (18ª ed. 2013).
- 604 Ver: Comité Europeo de Derechos Sociales, la IPPF v Italia, 2014.
- 605 OMS (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, Second Edition. Obtenido de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/.
- 606 Germain, A. (2013), Meeting Human Rights Norms for the Quality of Sexual and Reproductive Health Information and Services, ICPD Beyond 2014 Discussion Paper.
- 607 Véase, por ejemplo, la OMS (2015). La salud sexual, los derechos humanos y el derecho; Kismödi, E., et al. (2015). Promover la salud sexual a través de los derechos humanos: el papel de la ley, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.
- 608 Naciones Unidas (2017). Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, A/72/133.
- 609 OMS (2015). La salud sexual, los derechos humanos y el derecho; Kismödi, E., et al. (2015). Promover la salud sexual a través de los derechos humanos: el papel de la ley, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.
- 610 La siguiente es una adaptación del texto de la OMS de La salud sexual, los derechos humanos y la ley (2015).
- 611 Comité de los Derechos del Niño (2016). Observación general Nº 20 (2016) sobre la aplicación de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20*; además, Observación general Nº 9 s sobre los derechos de los niños con discapacidad, CRC/C/GC/9.

- 612 KPMG, UNFPA y UKAID, (2017). Derecho de acceso: Orientación estratégica regional para aumentar el acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos para jóvenes con discapacidad.
- 613 Véase, por ejemplo, Germain, A., et al. (2015). Promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los países de ingresos bajos y medianos: implicaciones para la agenda de desarrollo global posterior a 2015, *Global Public Health* 10(2), 137-148; Kismödi, E., et al. (2015). Promover la salud sexual a través de los derechos humanos: el papel de la ley, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.
- 614 Ministerio de Ley y Justicia (2016). Ley sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2016, el Boletín Oficial de la India, Nueva Delhi, 28 de diciembre de 2016/Pausa 17, 1938 (Sana).
- 615 Ministerio de Ley y Justicia (2016). Ley sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2016, el Boletín Oficial de la India, Nueva Delhi, 28 de diciembre de 2016/Pausa 17, 1938 (Sana). Racor. 4 y 5.
- 616 Ministerio de Ley y Justicia (2016). Ley sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2016, el Boletín Oficial de la India, Nueva Delhi, 28 de diciembre de 2016/Pausa 17, 1938 (Sana). Racor. 24(d) y 25(1)(b).
- 617 Ministerio de Ley y Justicia (2016). Ley sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2016, el Boletín Oficial de la India, Nueva Delhi, 28 de diciembre de 2016/Pausa 17, 1938 (Sana). Racor: 25(2)(k).
- 618 Kismödi, E., et al. (2015). Promover la salud sexual a través de los derechos humanos: el papel de la ley, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.
- 619 Gobierno de Mozambique (2004). Constitución de la República de Mozambique; Casimir, E., & Sopes, U. (2013). África Disability Rights Preaviso. Volumen 1.
- 620 UNFPA (2014). Del compromiso a la acción en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos: lecciones del primer ciclo del Examen Periódico Universal.
- 621 UNFPA (2014). Del compromiso a la acción en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos: lecciones del primer ciclo del Examen Periódico Universal.
- 622 Kismödi, E., et al. (2015). Promover la salud sexual a través de los derechos humanos: el papel de la ley, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.; Frícan Unión (2015). Plan de Acción de Ampuato 2015: Informe de revisión; los Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe (2008). Declaración Ministerial, prevenir a través de la Educación, I Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH y las ETS en América Latina y el Caribe.
- 623 Kismödi, E., et al. (2015). Promover la salud sexual a través de los derechos humanos: el papel de la ley, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 10(2), 252-267.; Frícan Unión (2015). Plan de Acción de Ampuato 2015: Informe de revisión; los Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe (2008). Declaración Ministerial, prevenir a través de la Educación, I Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH y las ETS en América Latina y el Caribe.
- 624 Ministerio de Salud, República de Kenya, Política Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes (2015)
- 625 Ministerio de Desarrollo Social, República de Sudáfrica (2015). National Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Framework Strategy 2014-2019 (Estrategia nacional en el ámbito de los derechos y la salud sexuales y reproductivos de los adolescentes).
- 626 Adaptado de Essential Packages Manual: Sexual and Reproductive Health and Rights Programmes for Young People (Edition 2016) de Rutgers en colaboración con STOP AIDS NOW!
- 627 Naciones Unidas (2017). Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, A/72/133.
- 628 Mprah, W.K. (2013). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre personas sordas en Ghana, *Frican Journal of Disability* 2(1), Art. 43.
- 629 Mprah, W.K. (2013). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre personas sordas en Ghana, *Frican Journal of Disability* 2(1), Art. 43; Schiavo, S. Comunicación sobre salud: de la teoría a la práctica.
- 630 Informado por el Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación sobre la Sexualidad de la UNFPA: un enfoque basado en evidencias (2018).
- 631 Organización Mundial de la Salud (2018). Normas para mejorar la calidad de la atención para los niños y los adolescentes en las instalaciones sanitarias. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?ua=1>.
- 632 Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA (2015). Normas Mundiales sobre la Calidad de los Servicios de Atención Sanitaria para Adolescentes. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/.
- 633 Las directrices se pondrán a disposición del público en los sitios web del UNFPA y de Women Enabled International.
- 634 UNESCO (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencias. Obtenido de <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>.
- 635 UNESCO (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencias. Obtenido de <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>.
- 636 Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature, and research cited therein.
- 637 Braathen, A., Rohleder, P. & Azalde, G. (2017). Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls with Disabilities: A review of the literature, and research cited therein.
- 638 Kassa, T.A. et al. (2016). Salud sexual y reproductiva de los jóvenes con discapacidad en Etiopía: Un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas, *Globalisation and Health* 12(1).
- 639 UNESCO (2007). EFA global monitoring report: EFA. Strong foundations: Early childhood care and education.
- 640 Löfgren-Mårtenson, L. (2012). «¡Quiero hacerlo bien!» Un estudio piloto en Suecia sobre educación sexual y jóvenes con discapacidad intelectual. *Sexuality and Disability*, 30(2), 209-225.

- 641 UNFPA (2014). UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender.
- 642 Véase, por ejemplo: Thomason, J. (2013). An Evaluation of the Delivery of Sexuality Education in a Youth Development Context. Obtenido de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.914.8219&rep=rep1&type=pdf>.
- 643 Ngilangwa, D.P., et al. (2016). Accesibilidad a educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos entre los jóvenes marginados en distritos concretos de Tanzania, The Pan African Medical Journal 25(2).
- 644 Ngilangwa, D.P., et al. (2016). Accesibilidad a educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos entre los jóvenes marginados en distritos concretos de Tanzania, The Pan African Medical Journal 25(2).
- 645 Basado en una entrevista con una informante clave de una organización sin ánimo de lucro y centrada en la discapacidad, en Madrid, España.
- 646 Make the right real (2017). D^a. Lyazzat Kaltayeva, presidenta, Foro sobre la Discapacidad de Asia Central, y presidenta, Asociación de Mujeres con Discapacidad «Shyrak», Almaty, Kazajstán. Obtenido de <http://www.maketherightreal.net/champions/lyazzat-kaltayeva>.
- 647 Shyrak (2017). Programa «Derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad». Obtenido de <http://shyrak.kz/eng/reproduktiv/>.
- 648 UNESCO (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencias. Obtenido de <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>.
- 649 Estas iniciativas han sido identificadas por el estudio de investigación como prácticas innovadoras que, aunque no haya ningún informe de evaluación, abordan las principales brechas.
- 650 Por ejemplo, véase: Iniciativa de accesibilidad web (2017). WAI Guidelines and Techniques. Obtenido de: <https://www.w3.org/WAI/guid-tech>.
- 651 Cornelius, J. B., & Appiah, J. A. (2016). Usar la tecnología móvil para promover el sexo seguro y la salud sexual en adolescentes: prácticas actuales y futuras recomendaciones. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 7, 43.
- 652 Esta iniciativa ha sido identificada por el estudio de investigación como una práctica innovadora que, aunque no haya ningún informe de evaluación disponible al público, aborda las principales brechas.
- 653 UNESCO (2015). Evidencias, lecciones y prácticas emergentes en la educación integral en sexualidad. 28 Obtenido de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CSE_Global_Review_2015.pdf.
- 654 Guttmacher Institute (2017). Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017.
- 655 Kassa, T.A., et al. (2014). La sexualidad y la salud sexual y reproductiva de los jóvenes discapacitados en Etiopía, *Sexually Transmitted Diseases* 41(10), 583-588.
- 656 Véase Planificación familiar 2020 en <http://www.familyplanning2020.org/microsite/about-us>.
- 657 Rugoho, T. & Maphosa, F. (2017). Los desafíos que afrontan las mujeres con discapacidad en el acceso a la salud sexual y reproductiva en Zimbabue: el caso de la ciudad de Chitungwiza, *African Journal of Disability* 6(0), 252.
- 658 OMS y ONUSida, Normas Mundiales sobre la Calidad de los Servicios de Atención Sanitaria para Adolescentes: una guía para implementar un enfoque basado en estándares para mejorar la calidad de la atención sanitaria a los adolescentes (2015); véase también la OMS (2002). Servicios sanitarios dirigidos a adolescentes: una Agenda para el cambio. OMS. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67923>.
- 659 Id.; véase también la OMS (2012). Convirtiendo los servicios sanitarios en servicios que tengan en cuenta a los adolescentes:
- 660 Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA (2015). Normas Mundiales sobre la Calidad de los Servicios de Atención Sanitaria para Adolescentes. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/.
- 661 Tomado de: Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA (2015). Normas Mundiales sobre la Calidad de los Servicios de Atención Sanitaria para Adolescentes. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/.
- 662 La prestación de servicios en las instalaciones debe estar vinculada, cuando proceda, a la prestación de servicios en instalaciones sanitarias de referencia, colegios y otros entornos comunitarios.
- 663 Véase, por ejemplo, Mprah, W.K. (2013). Percepciones sobre las barreras a la información y los servicios sobre salud sexual y reproductiva entre las personas sordas en Ghana, *Disability, CBR and Inclusive Development Journal* 24(3), 21-26 (2013).
- 664 Anderson, P., & Kitchin, R. (2000). Discapacidad, espacio y sexualidad: el acceso a los servicios de planificación familiar. *Social Science & Medicine*, 51(8), 1163-1173.
- 665 Marie Stopes Nepal (n.d.) Cohetes y espacio.; la información fue confirmada durante una entrevista con el personal de MS Nepal el 28 de septiembre de 2017.
- 666 Organización Mundial de la Salud (2012). Convirtiendo los servicios sanitarios en servicios que tengan en cuenta a los adolescentes: desarrollar unas normas nacionales de calidad para servicios de salud dirigidos a adolescentes. Obtenido de http://apps.who.int/bitstream/10665/75217/1/9789241503594_eng.pdf.
- 667 Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA (2015). Normas Mundiales sobre la Calidad de los Servicios de Atención Sanitaria para Adolescentes. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/.
- 668 Senderowitz, J. et al. (2003). Evaluación clínica de los servicios dirigidos a los jóvenes: una herramienta para evaluar y mejorar los servicios de salud reproductiva para la juventud.
- 669 CBM (2012). La inclusión más fácil: una guía rápida a la discapacidad en el desarrollo. Obtenido de <http://www.cbm.org/Inclusion-Made-Easy-329091.php>.
- 670 UNFPA (2007). Rutas comunitarias a una mejor salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Obtenido de https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/asrh_pathways.pdf.
- 671 Ver el Centro de Etiopía para la Discapacidad y el Desarrollo en <http://www.ecdd-ethiopia.org/about-us.html>.
- 672 Ver la Fundación Nia en <http://nia-foundation.org/>.
- 673 Esta iniciativa ha sido identificada por el estudio de investigación como una práctica innovadora que, aunque no haya ningún informe de evaluación disponible al público, aborda las principales brechas.

- 674 Restless Development (2017). Responsabilidad dirigida por los jóvenes y basada en datos: el informe de Ghana. Obtenido de <http://restlessdevelopment.org/file/youth-led-data-driven-accountability-the-ghana-report-pdf>.
- 675 Dzikuna, R. (2017). 72ª Asamblea General de las Naciones Unidas. YouTube. (27 de septiembre de 2017) Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=cUN-hJ9-7b4&t=250s>.
- 676 Entrevista con un informante clave de Youth Empowerment Ghana.
- 677 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). Observación general N° 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22.
- 678 Gichane, M.W., et al. (2017). «Deben entender que somos personas»: uso del servicio de embarazo y maternidad entre mujeres sordas en Ciudad del Cabo, *Disability and Health Journal* 10, 434-439; Burke, E., et al. (2017). Un estudio cualitativo para explorar las barreras y estímulos para los jóvenes con discapacidad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en Senegal, *Reproductive Health Matters* (25 a50), 43-54; Ganle, J.K., et al. (2016). Los retos que afrontan las mujeres con discapacidad a la hora de acceder y usar los servicios de atención sanitaria en Ghana: un estudio cualitativo, *PLoS One* 11(6).
- 679 Gichane, M.W., et al. (2017). «Deben entender que somos personas»: Uso del servicio de embarazo y maternidad entre mujeres sordas en Ciudad del Cabo, *Disability and Health Journal* 10, 434-439.
- 680 Monika Mitra, et al. (2017). Barreras al ofrecer atención a la maternidad a las mujeres con alguna discapacidad física: perspectivas de los profesionales de la salud, *Disability and Health Journal* 10, 445-450.
- 681 Morrison, J. et al. (2014). Atención sanitaria para madres y recién nacidos para mujeres con discapacidad en el Nepal rural: un estudio cualitativo, *Midwifery* 30, 1132-1139.
- 682 Monika Mitra, et al. (2017). Barreras al ofrecer atención a la maternidad a las mujeres con alguna discapacidad física: perspectivas de los profesionales de la salud, *Disability and Health Journal* 10, 445-450.
- 683 Mselle, L.T., et al. (2011). «No soy nada»: experiencias de pérdidas entre las mujeres que sufren graves lesiones durante el parto en Tanzania, *BMC Women's Health* 2011, 11:49.
- 684 Entrevista con una representante de AFANIAS, Madrid, España.
- 685 CHRP (2016). Informe «Dejar que nuestras voces se escuchen» del CHRP, Consulta Nacional sobre Salud y Derechos Reproductivos.
- 686 Cada mujer, cada niño (2015). Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes (2016-2030).
- 687 Organización Mundial de la Salud (2017). Recomendaciones de la OMS sobre salud materna: Directrices aprobadas por el Comité de Revisión de las Directrices de la OMS.
- 688 Organización Mundial de la Salud (2017). Recomendaciones de la OMS sobre salud materna: Directrices aprobadas por el Comité de Revisión de las Directrices de la OMS; Tuncalp, O., et al. (2015). La calidad de la atención de las mujeres embarazadas y los recién nacidos: la visión de la OMS, *BJOG* 2015, 122 :1045-1049.
- 689 Basado en una entrevista con un informante clave centrado en la salud materna, neonatal e infantil y la salud sexual y reproductiva, de Handicap International.
- 690 Becker, H., Stuijbergen A., & Tinkle M. (1997). «Experiencias de atención a la salud reproductiva de las mujeres con discapacidad física: un estudio cualitativo». *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 26-33.
- 691 Bremer, K., Cockburn, L. Ruth, A. (2010). Experiencias de salud reproductiva entre las mujeres con discapacidad física en la región noroeste de Camerún, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 211-213.
- 692 Yousafzi, A., Edwards, K. (2004). Doble carga: un análisis de situación del VIH/SIDA y los jóvenes con discapacidad Obtenido de <http://www.aidsfreeworld.org/our-issues/disability/-/media/3648549c13e249179e8e46c3021d59a3.pdf>.
- 693 Hanass-Hancock, J., & Nixon, S. A. (2009). Los campos del VIH y la discapacidad: pasado, presente y futuro. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1),28.
- 694 ONUSIDA (2012). Senegal: una historia de éxito de inversión e impacto del SIDA. Obtenido de <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/october/20121011senegal>.
- 695 ONUSIDA (2016). Senegal: estimaciones sobre el VIH y el SIDA. Obtenido de <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/senegal>.
- 696 Von Muriel, Mac-Sieng. (2015). Acceso a cuidados para el VIH y el SIDA: las personas con discapacidad todavía se quedan atrás. Obtenido de <http://www.medicusmundi.ch/de/bulletin/mms-bulletin/people-are-still-left-behind/still-left-behind-die-vernachlaessigten-aspekte-der-epidemie/access-to-hiv-and-aids-care-persons-with-disabilities-still-left-behind>.
- 697 Handicap International (2014). Incluyendo la discapacidad en las políticas y programas sobre el VIH: buenas prácticas extraídas de las evidencias nacionales.15-21. Obtenido de http://dhatregional.org/docs/internal/DisabilityAndHIV_Best%20Practice%20Document%20LLO7%281%29.pdf.
- 698 Organización Mundial de la Salud (2017). Epidemiología de la salud del adolescente. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/.
- 699 Groce, N. E., & Trasi, R. (2004). La violación de las personas con discapacidad: el SIDA y la creencia popular de la limpieza por una virgen. *The Lancet*, 363(9422), 1663-1664.
- 700 Morrow, M., Arunkumar, M. C., Pearce, E., & Dawson, H. E. (2007). Fomentar programas de VIH/SIDA que incluyan a la discapacidad en el noreste de la India: un estudio participativo. *BMC Public Health*, 7(1), 125.
- 701 RBC & UPHLS (2015). Manual de capacitación sobre discapacidad y VIH/SIDA.
- 702 Ministerio de Salud de la República de Rwanda y CBR (2012) Inclusion Guide of Peoples with Disabilities in HIV and AIDS Response.
- 703 USAID (2016). 'La colaboración permite un nuevo módulo de cuestionario sobre la discapacidad. Obtenido de <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/Disability-Module-Announcement-11302016.pdf>.
- 704 Sirbu, L, Comendant, R., Sagaidac, I., Salaru, V., & Vieru, V. (2016). Análisis de la situación de los problemas a los que se enfrentan las mujeres y las niñas con discapacidad motora en Moldova para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. El Centro de Capacitación en Salud Reproductiva.

- 705 El Centro de Capacitación en Salud Reproductiva (2017). Resolución de la primera Conferencia Nacional sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres con Discapacidad en Moldova. Obtenido de https://www.sanataatefemeii.md/wp-content/uploads/2017/05/Resolution_RHTC-Conference-29-May-2017.pdf.
- 706 Cohen, J. L., & Arato, A. (1992). *Civil Society and Political Theory*. Cambridge, MA: MIT Press.
- 707 Corry, O. (2010). Defining and Theorising the Third Sector. *Third Sector Research*, 11-20; Etzioni, A. (1973). The third sector and domestic missions. *Public Administration Review*, 33(4). 314-323.
- 708 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2008). *Trabajando con el Programa de las Naciones Unidas de los Derechos Humanos: Un Manual para la sociedad civil*.
- 709 Brinkerhoff, D. W. (1999). Exploring State-Civil Society Collaboration: Policy Partnerships in Developing Countries. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 28 (Número 4. Supplement 1999). 59-86.
- 710 Charlton, J. I. (1998). *Nothing About Us Without Us: Disability Oppression and Empowerment* (1 ed.).
- 711 Malinga, J.T. and Gumbo, T. (2016). Advocacy and lobbying: The road map from charity to human rights. *Disability and human rights: Global perspectives*. 49-67.
- 712 Barnartt, S.N. & Scotch, R.K. (2001). *Disability protests: Contentious politics 1970-1999*.
- 713 Oliver, M.J. (2004). Capitalism, disability, and ideology. *Special Educational Needs and Inclusive Education: Systems and contexts*, 1. 82.
- 714 Consulte. como ejemplo, Uvin, P. (2007). From the Right to Development to the Rights-Based Approach: How 'human rights' entered development. *Development in Practice* 17(4/5). 597-606; and Hickey, S., Sen, K. & Bukenya, B. (2015). *The Politics of Inclusive Development*.
- 715 Markham, S. (2013). *Women as agents of change: Having voice in society and influencing policy*. World Bank.
- 716 Meyers, S., Karr, V. & Pineda, V. (2014). Youth with Disabilities in Law and Civil Society: Exclusion and inclusion in public policy and NGO networks in Cambodia and Indonesia. *Disability and the Global South Journal* 1(1). 5-28.
- 717 Consultar: <http://aywdsn.org/vision-and-mission/>.
- 718 Women Enabled International (2016). *Enabling a Global Human Rights Movement for Women and Girls with Disabilities: Global Disabled Women's Rights Advocacy Report*.
- 719 Kayess, R., Sands, T. & Fisher, K. R. (2014). International Power and Local Action-Implications for the Intersectionality of the Rights of Women with Disability. *Australian Journal of Public Administration*, 73(3). 383-396.
- 720 Kayess, R., Sands, T. & Fisher, K. R. (2014). International Power and Local Action-Implications for the Intersectionality of the Rights of Women with Disability. *Australian Journal of Public Administration*, 73(3). 383-396.
- 721 Kayess, R., Sands, T. & Fisher, K. R. (2014). International Power and Local Action-Implications for the Intersectionality of the Rights of Women with Disability. *Australian Journal of Public Administration*, 73(3). 383-396.
- 722 Merry, S.E. (2006). *Human Rights & Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*.
- 723 Howell, J. & Mulligan, D. (2004). *Gender and civil society*. Routledge.
- 724 UN Division for Social Policy Development, Department of Social and Economic Affairs (2016). *Toolkit on Disability for Africa: Inclusive Health Services for Persons with Disabilities*. Obtenido de <http://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Inclusive-Health.pdf>.
- 725 Power, A., Lord, J.E. & DeFranco, A.S. (2013). *Active citizenship and disability: Implementing the personalisation of support*.
- 726 Nosek, M.A., Foley, C.C., Hughes, R.B. & Howland, C.A. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality and Disability*, 19(3). 177-189.
- 727 iiDi & UNFPA. *Decímelo a mí!* Retrieved from www.decimeloami.com.
- 728 International Women's Rights Action Watch Asia Pacific (2017). Consultar: <https://www.iwraw-ap.org/>.
- 729 *New Tactics in Human Rights* (2009). *Using Shadow Reports for Advocacy*. Obtenido en <https://www.newtactics.org/using-shadow-reports-advocacy/using-shadow-reports-advocacy>.
- 730 Cole, W. (2009). Hard and Soft Commitments to Human Rights, 1966-2000. *Sociological Forum*. 24(3). 563-588.
- 731 Craven, M. (1995). *The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights: A Perspective on Its Development*.
- 732 Donnelly, J. (1986). *International Human Rights: A Regime Analysis*. *International Organisation*. 40: 599-642.
- 733 Hayes, C. (2010). *A Lever for Change: Using the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. R.U.: Equality and Human Rights Commission.
- 734 Abraham, S. (2003). *Child Soldiers and the Capacity of the Optional Protocol to Protect Children in Conflict*. *Human Rights Brief* 10(3). 15-19.
- 735 Women Enabled International, Legal Defense and Assistance Fund, Advocacy for Women with Disability Initiative, and Inclusive Friends (2016). *NGO Submission to the CEDAW Committee Pre-Sessional Working Group for Nigeria*.
- 736 Ikelegbe, A. (2013). *The State and Civil Society in Nigeria: Towards a Partnership for Sustainable Development*.
- 737 ONU Mujeres (2014). *Beneficiarios del Fondo Fiduciario de la ONU* Obtenido de <http://www.unwomen.org/en/trust-funds/un-trust-fund-to-end-violence-against-women/grantees/2014>.
- 738 Consultar: Arstein-Kerslake, A. & Flynn, E. (2017). The right to legal agency: domination, disability and the protections of Article 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *International Journal of Law in Context*, 13(1). 22-38; Liebel, D., Powers, B., Salo, J. & Burgen, D. (2016). A Nurse Communication Training Programme in Homecare to Provide Integrated Depression/Disability. *GERONTOLOGIST* Vol. 56. 462-462; Carney, T. & Beaupert, F. (2013). *Public and Private Bricolage-Challenges Balancing Law, Services and Civil Society in Advancing CDPD Supported Decision-Making*. *UNSWLJ*, 36. 175.
- 739 Mejias, N.J., Gill, C.J. & Shpigelman, C.N. (2014). Influence of a support group for young women with disabilities on sense of belonging. *Journal of counselling psychology*, 61(2). 208.

- 740 UN Women, WHO, UNFPA, UNDP, and UNODC (2016). Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence: Core Elements and Quality Guidelines. Obtenido de <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>.
- 741 Agbettor, E. (2016). Inclusive financial services; the pathway to economic empowerment of women. Obtenido de <https://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/features/Inclusive-financial-services-the-pathway-to-economic-empowerment-of-women-437391>.
- 742 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2008). Trabajando con el Programa de las Naciones Unidas de los Derechos Humanos: Un Manual para la sociedad civil.
- 743 Herbert, S. (2015). Restricting space for civil society. (GSDRC Helpdesk Research Report 1266).
- 744 International Centre for Not-for-Profit Law (2012). Defending Civil Society Report. Second Edition. June 2012. Obtenido de http://www.icnl.org/research/resources/dcs/DCS_Report_Second_Edition_English.pdf.
- 745 Humanitarian Policy Group (2015). Humanitarian Policy Group, Annual Report 2014-2015. Obtenido de <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9790.pdf>.
- 746 CIVICUS (2017). 2017 State of Civil Society Report. Acceso en: <https://www.civicus.org/index.php/state-of-civil-society-report-2017>.
- 747 Consultar ejemplo: CIVICUS. (2017). 2017 State of Civil Society Report. Obtenido de <https://www.civicus.org/index.php/state-of-civil-society-report-2017>.
- 748 Sabatello, M. (2013). 'A Short History of the International Disability Rights Movement.' In M. Sabatello and M. Schulze (eds.). Human Rights and Disability Advocacy.13-24.
- 749 Cole, W. (2009). Hard and Soft Commitments to Human Rights, 1966-2000. *Sociological Forum*, 24(3). 563-588.
- 750 Hayes, C. (2010). A Lever for Change: Using the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. R.U.: Equality and Human Rights Commission.
- 751 Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2006). Anais da 1a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conference Analysis Núm. 1), 402. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Obtenido de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoacom-deficiencia/documentos/anais-da-1a-cndpd>.
- 752 Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2006). Anais da 1a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conference Analysis Núm. 1), 402. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Retrieved from <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoacom-deficiencia/documentos/anais-da-1a-cndpd>.
- 753 Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2008). Anais da 2a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conference Analysis Núm. 2), 224. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Retrieved from <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoacom-deficiencia/documentos/anais-da-2a-cndpd>.
- 754 Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2013). Anais da 3a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Analysis Report Núm. 3), 156. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Obtenido de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoacom-deficiencia/documentos/anais-da-3a-cndpd>.
- 755 Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2015). IV Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência - Minuta Texto Base e Orientativo. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Retrieved from <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade/iv-conferencia-nacional>.
- 756 Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2013). Anais da 3a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Analysis Report Núm. 3), 156. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Retrieved from <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/4a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoacom-deficiencia/documentos/anais-da-3a-cndpd>.
- 757 Palmer, M. (2011). Disability and poverty: A conceptual review. *Journal of Disability Policy Studies*, 21(4). 210-218.
- 758 Mori, S., Reyes, C.M. & Yamagata, T. (Eds.) (2014). Poverty Reduction of the Disabled: Livelihood of persons with disabilities in the Philippines.
- 759 Devandas Aguilar, C. (2017). Social protection and persons with disabilities. *International Social Security Review*, 70(4). 45-65.
- 760 Rutzen, D. (2015). Civil society under assault. *Journal of Democracy*, 26(4). 28-39.
- 761 Christensen, D. & Weinstein, J. M. (2013). Defunding dissent: Restrictions on aid to NGOs. *Journal of Democracy*, 24(2). 77-91.
- 762 Por ejemplo, el Rights Based Family Planning and Maternal Health Project (Muskoka) de la Cooperación al desarrollo alemana en Camboya incluye un componente para desarrollar la capacidad de las ORGANIZACIONES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD en Camboya para involucrar a sus miembros en los SDRS. Fuente: Gartrell, A. (2015). The intimate worlds of men and women with disabilities in Cambodia: Disability, sexual and reproductive health. Obtenido de http://www.health.bmz.de/events/In_focus/my_needs_are_the_same/Study_on_disability_and_SRHR_GIZ_Cambodia_2016.pdf.
- 763 Wazakili, M., Chataika, T., Mji, G., Dube, A.K. & MacLachlan, M. (2011). Social inclusion of people with disabilities in poverty reduction policies and instruments: Initial impressions from Malawi and Uganda. *Disability & poverty: A global challenge*.15-30.
- 764 OCDE (2017). Development Cooperation Report 2017: Data for Development (Informe sobre la cooperación al desarrollo 2017: datos para el desarrollo).
- 765 Heinicke-Motsch, K. & Sygall, S. (2004). Building an inclusive development community. A manual on including people with disabilities in international development programmes.
- 766 USAID (2010). Guide on how to integrate disability into gender assessments and analyses. Obtenido de https://www.usaid.gov/sites/default/files/Guide_How_Integrate_Disability_Gender_Assessments_2010.pdf.
- 767 Shakespeare, T. (2000). Disabled sexuality: toward rights and recognition. *Sexuality and disability*, 18(3).159-166.

- 768 Consultar ejemplo: Ingstad, B. (1995). Mpho ya Modimo—A Gift from God: Perspectives on 'Attitudes' toward Disabled Persons. In Ingstad and Whyte (Eds.) (1995). *Disability and culture*. 246-263.
- 769 Danseco, E.R. (1997). Parental beliefs on childhood disability: Insights on culture, child development and intervention. *International Journal of Disability, Development and Education*, 44(1). 41-52.
- 770 Matt, S. B. (2014). Perceptions of disability among caregivers of children with disabilities in Nicaragua: Implications for future opportunities and health care access. *Disability Studies Quarterly*, 34(4).
- 771 de Boer, A., Pijl, S.J. & Minnaert, A. (2012). Students' attitudes towards peers with disabilities: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 59(4). 379-392.
- 772 Bossaert, G., Colpin, H., Pijl, S.J. & Petry, K. (2011). The attitudes of Belgian adolescents towards peers with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2). 504-509.
- 773 Meyers, S., Karr, V. & Pineda, V. (2014). Youth with Disabilities in Law and Civil Society: Exclusion and inclusion in public policy and NGO networks in Cambodia and Indonesia. *Disability and the Global South Journal* 1(1). 5-28.
- 774 Consultar ejemplo: Cornish, F. & Campbell, C. (2009). The social conditions for successful peer education: a comparison of two HIV prevention programmes run by sex workers in India and South Africa. *American journal of community psychology*, 44(1-2).123-135; Speizer, I.S., Magnani, R.J. & Colvin, C.E. (2003). The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. *Journal of Adolescent Health*, 33(5). 324-348; Strange, V., Forrest, S. & Oakley, A. (2002). Peer-led sex education—characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. *Health Education Research*, 17(3). 327-337.
- 775 Visser, M.J. (2007). HIV/AIDS prevention through peer education and support in secondary schools in South Africa. *Sahara-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4(3). 678-694.
- 776 Consultar ejemplo: Hainsworth, G., & Zilhao, I. (2009). From inception to large scale: The Geração Biz Programme in Mozambique. *Pathfinder International/World Health Organisation*.
- 777 International Disability Alliance (2018). Youth with Disabilities Programme. Obtenido de www.internationaldisabilityalliance.org/youth.
- 778 Women Enabled International (2017). Women Enabled International's accountability toolkit: Una Guía para usar los Mecanismos de Derechos humanos de las Naciones Unidas para Avanzar los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad. Obtenido de <https://www.womenenabled.org/atk.html>.
- 779 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (2017). Disability WPAY. Obtenido de <https://www.un.org/development/desa/youth/disability-wpay.html>.
- 780 U.S. International Council on Disabilities (2014). Towards a Latin American Network of Youth and Inclusive Development. Retrieved from http://www.usicd.org/index.cfm/news_towards-a-latin-american-network-of-youth-and-inclusive-development.
- 781 Kazakunova, G. & Kabylova, A. (2008). Observance of the Rights of Patients with Disabilities in Issyk-Kul Province. Obtenido de https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/raven_20081120_0.pdf.
- 782 El Paquete de Servicios Esenciales fue creado por el Programa Global conjunto de las Naciones Unidas sobre Servicios Esenciales para Mujeres y Niñas sometidas a Violencia, con el soporte y la ayuda económica de los Gobiernos de España y Australia. Las agencias de la ONU que participan incluyen: FPNU, MUJERES ONU, OMS, PNUD y ONUDD.
- 783 Estas directrices se publicarán el verano de 2018 y serán de acceso público.
- 784 Klugman, J. (2017). Gender-based Violence and the Law, Background Paper on Governance and the Law for World Development Report.
- 785 van der Heijden, I. (2014). What works to prevent violence against women with disabilities. WhatWorks to Prevent Violence: Un Programa Global para Evitar la Violencia contra Mujeres y Niñas.
- 786 Hughes, C. (2017). Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls, Oxfam Research Reports.
- 787 Hughes, C. (2017). Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls, Oxfam Research Reports.
- 788 El Paquete de Servicios Esenciales sirve de guía para coordinar en múltiples sectores para la prevención de la violencia de género y los servicios de respuesta. Véase: Mujeres ONU, OMS, FPNU, PNUD y ONUDD (2016) Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence: Core Elements and Quality Guidelines. Fuente: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>.
- 789 van der Heijden, I. (2014). What works to prevent violence against women with disabilities. WhatWorks to Prevent Violence: Un Programa Global para Evitar la Violencia contra Mujeres y Niñas.
- 790 Hughes, C. (2017). Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls, Oxfam Research Reports.
- 791 Hughes, C. (2017). Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls, Oxfam Research Reports.
- 792 Hughes, C. (2017). Legislative Wins, Broken Promises: Gaps in implementation of laws on violence against women and girls, Oxfam Research Reports.
- 793 Htun, M. & Weldon, S.L. (2012) The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combating Violence against Women in Global Perspective, 1975-2005, *American Political Science Review* 106(3), 548.
- 794 Organización Mundial de la Salud (2018). Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Fuente <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?ua=1>.
- 795 Organización Mundial de la Salud y ONUSida (2015). Global Standards for Quality Health-care Services for Adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents.

// TEXTOS ALTERNATIVOS PARA INFOGRAFÍAS

Versiones de texto completo de cada infografía presentada en esta síntesis a continuación.

DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN

En pocas palabras, la discapacidad se puede definir como la relación entre la deficiencia de una persona y su entorno. **Cuando se facilitan entornos inclusivos y accesibles para todos, una deficiencia por ella misma no conducirá a la discapacidad. CBM ha desarrollado dos ecuaciones para simplificar esta compleja relación.** La primera ecuación muestra «deficiencia más barrera es igual a discapacidad». El gráfico argumenta que la segunda ecuación siguiente es mejor que la primera ecuación y muestra «deficiencia más entorno accesible es igual a inclusión».

Fuente: CBM International (2017). *Accountability Inclusive Development Toolkit* (Conjunto de herramientas para la asignación de responsabilidades en el desarrollo inclusivo).

POSIBLES CAUSAS DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS CON DISCAPACIDAD

Esta infografía se ha extraído del informe de la Agencia de la Unión Europea para los Derechos Fundamentales donde se identificaron las causas de violencia contra niños con discapacidad por encuestados que incluían a profesionales, partes interesadas de organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones de padres y otras organizaciones no gubernamentales y políticos de 13 Estados miembro de la Unión Europea: Austria, Bulgaria, Croacia, República Checa, Dinamarca, Italia, Lituania, Países Bajos, Polonia, Portugal, Eslovenia, Suecia y Reino Unido.

Las posibles causas de la violencia contra los niños con discapacidad según los encuestados se presentan a continuación (sin ningún orden en particular):

1. Personal de cuidados saturado y no formado.
2. Sobrecarga de padres y falta de apoyo.
3. Falta de conocimiento sobre la discapacidad.
4. Actitudes sociales basadas en prejuicios y miedo a lo 'distinto'.
5. Aislamiento y marginación de la comunidad.
6. Factores de riesgo relacionados con autores que ven a los niños con discapacidad como 'blancos fáciles'.

Fuente: Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2015). *Violencia hacia los niños con discapacidad: legislación, políticas y programas en la UE.*

ÍNDICES REGIONALES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN TODO EL MUNDO

Esta infografía presenta un mapa del mundo que utiliza regiones del Banco Mundial. Los datos de los países de Europa del Norte y Occidental y de Groenlandia están sombreados indicando que la información no estaba disponible.

- Norteamérica presenta un índice del 21 por ciento de violencia doméstica.
- Australia y Nueva Zelanda presentan un índice del 28 por ciento de violencia doméstica.
- Europa y Asia Central presentan un índice del 29 por ciento de violencia doméstica.
- Asia del Este y el Pacífico presentan un índice del 30 por ciento de violencia doméstica.
- América Latina y el Caribe presentan un índice del 33 por ciento de violencia doméstica.
- Oriente Medio y África del Norte presentan un índice del 40 por ciento de violencia doméstica.
- África Subsahariana presenta un índice del 40 por ciento de violencia doméstica.

- Asia del Sur presenta un índice del 43 por ciento de violencia doméstica.

Fuente: Análisis preliminar de la base de datos sobre prevalencia global de la Organización Mundial de la Salud (2013) de la forma presentada en *Voice and Agency: Empowering Women and Girls for Shared Prosperity* (2014) por Klugman et al. (Voz y participación: Empoderar a las mujeres y niñas para promover la prosperidad compartida).

NÚMERO Y PARTE DE LAS NIÑAS CON EDADES ENTRE 10 Y 17 AÑOS SIN PROTECCIÓN CONTRA EL MATRIMONIO INFANTIL EN 112 PAÍSES

Esta infografía presenta el porcentaje de niñas con edades entre 10 y 17 años sin protección ante el matrimonio infantil. Estos países están divididos por grupo de ingreso y la fuente del estudio incluyó 22 países con ingresos bajos, 35 países con ingresos medio bajos, 3 países con ingresos medio altos y 22 países con ingresos más altos. Las estimaciones están basadas en el número de niñas con edades entre 10 y 17 años por debajo de la edad mínima para el matrimonio en su país. Se utilizan tres definiciones de la edad de matrimonio en cada país: La primera es la edad legal para el matrimonio sin consentimiento de padres y órganos judiciales; la segunda es la edad mínima con consentimiento parental; la tercera es la edad mínima con la autorización de los órganos judiciales.

La infografía compara los cambios entre 2015 y 2017, con datos únicamente existentes para 2017 en muchos casos. La infografía demuestra que una parte significativa de niñas no está protegida contra el matrimonio infantil, ya sea legalmente o en términos de consentimiento parental o judicial. Las cifras van desde el dos por ciento al treinta y ocho por ciento, dependiendo del año, grupo de ingresos del país o tipo de protección.

La infografía utiliza datos sobre leyes para la edad mínima de matrimonio recopilados por el programa Mujer, Empresa y el Derecho en el Banco Mundial. Las cuatro tablas siguientes detallan los datos presentados en la infografía.

Tabla uno: Parte de niñas sin protección contra el matrimonio infantil (porcentaje) por edad mínima de matrimonio sin consentimiento de los padres o de los órganos judiciales.

AÑO	GRUPOS DE INGRESOS (DE PAÍSES)			
	Bajos	Medio bajos	Medio altos	Altos
2015	2,0	10,0	5,7	1,1
2017	2,0	10,0	5,7	1,1

Tabla dos: Parte de niñas sin protección contra el matrimonio infantil (porcentaje) debida a excepciones en la edad mínima con consentimiento parental.

AÑO	GRUPOS DE INGRESOS (DE PAÍSES)			
	Bajos	Medio bajos	Medio altos	Altos
2015	12,2	21,1	22,5	18,0
2017	8,1	22,5	15,9	17,7

Tabla tres: Parte de niñas sin protección contra el matrimonio infantil (porcentaje) debida a excepciones en la edad mínima con consentimiento judicial.

AÑO	GRUPOS DE INGRESOS (DE PAÍSES)			
	Bajos	Medio bajos	Medio altos	Altos
2017	16,8	35,1	33,7	26,3

Tabla cuatro: Parte de niñas sin protección contra el matrimonio infantil (porcentaje) debida a excepciones en la edad mínima con consentimiento parental o judicial.

AÑO	GRUPOS DE INGRESOS (DE PAÍSES)			
	Bajos	Medio bajos	Medio altos	Altos
2017	20,3	38,1	36,3	35,5

Fuente: Wodon, Q., Tavares, P., Fiala, O., Le Nestour, A. y Wise, L. (2017). *Ending Child Marriage: Legal Age for Marriage, Illegal Child Marriages, and the Need for Interventions (Terminar con el matrimonio infantil: la edad legal para el matrimonio, los matrimonios infantiles ilegales y la necesidad de intervenir)*.

LA CONEXIÓN ENTRE LA DISCAPACIDAD Y LA POBREZA: CÓMO LA DISCAPACIDAD PUEDE AGRAVAR LAS CONDICIONES QUE CONDUCEN A NIVELES AUMENTADOS DE POBREZA PARA POBLACIONES VULNERABLES

Esta infografía visualiza la relación entre discapacidad y pobreza presentando el siguiente ciclo, que ni comienza ni acaba.

La discapacidad puede aumentar las posibilidades de experimentar exclusión social y cultural y estigma, así como negar las oportunidades de desarrollo económico, social y humano. Esto, a su vez, puede provocar pobreza, que puede conducir a un déficit en los derechos económicos, sociales y culturales. La pobreza puede aumentar las posibilidades de una menor participación en la toma de decisiones y negación de los derechos civiles y políticos que a su vez puede provocar una mayor vulnerabilidad a la pobreza y las enfermedades. El ciclo continúa desde la discapacidad a la pobreza y de vuelta a la vulnerabilidad y a la pobreza y las enfermedades.

Fuente: DFID (2000). *Discapacidad, pobreza y desarrollo*.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PROTOCOLO OPCIONAL: FIRMAS Y RATIFICACIONES

Esta infografía enumera todos los países que han firmado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los países que han ratificado la Convención, los países que han firmado el Protocolo Opcional y países que no han firmado la Convención o el Protocolo Opcional.

En resumen, 162 países han firmado la Convención, 178 países han ratificado la Convención, 94 países han firmado el Protocolo Opcional, 93 países han ratificado el Protocolo Opcional y 11 países no han firmado.

La información sobre qué país ha firmado o ratificado la Convención o el Protocolo Opcional

está disponible en la Base de datos de la Oficina de Asuntos Jurídicos de las Naciones Unidas en untreaty.un.org/ola. Esta infografía incluye datos al 19 de febrero de 2018.

VÍNCULOS ENTRE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y LOS ARTÍCULOS DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Este gráfico se ha obtenido de CBM Internacional y muestra la interconexión entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los artículos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Los párrafos siguientes resumen el vínculo entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la CRPD para cada Objetivo de desarrollo sostenible aplicable:

Objetivo 1: SIN POBREZA: Terminar con la pobreza en todas sus formas y en todos los lugares: Este objetivo está respaldado por el derecho a la vida (Artículo 10); control sobre los recursos propios garantizando la igualdad de reconocimiento ante la ley (Artículo 12); y un estándar de vida y de protección social adecuado (Artículo 28). Los artículos 5, 6, 7, 9, 11, 31 y 32 también son aplicables.

Objetivo 2: CERO HAMBRE: Terminar con el hambre, alcanzar la seguridad alimentaria y la nutrición mejorada y promover la agricultura sostenible: Este objetivo está respaldado por el derecho al alimento adecuado, incluyendo seguridad alimentaria, dispositivos de seguridad y un estándar de vida adecuado (Artículo 28); el control sobre la tierra, la propiedad y la herencia se puede garantizar mediante la igualdad de reconocimiento ante la ley (Artículo 12). Los artículos 5, 6, 7, 9, 31 y 32 también son aplicables.

Objetivo 3: BUENA SALUD Y BIENESTAR: Asegurar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades: Este objetivo está respaldado por el derecho a la vida (Artículo 10); el acceso a los servicios para la salud sexual y

reproductiva está reconocido por el derecho al disfrute del mayor estándar de salud alcanzable sin discriminación en base a la discapacidad (Artículo 25); y la planificación familiar, la información y la educación están garantizados por el respeto del hogar y la familia (Artículo 23). Los artículos 6, 7, 9, 11, 31 y 32 también son aplicables.

Objetivo 4: EDUCACIÓN DE CALIDAD: Garantizar la educación de calidad inclusiva e igualitaria y promocionar las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida: Este objetivo está respaldado por el Artículo 24 de la CRPD el cual promueve un sistema de educación inclusivo a todos los niveles basado en la igualdad de oportunidades y libertad de la exclusión; el Artículo 27, el cual manifiesta que las personas con discapacidad deben contar con un acceso efectivo a los programas de orientación técnica y vocacional generales, servicios de colocación y formación vocacional y continua; y el Artículo 16 que manifiesta que los entornos de aprendizaje seguros y sin violencia se pueden conseguir mediante la protección contra la explotación, la violencia y el abuso fuera del hogar. Los artículos 5, 6, 7, 9, 31 y 32 también son aplicables.

Objetivo 5: IGUALDAD DE GÉNERO: Alcanzar la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas: Este objetivo está respaldado por el Artículo 6 de la CDPD, el cual reconoce que las mujeres y las niñas con discapacidad están sujetas a discriminación múltiple; el Artículo 16, el cual manifiesta que la eliminación de prácticas nocivas requiere legislación y políticas centradas en la mujer y los niños; el Artículo 28, el cual abarca la provisión las políticas de protección social; el Artículo 29 relacionado con el derecho a la participación en la vida política y pública; el Artículo 25, el cual reconoce el derecho a una salud sexual y reproductiva del mismo rango y calidad así como gratuita o asequible de manera estándar; el Artículo 23, el cual garantiza que el derecho a la planificación reproductiva y familiar es a través del respeto por el hogar y la familia; el Artículo 12 sobre el derecho a la igualdad de reconocimiento

ante la ley, el cual reconoce el derecho a la titularidad de las mujeres sobre la tierra, la propiedad y la herencia; el Artículo 21 relacionado con el derecho a información y comunicaciones accesibles para las mujeres y niñas; y el Artículo 8 sobre el incremento de la toma de conciencia, el cual discute la promoción de la igualdad de género para las mujeres y las niñas con discapacidad. Los artículos 5, 7, 9 y 31 también son aplicables.

Objetivo 6: AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO: Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y del saneamiento para todos: El Artículo 28 de la CRPD reconoce el derecho a la mejora continua de las condiciones de vida, al acceso al agua potable y a la promoción del derecho a un estándar de vida adecuado para las personas con discapacidad. Los artículos 5, 6, 7, 9, 11, 31 y 32 también son aplicables.

Objetivo 7: ENERGÍA ASEQUIBLE Y LIMPIA: Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos: El acceso universal, especialmente en los países en desarrollo y el requisito de medir el progreso en este objetivo relacionado con las personas con discapacidad están cubiertos en los artículos 9, 31 y 32.

Objetivo 8: TRABAJO DIGNO Y CRECIMIENTO ECONÓMICO: Promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos: El Artículo 27 reconoce el derecho de las personas con discapacidad a trabajar con las mismas condiciones que los demás y a ganarse la vida con un trabajo elegido libremente y a recibir una remuneración igual por el trabajo de igual valor y a tener condiciones laborales seguras; el Artículo 12 manifiesta que se puede lograr un acceso igualitario a la banca, los seguros y a los servicios financieros defendiendo el derecho a la igualdad de reconocimiento ante la ley y el Artículo 16 abarca los derechos a la libertad ante la explotación, violencia y abuso como el trabajo forzado, la esclavitud moderna y el tráfico de personas. Los artículos 5, 6, 9 y 31 también son aplicables.

Objetivo 9: INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA: Construir infraestructura resistente, promover la industrialización inclusiva y sostenible: El Artículo 12 sobre igualdad de reconocimiento ante la ley abarca el acceso a los servicios financieros incluyendo un crédito asequible; el Artículo 20, si se implementa, puede garantizar la movilidad personal con la mayor interdependencia posible para las personas con discapacidad; el Artículo 21 abarca la libertad al acceso a la información de manera igualitaria con el resto y a través de todas las formas de comunicación; y el Artículo 27 abarca la promoción de las oportunidades para el trabajo por cuenta propia, el espíritu emprendedor, el desarrollo de cooperativas y empezar el negocio propio. Los artículos 5, 6, 7, 9, 31 y 32 también son aplicables.

Objetivo 10: DESIGUALDADES REDUCIDAS: Reducir la desigualdad en y entre los países: Garantizar una representación mejorada y dar voz a las personas con discapacidad en la toma de decisiones está recogido en el Artículo 4; la promoción de percepciones positivas y una mayor concienciación social hacia las personas con discapacidad para fomentar la inclusión forma parte del Artículo 8; facilitar una migración y movilidad seguras que puede proteger a las personas con discapacidad de la explotación queda cubierto por el Artículo 16; garantizar el acceso a la protección social y a los programas de reducción de la pobreza está recogido en el Artículo 28. De manera adicional, los artículos 5, 6, 7, 9, 11, 31 y 32 son aplicables.

Objetivo 11: CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES: Convertir las ciudades y los asentamientos humanos en lugares más inclusivos, seguros, resistentes y sostenibles: el derecho de las personas a un estándar de vida adecuado para ellas y sus familias, incluyendo una vivienda adecuada se debe llevar a cabo según el Artículo 28; las personas con discapacidad deben poder permitirse la movilidad personal de la manera y en el momento de su elección y a un coste asequible (Artículo 20); las ciudades y asentamientos seguros deben garantizar protección

contra la violencia (Artículo 16); el entorno y el transporte público deben ser accesibles de manera igual al resto en las zonas urbanas y rurales (Artículo 9); y se debe respetar la planificación y la gestión participativa (Artículo 4). Los artículos 5, 6, 7, 11, 31 y 32 también son aplicables.

Objetivo 13: ACCIÓN CLIMÁTICA: Tomar acciones urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos: las personas con discapacidad sujetas a sufrir desastres naturales y otras situaciones de riesgo deben estar incluidas en todos los mecanismos de protección y seguridad (Artículo 11); y la planificación y la gestión relacionadas con el cambio climático deben ser inclusivas y accesibles para las personas con discapacidad (Artículo 32). Los artículos 5, 6, 7, 11, 9 y 31 también son aplicables.

Objetivo 16: PAZ, JUSTICIA E INSTITUCIONES FUERTES: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para un desarrollo sostenible, proporcionar acceso a la justicia para todos y construir instituciones inclusivas, responsables y efectivas a todos los niveles: Las tasas de mortalidad se deben reducir mediante un disfrute efectivo del derecho a la vida (Artículo 10); se debe defender la libertad ante la violencia, la explotación y el abuso (Artículo 16); de la misma manera que la libertad ante la tortura cruel, el tratamiento inhumano o degradante (Artículo 15); el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con el resto, incluyendo a través de las provisiones de acomodaciones de procedimiento y adecuadas a la edad debe estar establecido (Artículo 13); toma de decisiones inclusiva que consulta estrechamente a las personas con discapacidad y las implica a través de sus organizaciones representativas (Artículo 4); deben haber disponibles regímenes de toma de decisiones respaldados (Artículo 12); el derecho a una identidad legal está cubierto por el Artículo 18; las personas con discapacidad deben disfrutar todos los derechos humanos y libertades fundamentales (Artículo 1) y no deben verse privadas de su libertad de manera ilegítima (Artículo 14). De manera adicional, los artículos 5, 6, 7, 9, 31 y 32 también son aplicables.

Objetivo 17: ASOCIACIONES PARA LOS

OBJETIVOS: Reforzar los medios de implementación y revitalizar la asociación global para el desarrollo sostenible: mejorar el uso de tecnologías facilitadoras, la tecnología para la información y la comunicación se puede alcanzar especialmente para personas con discapacidad implementando el Artículo 21 para garantizar la accesibilidad; recopilación de datos de alta calidad, de manera oportuna y fiable desagregados por discapacidad están directamente relacionados con el Artículo 31 sobre estadísticas y recopilación de datos. Los Artículos 9 y 32 relacionados con las asociaciones con organizaciones de personas con discapacidad y que facilitan el acceso a la transferencia de tecnología, también son aplicables.

Fuente: CBM Internacional (2016). *Infografía CRPD y ODS* Obtenida de <https://www.cbm.org/New-resources-on-Agenda-2030-and-the-CRPD-501728.php>.

EL MARCO DE ACEPTABILIDAD, DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD Y LOS SERVICIOS DE RESPUESTA A LA VDG PARA JÓVENES CON DISCAPACIDADES

Aceptabilidad: Las instalaciones, los bienes y los servicios deben respetar las éticas médicas y ser culturalmente adecuados.

Disponibilidad: Las instalaciones, los bienes y los servicios deben estar disponibles en cantidad suficiente y tener suministro constante.

Accesibilidad: Las instalaciones, los bienes y los servicios deben ser accesibles para todos (físicamente, económicamente, información, sin discriminación).

Calidad: Las instalaciones, los bienes y los servicios deben ser de buena calidad.

Fuente: Adaptado del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000). *Comentario general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Doc. ONU Núm. E/C.12/2000/4.

NÚMERO ACUMULADO DE PAÍSES CON LEGISLACIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA, DE 1976 A 2016

Esta infografía es un gráfico que muestra el incremento en la cantidad de países con legislación contra la violencia doméstica.

En 1976, el número acumulado de países con legislación contra la violencia doméstica era cero. En 1994, el número rondaba 10 países. Dos años más tarde, había incrementado hasta casi 20. En el año 2000 treinta países habían incluido legislación contra la violencia doméstica. Desde 2000, el número de países ha seguido aumentando con 70 países con legislación contra la violencia doméstica a finales de la década, 2010. Entre 2013 y 2016, el número de países con legislación contra la violencia doméstica incrementó de alrededor de 75 a más de 140.

Fuente: Banco Mundial (2015). *Mujer, Empresa y el Derecho: Getting to Equal y la base de datos de Mujer, Empresa y el Derecho* (actualizada en 2016).

NÚMERO DE PAÍSES CON O SIN CLÁUSULAS SOBRE IGUALDAD DE GÉNERO ESPECÍFICAS

El número total de países incluidos es 189 y la información se actualizó en agosto de 2016.

140 países cuentan con legislación sobre violencia doméstica mientras que 49 países no la tienen.

144 países tienen legislación que abarca de manera específica el acoso sexual mientras que 45 países no la tienen.

Existe una edad mínima de matrimonio igual para hombres y mujeres en 167 países. 18 países no cuentan con una edad mínima de matrimonio igual para hombres y mujeres y cuatro países no tenían información.

149 países cuentan con leyes que prohíben o invalidan los matrimonios infantiles o tempranos.

39 países no tienen leyes que prohíban o invaliden los matrimonios infantiles o tempranos y había un país sin información.

103 países cuentan con sanciones estipuladas por ley por autorizar o participar de forma consciente en un matrimonio infantil o temprano. 85 países no cuentan con dichas sanciones o leyes. Un país no tenía información.

En 76 países, la legislación criminaliza de forma explícita la violación marital. La legislación en los 113 países restantes no criminaliza la violación marital.

En 13 países, los perpetradores están exentos de hacer frente a cargos criminales por violación si se casan con la víctima. Los 176 países restantes no eximen a los perpetradores de hacer frente a cargos criminales por violación si se casan con la víctima.

Fuente: Banco Mundial (2016). Proyecto Mujer, Empresa y el Derecho (última actualización en agosto de 2016). Disponible en: wbi.worldbank.org.

EL MARCO DE ACEPTABILIDAD, DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS JÓVENES CON DISCAPACIDADES

Aceptabilidad: Todas las instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva deben respetar la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades y ser sensibles al género, la edad, la discapacidad, la diversidad sexual y los requisitos de los ciclos de vida.

Disponibilidad: Disponibilidad de un número adecuado de instalaciones, servicios, bienes y programas de atención sanitaria para ofrecer a la población la mayor variedad posible de servicios en materia de salud sexual y reproductiva.

Accesibilidad: Las instalaciones sanitarias, bienes, información y servicios relacionados con la atención a la salud sexual y reproductiva deben ser accesibles a todas las personas y grupos, sin discriminación ni obstáculos. La accesibilidad incluye la accesibilidad física, asequibilidad y accesibilidad de la información.

Calidad: Las instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva deben ser de buena calidad, lo que significa que deben basarse en la evidencia y ser médicamente adecuados y estar actualizados.

Fuente: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). Observación general N° 22 sobre el Derecho a la salud sexual y reproductiva (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

NUEVE COMPONENTES ESENCIALES DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL MODIFICADOS PARA JÓVENES CON DISCAPACIDAD

Componente uno: Una base en los valores universales central de los derechos humanos que incluya los derechos de las personas con discapacidad.

La educación sexual integral se puede utilizar no solo para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos, sino también para promover la igualdad de género y los derechos humanos de todas las personas. La educación sexual integrada puede introducir a niños en edad escolar, adolescentes y a jóvenes tanto con y sin discapacidad a las ideas de la igualdad y los derechos humanos de las personas con discapacidad al mismo tiempo que aprenden sobre el respeto hacia la sexualidad propia y la de los demás, la igualdad de género y los derechos humanos.

Componente dos: Igualdad de género

Para que la educación sexual integral sea eficaz y cumpla los estándares internacionales, también debe promover la igualdad de género. Dado que a menudo la discapacidad exacerba las desigualdades de género, es especialmente importante que los

participantes de la educación sexual integral reciban y entiendan una perspectiva desde la discapacidad al examinar los subtemas clave relacionados con el género.

Componente tres: Información rigurosa y con precisión científica

La información completa y precisa es esencial para que los jóvenes puedan disfrutar totalmente su salud y derechos sexuales y reproductivos. Existen muchas ideas equivocadas sobre la sexualidad y la discapacidad, incluyendo creencias sociales perjudiciales que conducen a la estigmatización y al aislamiento social. La educación sexual integral debe abordar las falsas creencias, como la creencia de que las personas con discapacidad son asexuales, dentro de los contextos culturales adecuados.

Componente cuatro: Un entorno de aprendizaje seguro, sano e inclusivo de la discapacidad

Para que alguien pueda participar plenamente en la educación sexual integral, debe tener acceso a un entorno de aprendizaje accesible, seguro y sano. Las personas con discapacidad, especialmente los jóvenes con discapacidad, son a menudo el blanco del acoso escolar, de la discriminación e incluso de la violencia por parte tanto de profesores como de sus iguales. Por lo tanto, es particularmente importante que los educadores de la educación sexual integral cuenten con políticas de inclusión de la discapacidad fuertes que dejen claro que no se tolerará ninguna forma de discriminación. Esto debe incluir formación sobre la concienciación de la discapacidad para todos los participantes y partes interesadas y políticas de supervisión que garanticen que los participantes con discapacidad tengan la capacidad de presentar informes confidenciales sobre discriminación y abuso.

Componente cinco: Enlace con servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva y otras iniciativas que aborden el género, la discapacidad, la igualdad, el empoderamiento y el acceso a los activos educacionales, sociales y económicos para los jóvenes

Los programas sobre educación sexual integral deben estar comunicados con iniciativas complementarias que apoyen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de manera específica y factores sociales más amplios que influyan en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes con discapacidad. Al conectar con estas iniciativas, los programas de educación sexual integral deben garantizar que sean inclusivas de la discapacidad de forma que los jóvenes con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones. Las iniciativas complementarias pueden incluir programas para crear políticas de servicios sobre salud sexual dirigidas a los jóvenes, centros de atención médica sexual accesibles para las personas con discapacidad, campañas de concienciación dirigidas a cambiar normas de género perjudiciales y a la inclusión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en las leyes y políticas sobre discapacidad.

Componente seis: Métodos de enseñanza participativos para la personalización de la información y habilidades reforzadas en comunicación, toma de decisiones y pensamiento crítico

Los participantes de la educación sexual integral deben aprender las habilidades necesarias para pensar de manera profunda sobre sus decisiones sexuales y también ser capaces de comunicarlas de manera eficaz con otros. Los programas sobre la educación sexual integral deben prestar atención al hecho de que muchos jóvenes con discapacidad pueden haber crecido en hogares sobreprotectores y pueden no haber desarrollado el mismo nivel de autonomía en la toma de decisiones y las habilidades para abogar por sí mismos como sus iguales. Por lo tanto, es posible que sea adecuado que los programas sobre educación sexual integral desarrollen lecciones dirigidas para garantizar que los jóvenes con discapacidad sean capaces de desarrollar completamente esas habilidades así como lecciones interactivas que incluyan participantes con y sin discapacidad.

Componente siete: Reforzar la defensa de los jóvenes y el compromiso civil

Los programas sobre educación sexual integral deben incluir a jóvenes con y sin discapacidad en el diseño de programas y facilitar la participación de los jóvenes en actividades de cambio social positivo, incluyendo la concienciación y la defensa en lo referente a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Incluir a los jóvenes con discapacidad en el diseño de las actividades de los programas ayudará a garantizar que se incluya una perspectiva de la discapacidad en el programa y que todas las actividades de compromiso de defensa y cívico sean inclusivas de la discapacidad. Los programas sobre educación sexual integral también deben garantizar que cualquier sociedad civil asociada cuente con políticas de inclusión de la discapacidad y que las organizaciones de personas con discapacidad, especialmente las que representen a los jóvenes, tengan plena participación a la hora de asesorar y evaluar políticas y creación de programas sobre educación sexual integral.

Componente 8: La relevancia cultural a la hora de hacer frente a las violaciones de los derechos humanos y a la desigualdad de género y de discapacidad

Dado que a menudo las actitudes y creencias relacionadas con el género y la discapacidad están profundamente arraigadas en las normas socioculturales, cualquier programa sobre educación sexual integral debe desarrollarse de forma sensible hacia los elementos culturales, cumpliendo los estándares internacionales. Deben abordar de manera explícita mitos e ideas equivocadas relacionados con el género, la discapacidad y otros ejes de discriminación que existen en el contexto local. La implicación de las partes interesadas y de otras personas familiarizadas con el contexto local es crucial para diseñar programas que promuevan los derechos humanos, la igualdad de género y la igualdad de la discapacidad de forma sensible a los aspectos culturales para garantizar que se entiendan, acepten y calen hondo.

Componente 9: Llegar a sectores formales e informales y a grupos de edad

Los programas sobre educación sexual integral con éxito utilizan información apropiada para la edad para interactuar con los jóvenes de todas las edades en una variedad de escenarios, incluyendo jóvenes tanto dentro como fuera de la escuela. Los programas sobre educación sexual integral también deben desarrollar estrategias para identificar de forma específica e invitar a jóvenes con discapacidad aislados socialmente y que no tengan conocimiento o no se sientan cómodos asistiendo a la educación sexual integral sin motivación e intervenciones específicas, incluyendo concienciación de sus padres y de otros participantes sobre la educación sexual integral.

BARRERAS QUE AFRONTAN LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN SU PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD CIVIL

Barreras sociales: Actitudes sociales y creencias culturales que aumentan otras barreras.

Barreras sistémicas: Fallo de las principales OSC en la inclusión de los jóvenes con discapacidad como miembros o representar sus intereses; exclusión de organizaciones de personas con discapacidad de discapacidad cruzada de las organizaciones principales de la sociedad civil.

Barreras individuales: Padres sobreprotectores o control conyugal; exclusión de la formación profesional; no cumplimiento de las políticas antidiscriminación en el mercado laboral.

Barreras colectivas: Prohibiciones a la libertad de asociación (un derecho político y civil básico).

Estas cuatro barreras (sociales, sistémicas, individuales y colectivas) a la participación en la sociedad civil representan violaciones de los derechos humanos de los jóvenes con discapacidad.

ANEXOS

// ANEXO 1

GLOSARIO DE TÉRMINOS CLAVE

EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD	En la versión revisada de la Guía Técnica Internacional sobre la Educación Sexual: Un enfoque basado en evidencias, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) define la educación integral en sexualidad como un enfoque basado en derechos y centrada en el género a la educación sobre sexualidad, ya sea dentro o fuera de los colegios, que busca equipar a niños y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les habiliten para: hacer realidad su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; pensar en cómo sus decisiones afectan a su propio bienestar y al de los demás; y comprender y asegurar la protección de sus derechos durante toda su vida.
EMPODERAMIENTO	El empoderamiento, según la definición de la UNESCO, consiste en personas, tanto hombres como mujeres, que toman el control sobre sus vidas: estableciendo sus propias agendas, obteniendo habilidades, aumentando la confianza en sí mismos, resolviendo problemas y desarrollando la confianza en sí mismo. Nadie puede empoderar a otra persona: solo el individuo puede empoderarse a sí mismo para tomar decisiones u opinar. Sin embargo, las instituciones, incluidas las agencias de cooperación internacional, pueden brindar apoyo con procesos que pueden fomentar el autoempoderamiento de individuos o grupos.
GÉNERO	El UNFPA define el género como los atributos económicos, sociales y culturales, así como las oportunidades asociadas con ser hombre o mujer. En la mayoría de las sociedades, ser hombre o mujer no es simplemente una cuestión de poseer características biológicas y físicas diferentes. Los hombres y las mujeres se enfrentan a diferentes expectativas sobre cómo deben vestirse, comportarse o trabajar. Las relaciones entre hombres y mujeres, ya sea en la familia, el lugar de trabajo o la esfera pública, también reflejan la comprensión de los talentos, las características y el comportamiento apropiados para cada uno de ellos. Por lo tanto, el género difiere del sexo en que es de naturaleza social y cultural en lugar de biológica. Los atributos y características de género que abarcan, entre otros, los roles que desempeñan los hombres y las mujeres, así como las expectativas que se les imponen, varían ampliamente entre las distintas sociedades y cambian con el tiempo.
VIOLENCIA DE GÉNERO	El Comité Permanente entre Organismos define la violencia de género como un término genérico para cualquier acto dañino que se cometa contra la voluntad de una persona, y que se basa en las diferencias socialmente atribuidas (es decir, el género) entre hombres y mujeres. Aquí se incluyen los actos que generan daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de la libertad. Es importante señalar que tanto los hombres como las mujeres pueden experimentar violencia de género. Sin embargo, las mujeres y las niñas son víctimas de la violencia de manera abrumadora a manos de los hombres, ya que ejercen la violencia hacia la pareja y la violencia sexual con personas que no necesariamente sean su pareja entre las formas más generalizadas de violencia de género.
IGUALDAD DE GÉNERO	La igualdad de género, tal como la define la UNESCO, significa que las mujeres y los hombres tienen las mismas condiciones para hacer que se respeten todos sus derechos humanos y contribuir al desarrollo económico, social, cultural y político, además de beneficiarse de él. Por lo tanto, la igualdad de género es la valoración igualitaria por parte de la sociedad de las similitudes y diferencias entre hombres y mujeres, así como de los papeles que desempeñan. Está basada en que las mujeres y los hombres sean miembros de pleno derecho en su hogar, su comunidad y su sociedad.
VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA	La violencia contra la pareja, como la define la OMS, se refiere a «cualquier tipo de comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual a los miembros de dicha relación». Algunos ejemplos incluyen actos de violencia física , como abofetear, golpear, dar patadas y golpear; violencia sexual , incluidas las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coerción sexual; el abuso emocional (psicológico) , como insultos, desprecio, humillación constante, intimidación (por ejemplo, romper cosas), amenazas de daño o amenazas con llevarse a los niños; y el control de comportamientos , incluyendo aislar a una persona de sus familiares y amigos, controlar sus movimientos y restringir el acceso a los recursos financieros, empleo, educación o atención médica.

SALUD REPRODUCTIVA	El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) establece que «la salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, así como la capacidad para reproducirse y la libertad de decidir si quieren hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. ... La salud reproductiva incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.
DERECHOS REPRODUCTIVOS	El programa de Acción de la CIPD establece que «...los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en las leyes nacionales, los documentos de derechos humanos internacionales y otros documentos de consenso relevantes de las Naciones Unidas. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En el ejercicio de este derecho, deberían tenerse en cuenta las necesidades de los hijos presentes y futuros y sus responsabilidades para con la comunidad».
SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR) es un término genérico que se refiere a salud, servicios y derechos reproductivos y sexuales dentro de las áreas de sexualidad y reproducción. En el programa de Acción de la IPCD, la salud reproductiva se define como «un estado de completo bienestar físico, mental y social en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductor y sus funciones y procesos». Incluye la salud sexual, dentro de la cual está la habilidad de tener una «vida sexual segura y satisfactoria, y la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y con qué frecuencia hacerlo». Este último criterio incorpora el derecho de tener información y acceso a métodos seguros, eficaces, económicos y aceptables de planificación familiar y regulación de la fertilidad, así como acceso a servicios sanitarios apropiados. Los derechos reproductivos incluyen el derecho básico de los individuos y parejas de lograr el más alto nivel de salud sexual y reproductiva, que necesita el derecho de tomar decisiones con respecto a su propia reproducción, incluyendo la habilidad para decidir el número, el espaciado y el momento de sus hijos sin sufrir coerción, discriminación y violencia.
SALUD SEXUAL	De acuerdo con la definición actual establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es: «...un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual necesita un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin sufrir coerción, discriminación y violencia. Para lograr y mantener la salud sexual deben respetarse, protegerse y cumplirse los derechos sexuales de todo el mundo.
SEXUALIDAD	Según la definición de trabajo actual de la OMS, la sexualidad: '...es un aspecto central del ser humano a lo largo de toda la vida; abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad se ve influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, jurídicos, históricos, religiosos y espirituales'.
VIOLENCIA SEXUAL	La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como: «Cualquier acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o actos de tráfico o de otro modo dirigidos contra la sexualidad de una persona usando coerción, por parte de cualquier persona independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito, incluyendo sin exclusividad el hogar y el trabajo».

ENFOQUE DOBLE	La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad solicita a los Estados Partes que incorporen medidas sensibles a la discapacidad en la prestación de servicios tradicionales, y que proporcionen servicios específicos necesarios para apoyar la inclusión de y participación de las personas con discapacidad. Habitualmente esto se denomina enfoque doble en la discapacidad.
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS	Naciones Unidas define la violencia contra las mujeres (incluyendo las niñas) como «cualquier acto de violencia basado en el género que da como resultado, o es probable que dé como resultado, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres [incluyendo las niñas], que incluyen amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en público o en la vida privada».
JÓVENES CON DISCAPACIDAD	A efectos de este estudio, el término joven con discapacidad incluye personas de entre 10 y 24 años de edad con discapacidad.

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACIM	Asociación Mozambiqueña de Coalición de la Juventud	CIR	Comité Internacional de Rescate
ADU	Administración de Desarrollo de Ultramar	CMR	Comisión de Mujeres Refugiadas
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	CNIG	Consejo Nacional para la Igualdad de Género (Ecuador)
AMODEFA	Asociación Mozambiqueña para el Desarrollo de la Familia (Associação Moçambicana para Desenvolvimento da Família)	CONADIS	Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (Ecuador)
APF	Foro Asia-Pacífico	COVAW	Coalición sobre la Violencia contra las Mujeres (Kenya)
ASEAN	Asociación de Naciones del Asia Sudoriental	DAWN	Red de Mujeres con Discapacidad (Canadá)
AusAID	Agencia Australiana para el Desarrollo Internacional	DFID	Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido)
CARICOM	Comunidad del Caribe	DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño	GREVIO	Grupo de Expertos en la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	IDA	Alianza Internacional de Discapacidad
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	iiDi	Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo
CERMI	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad	INDH	Institución Nacional de Derechos Humanos
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.	Irish Aid	Agencia del Gobierno de Irlanda para el Desarrollo Internacional
		ITS/ETS	Infecciones/enfermedades de transmisión sexual

KAIH	Asociación Keniata para los Minusválidos Psíquicos	RHTC	Centro de Capacitación en Salud Reproductiva (Moldova)
LGBTQI	Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, queer e intersexuales	RIADIS	Red Latinoamericana de Organizaciones No Gubernamentales de Personas con Discapacidad y sus Familias
Marco DAAC	Marco de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad	SDSR	Salud y derechos sexuales y reproductivos
MENA	Oriente Medio y Norte de África	SSR	Salud sexual y reproductiva
MGF	Mutilación genital femenina	TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
NTPP	Sociedad Nacional de Embarazo Adolescente (Sudáfrica)	UE	Unión Europea
OACDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos	UKAid	Ver DFID
OCDE	Organización para Cooperación y el Desarrollo Económico.	UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ONG	Organización no gubernamental	UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONU	Naciones Unidas	UPHLS	Paraguas de Organizaciones de Personas con Discapacidad en la lucha contra el VIH/SIDA y por la Promoción de la Salud (Rwanda)
ONU Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA	VALID	Liga Victoriana de Defensa de las Personas con Discapacidad Intelectual (Australia)
OPD	Organización de Personas con Discapacidad	VCMN	Violencia contra las mujeres y las niñas
OSC	Organización de la sociedad civil	VDG	Violencia de género
PIDCO	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	VIH/Sida	Virus de inmunodeficiencia humana/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
PIDCP	Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.	WEI	Women Enabled International
PIDESC	Convención sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales		
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo		
RBC	Centro Biomédico de Rwanda		

// ANEXO 2

LISTA DE RECURSOS

Este anexo presenta recursos que incluyen bases de datos, guías y paquetes de herramientas identificados durante el estudio. Aunque el equipo de investigación no ha evaluado de manera independiente cada fuente, esta lista ofrece opciones para una futura exploración dentro de los campos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) y la prevención y la respuesta a la violencia de género (VDG) entre los jóvenes con discapacidad.

Action Canada for Sexual Health and Rights

- *A Handbook for Health-care Providers Working With Clients From Diverse Communities.*
Obtenido de: www.srhweek.ca/wp-content/uploads/2017/02/SRH2017-Handbook-EN.pdf

Alianza Internacional de Discapacidad

- *Toolkit for Engagement of Organisations of Persons with Disabilities (DPO) in the Voluntary National Review Process.*
Obtenido de: www.internationaldisabilityalliance.org/toolkitvnr

Banco Mundial

- *Portal de datos sobre género.*
Disponible en: datatopics.worldbank.org/gender

Banteay Srei (Cambodian Disabled People's Organisation), CBM Australia, la Agencia Internacional de Desarrollo de la Mujer y Monash University

- *Challenging Discrimination against Women with Disabilities: A Community Toolkit.*
Obtenido de: www.banteaysrei.info/wp-content/uploads/2013/03/A-Community-Training-Toolkit-EN.pdf

Baxley, DiAnn y Zendell, Anna

- *Sexuality Across the Lifespan: Sexuality Education for Children and Adolescents with Developmental Disabilities. An Instructional Manual for Educators of Individuals with Developmental Disabilities (Primera edición 2005/Revisado 2011).*
Obtenido de: www.fddc.org/sites/default/files/file/publications/Sexuality%20Guide-Educators-English.pdf

CBM

- *Disability Inclusive Development Toolkit*
Obtenido de: www.cbm.org/article/downloads/54741/CBM-DID-TOOLKIT-accessible.pdf

Comisión de Mujeres Refugiadas

- *Disability Inclusion in Child Protection and Gender-Based Violence Programmes.*
Obtenido de: womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1620-disability-inclusion-in-child-protection-and-gender-based-violence-programs
- *Gender-based Violence against Children and Youth with Disabilities Toolkit: A Toolkit for Child Protection Actors.*
Obtenido de: www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit
- *Gender-based Violence against Children and Youth with Disabilities Toolkit: A Toolkit for Child Protection Actors (2016), Child- and Youth-led Participatory Assessment on Gender-based Violence and Disability.*
Obtenido de: www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/1322-gbv-youth-disabilities-toolkit-participatory-assess

- *Veo que es posible: Desarrollar la capacidad para la inclusión de la discapacidad en la programación de la violencia de género en contextos humanitarios.*

Obtenido de: www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview

- *Paquete de herramientas para la discapacidad en la violencia de género «Veo que es posible»: Inclusión de la discapacidad en la programación de la violencia de género*

Obtenido de: www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1173-gbv-disability-toolkit-all-in-one-book

- *Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action: A Facilitator's Guide.*

Obtenido de: www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1443-humanitarian-facilitators-guide

Comité Permanente entre Organismos

- *Directrices para integrar las intervenciones contra la violencia basada en el género a la acción humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia y ayudar en la recuperación*

Obtenido de: www.interagencystandingcommittee.org/system/files/2015-iasc-gender-based-violence-guidelines_lo-res.pdf

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División para el Desarrollo Social Inclusivo

- *Conjunto de herramientas sobre la discapacidad para África:*

Obtenido de: www.un.org/development/desa/technical-cooperation/2016/11/18/toolkit-on-disability-for-africa/

Desarrollo Inclusivo, iiDi y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

- *Decímelo a mí!* (información de SRH en lenguaje de signos, desarrollado por jóvenes sordos de Argentina, Costa Rica y Uruguay)
Obtenido de: www.decimeloami.com

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

- *Base de datos mundial sobre la violencia contra las mujeres.*

Disponible en: www.evaw-global-database.unwomen.org/en/countries

- *Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence: Elementos centrales y directrices de calidad* (en asociación con el UNFPA, la OMS, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito)
Obtenido de: www.unfpa.org/essential-services-package-women-and-girls-subject-violence

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

- *Estándares Mínimos para la prevención y respuesta a la Violencia de Género en situaciones de emergencia*

Obtenido de: www.unfpa.org/featured-publication/gbvie-standards

- *Reproductive Rights are Human Rights: Los derechos reproductivos son derechos humanos: Manual para las instituciones de derechos humanos nacionales*

Obtenido de: www.unfpa.org/publications/reproductive-rights-are-human-rights

- *UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender.*

Obtenido de: www.unfpa.org/publications/unfpa-operational-guidance-comprehensive-sexuality-education

- *Paquete de herramientas sobre salud reproductiva y sexual en adolescentes en situaciones de emergencia: Un complemento al manual de trabajo interagencias sobre salud reproductiva en situaciones humanitarias*

Obtenido de: www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings

Fuente: International online resource centre on disability and inclusion (gestionado por Humanity & Inclusion)

- *Disability and Sexuality.*
Obtenido de: www.asksource.info/topics/social-inclusion/disability-and-sexuality
- *HIV and AIDS and Disability.*
Obtenido de: www.asksource.info/topics/health-and-functional-rehabilitation/hiv-and-aids-and-disability

Illinois Images Project

- *Our Rights, Right Now: Women with Disabilities and Sexual Violence Education Guide.*
Obtenido de: www.icasa.org/docs/illinois%20images/mini%20module%204%20education%20guide.pdf

Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Pacific Disability Forum

- *Toolkit on Eliminating Violence against Women and Girls with Disabilities in Fiji.*
Obtenido de: www.pacificdisability.org/getattachment/Resources/PDF-Resources/Toolkit-on-Eliminating-Violence-Against-Women-And-Girls-With-Disabilities-In-Fiji1.pdf.aspx

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos

- *Ponente especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*
Disponible en: www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/SRDisabilitiesIndex.aspx

- *Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.*

Disponible en: www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

- *Guía Técnica Internacional sobre la Educación sexual: Un enfoque informado sobre las evidencias.*
Obtenido de: www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education

Organización Mundial de la Salud (OMS)

- *Nota de orientación sobre la discapacidad y la gestión del riesgo de emergencia para la salud*
Obtenido de: www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90369/9789241506243_eng.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNFPA

- *Promocionar la salud sexual y reproductiva para las personas con discapacidad: Nota de orientación OMS/UNFPA*
Obtenido de: www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf
- *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: Guía de implementación*
Obtenido de: www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/158866/9789241549103_eng.pdf?sequence=1

Plan International

- *Protect us! Inclusion of Children with Disabilities in Child Protection.*
Obtenido de: www.plan-international.org/publications/protect-us

Programa de Educación Sexual (ANEP-CODICEN), Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (iiDi), UNFPA, UNICEF

- *Es Parte de la Vida: Material de Apoyo sobre Sexual y Discapacidad para Compartir en Familia* (solo español. Traducción al inglés: *It's Part of Life: Support material on sex education and disability to share as a family*).
Obtenido de: www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/972_pdf.pdf

Sistema de gestión de datos sobre violencia basada en género (GBVIMS, por sus siglas en inglés)

- Disponible en: www.gbvims.com

Washington Group on Disability Statistics

- Disponible en: www.washingtongroup-disability.com

Women Enabled International

- *accountABILITY Toolkit*.
Obtenido de: www.womenenabled.org/atk.html
- *Enabling a Global Human Rights Movement for Women and Girls with Disabilities: Global Disabled Women's Rights Advocacy Report*.
Obtenido de: www.womenenabled.org/mapping.html

Women with Disabilities Australia

- *Human Rights Toolkit for Women and Girls with Disability, First Edition*.
Obtenido de: www.wwda.org.au/wp-content/uploads/2016/10/WWDA-Human-Rights-Toolkit-Final.pdf

// ANEXO 3

UN MODELO PARA UTILIZAR UN ENFOQUE DOBLE A LA HORA DE DISEÑAR UNA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL SEGÚN LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS INTERNACIONALES SOBRE EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD DE LA UNESCO¹.

Componente 1: Una base para los valores universales básicos de los derechos humanos

Las Orientaciones Técnicas recomiendan que se utilice la educación sexual integral (ESI) no solo para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR), sino también como un instrumento estratégico para promover la igualdad de género y los derechos humanos de mujeres y niñas. Por definición, la ESI también proporciona un vehículo estratégico a la hora de promover la igualdad entre las personas con discapacidad, así como los derechos humanos de los jóvenes con discapacidad. A pesar de que en los últimos años ha habido un progreso significativo a la hora de promover los derechos de las personas con discapacidad, su SDSR normalmente se han dejado en un segundo plano y han recibido menos atención. Por ejemplo, numerosos Estados Partes de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), así como organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones de personas con discapacidad (OPD) han implementado campañas de sensibilización sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad dirigidas tanto a personas con discapacidad como sin discapacidad. Sin embargo, muchas de estas campañas hacen

más hincapié en problemas como la discriminación por motivos de discapacidad en el lugar de trabajo o la falta de accesibilidad en el transporte público que en la SDSR.² Sin embargo, la educación sexual integral proporciona una oportunidad para construir los mensajes para la igualdad entre las personas con discapacidad y las campañas de derechos poniendo de manifiesto explícitamente que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y salud sexuales y reproductivos que las personas sin discapacidad. La ventaja de la ESI como plataforma es que introduce a niños en edad escolar, adolescentes y a jóvenes tanto con y sin discapacidad a las ideas de la igualdad y los derechos humanos de las personas con discapacidad al mismo tiempo que aprenden sobre el respeto hacia la sexualidad propia y la de los demás, la igualdad de género y los derechos humanos.

Componente 2: Igualdad de género

Para que la ESI sea efectiva y cumpla los estándares internacionales, también debe promover la igualdad de género dentro de su plan de estudios, de este modo, los participantes entenderán el papel que juegan las normas de género a la hora de determinar el acceso a la SDSR, así como su disfrute. La integración de la igualdad de género en la ESI también proporciona una gran oportunidad para incluir en su plan de estudios la confluencia entre género y desigualdad. La discapacidad a menudo agudiza las desigualdades de género, por lo que es particularmente importante que los destinatarios de la ESI entiendan cómo se aplica el género a las personas con discapacidad. Como tales, los programas de ESI podrían proporcionar una perspectiva sobre la discapacidad a la hora de analizar subtemas clave acerca del género, como, por ejemplo, las normas de género masculinas/femeninas, cómo los niños y las niñas

1 UNESCO. 2018. Guía Técnica Internacional sobre la Educación sexual: Un enfoque informado sobre las evidencias. Obtenido de: <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>.

2 La campaña de sensibilización de los derechos de las personas con discapacidad del Consejo de Europa es una notable excepción al presentar la salud sexual y reproductiva, junto con otras cuestiones, como uno de sus pilares fundamentales. Fuente: Dekoninck, K. (2017). *Awareness Raising on the Rights of Persons with Disabilities: Contribution on the Council of Europe Strategy on the Rights of Persons with Disabilities*. Obtenido de <https://rm.coe.int/final-study-awareness-raising/168072b421>.

son socializados de forma distinta, el impacto de las normas de género en sus vidas, etc. Incluir una perspectiva sobre la discapacidad dentro del género también proporciona una oportunidad para enfatizar temas como las prácticas sexuales seguras y el riesgo de VIH y su prevención. Incorporar perspectivas sobre la discapacidad y el género dentro de la ESI también ayuda a enfatizar que todas las personas con discapacidad, independientemente de su identidad de género u orientación sexual, deberían tener acceso y disfrutar de la misma SDSR que los individuos sin discapacidad. La educación sexual integral también puede exponer a los jóvenes a programas de transformación de género. Por ejemplo, la ESI podría incluir enseñanzas sobre masculinidades desafiantes y dañinas que pueden llevar a los hombres a creer que «actuar como un hombre» significa no tener o no expresar emociones, parecer «duros» y ser físicamente fuertes o controladores.

Componente 3: Información exhaustiva y científicamente precisa

Una información completa y precisa es esencial para que los jóvenes puedan disfrutar plenamente de su SDSR. Ambos temas con respecto a la desigualdad y la sexualidad son susceptibles de caer en la desinformación. Los conceptos y la información erróneos, incluyendo las creencias y prácticas en contra de los derechos humanos, pueden conducir a la estigmatización y al aislamiento social de las personas con discapacidad. Por lo tanto, es especialmente importante que siempre se proporcione información precisa y apropiada según la edad desde el respeto cultural, y que los conceptos erróneos se corrijan cuando se debata sobre la sexualidad y la discapacidad.

Componente 4: Un entorno de aprendizaje seguro y saludable

Para que alguien participe plenamente en la ESI, debe tener un entorno de aprendizaje seguro y saludable. Las personas con discapacidad, especialmente los jóvenes con discapacidad son a menudo el blanco del acoso escolar, de la discriminación e incluso

de la violencia por parte tanto de profesores como de sus iguales. Por lo tanto, es especialmente importante que los proveedores de ESI tengan fuertes políticas de inclusión de la discapacidad que dejen claro que no se tolerará ninguna forma de discriminación o acoso a los participantes con discapacidad. Además, todo el profesorado, personal y alumnado debe contar con una formación de sensibilización sobre la discapacidad. Los proveedores de educación sexual integral deben también supervisar las políticas in situ, incluyendo la habilidad de los participantes con discapacidad para presentar informes confidenciales de discriminación y abusos. También es importante que la ESI tenga lugar en una instalación segura donde los participantes puedan acceder a un espacio de aprendizaje seguro desde sus casas. El entorno de aprendizaje seguro y saludable también se debe extender a la casa para que los participantes de la ESI puedan volver a casa con información y tareas. Por lo tanto, los programas de ESI también deben llevar a cabo un trabajo de concienciación con los padres, cuidadores y otros familiares de los jóvenes con discapacidad para garantizar que estos puedan asistir a los cursos de ESI que se impartan fuera de casa y que puedan volver con información y lecciones sin miedo a ser discriminados o acosados.

Componente 5: Enlace con servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva y otras iniciativas que aborden el género, la discapacidad, la igualdad, el empoderamiento y el acceso a los activos educativos, sociales y económicos para los jóvenes

Los programas de educación sexual integral deberían estar vinculados a programas complementarios e iniciativas que respalden especialmente los SDSR, así como factores sociales de mayor importancia que afecten al ejercicio y disfrute de la SDSR (p. ej., iniciativas centradas en la creación de políticas sexuales y reproductivas adaptadas a los jóvenes, campañas de sensibilización dirigidas a cambiar las normas de género que vayan en contra de los

derechos humanos o el fomento de leyes y políticas más sensibles). A la hora de vincularse con programas complementarios e iniciativas, los programas de ESI deben asegurarse de que estos promuevan la inclusión de las personas con discapacidad y que animen a los jóvenes con discapacidad a participar con otros individuos desde la base de la igualdad. De forma similar, los programas de ESI deben estar vinculados a programas complementarios e iniciativas que promuevan específicamente los derechos de las personas con discapacidad, incluyendo centros accesibles de salud sexual y reproductiva, la inclusión de la SDSR en las leyes y políticas en materia de discapacidad, etc.

Componente 6: Métodos de enseñanza participativos para la personalización de la información y habilidades reforzadas en comunicación, toma de decisiones y pensamiento crítico

Aplicar métodos de aprendizaje diversos e interactivos es importante en cualquier materia, pero aún lo es más cuando hablamos de la ESI. El tema de la sexualidad puede tener un carácter muy personal, pero también está arraigado en las relaciones. Así, los participantes en ESI deben aprender las habilidades necesarias para pensar profundamente en sus decisiones sexuales y ser capaces de comunicarse efectivamente con los demás. Los programas sobre la educación sexual integral deben prestar atención al hecho de que muchos jóvenes con discapacidad pueden haber crecido en hogares sobreprotectores y pueden no haber desarrollado el mismo nivel de autonomía en la toma de decisiones y las habilidades para abogar por sí mismos como sus iguales. Por lo tanto, los programas de ESI pueden querer desarrollar lecciones dirigidas a garantizar que las personas jóvenes con discapacidad puedan desarrollar plenamente estas habilidades. Las lecciones interactivas que cuenten con participantes con y sin discapacidad son particularmente beneficiosas a la hora de abordar el estigma de la discapacidad, ya que facilitan las interacciones positivas entre

personas con y sin discapacidad. En el caso de jóvenes con discapacidad con deficiencias concretas que afecten a su habilidad de comunicarse con otras personas, practicar la comunicación es particularmente importante, además de reivindicar que se lleven a cabo las adaptaciones que sean necesarias para sus necesidades comunicativas.

Componente 7: Reforzar la defensa de los jóvenes y el compromiso civil

Los programas sobre educación sexual integral deben incluir a los jóvenes en el diseño de programas y facilitar la participación de los jóvenes en iniciativas de cambio social positivo, incluyendo la concienciación y la defensa en lo referente a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. A los jóvenes con discapacidad normalmente se les excluye de las iniciativas de desarrollo participativo, así como de la sociedad civil. Por lo tanto, es muy importante que se incluya a los jóvenes con discapacidad en el diseño de programas con el fin de garantizar que se incluya una perspectiva de la discapacidad en el plan de estudios y que las iniciativas de defensa y participación cívica promuevan la inclusión de las personas con discapacidad. Esto podría incluir lecciones sobre cómo planificar la accesibilidad en eventos públicos o actividades de voluntariado. Los programas de educación sexual integral también deben garantizar que todos los colaboradores de la sociedad civil, como, por ejemplo, las organizaciones juveniles, tengan políticas de inclusión y que las OPD, especialmente las que representan a los jóvenes, participen plenamente en juntas asesoras de la ESI y otros foros para la participación directa en la planificación de políticas y programación de la ESI.

Componente 8: La relevancia cultural a la hora de hacer frente a las violaciones de los derechos humanos y a la desigualdad de género

Dado que las actitudes y creencias sobre el género y la discapacidad suelen estar muy incrustadas en las normas socioculturales, todos los programas de ESI deben desarrollarse de una

manera culturalmente sensible, adhiriéndose a las normas internacionales. Deben abordar de manera explícita mitos e ideas equivocadas relacionados con el género, la discapacidad y otros ejes de discriminación que existen en el contexto local. La implicación de las partes interesadas y de otras personas familiarizadas con el contexto local es crucial para diseñar programas que promuevan los derechos humanos, la igualdad de género y la igualdad de la discapacidad de forma sensible a los aspectos culturales para garantizar que se entiendan, acepten y calen hondo.

Componente 9: Llegar a sectores formales e informales y a grupos de edad

Los programas exitosos de la ESI involucran a participantes de distintos grupos de edad y entornos con el fin de llegar tanto a los jóvenes que asisten a la escuela como a los que no asisten. Es importante que no solo los adolescentes y jóvenes de mayor edad tengan acceso a la ESI, ya que los adolescentes de menor edad y los niños también pueden beneficiarse de una ESI adaptada para su edad. Esto es particularmente importante, ya que los niños, especialmente aquellos con discapacidad, corren el riesgo de sufrir abusos sexuales. Al igual que ocurre con todos los grupos marginados o excluidos, es menos probable que los jóvenes con discapacidad se matriculen en la escuela, por lo que es importante que la ESI no solo se imparta dentro de esta, incluidas las aulas y escuelas de educación especial, sino en entornos comunitarios donde los jóvenes que no estén matriculados en la educación formal puedan participar. Tanto si hablamos del entorno escolar como del extraescolar, se debe prestar especial atención para garantizar que las instalaciones utilizadas sean físicamente accesibles para todos y que la información se presente en múltiples formatos accesibles. Los programas

de educación integral en sexualidad también deben desarrollar estrategias para identificar e invitar a los jóvenes con discapacidad que están socialmente aislados y pueden no conocer o no sentirse cómodos asistiendo a ESI sin que se les anime específicamente y se intervenga de manera concreta, incluida la sensibilización de los padres y los demás participantes sobre ESI.

Una estrategia para garantizar el acceso, y la inclusión, a la ESI de los jóvenes con discapacidad es brindar información acerca de esta a través de las tecnologías móviles e Internet. Muchos proveedores de ESI han desarrollado sitios web o servicios de mensajes de texto para llegar a las poblaciones marginadas y excluidas, como, por ejemplo, los jóvenes que no asisten a la escuela. Internet y las tecnologías móviles también son útiles para reforzar los mensajes de la ESI y permitir a los usuarios hacer preguntas de forma anónima, así como solicitar información específica de profesionales o voluntarios capacitados a través del uso de salas de chat, mensajes y otros foros. El anonimato que brindan estos servicios es una herramienta particularmente potente para alentar a los jóvenes a hacer preguntas que pueden ser incómodas delante de sus compañeros o en una situación cara a cara con un proveedor sanitario. El uso de servicios de aprendizaje virtual y mensajes de texto se han señalado como una forma para que los jóvenes accedan a su SDSR, disfruten de ellos y encuentren respuesta a sus preguntas relacionadas con los mismos en contextos donde las normas culturales locales presentan barreras para la implementación de la ESI en las escuelas o de campañas de concienciación públicas, como, por ejemplo, anuncios en radio o carteles que ofrezcan información sobre el uso del preservativo o acerca de la planificación familiar.³

3 UNESCO (2015). *Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: A global review*. Obtenido de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CSE_Global_Review_2015.pdf.

// ANEXO 4

ANEXO DE ESTADÍSTICAS

TABLA 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN (MILES) 2016			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (%)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD			TASA BRUTA DE NATALIDAD			ESPERANZA DE VIDA			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
	total	menores de 18	menores de 5	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Afganistán	34.656	17.744	5.233	4,0	2,1	28	16	7	52	49	33	37	50	64	4,6
Albania	2.926	659	177	-0,4	0,0	8	6	7	32	25	12	67	72	78	1,7
Alemania	81.915	13.103	3.557	0,1	0,0	12	12	11	14	10	9	71	75	81	1,5
Andorra	77	13	3	1,3	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	28.813	15.416	5.277	3,3	3,1	27	23	9	53	53	42	37	42	62	5,7
Anguila	15	4	1	2,2	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	101	30	8	1,6	0,9	7	7	6	31	19	16	66	71	76	2,1
Arabia Saudita	32.276	9.641	2.966	2,6	1,4	15	5	4	47	36	20	53	69	75	2,5
Argelia	40.606	13.495	4.699	1,7	1,3	17	6	5	47	32	23	50	67	76	2,8
Argentina	43.847	13.076	3.736	1,1	0,8	9	8	8	23	22	17	66	72	77	2,3
Armenia	2.925	685	202	-0,7	0,0	6	8	10	23	22	13	70	68	75	1,6
Australia	24.126	5.433	1.551	1,3	1,1	9	7	7	20	15	13	71	77	83	1,8
Austria	8.712	1.489	412	0,5	0,2	13	11	10	16	11	10	70	76	82	1,5
Azerbaiyán	9.725	2.653	891	1,1	0,7	9	9	7	32	29	18	63	65	72	2,1
Bahamas	391	97	28	1,6	0,8	6	5	6	26	24	14	66	71	76	1,8
Bahrein	1.425	334	107	4,1	2,5	7	3	2	38	29	15	63	72	77	2,0
Bangladesh	162.952	56.869	15.236	1,6	0,9	19	10	5	48	35	19	48	58	72	2,1
Barbados	285	66	17	0,3	0,1	10	10	11	22	16	12	66	71	76	1,8
Bélgica	11.358	2.309	643	0,5	0,4	12	11	10	14	12	11	71	76	81	1,8
Belice	367	141	40	2,6	1,8	8	5	5	42	36	23	66	71	70	2,5

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN (MILES) 2016			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (%)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD			TASA BRUTA DE NATALIDAD			ESPERANZA DE VIDA			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
	total	menores de 18	menores de 5	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Benin	10.872	5.379	1.775	3,0	2,6	24	15	9	47	46	37	42	54	61	5,0
Bhután	798	259	70	1,5	1,0	24	13	6	49	39	18	40	53	70	2,1
Bielorrusia	9.480	1.821	579	-0,3	-0,2	9	11	13	16	14	12	71	71	73	1,7
Birmania	52.885	17.485	4.538	1,0	0,8	15	10	8	39	27	18	51	59	67	2,2
Bolivia (Estado Plurinacional de)	10.888	4.150	1.189	1,8	1,4	20	13	7	42	35	23	46	55	69	2,9
Bosnia y Herzegovina	3.517	628	157	-0,9	-0,2	7	8	11	24	15	9	66	71	77	1,4
Botswana	2.250	840	259	1,9	1,6	13	8	7	46	34	24	55	62	67	2,7
Brasil	207.653	56.235	14.919	1,3	0,6	10	7	6	35	25	14	59	65	76	1,7
Brunei Darussalam	423	120	34	1,9	1,0	6	4	4	37	29	16	67	73	77	1,9
Bulgaria	7.131	1.183	324	-0,8	-0,7	9	12	15	16	12	9	71	71	75	1,6
Burkina Faso	18.646	9.724	3.221	2,9	2,7	25	17	9	47	47	39	39	49	60	5,4
Burundi	10.524	5.372	1.901	2,6	2,9	21	18	11	47	50	42	44	48	57	5,7
Cabo Verde	540	200	55	1,8	1,2	14	8	6	42	40	21	54	65	73	2,3
Camboya	15.762	5.854	1.761	2,2	1,3	20	13	6	43	42	23	42	54	69	2,6
Camerún	23.439	11.578	3.804	2,7	2,4	19	15	10	45	45	36	46	52	58	4,7
Canadá	36.290	6.999	1.929	1,0	0,8	7	7	7	17	14	11	73	77	82	1,6
Chad	14.453	7.854	2.666	3,4	2,8	23	19	13	47	51	43	41	47	53	5,9
Chile	17.910	4.462	1.184	1,2	0,7	10	6	6	30	22	13	62	74	80	1,8
China	1403500	295.112	85.866	0,7	0,2	11	7	7	36	22	12	59	69	76	1,6
Chipre	1.170	241	66	1,6	0,7	7	7	7	19	19	11	73	77	81	1,3
Colombia	48.653	14.055	3.712	1,3	0,6	9	6	6	38	26	15	61	68	74	1,9
Comoras	796	369	119	2,5	2,1	19	12	7	46	43	33	46	57	64	4,3
Congo	5.126	2.489	824	2,9	2,5	14	12	7	43	38	35	53	56	65	4,7
Costa Rica	4.857	1.296	346	1,7	0,8	7	4	5	33	27	14	66	76	80	1,8

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN (MILES) 2016			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (%)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD			TASA BRUTA DE NATALIDAD			ESPERANZA DE VIDA			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
	total	menores de 18	menores de 5	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Côte d'Ivoire	23.696	11.689	3.861	2,5	2,4	21	14	12	52	43	37	44	52	54	4,9
Croacia	4.213	756	196	-0,5	-0,6	11	11	13	15	11	9	68	72	78	1,5
Cuba	11.476	2.260	636	0,3	0,0	7	7	8	29	17	11	70	75	80	1,7
Dinamarca	5.712	1.157	285	0,4	0,4	10	12	9	15	12	10	73	75	81	1,7
Djibouti	942	356	102	1,8	1,3	15	11	8	45	40	23	49	57	62	2,8
Dominica	74	22	6	0,1	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	16.385	5.606	1.611	1,8	1,3	12	6	5	41	30	20	58	69	76	2,5
Egipto	95.689	36.997	12.876	2,0	1,6	16	8	6	42	34	26	52	65	71	3,3
El Salvador	6.345	2.153	577	0,7	0,5	13	8	7	43	31	19	55	64	74	2,1
Emiratos Árabes Unidos	9.270	1.498	464	6,2	1,3	7	3	2	37	26	10	62	72	77	1,7
Eritrea	4.955	2.397	744	1,8	2,2	21	16	7	47	42	32	43	50	65	4,1
Eslovaquia	5.444	996	281	0,1	-0,1	9	10	10	18	15	10	70	71	77	1,4
Eslovenia	2.078	363	107	0,1	-0,1	10	10	10	17	11	10	69	73	81	1,6
España	46.348	8.135	2.065	0,6	0,0	9	8	9	20	10	9	72	77	83	1,4
Estado de Palestina	4.791	2.231	712	3,2	2,4	13	5	3	50	46	32	56	68	73	4,0
Estados Unidos	322.180	73.928	19.607	0,9	0,7	10	9	8	16	16	13	71	75	79	1,9
Estonia	1.312	247	68	-0,7	-0,3	11	13	12	15	14	11	70	69	78	1,6
Etiopía	102.403	49.500	15.177	2,9	2,2	21	18	7	48	48	32	43	47	65	4,2
ex República Yugoslava de Macedonia	2.081	425	118	0,2	0,0	7	8	10	25	18	11	66	71	76	1,5
Federación de Rusia	143.965	28.642	9.561	-0,1	-0,2	9	12	13	15	14	13	69	68	71	1,8
Fiji	899	303	87	0,8	0,5	8	6	7	34	29	19	60	66	70	2,5
Filipinas	103.320	39.204	11.530	2,0	1,4	9	7	7	39	33	23	61	65	69	2,9
Finlandia	5.503	1.078	297	0,4	0,3	10	10	10	14	13	11	70	75	81	1,8
Francia	64.721	14.080	3.842	0,5	0,3	11	9	9	17	13	12	72	77	83	2,0

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN (MILES) 2016			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (%)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD			TASA BRUTA DE NATALIDAD			ESPERANZA DE VIDA			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
	total	menores de 18	menores de 5	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Gabón	1.980	822	274	2,8	1,9	20	11	8	37	37	30	47	61	66	3,8
Gambia	2.039	1.065	360	3,1	2,8	26	14	8	50	47	39	38	52	61	5,4
Georgia	3.925	875	271	-1,2	-0,3	9	9	13	20	17	13	67	70	73	2,0
Ghana	28.207	12.689	4.085	2,5	2,0	16	11	8	47	39	31	49	57	63	4,0
Granada	107	34	10	0,4	0,3	9	9	7	28	28	19	64	69	74	2,1
Grecia	11.184	1.937	474	0,3	-0,3	10	9	11	18	11	8	71	77	81	1,3
Guatemala	16.582	7.047	2.023	2,2	1,8	14	9	5	45	39	25	53	62	73	3,0
Guinea	12.396	6.082	1.983	2,8	2,5	27	17	9	45	47	36	37	50	60	4,9
Guinea Bissau	1.816	872	291	2,2	2,3	22	17	11	43	46	37	42	49	57	4,6
Guinea Ecuatorial	1.221	521	182	4,0	3,0	26	18	10	42	42	34	40	48	58	4,7
Guyana	773	277	76	0,2	0,5	9	8	8	36	28	21	62	63	67	2,5
Haití	10.847	4.296	1.233	1,6	1,0	18	13	9	39	37	24	47	55	63	2,9
Honduras	9.113	3.541	951	2,3	1,4	15	7	5	48	39	22	53	67	74	2,5
Hungría	9.753	1.694	436	-0,2	-0,4	11	14	13	15	12	9	69	69	76	1,4
India	1.324.171	448.314	119.998	1,6	1,0	17	11	7	39	32	19	48	58	69	2,3
Indonesia	261.115	85.965	24.822	1,4	0,9	13	8	7	40	26	19	55	63	69	2,4
Irán (República Islámica del)	80.277	22.149	6.823	1,4	0,7	16	7	5	42	33	17	51	64	76	1,7
Iraq	37.203	17.460	5.738	2,9	2,6	12	7	5	46	38	33	58	66	70	4,4
Irlanda	4.726	1.197	344	1,1	0,7	11	9	6	22	14	14	71	75	81	2,0
Islandia	332	80	22	1,0	0,7	7	7	6	21	17	13	74	78	83	1,9
Islas Cook	17	6	2	-0,2	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	53	19	5	0,4	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	599	275	83	2,5	1,8	13	11	5	45	40	29	54	57	71	3,9
Islas Tucas y Caicos	35	10	3	4,3	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN (MILES) 2016			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (%)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD			TASA BRUTA DE NATALIDAD			ESPERANZA DE VIDA			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
	total	menores de 18	menores de 5	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Islas Vírgenes Británicas	31	9	3	2,4	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	8.192	2.672	841	2,3	1,4	7	6	5	26	22	20	72	77	83	3,0
Italia	59.430	9.761	2.482	0,2	-0,2	10	10	10	17	10	8	72	77	83	1,5
Jamaica	2.881	820	205	0,7	0,1	8	7	7	35	25	17	68	72	76	2,0
Japón	127.749	20.051	5.343	0,1	-0,4	7	7	11	19	10	8	72	79	84	1,5
Jordania	9.456	3.959	1.227	3,8	1,2	10	5	4	51	35	26	60	70	74	3,4
Kazajstán	17.988	5.566	1.997	0,3	0,9	9	9	9	26	23	21	63	67	70	2,6
Kenya	48.462	23.094	7.023	2,8	2,3	15	10	6	51	42	31	52	58	67	3,9
Kirguistán	5.956	2.167	760	1,2	1,2	11	8	6	32	32	25	60	66	71	3,0
Kiribati	114	47	14	1,8	1,5	13	10	7	35	37	28	54	60	66	3,7
Kuwait	4.053	989	316	2,5	1,3	6	3	3	48	23	16	66	72	75	2,0
Lesotho	2.204	932	286	1,2	1,2	17	10	13	43	35	28	49	59	54	3,1
Letonia	1.971	350	97	-1,2	-0,9	11	13	15	14	14	10	70	69	75	1,5
Líbano	6.007	1.743	483	3,1	-0,8	8	7	5	32	25	15	66	70	80	1,7
Liberia	4.614	2.249	715	3,0	2,4	24	18	8	49	45	34	39	47	63	4,6
Libia	6.293	2.111	627	1,3	1,1	13	5	5	51	29	20	56	69	72	2,3
Liechtenstein	38	7	2	1,0	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	2.908	519	152	-0,9	-0,5	9	11	14	17	15	11	71	71	75	1,7
Luxemburgo	576	115	32	1,6	1,1	12	10	7	13	12	11	70	75	82	1,6
Madagascar	24.895	11.988	3.769	2,9	2,6	21	15	6	48	44	33	45	51	66	4,2
Malasia	31.187	9.350	2.612	2,1	1,2	7	5	5	34	28	17	64	71	75	2,0
Malawi	18.092	9.265	2.908	2,5	2,7	25	19	7	54	49	37	41	47	63	4,6
Maldivas	428	117	39	2,5	1,3	21	9	3	50	41	18	44	61	77	2,1
Malí	17.995	9.806	3.332	2,9	2,9	32	20	10	50	49	43	32	46	58	6,1
Malta	429	75	21	0,6	0,2	9	8	9	16	15	10	71	76	81	1,5
Marruecos	35.277	11.491	3.508	1,3	1,1	14	7	5	43	29	20	53	65	76	2,5
Mauricio	1.262	295	68	0,7	0,1	7	6	8	29	21	11	63	69	75	1,4

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN (MILES) 2016			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (%)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD			TASA BRUTA DE NATALIDAD			ESPERANZA DE VIDA			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
	total	menores de 18	menores de 5	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Mauritania	4.301	1.996	655	2,9	2,5	16	11	8	46	41	34	49	58	63	4,7
México	127.540	41.600	11.581	1,5	1,0	10	5	5	44	29	18	61	71	77	2,2
Micronesia (Estados Federados de)	105	43	12	0,3	0,8	9	7	6	41	34	24	62	66	69	3,1
Mónaco	38	7	2	1,0	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	3.027	1.017	368	1,3	1,2	15	10	6	44	32	24	55	60	69	2,8
Montenegro	629	139	36	0,1	0,0	7	7	10	22	16	11	70	75	77	1,7
Montserrat	5	2	0	-2,8	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	28.829	14.929	4.950	3,0	2,8	25	21	10	48	46	39	39	43	58	5,2
Namibia	2.480	1.076	344	2,2	1,9	15	9	7	43	38	29	52	62	64	3,4
Nauru	11	4	1	0,8	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	28.983	11.190	2.756	1,7	1,0	23	13	6	43	39	20	41	54	70	2,1
Nicaragua	6.150	2.174	597	1,5	1,0	13	7	5	46	36	20	54	64	75	2,2
Níger	20.673	11.752	4.218	3,6	3,8	28	23	10	57	56	48	36	44	60	7,2
Nigeria	185.990	93.965	31.802	2,6	2,5	23	19	12	46	44	39	41	46	53	5,5
Niue	2	1	0	-1,4	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	5.255	1.130	306	0,8	0,9	10	11	8	17	14	12	74	77	82	1,8
Nueva Zelandia	4.661	1.109	304	1,2	0,8	8	8	7	22	17	13	71	75	82	2,0
Omán	4.425	1.118	401	3,4	2,1	16	5	3	48	38	19	50	67	77	2,7
Países Bajos	16.987	3.425	894	0,5	0,3	8	9	9	18	13	11	74	77	82	1,7
Pakistán	193.203	79.005	24.963	2,2	1,7	15	11	7	43	40	28	53	60	66	3,5
Palau	22	8	2	1,4	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	4.034	1.324	388	1,9	1,4	8	5	5	38	26	20	66	73	78	2,5
Papua Nueva Guinea	8.085	3.449	1.033	2,4	1,9	16	9	7	41	35	28	49	59	66	3,7
Paraguay	6.725	2.404	672	1,8	1,1	7	6	6	37	34	21	65	68	73	2,5

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN (MILES) 2016			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (%)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD			TASA BRUTA DE NATALIDAD			ESPERANZA DE VIDA			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
	total	menores de 18	menores de 5	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Perú	31.774	10.454	3.033	1,4	1,1	14	7	6	42	30	19	53	66	75	2,4
Polonia	38.224	6.785	1.819	0,0	-0,3	8	10	10	17	15	9	70	71	78	1,3
Portugal	10.372	1.764	431	0,2	-0,3	11	10	11	21	11	8	67	74	81	1,2
Qatar	2.570	417	130	6,5	1,6	5	2	2	36	22	10	68	75	78	1,9
Reino Unido	65.789	13.785	4.000	0,5	0,5	12	11	9	15	14	12	72	76	82	1,9
República Árabe Siria	18.430	8.231	2.100	1,5	2,6	11	5	6	46	36	21	59	71	70	2,9
República Centroafricana	4.595	2.326	730	1,7	2,1	23	17	14	43	41	36	42	49	52	4,9
República Checa	10.611	1.881	534	0,1	-0,1	12	12	11	16	12	10	70	72	79	1,5
República de Corea	50.792	8.678	2.226	0,6	0,3	9	6	6	30	15	9	61	72	82	1,3
República de Moldova	4.060	768	218	-0,3	-0,4	10	10	11	20	19	10	65	68	72	1,2
República Democrática del Congo	78.736	41.553	14.494	3,2	3,0	20	17	10	47	46	42	44	49	60	6,1
República Democrática Popular Lao	6.758	2.674	766	1,8	1,2	18	14	7	43	43	24	46	54	67	2,7
República Dominicana	10.649	3.750	1.060	1,5	0,9	11	6	6	42	30	20	58	68	74	2,4
República Popular Democrática de Corea	25.369	6.452	1.726	0,9	0,4	10	6	9	37	21	14	60	70	72	1,9
República Unida de Tanzania	55.572	28.698	9.655	3,0	2,9	18	15	7	48	44	38	47	50	66	5,0
Rumania	19.778	3.667	944	-0,7	-0,5	10	11	13	21	14	10	68	70	75	1,5
Rwanda	11.918	5.593	1.740	1,9	2,1	20	32	6	50	47	31	44	34	67	3,9
Saint Kitts y Nevis	55	16	5	1,1	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	195	85	23	0,7	0,6	11	7	5	41	33	25	55	65	75	4,0

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN (MILES) 2016			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (%)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD			TASA BRUTA DE NATALIDAD			ESPERANZA DE VIDA			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
	total	menores de 18	menores de 5	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
San Marino	33	6	1	1,2	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	110	32	8	0,1	0,2	9	7	7	40	25	16	65	70	73	1,9
Santa Lucía	178	43	11	1,0	0,3	9	6	8	39	28	12	63	71	75	1,5
Santa Sede	1	0	0	0,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	200	100	31	2,2	2,1	13	10	7	41	40	34	56	62	67	4,5
Senegal	15.412	7.616	2.544	2,7	2,6	25	11	6	50	43	36	39	57	67	4,8
Serbia	8.820	1.780	469	-0,3	-0,4	9	10	13	19	15	11	68	71	75	1,6
Seychelles	94	24	8	1,1	0,3	9	7	8	35	23	16	66	71	74	2,3
Sierra Leona	7.396	3.638	1.141	2,1	2,0	30	26	13	49	47	35	35	37	52	4,5
Singapur	5.622	1.062	265	2,4	0,9	5	4	5	23	18	9	68	76	83	1,2
Somalia	14.318	7.642	2.617	2,5	2,9	23	20	11	47	48	43	41	45	56	6,3
Sri Lanka	20.798	6.020	1.602	0,7	0,2	8	6	7	31	21	15	64	70	75	2,0
Sudáfrica	56.015	19.428	5.705	1,5	1,0	12	8	10	38	29	21	56	62	63	2,5
Sudán	39.579	18.971	5.940	2,6	2,3	15	12	7	47	42	33	52	56	64	4,5
Sudán del Sur	12.231	5.944	1.925	2,9	2,5	28	21	11	51	47	36	36	44	57	4,9
Suecia	9.838	2.006	584	0,5	0,6	10	11	9	14	14	12	74	78	82	1,9
Suiza	8.402	1.499	434	0,9	0,7	9	9	8	16	12	10	73	78	83	1,5
Suriname	558	179	50	1,2	0,7	9	7	7	37	28	18	63	67	71	2,4
Swazilandia	1.343	592	180	1,7	1,5	18	9	10	49	43	29	48	60	58	3,1
Tailandia	68.864	14.961	3.768	0,8	0,1	10	6	8	38	19	10	59	70	75	1,5
Tayikistán	8.735	3.581	1.183	1,9	1,8	12	10	5	42	41	29	60	63	71	3,4
Timor-Leste	1.269	650	206	2,0	2,1	23	16	6	43	43	35	40	48	69	5,5
Togo	7.606	3.668	1.176	2,7	2,3	19	12	9	48	42	34	47	56	60	4,5
Tokelau	1	0	0	-0,9	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN (MILES) 2016			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (%)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD			TASA BRUTA DE NATALIDAD			ESPERANZA DE VIDA			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
	total	menores de 18	menores de 5	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Tonga	107	46	13	0,5	0,9	7	6	6	36	31	24	65	70	73	3,6
Trinidad y Tobago	1.365	335	95	0,4	0,0	7	8	10	27	21	14	65	68	71	1,8
Túnez	11.403	3.205	1.052	1,3	0,8	16	6	6	41	26	18	51	69	76	2,2
Turkmenistán	5.663	2.021	709	1,7	1,3	12	9	7	38	35	25	58	63	68	2,9
Turquía	79.512	24.162	6.775	1,5	0,8	15	8	6	40	26	16	52	64	76	2,1
Tuvalu	11	4	1	0,8	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	44.439	7.948	2.334	-0,6	-0,5	9	13	15	15	13	11	71	70	72	1,5
Uganda	41.488	22.807	7.699	3,3	3,1	17	18	9	49	50	42	49	46	60	5,6
Uruguay	3.444	884	240	0,4	0,3	10	10	9	21	18	14	69	73	77	2,0
Uzbekistán	31.447	10.386	3.184	1,7	1,1	10	8	6	37	35	21	62	66	71	2,3
Vanuatu	270	114	34	2,4	1,9	14	8	5	42	36	26	52	63	72	3,3
Venezuela (República Bolivariana de)	31.568	10.493	2.974	1,8	1,1	7	5	6	37	29	19	65	70	75	2,3
Viet Nam	94.569	25.780	7.761	1,3	0,8	12	6	6	36	29	17	60	71	76	2,0
Yemen	27.584	12.957	4.075	3,2	2,1	25	11	6	53	52	32	41	58	65	4,0
Zambia	16.591	8.647	2.820	2,8	2,9	17	18	8	50	45	38	49	45	62	5,0
Zimbabwe	16.150	7.726	2.539	1,8	2,1	13	10	8	47	37	33	55	58	61	3,8
RESUMEN															
África Occidental y Central	491.947	249.631	84.220	2,8	2,6	23	17	11	47	45	39	42	49	57	5,4
África Oriental y del Sur	542.206	261.901	83.757	2,6	2,4	19	16	8	47	43	34	47	51	63	4,4
África Subsahariana	1.034.153	511.533	167.977	2,7	2,5	21	16	9	47	44	36	45	50	60	4,8
Asia Oriental y el Pacífico	2.291.492	545.358	156.758	0,9	0,4	11	7	7	35	22	14	60	69	75	1,8
Europa Occidental	491.247	91.234	24.691	0,3	0,1	11	10	10	16	12	10	71	75	81	1,6

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN (MILES) 2016			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (%)		TASA BRUTA DE MORTALIDAD			TASA BRUTA DE NATALIDAD			ESPERANZA DE VIDA			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
	total	menores de 18	menores de 5	1990-2016	2016-2030 ^a	1970	1990	2016	1970	1990	2016	1970	1990	2016	2016
Europa Occidental y Asia Central	416.914	100.514	31.087	0,2	0,2	10	11	11	21	18	15	66	68	73	1,9
Europa y Asia Central	908.161	191.748	55.778	0,3	0,2	10	11	10	18	15	12	69	72	77	1,8
Latinoamérica y el Caribe	633.773	193.378	53.227	1,4	0,8	10	7	6	37	27	17	60	68	76	2,1
Norteamérica	358.469	80.927	21.535	0,9	0,7	9	9	8	16	16	12	71	75	80	1,8
Oriente Medio y Norte de África	435.225	152.698	49.143	2,1	1,5	15	7	5	44	34	23	53	66	74	2,8
Países menos desarrollados	979.388	454.924	142.971	2,5	2,2	21	15	8	47	42	32	44	52	64	4,1
Sur Asiático	1.765.989	619.518	169.895	1,7	1,0	17	11	7	40	33	20	48	58	69	2,5
Mundo	7.427.263	2.295.160	674.314	1,3	1,0	13	9	8	33	26	19	59	65	72	2,4

Para ver una lista completa de países y áreas de las categorías de regiones, subregiones y países, consultar data.unicef.org/regionalclassifications. No se recomienda comparar datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

Notas:

- Datos no disponibles

^a Basado en proyecciones de la variante de fertilidad media.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los especificados en el encabezamiento de la columna. Esos datos no están incluidos en el cálculo de las medias regionales y globales, a excepción de los datos de 2005-2006 de la India. No se muestran estimaciones de años anteriores a 2000.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren a solo parte de un país. Si caen en el período de referencia anotado, dichos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales.

* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el encabezado de la columna.

** Excluye China.

Definiciones de los indicadores:

Tasa de mortalidad bruta – Número anual de fallecimientos por cada 1000 habitantes.

Tasa de natalidad bruta – Número anual de nacimientos por cada 1000 habitantes.

Esperanza de vida – Número de años que los recién nacidos viven si están sujetos a los riesgos de mortalidad que prevalecen para la sección transversal de la población en el momento de su nacimiento.

Índice de fertilidad total – Número de niños que nacerían por mujer si esa mujer viviera hasta el final de sus años fértiles y tuviera hijos en cada edad de acuerdo con los índices de fertilidad predominantes para cada edad.

Fuentes de datos principales:

Población – División de Población de las Naciones Unidas. Tasas de crecimiento calculadas por UNICEF según los datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

Tasas de natalidad y mortalidad brutas – División de Población de las Naciones Unidas.

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.

Índice de fertilidad total – División de Población de las Naciones Unidas.

TABLA 2. INDICADORES DEMOGRÁFICOS (CONTINUACIÓN)

PAÍSES Y ÁREAS	TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACIÓN URBANA (%)			TASA DE ALFABETIZACIÓN JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)				NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES		PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR									
	POBLACIÓN URBANIZADA (%)		2016-2030 ^a	2011-2016*		2016		2011-2016*		PROPORCIÓN NETA DE INSCRIPCIONES (%)			PROPORCIÓN NETA DE ASISTENCIA (%)						
	2016	1990-2016		2011-2016*	2016	2016	2016	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*					
Afganistán	27	5,5	3,6	62		32		66		11		62		38		48		28	
Albania	58	1,5	1,4	99		99		105		66		91		90		90	x	92	x
Alemania	76	0,2	0,0	-		-		115		90		-		-		-		-	
Andorra	85	1,1	0,2	100		100		87		98		-		-		-		-	
Angola	45	5,3	4,2	85		71		55		13		-		-		32		31	
Anguila	100	2,2	0,5	-		-		178	x	82		-		-		-		-	
Antigua y Barbuda	23	0,0	0,3	-		-		194		73		78		82		-		-	
Arabia Saudita	83	2,7	1,3	99		99		158		74		76		70		-		-	
Argelia	71	3,0	1,7	96	x	92	x	117		43		-		-		82		85	
Argentina	92	1,2	0,8	99		99		151		70		-		-		75		77	
Armenia	63	-0,9	0,1	100		100		115		62		-		-		97		98	
Australia	90	1,5	1,2	-		-		110		88		-		-		-		-	
Austria	66	0,5	0,6	-		-		166		84		-		-		-		-	
Azerbaiyán	55	1,2	1,2	100		100		106		78		85		82		-		-	
Bahamas	83	1,8	1,1	-		-		92		80		-		-		-		-	
Bahrein	89	4,0	1,3	99	x	98	x	217		98		90		88		-		-	
Bangladesh	35	3,8	2,7	91		94		78		18		61		75		51		60	
Barbados	31	0,3	0,7	-		-		115		80		80		87		89		89	
Bélgica	98	0,5	0,3	-		-		111		87		85		87		-		-	
Belice	44	2,2	2,0	-		-		64		45		70		73		-		-	
Benin	44	4,1	3,4	64		41		80		12		49		41		40		34	
Bhután	39	4,8	2,3	90		84		89		42		57		67		52		54	
Bielorrusia	77	0,2	-0,2	100	x	100	x	124		71		-		-		94		97	

PAÍSES Y ÁREAS	TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACION URBANA (%)			TASA DE ALFABETIZACION JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)				NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES				PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR			
	POBLACION URBANIZADA (%)		2016-2030 ^a	2011-2016*		2016		2011-2016*		2010-2016*					
	2016	1990-2016													
Birmania	35	2,3	2,0	85		84		89	25	53	52	67	71		
Bolivia (Estado Plurinacional de)	69	2,8	1,9	99		99		91	40	64	66	-	-		
Bosnia y Herzegovina	40	-0,6	0,6	100		100		89	69	-	-	94	96		
Botswana	58	2,8	1,4	92	x	96	x	159	39	46	57	-	-		
Brasil	86	1,8	0,8	98		99		119	60	76	80	-	-		
Brunei Darussalam	78	2,6	1,3	99		100		121	75	-	-	-	-		
Bulgaria	74	-0,4	-0,5	98		98		127	60	81	78	-	-		
Burkina Faso	31	5,9	4,7	57		44		84	14	27	26	19	17		
Burundi	12	5,3	5,1	85		75		48	5	21	25	12	11		
Cabo Verde	66	3,0	1,5	98		99		122	48	66	75	-	-		
Camboya	21	3,3	2,7	88	x	86	x	125	26	44	49	47	54		
Camerún	55	3,9	3,2	85	x	76	x	68	25	44	40	51	49		
Canadá	82	1,3	1,0	-		-		84	90	-	-	-	-		
Chad	23	3,6	4,0	41		22		44	5	-	-	16	11		
Chile	90	1,5	0,8	99		99		127	66	75	82	-	-		
China	57	3,7	1,6	100	x	100	x	97	53	-	-	-	-		
Chipre	67	1,6	0,8	100		100		134	76	94	95	-	-		
Colombia	77	2,0	1,3	98		99		117	58	72	78	74	81		
Comoras	28	2,6	2,8	74		70		58	8	38	42	45	52		
Congo	66	3,4	3,0	86		77		113	8	-	-	65	61		
Costa Rica	78	3,6	1,6	99		99		159	66	74	76	71	73		
Côte d'Ivoire	55	3,5	3,1	59		47		126	27	39	28	26	20		

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN URBANIZADA (%)		TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACIÓN URBANA (%)		TASA DE ALFABETIZACIÓN JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)			NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES		PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR					
	2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016*			2016		2011-2016*			2010-2016*			
Croacia	59	-0,1	0,2	100		100		104	73	91	92	-	-		
Cuba	77	0,4	-0,1	100		100		35	39	91	95	-	-		
Dinamarca	88	0,5	0,6	-		-		123	97	89	94	-	-		
Djibouti	77	1,8	1,3	-		-		38	13	44	37	-	-		
Dominica	70	0,5	0,7	-		-		107	67	-	-	-	-		
Ecuador	64	2,4	1,7	99		99		84	54	74	78	-	-		
Egipto	43	1,6	1,8	94		90		114	39	83	88	84	86		
El Salvador	67	1,9	1,0	97		98		141	29	67	72	69	73		
Emiratos Árabes Unidos	86	6,8	1,9	94	x	97	x	204	91	76	83	-	-		
Eritrea	23	4,3	4,4	91	x	83	x	7	1	20	19	63	y	55	
Eslovaquia	53	-0,1	0,1	-		-		128	80	-	-	-	-		
Eslovenia	50	0,1	0,3	-		-		115	75	95	97	-	-		
España	80	1,0	0,4	100		100		110	81	-	-	-	-		
Estado de Palestina	75	3,5	2,6	99		99		77	61	83	87	92	97		
Estados Unidos	82	1,3	0,9	-		-		127	76	87	90	-	-		
Estonia	67	-1,0	-0,3	100		100		149	87	-	-	-	-		
Etiopía	20	4,6	4,3	63	x	47	x	51	15	35	33	21	26		
ex República Yugoslava de Macedonia	57	0,1	0,3	-		98	x	101	72	78	76	86	85		
Federación de Rusia	74	-0,1	-0,2	100	x	100	x	163	76	97	98	-	-		
Fiji	54	1,8	0,9	-		-		103	47	87	91	-	-		
Filipinas	44	1,6	1,8	97		99		109	56	58	70	-	-		

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN URBANIZADA (%)	TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACION URBANA (%)			TASA DE ALFABETIZACIÓN JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)				NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES		PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR					
		1990-2016		2016-2030 ^a	2011-2016*		2016		2011-2016*		2010-2016*		PROPORCIÓN NETA DE INSCRIPCIONES (%)		PROPORCIÓN NETA DE ASISTENCIA (%)	
		2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016
Finlandia	84	0,6	0,4	-	-	-	134	88	96	97	-	-				
Francia	80	0,8	0,7	-	-	-	103	86	-	-	-	-				
Gabón	87	3,4	2,2	87	89	144	48	-	-	51	59					
Gambia	60	4,8	3,6	66	56	140	19	35	41	32	32					
Georgia	54	-1,0	-0,1	100	100	129	50	93	91	99	y	99	y			
Ghana	55	4,0	2,7	88	x	83	x	139	35	50	50	33	35			
Granada	36	0,7	0,4	-	-	111	56	79	82	-	-					
Grecia	78	0,7	0,2	99	99	113	69	95	94	-	-					
Guatemala	52	3,3	3,0	95	93	115	35	47	46	54	50					
Guayana	29	0,3	1,1	96	97	66	36	77	75	92	95					
Guinea	38	4,0	3,5	57	37	85	10	35	24	32	26					
Guinea Bissau	50	4,5	3,2	71	50	70	4	-	-	10	9					
Guinea Ecuatorial	40	3,6	3,0	98	x	97	x	66	24	22	24	-	-			
Haití	60	4,4	2,2	74	x	70	x	61	12	-	-	19	26			
Honduras	55	3,4	2,5	95	97	91	30	43	50	48	57					
Hungría	72	0,1	0,2	-	-	119	79	90	89	-	-					
India	33	2,5	2,2	90	82	87	30	64	69	-	-					
Indonesia	54	3,6	1,9	100	100	149	25	74	79	85	y	89	y			
Irán (República Islámica del)	74	2,4	1,4	98	98	100	53	90	92	-	-					
Iraq	70	2,8	2,6	57	49	82	21	-	-	51	47					
Irlanda	64	1,6	1,3	-	-	104	82	-	-	-	-					
Islandia	94	1,3	0,9	-	-	118	98	96	98	-	-					
Islas Cook	75	1,7	0,7	-	-	56	x	54	90	91	-	-				

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN URBANIZADA (%)		TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACIÓN URBANA (%)		TASA DE ALFABETIZACIÓN JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)			NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES				PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR			
	2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016*			2016				PROPORCIÓN NETA DE INSCRIPCIONES (%)		PROPORCIÓN NETA DE ASISTENCIA (%)		
				2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2010-2016*	2010-2016*
Islas Marshall	73	0,9	0,9	98		99		29	x	30		58	64	-	-
Islas Salomón	23	4,5	3,4	-		-		70		11		23	25	-	-
Islas Turcas y Caicos	93	5,1	1,3	-		-		100	x	0		-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	47	3,0	1,4	-		-		199	x	38	x	-	-	-	-
Israel	92	2,3	1,4	-		-		132		80		-	-	-	-
Italia	69	0,4	0,3	100		100		140		61		-	-	-	-
Jamaica	55	1,1	0,9	-		-		116		45		68	78	92	92
Japón	94	0,9	-0,1	-		-		130		92		-	-	-	-
Jordania	84	3,8	1,5	99		99		196		62		82	83	92	94
Kazajstán	53	0,0	1,0	100	x	100	x	150		77		-	-	99	100
Kenya	26	4,5	4,0	87		86		81		26		-	-	38	46
Kirguistán	36	0,9	2,0	100	x	100	x	131		35		88	87	98	98
Kiribati	44	2,5	1,9	-		-		51		14		68	88	-	-
Kuwait	98	2,2	2,0	99		99		147		78		81	88	-	-
Lesotho	28	3,8	2,6	80		94		107		27		22	39	20	37
Letonia	67	-1,2	-0,5	100		100		131		80		-	-	-	-
Líbano	88	2,6	0,3	99	x	99	x	96		76		67	67	-	-
Liberia	50	2,6	3,2	63	x	37	x	83		7		7	6	14	15
Libia	79	1,7	1,4	-		-		120		20		-	-	-	-
Liechtenstein	14	0,4	1,1	-		-		116		98		90	84	-	-
Lituania	67	-0,9	-0,2	100		100		141		74		97	96	-	-
Luxemburgo	90	1,8	1,2	-		-		148		97		83	87	-	-
Madagascar	36	4,6	4,2	78		75		42		5		28	31	22	x 25 x

PAÍSES Y ÁREAS	TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACION URBANA (%)			TASA DE ALFABETIZACION JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)				NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES				PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR							
	POBLACION URBANIZADA (%)		2016-2030 ^a	2011-2016*		2016		2011-2016*		2010-2016*		PROPORCIÓN NETA DE INSCRIPCIONES (%)		PROPORCIÓN NETA DE ASISTENCIA (%)					
	2016	1990-2016		2016	2011-2016*	2016	2011-2016*	2016	2011-2016*	2016	2011-2016*	2016	2011-2016*	2016	2011-2016*				
Malasia	75	3,7	1,8	98	x	98	x	141		79		85		89		-		-	
Malawi	16	3,8	4,2	72		73		40		10		29		30		25		31	
Maldivas	47	4,3	2,6	99		99		223		59		70		67		64	x	78	x
Malí	41	5,0	4,7	61		39		120		11		33		28		34		26	
Malta	96	0,8	0,2	98		99		125		77		96		96		-		-	
Marruecos	61	2,1	1,6	95		88		121		58		62		63		-		-	
Mauricio	40	0,3	0,3	98		99		144		53		82		86		-		-	
Mauritania	60	4,2	2,9	66	x	48	x	87		18		22		21		21		20	
México	80	1,9	1,2	99		99		88		60		79		82		86		89	
Micronesia (Estados Federados de)	22	-0,2	1,6	-		-		22		33		49		56		-		-	
Mónaco	100	1,0	0,9	-		-		86		95		-		-		-		-	
Mongolia	73	2,1	1,7	98	x	99	x	114		22		-		-		91		95	
Montenegro	64	1,2	0,2	99		99		167		70		93		93		93		96	
Montserrat	9	-4,0	1,0	-		-		97	x	55	x	-		-		-		-	
Mozambique	33	3,8	3,5	80	x	57	x	66		18		17		19		15		17	
Namibia	48	4,2	3,1	93		95		109		31		41		55		54		67	
Nauru	100	0,4	0,5	-		-		97		54	x	66		71		-		-	
Nepal	19	4,7	2,9	90		80		112		20		55		53		42		46	
Nicaragua	59	2,1	1,7	85	x	89	x	122		25		-		-		-		-	
Níger	19	4,5	5,7	35		15		49		4		23		16		21		17	
Nigeria	49	4,5	3,9	76	x	58	x	82		26		-		-		50		49	
Niue	43	-1,1	0,2	-		-		38	x	80	x	-		-		-		-	
Noruega	81	1,2	1,1	-		-		110		97		99		99		-		-	

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN URBANIZADA (%)		TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACIÓN URBANA (%)		TASA DE ALFABETIZACIÓN JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)			NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES			PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR			
	2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016*			2016			PROPORCIÓN NETA DE INSCRIPCIONES (%)		PROPORCIÓN NETA DE ASISTENCIA (%)		
Nueva Zelandia	86	1,3	0,9	-	-	-	125	88	97	98	-	-		
Omán	78	4,0	1,4	99	99	99	159	70	81	86	-	-		
Países Bajos	91	1,6	0,5	-	-	-	130	90	-	-	-	-		
Pakistán	39	3,0	2,6	80	66	66	71	16	58	48	36	34		
Palau	88	2,2	1,3	98	99	99	91	x	-	33	38	-	-	
Panamá	67	2,7	1,8	98	x	97	x	172	54	71	74	78	86	
Papua Nueva Guinea	13	1,9	2,8	69	x	64	x	49	10	17	14	-	-	
Paraguay	60	2,8	1,9	98	99	99	105	51	58	63	-	-		
Perú	79	1,9	1,4	99	99	99	117	45	71	72	85	87		
Polonia	61	0,0	0,1	-	-	-	146	73	93	94	-	-		
Portugal	64	1,4	0,6	99	99	99	109	70	-	-	-	-		
Qatar	99	6,5	1,0	98	100	100	147	94	76	83	-	-		
Reino Unido	83	0,7	0,7	-	-	-	122	95	96	96	-	-		
República Árabe Siria	58	3,0	2,6	95	x	90	x	54	32	53	52	-	-	
República Centroafricana	40	2,3	2,8	49	x	27	x	25	4	16	9	17	13	
República Checa	73	0,1	0,3	-	-	-	115	76	-	-	-	-		
República de Corea	83	1,0	0,5	-	-	-	123	93	98	97	-	-		
República de Moldova	45	-1,1	-0,2	99	100	100	111	71	83	82	96	97		
República Democrática del Congo	43	4,2	3,6	91	80	80	39	6	-	-	39	31		

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN URBANIZADA (%)	TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACIÓN URBANA (%)		TASA DE ALFABETIZACIÓN JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)				NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES			PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR					
		2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016*		2016			PROPORCIÓN NETA DE INSCRIPCIONES (%)		PROPORCIÓN NETA DE ASISTENCIA (%)				
					2011-2016*	2016*	2011-2016*	2016*	2011-2016*	2016*	2010-2016*	2016*				
República Democrática Popular Lao	40	5,6	3,3	77		67		55	22		55	57	40	44		
República Dominicana	80	2,9	1,5	97		98		81	61		48	58	58	72		
República Popular Democrática de Corea	61	1,0	0,8	100	x	100	x	14	0	x	57	57	-	-		
República Unida de Tanzania	32	4,9	4,6	87		85		74	13		-	-	25	31		
Rumania	55	-0,2	0,1	99		99		106	60		84	83	90	y	90	y
Rwanda	30	8,7	4,7	81		83		70	20		19	24	25	34		
Saint Kitts y Nevis	32	0,9	1,5	-		-		137	77		80	82	-	-		
Samoa	19	0,3	0,5	99		99		69	29		66	68	-	-		
San Marino	94	1,2	0,3	-		-		114	50	x	91	94	-	-		
San Vicente y las Granadinas	51	0,9	0,7	-		-		103	56		88	89	-	-		
Santa Lucía	19	-0,6	1,1	-		-		95	47		74	75	95	90		
Santa Sede	100	0,2	0,0	-		-		-	-		-	-	-	-		
Santo Tomé y Príncipe	66	3,8	2,6	97		96		85	28		50	60	46	57		
Senegal	44	3,2	3,5	61		51		99	26		39	42	27	30		
Serbia	56	0,2	-0,2	100		100		121	67		97	97	97	96		
Seychelles	54	1,5	0,9	99	x	99	x	161	57		-	-	-	-		
Sierra Leona	40	2,5	2,7	65		51		98	12		31	29	36	36		
Singapur	100	2,5	1,0	100		100		147	81		-	-	-	-		
Somalia	40	3,4	4,0	-		-		58	2		-	-	-	-		

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN URBANIZADA (%)		TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACIÓN URBANA (%)		TASA DE ALFABETIZACIÓN JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)			NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES			PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR						
	2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016*			2016			PROPORCIÓN NETA DE INSCRIPCIONES (%)		PROPORCIÓN NETA DE ASISTENCIA (%)					
Sri Lanka	18	0,8	1,4	98	x	99	x	118		32		96		96		-	-
Sudáfrica	65	2,3	1,2	99		99		142		54		-		-		-	-
Sudán	34	3,4	3,1	69	x	63	x	69		28		-		-		31	32
Sudán del Sur	19	4,4	3,8	44	x	30	x	25	x	16	x	1		1		6	3
Suecia	86	0,6	0,8	-		-		127		92		-		-		-	-
Suiza	74	0,9	1,1	-		-		136		89		87		87		-	-
Suriname	66	1,2	0,7	98		97		146		45		50		61		46	61
Swazilandia	21	1,3	1,6	92	x	95	x	76		29		20		31		33	48
Tailandia	52	2,8	1,5	98		98		173		48		79		79		83	86
Tayikistán	27	1,3	2,7	100	x	100	x	107		20		98		95		86	84
Timor-Leste	33	3,6	3,4	80	x	79	x	125		25		39		48		30	34
Togo	40	3,9	3,4	90		78		75		11		-		-		45	40
Tokelau	0	0	0	-		-		0	x	1	x	-		-		-	-
Tonga	24	0,6	1,5	99		100		75		40		78		84		-	-
Trinidad y Tobago	8	0,3	-0,4	-		-		161		73		-		-		-	-
Túnez	67	1,8	1,1	97		96		126		51		80		85		76	85
Turkmenistán	50	1,9	1,7	-		-		158		18		-		-		98	98
Turquía	74	2,2	1,3	100		99		97		58		88		86		-	-
Tuvalu	61	1,9	1,5	-		-		76		46		73		77		-	-
Ucrania	70	-0,4	-0,4	100		100		133		52		91		91		98	98
Uganda	16	4,8	5,1	86		82		55		22		-		-		15	20
Uruguay	95	0,7	0,4	99		99		149		66		68		73		75	77
Uzbekistán	36	1,1	1,7	100		100		77		47		94		92		-	-
Vanuatu	26	3,7	3,0	-		-		71		24		42		48		-	-

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN URBANIZADA (%)	TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACION URBANA (%)		TASA DE ALFABETIZACIÓN JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)				NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES		PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR							
		2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016*				2016		PROPORCIÓN NETA DE INSCRIPCIONES (%)			PROPORCIÓN NETA DE ASISTENCIA (%)			
					2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*		
Venezuela (República Bolivariana de)	89	2,0	1,2	98		99		87	60	69	74	-	-				
Viet Nam	34	3,2	2,2	97	x	97	x	128	47	93	95	89	92				
Yemen	35	5,1	3,4	-		-		67	25	47	34	43	34				
Zambia	41	2,9	4,3	91	x	87	x	75	26	31	30	46	51				
Zimbabwe	32	1,9	2,3	88		93		83	23	33	41	48	63				
RESUMEN																	
África Occidental y Central	45	4,2	3,7	69		55		80	19	-	-	39	36				
África Oriental y del Sur	31	3,7	3,5	87		85		71	21	29	30	24	29				
África Subsahariana	37	4,0	3,6	79		72		75	20	32	31	32	32				
Asia Oriental y el Pacífico	57	3,0	1,5	99		97		109	52	71	**	76	**	81	**	84	**
Europa Occidental	76	0,6	0,4	-		-		122	83	-	-	-	-				
Europa Occidental y Asia Central	64	0,3	0,4	100		99		129	64	93	92	-	-				
Europa y Asia Central	71	0,5	0,4	-		-		125	74	93	92	-	-				
Latinoamérica y el Caribe	80	1,9	1,1	98		99		109	56	74	77	76	79				
Norteamérica	83	1,3	0,9	-		-		123	78	87	-	-	-				
Oriente Medio y Norte de África	63	2,6	1,8	91		88		112	48	74	74	72	72				

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN URBANIZADA (%)		TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL DE POBLACIÓN URBANA (%)		TASA DE ALFABETIZACIÓN JUVENIL (14-24 AÑOS) (%)		NÚMERO POR CADA 100 HABITANTES		PARTICIPACIÓN EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR							
	2016	1990-2016	2016-2030 ^a	2011-2016*		2016		PROPORCIÓN NETA DE INSCRIPCIONES (%)			PROPORCIÓN NETA DE ASISTENCIA (%)					
				2016	2011*	2016	2016	2011*	2016*	2016*	2010-2016*	2016*	2016*			
Países menos desarrollados	31	4,0	3,6	80		73	68		16	41		41		33		35
Sur Asiático	33	2,7	2,3	88		80	85		26	63		66		43		44
Mundo	54	2,2	1,6	92		85	101		46	66	**	68	**	53	**	54

Para ver una lista completa de países y áreas de las categorías de regiones, subregiones y países, consultar data.unicef.org/regionalclassifications.

No se recomienda comparar datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

Notas:

- Datos no disponibles.

^a Basado en proyecciones de la variante de fertilidad media.

- Datos no disponibles.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los especificados en el encabezamiento de la columna. Esos datos no están incluidos en el cálculo de las medias regionales y globales, a excepción de los datos de 2005-2006 de la India. No se muestran estimaciones de años anteriores a 2000.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren a solo parte de un país. Si caen en el período de referencia anotado, dichos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales.

* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el encabezado de la columna.

** Excluye China.

Definiciones de los indicadores:

Población urbanizada – Porcentaje de población que reside en zonas urbanas definidas según la definición nacional usada en el censo de población más reciente.

Índice de alfabetización juvenil – Número de personas alfabetizadas con edades de entre los 15 y los 24 años, expresado como un porcentaje de la población total en ese grupo.

Proporción neta de inscripciones en escuela secundaria inferior – Número de niños inscritos en la escuela secundaria inferior que tienen la edad oficial de escuela secundaria inferior, expresada como porcentaje del número total de niños de edad de escuela secundaria inferior. La proporción neta de inscripciones en escuela secundaria inferior no incluye los niños en edad de escuela secundaria inferior inscritos en educación terciaria debido a los desafíos en reporte y registro de edad en ese nivel.

Proporción neta de asistencia en escuela secundaria inferior – Número de niños que asisten a la escuela secundaria inferior o terciaria que tienen la edad oficial de escuela secundaria inferior, expresada como porcentaje del número total de niños de edad de escuela secundaria inferior. Debido a la inclusión de los niños en edad de escuela secundaria inferior que asisten a la escuela terciaria, este indicador puede también referirse a una proporción de asistencia neta ajustada en secundaria inferior.

Todos los datos se refieren a las Clasificaciones Estándar Internacionales de Educación (ISCED) oficiales para los niveles educativos de primaria y secundaria y por tanto pueden no corresponderse directamente con el sistema escolar específico de un país.

Fuentes de datos principales:

Población – División de Población de las Naciones Unidas. Tasas de crecimiento calculadas por UNICEF según los datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

Alfabetización juvenil – Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS).

Inscripción en escuela secundaria inferior y tasa de niños sin escolarizar – UIS Las estimaciones se basan en datos administrativos de los Sistemas de Información de Gestión de la Educación (EMIS) nacionales con estimaciones de población de la ONU.

Asistencia a escuela secundaria inferior – Encuestas Demográficas y Sanitarias (DHS), Encuestas de Clúster de Indicador Múltiple (MICS) y otras encuestas nacionales.

TABLA 3. ADOLESCENTES

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (2010-16*)				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)		TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*			
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)									hombre		mujer	
			2016	2016	hombre	mujer	2011-2016*	2011-2016*	2009-2014*	2009-2014*	2010-16*	2010-16*	2010-16*	2010-16*
Afganistán	8.587	25	3		17		20		90	x	71	y	78	y
Albania	446	15	1	x	8	x	3	x	18		37	x	24	x
Alemania	7.795	10	-		-		-		8		-		-	
Andorra	-	-	-		-		-		5		-		-	
Angola	6.486	23	2		18		38		191		24		25	
Anguila	-	-	-		-		-		46	x	-		-	
Antigua y Barbuda	17	17	-		-		-		67	x	-		-	
Arabia Saudita	4.818	15	-		-		-		7	x	-		-	
Argelia	5.942	15	-		3		1		12		-		55	y
Argentina	7.020	16	-		-		12		70		-		2	
Armenia	356	12	0		5		1		23		25		9	
Australia	2.897	12	-		-		-		14		-		-	
Austria	873	10	-		-		-		8		-		-	
Azerbaiyán	1.358	14	-		9		4		47		-		24	
Bahamas	55	14	-		-		-		40	x	-		-	
Bahrein	158	11	-		-		-		15		-		-	
Bangladesh	32.575	20	-		44		36		83		-		29	y
Barbados	37	13	-		1		7		49	x	-		5	
Bélgica	1.253	11	-		-		-		8		-		-	
Belice	78	21	11		21		17		64		8		6	
Benin	2.440	22	1		16		19		98		19		31	
Bhután	148	19	-		15		15	x	28		-		70	

PAISES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (%) 2010-16*				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)		TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*			
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)	hombre		mujer		2011-2016*		2009-2014*		hombre		mujer	
			2016	2016										
Bielorrusia	904	10	1		7		3	x	22		3		3	
Birmania	10.042	19	5		13		5		17	x	57		53	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2.216	20	4	x	13	x	20	x	89	x	-		17	x
Bosnia y Herzegovina	410	12	0		1		-		11		5		1	
Botswana	431	19	-		-		-		39		-		-	
Brasil	33.760	16	1		4		-		65		-		-	
Brunei Darussalam	70	16	-		-		-		17	x	-		-	
Bulgaria	620	9	-		2	y	5		43		-		-	
Burkina Faso	4.306	23	2		32		28	x	136	x	40		39	
Burundi	2.243	21	1		9		11	x	65	x	56		74	
Cabo Verde	114	21	2	x	8	x	22	x	92	x	24	x	23	x
Camboya	3.052	19	3		16		7		57		26	y	46	y
Camerún	5.206	22	1		20		28		128	x	45		37	
Canadá	3.968	11	-		-		-		13		-		-	
Chad	3.433	24	3		38		51		203		54		69	
Chile	2.591	14	-		-		-		50		-		-	
China	159.642	11	1		2		-		6		-		-	
Chipre	143	12	-		-		-		4		-		-	
Colombia	8.139	17	-		13		20		85	x	-		-	
Comoras	173	22	8		16		17		71		29		43	
Congo	1.083	21	2		16		26		147		76	y	73	y
Costa Rica	759	16	2		10		13		67		-		3	

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (%) 2010-16*				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)	TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*			
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)	2010-16*		2011-2016*	2009-2014*		2010-16*		2010-16*			
			hombre	mujer				hombre	mujer				
Côte d'Ivoire	5.409	23	1	21	31	125	51	51					
Croacia	447	11	-	-	-	12	-	-					
Cuba	1.336	12	7	16	6	50	5	4	y	y			
Dinamarca	690	12	-	-	-	2	-	-					
Djibouti	196	21	1	3	-	21	-	-					
Dominica	-	-	-	-	-	47	x	-	-				
Ecuador	3.005	18	-	16	x	100	x	-	-				
Egipto	17.041	18	-	14	7	56	-	46	y				
El Salvador	1.289	20	-	16	18	63	-	10					
Emiratos Árabes Unidos	682	7	-	-	-	34	-	-					
Eritrea	1.085	22	1	17	19	x	-	60	51				
Eslovaquia	553	10	-	-	-	21	-	-					
Eslovenia	186	9	-	-	-	5	-	-					
España	4.386	9	-	-	-	9	-	-					
Estado de Palestina	1.083	23	-	9	22	67	-	-					
Estados Unidos	42.010	13	-	-	-	27	-	-					
Estonia	122	9	-	-	-	16	-	-					
Etiopía	24.772	24	1	17	22	71	33	60					
ex República Yugoslava de Macedonia	253	12	-	4	2	19	-	14					
Federación de Rusia	13.260	9	-	-	-	27	-	-					
Fiji	157	17	-	-	-	28	x	-	-				

PAISES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (%) 2010-16*				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)		TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*			
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)	2010-16*		2011-2016*		2009-2014*		2010-16*		2010-16*			
			hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer		
Filipinas	20.667	20	-	10	8	59	-	14						
Finlandia	594	11	-	-	-	7	-	-						
Francia	7.723	12	-	-	-	9	-	-						
Gabón	379	19	1	14	28	115	47	58						
Gambia	467	23	0	24	19	88	42	58						
Georgia	450	11	-	11	6	40	-	5	x					
Ghana	6.009	21	1	6	17	65	20	35						
Granada	19	17	-	-	-	53	x	-						
Grecia	1.108	10	-	-	-	9	-	-						
Guatemala	3.787	23	6	20	20	92	12	14						
Guayana	165	21	13	13	16	97	x	10						
Guinea	2.786	22	1	33	40	154	63	89						
Guinea Bissau	395	22	0	11	28	137	37	40						
Guinea Ecuatorial	217	18	5	22	42	177	x	57						
Haití	2.285	21	2	12	13	65	22	24						
Honduras	1.990	22	5	23	22	99	18	15						
Hungría	996	10	-	-	-	20	-	-						
India	250.086	19	5	30	22	39	47	45	x					
Indonesia	46.188	18	-	9	7	47	48	45						
Irán (República Islámica del)	10.928	14	-	16	5	35	-	-						
Iraq	8.019	22	-	21	12	68	x	50						
Irlanda	583	12	-	-	-	9	-	-						

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (%) 2010-16*				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)		TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*			
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)									hombre		mujer	
			hombre	mujer	hombre	mujer	2011-2016*	2009-2014*	hombre	mujer	hombre	mujer		
Islandia	43	13	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	56	-	-	-	-	
Islas Marshall	-	-	5	x	21	x	21	x	85	71	x	47	x	
Islas Salomón	134	22	2		11		15		62	x	60		78	
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	29	x	-	-	-	
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	27	x	-	-	-	
Israel	1.296	16	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	
Italia	5.592	9	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	
Jamaica	520	18	-		3		15		72	x	-		8	
Japón	11.650	9	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	
Jordania	1.918	20	-		6		4		27	-	-	84	y	
Kazajstán	2.269	13	-		6		2		31	x	-		8	
Kenya	11.065	23	1		12		23		101		37		45	
Kirguistán	991	17	-		14		4		42	-	-		22	
Kiribati	23	20	5	x	16	x	9	x	49		65	x	77	x
Kuwait	450	11	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	
Lesotho	495	22	1		18		14		94		49		48	
Letonia	181	9	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	
Líbano	1.061	18	-		3	x	-		18	x	-		22	x,y
Liberia	1.041	23	2		14		37		147		29		45	
Libia	1.093	17	-	-	-	-	-	-	4	x	-	-	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	
Lituania	307	11	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	

PAISES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (%) 2010-16*				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)		TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*		
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)	2010-16*		2011-2016*		2009-2014*		2010-16*		hombre	mujer	
			hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer			
Luxemburgo	65	11	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	
Madagascar	5.740	23	7	28	36	147	x	44	47				
Malasia	5.513	18	5	6	-	13		-	-				
Malawi	4.262	24	3	24	31	143		24	21				
Maldivas	59	14	-	5	x	1	x	14	-	41	x,y		
Malí	4.135	23	2	40	37	178		54	68				
Malta	44	10	-	-	-	16		-	-				
Marruecos	5.982	17	1	11	8	x	32	x	-	64	x		
Mauricio	189	15	-	-	-	31		-	-				
Mauritania	917	21	1	28	22	71		-	36				
México	23.416	18	6	15	21	84		-	6				
Micronesia (Estados Federados de)	25	24	-	-	-	33		-	-				
Mónaco	-	-	-	-	-	-		-	-				
Mongolia	448	15	1	5	3	40		9	14				
Montenegro	81	13	0	2	3	12		5	2				
Montserrat	-	-	-	-	-	36		-	-				
Mozambique	6.649	23	8	37	40	166		20	24				
Namibia	539	22	1	5	15	78		30	28				
Nauru	-	-	9	x	18	x	22	x	106	-	-		
Nepal	6.625	23	-	25	16	87	x	-	35				
Nicaragua	1.207	20	-	24	x	28	x	92	-	19	x,y		
Níger	4.704	23	3	61	48	210		41	54				
Nigeria	41.050	22	1	29	29	123		27	33				

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (%) 2010-16*				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)		TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*			
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)	2010-16*		2011-2016*		2009-2014*		2010-16*		2010-16*			
			hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer		
Niue	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-	
Noruega	633	12	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	
Nueva Zelandia	616	13	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-	
Omán	480	11	-	3	2	2	12	-	-	-	10	-	-	
Países Bajos	2.021	12	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	
Pakistán	38.907	20	2	14	8	8	48	33	y,p	53	y	-	-	
Palau	-	-	-	-	-	-	-	27	-	-	-	-	-	
Panamá	696	17	-	14	-	-	89	-	-	-	9	-	-	
Papua Nueva Guinea	1.728	21	3	x	15	x	14	x	65	x	-	-	-	
Paraguay	1.342	20	-	11	x	-	-	63	x	-	-	-	-	
Perú	5.606	18	-	11	-	16	-	68	-	-	-	-	-	
Polonia	3.814	10	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	
Portugal	1.080	10	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	
Qatar	200	8	1	4	-	-	16	22	-	6	y	-	-	
Reino Unido	7.309	11	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	
República Árabe Siria	4.586	25	-	10	x	9	x	75	x	-	-	-	-	
República Centroafricana	1.117	24	11	55	45	x	229	83	-	79	-	-	-	
República Checa	936	9	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	
República de Corea	5.686	11	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	
República de Moldova	444	11	1	10	4	-	25	14	-	13	-	-	-	

PAISES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (%) 2010-16*				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)		TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*			
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)	2010-16*		2010-16*		2011-2016*	2009-2014*		2010-16*		2010-16*		
			hombre	mujer	hombre	mujer		hombre	mujer	hombre	mujer			
República Democrática del Congo	17.401	22	1	21	27	135	69	75						
República Democrática Popular Lao	1.432	21	9	25	18	94	50	56						
República Dominicana	2.007	19	-	28	21	90	-	3						
República Popular Democrática de Corea	3.839	15	-	-	-	1	x	-						
República Unida de Tanzania	12.505	23	2	23	22	128	x	59						
Rumania	2.132	11	-	-	-	36	-	-						
Rwanda	2.607	22	0	3	6	41	x	45						
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	75	x	-						
Samoa	43	22	1	8	6	39	28	34						
San Marino	-	-	-	-	-	1	-	-						
San Vicente y las Granadinas	19	17	-	-	-	70	-	-						
Santa Lucía	29	16	-	4	-	50	x	15						
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-						
Santo Tomé y Príncipe	46	23	1	15	27	110	x	24						
Senegal	3.380	22	0	21	18	80	36	57						
Serbia	1.063	12	-	4	1	22	-	2						
Seychelles	12	12	-	-	-	62	-	-						

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (%) 2010-16*				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)		TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*			
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)	2010-16*		2010-16*		2011-2016*		2009-2014*		2010-16*		2010-16*	
			hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Sierra Leona	1.704	23	1		19		36		131		32		55	
Singapur	665	12	-		-		-		3		-		-	
Somalia	3.333	23	-		25	x	-		123	x	-		75	x,y
Sri Lanka	3.284	16	-		9	x	4	x	24	x	-		54	x,y
Sudáfrica	10.319	18	2	x	4	x	15	x	54	x	-		-	
Sudán	9.060	23	-		21		22		102		-		36	
Sudán del Sur	2.767	23	-		40		28	x	158	x	-		72	
Suecia	1.025	10	-		-		-		3		-		-	
Suiza	833	10	-		-		-		3		-		-	
Suriname	99	18	-		12		-		66	x	-		19	
Swazilandia	302	23	0		4		17		89		29		32	
Tailandia	9.207	13	7		14		9		60		9		9	
Tayikistán	1.710	20	-		13		2		47		-		47	
Timor-Leste	314	25	0		8		9	x	54	x	72		81	
Togo	1.665	22	1		13		15		77		19		26	
Tokelau	-	-	-		-		-		30		-		-	
Tonga	24	23	4		5		2		30		29		27	
Trinidad y Tobago	177	13	-		6	x	-		36	x	-		10	x
Túnez	1.618	14	-		1		1		7		-		27	
Turkmenistán	954	17	-		6		1		21	x	-		17	
Turquía	13.335	17	-		7		6		29		-		10	
Tuvalu	-	-	2	x	8	x	3	x	42	x	83	x	69	x
Ucrania	4.059	9	0		7		4		27		2		2	
Uganda	9.920	24	2		20		33		140		52		62	

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (%) 2010-16*				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)		TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*			
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)	2010-16*		2011-2016*		2009-2014*		2010-16*		2010-16*			
			hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer		
Uruguay	508	15	-	7	-	-	60	-	-	3				
Uzbekistán	5.360	17	-	5	x	2	x	26	x	63	x	63	x	
Vanuatu	54	20	4	11		13		78		63		56		
Venezuela (República Bolivariana de)	5.655	18	-	16		24		101		-		-		
Viet Nam	13.605	14	-	10		5		36		-		28		
Yemen	6.297	23	-	17		17		67		-		49		
Zambia	3.956	24	1	17		31		145		41		49		
Zimbabwe	3.557	22	1	20		22		120		49		54		
RESUMEN														
África Occidental y Central	109.406	22	1	27		29		130		41		48		
África Oriental y del Sur	122.663	23	2	20		26		113		38		49		
África Subsahariana	232.069	22	2	23		28		122		39		49		
Asia Oriental y el Pacífico	297.721	13	2	6		7	**	21		43	**	34	**	
Europa Occidental	50.892	10	-	-		-		11		-		-		
Europa Occidental y Asia Central	50.903	12	-	7		4		29		-		12		
Europa y Asia Central	101.795	11	-	-		-		19		-		-		
Latinoamérica y el Caribe	109.829	17	3	11		19		74		-		-		
Norteamérica	45.978	13	-	-		-		25		-		-		

PAÍSES Y ÁREAS	POBLACIÓN DE ADOLESCENTES		ADOLESCENTES CASADOS/EN UNIÓN ACTUALMENTE (2010-16*)				NACIMIENTOS HASTA LA EDAD DE 18 (%)		TASA DE NACIMIENTOS ENTRE ADOLESCENTES				JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA ESPOSA ENTRE ADOLESCENTES (2010-16*)			
	ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS (MILES)	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL (%)	2010-16*		2010-16*		2011-2016*	2009-2014*	2010-16*		2010-16*		2010-16*			
			hombre	mujer	hombre	mujer			hombre	mujer	hombre	mujer				
Oriente Medio y Norte de África	73.653	17	-	13		8		41		-		49				
Países menos desarrollados	217.756	22	2	26		27		112		45		50				
Sur Asiático	340.270	19	-	-		20	‡	44		-		-				
Mundo	1.201.315	16	-	16		18	‡**	50		-		35	**			

Para ver una lista completa de países y áreas de las categorías de regiones, subregiones y países, consultar data.unicef.org/regionalclassifications.

No se recomienda comparar datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

Notas:

- Datos no disponibles.

p Según denominadores pequeños (normalmente entre 25 y 49 casos no ponderados).

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los especificados en el encabezamiento de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales. No se muestran datos de años anteriores a 2000.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren a solo parte de un país. Si caen en el período de referencia anotado, dichos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales.

* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el encabezado de la columna.

** Excluye China.

‡ Excluye India.

Los datos en cursiva son de fuentes diferentes que los datos presentados por los mismos indicadores en otras tablas del informe.

Definiciones de los indicadores:

Adolescentes actualmente casados/en unión – Porcentaje de chicos y chicas con edades entre los 15 y los 19 años que están actualmente casados o en unión. Este indicador pretende proporcionar una captura del estado marital actual de chicos y chicas en este grupo de edad. Sin embargo, merece la pena notar que aquellos no casados en el momento de realizar la encuesta siguen estando expuestos al riesgo de casarse antes de que salgan de la adolescencia.

Nacimientos hasta la edad de 18 años – Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de la edad de 18. Este indicador estandarizado de las encuestas basadas en población captura los niveles de fertilidad entre adolescentes hasta la edad de 18. Debe tenerse en cuenta que los datos se basan en las respuestas de mujeres entre los 20 y 24 años cuyo riesgo de dar a luz antes de la edad de 18 años ha pasado.

Tasa de nacimientos entre adolescentes – Número de nacimientos por cada 1000 chicas adolescentes entre 15 y 19 años.

Justificación de maltrato a la mujer entre adolescentes – El porcentaje de chicos y chicas entre 15 y 19 años que consideran que está justificado que un marido golpee o pegue a su mujer por al menos una de las razones especificadas: si la esposa quema la comida, discute con él, sale sin decirselo, descuida a los hijos o rechaza tener relaciones sexuales.

Fuentes de datos principales:

Población adolescente – División de Población de las Naciones Unidas.

Adolescentes casados o en unión actualmente – Encuestas Demográficas y Sanitarias (DHS), Encuestas Clúster de Múltiples Indicadores (MICS), otras encuestas y censos nacionales.

Nacimientos hasta la edad de 18 – DHS, MICS, y otras encuestas nacionales.

Tasa de nacimientos entre adolescentes – División de Población de las Naciones Unidas.

Justificación de maltrato a la mujer entre adolescentes – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

TABLA 4. ADOLESCENTES (CONTINUACIÓN)

PAÍSES Y ÁREAS	USO DE MEDIOS DE COMUNICACION ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*				PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA SUPERIOR		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH ENTRE ADOLESCENTES (%) 2011-16*				CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH/SIDA (%) MUJERES ENTRE 15-24 2011-16*			
	hombre		mujer		2011-2016*		hombre		mujer		Urbano		Rural		Proporción de urbano a rural	
Afganistán	70	y	52	y	67	43	4		1		2		1		2,1	
Albania	97	x	99	x	101	89	21	x	36	x	51	x	26	x	2,0	x
Alemania	-		-		101	105	-		-		-		-		-	
Andorra	-		-		-	-	-		-		-		-		-	
Angola	84		77		36	21	29		31		42		9		4,4	
Anguila	-		-		-	-	-		-		-		-		-	
Antigua y Barbuda	-		-		117	82	55	x	40	x	-		-		-	
Arabia Saudita	-		-		108	108	-		-		-		-		-	
Argelia	-		-		132	63	-		7		11		7		1,7	
Argentina	-		-		128	85	-		36		-		-		-	
Armenia	88		92		88	90	9		15		25		14		1,7	
Australia	-		-		112	186	-		-		-		-		-	
Austria	-		-		100	100	-		-		-		-		-	
Azerbaiyán	-		98		91	-	2	x	3	x	7	x	2	x	3,3	x
Bahamas	-		-		-	-	-		-		-		-		-	
Bahrein	-		-		101	103	-		-		-		-		-	
Bangladesh	-		54	y	83	48	-		12		14		8		1,8	
Barbados	-		98		107	113	-		66		67		69		1,0	
Bélgica	-		-		185	158	-		-		-		-		-	
Belize	92		92		91	60	-		39		55		33		1,7	
Benin	68		57		70	38	29		22		25		18		1,3	
Bhután	-		-		96	69	-		22	x,p	32	x	15	x	2,1	x
Bielorrusia	-		-		102	119	53		51		56		57		1,0	
Birmania	75		76		59	34	14		13		28		11		2,5	

PAÍSES Y ÁREAS	USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*				PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA SUPERIOR		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH ENTRE ADOLESCENTES (%) 2011-16*				CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH/SIDA (%) MUJERES ENTRE 15-24 2011-16*				
	hombre		mujer		2011-2016*		hombre		mujer		Urbano		Rural		Proporción de urbano a rural		
Bolivia (Estado Plurinacional de)	100	x	97	x	96	81	24	x	20	x	32	x	9	x	3,5	x	
Bosnia y Herzegovina	100		100		-	-	41		42		50		47		1,1		
Botswana	-		-		91	-	-		-		-		-		-		
Brasil	-		-		106	91	-		-		-		-		-		
Brunei Darussalam	-		-		105	93	-		-		-		-		-		
Bulgaria	-		-		90	108	-		-		-		-		-		
Burkina Faso	61		55		47	13	31	x	29	x	46	x	24	x	1,9	x	
Burundi	83		69		54	25	50		46		61		51		1,2		
Cabo Verde	88	x	88	x	115	73	-		-		-		-		-		
Camboya	77		74		63	-	42		33		55		33		1,7		
Camerún	80		64		68	43	30		26		37		18		2,1		
Canadá	-		-		100	119	-		-		-		-		-		
Chad	30		23		26	18	12		10		25		6		4,0		
Chile	-		-		103	100	-		-		-		-		-		
China	-		-		99	90	-		-		-		-		-		
Chipre	-		-		100	100	-		-		-		-		-		
Colombia	-		-		106	82	-		21	x	26	x	17	x	1,5	x	
Comoras	79		67		66	52	21		18		24		17		1,4		
Congo	56		68		65	38	25	p	16		16		10		1,5		
Costa Rica	-		-		133	109	-		29		37		27		1,4		
Côte d'Ivoire	73		62		55	28	21		15		22		8		2,7		
Croacia	-		-		104	93	-		-		-		-		-		
Cuba	-		-		101	100	48		59		61		63		1,0		
Dinamarca	-		-		117	144	-		-		-		-		-		

PAÍSES Y ÁREAS	USO DE MEDIOS DE COMUNICACION ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*				PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA SUPERIOR		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH ENTRE ADOLESCENTES (%) 2011-16*				CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH/SIDA (%) MUJERES ENTRE 15-24 2011-16*			
	hombre		mujer		2011-2016*		hombre		mujer		Urbano		Rural		Proporción de urbano a rural	
Djibouti	-		-		53	41	-		16	x	18	x	9	x	2,0	x
Dominica	-		-		115	81	39	x	49	x	-		-		-	
Ecuador	-		-		116	96	-		-		-		-		-	
Egipto	100		100		99	73	5		3		5		4		1,5	
El Salvador	-		98		99	61	25		28		37		22		1,7	
Emiratos Árabes Unidos	-		-		92	-	-		-		-		-		-	
Eritrea	70		54		39	23	32	x	22	x	32	x	20	x	1,7	x
Eslovaquia	-		-		98	86	-		-		-		-		-	
Eslovenia	-		-		100	118	-		-		-		-		-	
España	-		-		124	136	-		-		-		-		-	
Estado de Palestina	-		-		88	66	-		5		8	x	6	x	1,3	x
Estados Unidos	-		-		102	93	-		-		-		-		-	
Estonia	-		-		112	118	-		-		-		-		-	
Etiopía	38		31		43	18	32		24		38		19		2,0	
ex República Yugoslava de Macedonia	-		-		83	76	-		23	x	33	x	18	x	1,8	x
Federación de Rusia	-		-		101	114	-		-		-		-		-	
Fiji	-		-		103	76	-		-		-		-		-	
Filipinas	-		90		92	77	-		19	x	23	x	17	x	1,4	x
Finlandia	-		-		102	194	-		-		-		-		-	
Francia	-		-		108	115	-		-		-		-		-	
Gabón	95		94		-	-	35		29		32		15		2,2	
Gambia	82		70		64	-	27		22		32		18		1,8	
Georgia	-		-		114	95	-		-		-		-		-	
Ghana	81		67		89	39	25		18		23		17		1,4	

PAÍSES Y ÁREAS	USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*				PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA SUPERIOR		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH ENTRE ADOLESCENTES (%) 2011-16*				CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH/SIDA (%) MUJERES ENTRE 15-24 2011-16*			
	hombre		mujer		2011-2016*		hombre		mujer		Urbano		Rural		Proporción de urbano a rural	
Granada	-	-	-	-	100	98	67	x	59	x	-	-	-	-	-	
Grecia	-	-	-	-	101	111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	95	90	90	90	72	55	18	-	20	-	30	16	-	1,9	-	
Guayana	95	96	96	96	93	83	33	-	48	-	64	47	-	1,4	-	
Guinea	55	53	53	53	44	31	29	-	20	-	32	16	-	2,0	-	
Guinea Bissau	96	89	89	89	-	-	19	-	20	-	26	18	-	1,4	-	
Guinea Ecuatorial	91	91	91	91	39	-	12	-	17	-	27	9	-	2,9	-	
Haití	85	80	80	80	-	-	25	-	32	-	41	29	-	1,4	-	
Honduras	98	94	94	94	74	66	33	-	29	-	42	23	-	1,9	-	
Hungría	-	-	-	-	100	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
India	88	x	72	x	88	64	35	x	19	x	33	x	14	x	2,4	x
Indonesia	88	y,p	91	91	95	76	4	p	9	-	14	9	-	1,6	-	
Irán (República Islámica del)	-	-	-	-	99	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	4	1	-	3,7	-	
Irlanda	-	-	-	-	111	154	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islandia	-	-	-	-	97	133	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Cook	-	-	-	-	96	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Marshall	86	x	85	x	81	67	35	x	27	x	33	x	12	x	2,7	x
Islas Salomón	37	-	28	-	78	29	26	x	29	x	34	x	28	x	1,2	x
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	111	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Israel	-	-	-	-	104	101	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Italia	-	-	-	-	106	101	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

PAÍSES Y ÁREAS	USO DE MEDIOS DE COMUNICACION ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*				PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA SUPERIOR		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH ENTRE ADOLESCENTES (%) 2011-16*		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH/SIDA (%) MUJERES ENTRE 15-24 2011-16*				
	hombre		mujer		2011-2016*		hombre		mujer		Urbano		Rural		Proporción de urbano a rural
Jamaica	-		-		86	76	34		39		-		-		-
Japón	-		-		102	101	-		-		-		-		-
Jordania	-		100	y	87	74	-		6		8		11		0,7
Kazajstán	-		96		114	103	30		-		31		21		1,5
Kenya	84		75		97	-	58		52		63		52		1,2
Kirguistán	-		100		97	81	18		-		18		21		0,9
Kiribati	58	x	57	x	105	-	46	x	41	x	45	x	43	x	1,1
Kuwait	-		-		99	85	-		-		-		-		-
Lesotho	60		66		63	40	30		35		44		35		1,3
Letonia	-		-		116	123	-		-		-		-		-
Líbano	-		-		68	55	-		-		-		-		-
Liberia	59		47		44	29	19		35		40		27		1,5
Libia	-		-		-	-	-		-		-		-		-
Liechtenstein	-		-		98	139	-		-		-		-		-
Lituania	-		-		106	114	-		-		-		-		-
Luxemburgo	-		-		114	94	-		-		-		-		-
Madagascar	62		59		50	22	24		21		44		18		2,5
Malasia	-		-		89	69	-		-		-		-		-
Malawi	50		35		53	22	43		39		47		40		1,2
Maldivas	-		100	x	97	-	-		22	x	43	x	32	x	1,4
Malí	83		75		52	29	27		21		32		16		2,0
Malta	-		-		102	90	-		-		-		-		-
Marruecos	-		90	x	97	55	-		-		-		-		-
Mauricio	-		-		111	84	-		-		-		-		-
Mauritania	55	x	44	x	37	21	10		-		9		4		2,7
México	-		96		116	65	-		28		33		25		1,3

PAÍSES Y ÁREAS	USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*				PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA SUPERIOR		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH ENTRE ADOLESCENTES (%) 2011-16*				CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH/SIDA (%) MUJERES ENTRE 15-24 2011-16*			
	hombre		mujer		2011-2016*		hombre		mujer		Urbano		Rural		Proporción de urbano a rural	
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	98	98	93	90	17	18	36	x	21	x	1,7	x				
Montenegro	-	-	95	86	35	42	47		49		1,0					
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	73	57	39	21	28	28	39		25		1,6					
Namibia	65	y	69	92	-	51	67		55		1,2					
Nauru	89	x	86	x	77	94	8	x	8	x	-	-	-	-	-	-
Nepal	-	-	77	93	50	24	18		25	14	1,7					
Nicaragua	-	-	95	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Níger	35	44	27	10	21	12	31		9		3,3					
Nigeria	54	50	52	60	29	22	30		20		1,4					
Niue	-	-	119	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	100	125	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelandia	-	-	103	134	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	113	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	136	134	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	59	y,p	49	y	57	35	5	p	1		-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	78	119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	96	94	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	-	-	73	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	-	-	84	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perú	-	90	100	90	-	21	27	x	8	x	3,3	x				
Polonia	-	-	101	115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	USO DE MEDIOS DE COMUNICACION ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA SUPERIOR		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH ENTRE ADOLESCENTES (%) 2011-16*			CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH/SIDA (%) MUJERES ENTRE 15-24 2011-16*				
	hombre	mujer	2011-2016*		hombre	mujer	hombre	mujer	Urbano	Rural	Proporción de urbano a rural			
Portugal	-	-	119	119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	98	98	100	82	23	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	-	-	113	138	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	61	32	-	6	x	7	x	7	x	1,0	x	
República Centrafricana	-	-	23	9	26	x	17	x	19	x	16	x	1,2	x
República Checa	-	-	101	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Corea	-	-	103	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	96	96	87	85	26	35	41	32	1,3					
República Democrática del Congo	49	38	56	37	20	17	24	15	1,6					
República Democrática Popular Lao	92	93	76	43	25	23	39	18	2,2					
República Dominicana	-	98	86	74	39	-	49	38	1,3					
República Popular Democrática de Corea	-	-	92	95	-	7	x	11	x	4	x	2,8	x	
República Unida de Tanzania	61	57	43	9	42	37	52	36	1,5					
Rumania	-	-	93	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	78	71	42	31	60	62	74	62	1,2					
Saint Kitts y Nevis	-	-	93	86	55	x	54	x	-	-	-	-	-	-
Samoa	99	97	102	78	5	x	2	x	5	x	2	x	2,4	x
San Marino	-	-	94	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA SUPERIOR		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH ENTRE ADOLESCENTES (%) 2011-16*			CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH/SIDA (%) MUJERES ENTRE 15-24 2011-16*				
	hombre	mujer	2011-2016*		hombre	mujer	hombre	mujer	Urbanos	Rurales	Proporción de urbano a rural			
San Vicente y las Granadinas	-	-	120	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santa Lucía	-	99	87	82	-	58	57	63	0,9					
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santo Tomé y Príncipe	97	97	110	61	42	41	43	40	1,1					
Senegal	69	76	59	36	28	26	-	-	-					
Serbia	99	100	102	91	43	x 53	x 63	x 41	1,5	x			x	
Seychelles	-	-	112	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leona	55	49	61	28	29	28	38	22	1,7					
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Somalia	-	-	-	-	-	3	x 7	x 2	4,1	x			x	
Sri Lanka	-	88	x,y 99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sudáfrica	-	-	97	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sudán	-	-	54	35	10	-	12	7	1,9					
Sudán del Sur	-	-	18	5	-	8	x 16	x 7	2,3	x			x	
Suecia	-	-	115	164	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suiza	-	-	106	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suriname	-	99	101	54	-	40	x 45	x 33	1,4	x			x	
Swazilandia	89	86	75	52	44	45	56	47	1,2					
Tailandia	-	-	128	130	45	47	55	56	1,0					
Tayikistán	-	89	98	68	9	-	11	8	1,4					
Timor-Leste	61	62	87	65	15	x 11	x 14	x 12	1,2	x			x	
Togo	67	63	68	36	28	23	28	19	1,5					
Tokelau	-	-	206	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tonga	92	95	103	56	13	10	11	13	0,8					
Trinidad y Tobago	-	-	-	-	-	49	x	-	-	-	-	-	-	

PAÍSES Y ÁREAS	USO DE MEDIOS DE COMUNICACION ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*				PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA SUPERIOR		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH ENTRE ADOLESCENTES (%) 2011-16*				CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH/SIDA (%) MUJERES ENTRE 15-24 2011-16*			
	hombre		mujer		2011-2016*		hombre		mujer		Urbano		Rural		Proporción de urbano a rural	
Túnez	-		98		103	78	-		15		22		13		1,7	
Turkmenistán	-		100		73	120	-		19		7	x	4	x	2,0	
Turquía	-		-		99	106	-		-		-		-		-	
Tuvalu	89	x	95	x	99	56	57	x	31	x	38	x	41	x	0,9	
Ucrania	97		96		102	93	37		43		52		45		1,1	
Uganda	88		82		-	-	40		41		55		42		1,3	
Uruguay	-		-		110	81	-		36		34		-		-	
Uzbekistán	-		-		97	95	-		27	x	33	x	30	x	1,1	
Vanuatu	58		58		70	34	-		14	x	23	x	13	x	1,8	
Venezuela (República Bolivariana de)	-		-		97	79	-		-		-		-		-	
Viet Nam	-		97		97	-	-		51		54		47		1,1	
Yemen	-		85		58	39	-		2	x	4	x	1	x	6,7	
Zambia	75		69		63	-	42		39		50		34		1,5	
Zimbabwe	57		53		68	37	41		41		56		41		1,4	
RESUMEN																
África Occidental y Central	58		52		54	42	26		20		28		17		1,7	
África Oriental y del Sur	64		56		52	31	36		35		45		30		1,5	
África Subsahariana	61		54		53	37	31		27		37		23		1,6	
Asia Oriental y el Pacífico	-		89	**	96	87	13	**	22	**	29	**	23	**	1,3	
Europa Occidental	-		-		109	119	-		-		-		-		-	
Europa Occidental y Asia Central	-		-		100	102	-		-		-		-		-	

PAÍSES Y ÁREAS	USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN ENTRE ADOLESCENTES (%) 2010-16*		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA INFERIOR		PROPORCIÓN DE INSCRIPCIÓN BRUTA EN ESCUELA SECUNDARIA SUPERIOR		CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH ENTRE ADOLESCENTES (%) 2011-16*			CONOCIMIENTO INTEGRAL DE VIH/SIDA (%) MUJERES ENTRE 15-24 2011-16*			
	hombre	mujer	2011-2016*		hombre	mujer	hombre		mujer	Urbano	Rural		Proporción de urbano a rural
Europa y Asia Central	-	-	104	112	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Latinoamérica y el Caribe	-	-	107	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norteamérica	-	-	102	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	-	-	96	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países menos desarrollados	62	57	55	33	27	23	31	18	1,7				
Sur Asiático	-	-	83	59	8 ‡	6 ‡	13 ‡	7 ‡	1,8 ‡				
Mundo	-	-	86	70	-	21 **‡	30 ‡**	20 ‡**	1,5 ‡**				

Para ver una lista completa de países y áreas de las categorías de regiones, subregiones y países, consultar data.unicef.org/regionalclassifications.

No se recomienda comparar datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

Notas:

- Datos no disponibles.

p Según denominadores pequeños (normalmente entre 25 y 49 casos no ponderados).

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los especificados en el encabezamiento de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales. No se muestran datos de años anteriores a 2000.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren a solo parte de un país. Si caen en el período de referencia anotado, dichos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales.

* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el encabezado de la columna.

** Excluye China.

‡ Excluye India.

Los datos en cursiva son de fuentes diferentes que los datos presentados por los mismos indicadores en otras tablas del informe.

Definiciones de los indicadores:

Uso de medios de comunicación entre adolescentes – El porcentaje de chicos y chicas con edades entre los 15 y los 19 años que hacen uso de al menos uno de los siguientes tipos de medios de información al menos una vez a la semana: periódico, revista, televisión o radio.

Proporción bruta de inscripciones en escuela secundaria inferior – Número de niños inscritos en la escuela secundaria inferior sin importar la edad, expresada como porcentaje del número total de niños de edad escolar oficial de secundaria inferior.

Proporción bruta de inscripciones en escuela secundaria superior – Número de niños inscritos en la escuela secundaria superior sin importar la edad, expresada como porcentaje del número total de niños de edad escolar oficial de secundaria superior.

Conocimiento integral del VIH entre adolescentes – Porcentaje de jóvenes entre los 15 y los 19 años que identifican correctamente las dos formas principales de evitar la transmisión sexual del VIH (usando preservativos y limitando el sexo a una pareja fiel y no contagiada), que rechazan los dos errores locales más comunes sobre la transmisión del VIH y que saben que una persona que parece sana puede ser VIH positiva.

Fuentes de datos principales:

Uso de medios de comunicación entre adolescentes – DHS, MICS, y otras encuestas nacionales.

Proporción de inscripción bruta – Instituto de estadística de la UNESCO (UIS).

Conocimiento integral del VIH entre adolescentes – Encuestas Indicadoras de SIDA (AIS), DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

TABLA 5. MUJERES

PAÍSES Y ÁREAS	ESPERANZA DE VIDA: MUJERES A UN % DE HOMBRES	TASA DE ALFABETIZACIÓN EN ADULTOS: MUJERES A UN % DE HOMBRES		PROPORCIONES DE INSCRIPCIÓN: MUJERES A UN % DE HOMBRES		DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA CON MÉTODOS MODERNOS (%)	
				GER PRIMARIO	GER SECUNDARIO		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Afganistán	104	39		69	56	42	
Albania	105	98		97	94	13	x
Alemania	106	-		99	94	-	
Andorra	-	100		-	-	-	
Angola	110	67		64	65	24	
Anguila	-	-		-	-	-	
Antigua y Barbuda	107	101	x	94	102	-	
Arabia Saudita	104	95		103	76	-	
Argelia	103	82	x	94	104	77	
Argentina	110	100		100	107	-	
Armenia	109	100		100	101	40	
Australia	105	-		100	95	-	
Austria	106	-		99	95	-	
Azerbaiyán	109	100		98	-	22	x
Bahamas	108	-		-	-	-	
Bahrein	103	95	x	101	100	-	
Bangladesh	105	92		108	113	73	
Barbados	107	-		101	103	70	
Bélgica	106	-		100	114	-	
Belice	108	-		95	102	66	
Benin	105	49		92	70	25	
Bhután	101	73		107	107	85	x
Bielorrusia	116	100	x	100	99	74	
Birmania	107	90		97	103	75	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	108	92		97	98	43	x
Bosnia y Herzegovina	107	96		-	-	22	

PAÍSES Y ÁREAS	ESPERANZA DE VIDA: MUJERES A UN % DE HOMBRES	TASA DE ALFABETIZACIÓN EN ADULTOS: MUJERES A UN % DE HOMBRES		PROPORCIONES DE INSCRIPCIÓN: MUJERES A UN % DE HOMBRES		DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA CON MÉTODOS MODERNOS (%)	
				GER PRIMARIO	GER SECUNDARIO		
	2016	2011-2016*	2011-2016*		2011-2016*		
Botswana	109	102	x	97	-	82	x
Brasil	110	101		97	105	90	
Brunei Darussalam	104	97		100	100	-	
Bulgaria	110	99		99	97	-	
Burkina Faso	102	59		96	92	44	
Burundi	107	78		101	91	33	
Cabo Verde	106	89		95	112	73	x
Camboya	106	80	x	99	-	56	
Camerún	104	83	x	90	86	40	
Canadá	105	-		101	100	-	
Chad	105	45		77	46	18	
Chile	107	100		97	101	-	
China	104	95	x	100	103	97	x
Chipre	106	99		100	99	-	
Colombia	110	100		97	107	84	x
Comoras	105	75		93	107	28	
Congo	105	84		107	87	39	
Costa Rica	106	100		99	104	89	
Côte d'Ivoire	106	73		89	72	31	
Croacia	109	99		100	105	-	
Cuba	105	100		95	105	88	
Dinamarca	105	-		98	104	-	
Djibouti	105	-		91	82	-	
Dominica	-	-		98	99	-	
Ecuador	107	98		106	104	81	
Egipto	106	81		100	99	80	
El Salvador	113	96		96	101	82	
Emiratos Árabes Unidos	103	102	x	99	-	-	

PAÍSES Y ÁREAS	ESPERANZA DE VIDA: MUJERES A UN % DE HOMBRES	TASA DE ALFABETIZACIÓN EN ADULTOS: MUJERES A UN % DE HOMBRES		PROPORCIONES DE INSCRIPCIÓN: MUJERES A UN % DE HOMBRES		DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA CON MÉTODOS MODERNOS (%)	
				GER PRIMARIO	GER SECUNDARIO		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Eritrea	107	73	x	86	85	20	x
Eslovaquia	110	-		99	101	-	
Eslovenia	107	-		100	100	-	
España	107	99		101	100	-	
Estado de Palestina	105	97		100	110	65	
Estados Unidos	106	-		100	102	83	x
Estonia	113	100		100	99	-	
Etiopía	106	59	x	91	96	59	
ex República Yugoslava de Macedonia	105	96	x	99	97	22	
Federación de Rusia	117	100	x	101	98	72	
Fiji	109	-		99	111	-	
Filipinas	110	101		100	110	52	
Finlandia	107	-		100	109	-	
Francia	108	-		99	101	96	x
Gabón	105	94		97	-	34	
Gambia	104	65		105	-	24	
Georgia	112	100		102	100	53	x
Ghana	103	83	x	102	97	41	
Granada	107	-		96	100	-	
Grecia	107	98		99	94	-	
Guatemala	109	88		96	93	66	
Guayana	107	99		97	99	53	
Guinea	102	50		85	66	16	
Guinea Bissau	106	50		-	-	38	
Guinea Ecuatorial	105	86	x	98	-	21	
Haití	107	84	x	-	-	45	

PAÍSES Y ÁREAS	ESPERANZA DE VIDA: MUJERES A UN % DE HOMBRES	TASA DE ALFABETIZACIÓN EN ADULTOS: MUJERES A UN % DE HOMBRES		PROPORCIONES DE INSCRIPCIÓN: MUJERES A UN % DE HOMBRES		DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA CON MÉTODOS MODERNOS (%)	
				GER PRIMARIO	GER SECUNDARIO		
	2016	2011-2016*	2011-2016*		2011-2016*		
Honduras	107	100		99	119	76	
Hungría	110	-		99	100	-	
India	105	75		112	101	72	
Indonesia	106	96		97	100	79	
Irán (República Islámica del)	103	89		105	99	69	
Iraq	107	72		-	-	59	
Irlanda	105	-		101	103	-	
Islandia	104	-		99	104	-	
Islas Cook	-	-		94	108	-	
Islas Marshall	-	100		100	110	81	x
Islas Salomón	104	-		99	94	60	x
Islas Turcas y Caicos	-	-		-	-	-	
Islas Vírgenes Británicas	-	-		-	-	-	
Israel	104	-		101	101	-	
Italia	106	99		99	98	-	
Jamaica	107	116	x	-	107	83	x
Japón	108	-		100	100	-	
Jordania	105	99		101	106	58	
Kazajstán	115	100	x	102	103	80	
Kenya	108	88		99	-	75	
Kirguistán	112	99	x	99	102	62	
Kiribati	110	-		103	-	36	x
Kuwait	103	98		101	116	-	
Lesotho	109	125		97	136	76	
Letonia	114	100		99	99	-	
Líbano	105	93	x	91	99	-	
Liberia	103	44	x	90	78	37	
Libia	108	-		-	-	30	x

PAÍSES Y ÁREAS	ESPERANZA DE VIDA: MUJERES A UN % DE HOMBRES	TASA DE ALFABETIZACIÓN EN ADULTOS: MUJERES A UN % DE HOMBRES		PROPORCIONES DE INSCRIPCIÓN: MUJERES A UN % DE HOMBRES		DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA CON MÉTODOS MODERNOS (%)	
				GER PRIMARIO	GER SECUNDARIO		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Liechtenstein	-	-		98	78	-	
Lituania	115	100		100	96	-	
Luxemburgo	106	-		100	102	-	
Madagascar	105	91		100	98	50	x
Malasia	106	95	x	100	108	-	
Malawi	109	79		102	90	75	
Maldivas	103	100		-	-	43	x
Malí	102	49		91	81	48	
Malta	104	103		102	107	-	
Marruecos	103	74		95	85	75	
Mauricio	110	96		102	105	41	
Mauritania	105	62	x	105	93	30	
México	107	98		100	107	81	
Micronesia (Estados Federados de)	103	-		100	-	-	
Mónaco	-	-		-	-	-	
Mongolia	113	100	x	98	102	68	
Montenegro	106	98		98	100	34	
Montserrat	-	-		-	-	-	
Mozambique	108	54	x	92	92	28	
Namibia	109	99		97	-	75	
Nauru	-	-		92	102	43	x
Nepal	105	68		108	107	56	
Nicaragua	108	100	x	-	-	90	
Níger	103	38		86	71	35	
Nigeria	103	68	x	98	93	33	
Niue	-	-		82	110	-	
Noruega	105	-		100	97	-	
Nueva Zelandia	104	-		100	106	-	

PAÍSES Y ÁREAS	ESPERANZA DE VIDA: MUJERES A UN % DE HOMBRES	TASA DE ALFABETIZACIÓN EN ADULTOS: MUJERES A UN % DE HOMBRES		PROPORCIONES DE INSCRIPCIÓN: MUJERES A UN % DE HOMBRES		DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA CON MÉTODOS MODERNOS (%)	
				GER PRIMARIO	GER SECUNDARIO		
	2016	2011-2016*	2011-2016*		2011-2016*		
Omán	106	89		103	107	19	x
Países Bajos	105	-		99	101	-	
Pakistán	103	64		85	79	47	
Palau	-	100		111	99	-	
Panamá	108	99	x	97	107	76	
Papua Nueva Guinea	108	80	x	91	76	41	x
Paraguay	106	98		97	107	84	x
Perú	107	94		100	100	63	
Polonia	111	-		100	96	-	
Portugal	108	96		96	97	-	
Qatar	103	100		101	126	69	
Reino Unido	105	-		100	104	-	
República Árabe Siria	120	84	x	97	100	53	x
República Centrafricana	107	48	x	74	51	29	
República Checa	108	-		100	101	86	x
República de Corea	108	-		99	99	-	
República de Moldova	113	100		99	101	60	
República Democrática del Congo	105	75		91	62	16	
República Democrática Popular Lao	105	74		96	93	61	
República Dominicana	109	101		91	110	84	
República Popular Democrática de Corea	110	-		-	101	90	
República Unida de Tanzania	106	88		103	91	53	

PAÍSES Y ÁREAS	ESPERANZA DE VIDA: MUJERES A UN % DE HOMBRES	TASA DE ALFABETIZACIÓN EN ADULTOS: MUJERES A UN % DE HOMBRES		PROPORCIONES DE INSCRIPCIÓN: MUJERES A UN % DE HOMBRES		DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA CON MÉTODOS MODERNOS (%)	
				GER PRIMARIO	GER SECUNDARIO		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Rumania	110	99		98	99	47	x
Rwanda	107	89		101	109	66	
Saint Kitts y Nevis	-	-		102	105	-	
Samoa	109	100		100	111	39	
San Marino	-	-		99	103	-	
San Vicente y las Granadinas	106	-		98	97	-	
Santa Lucía	107	-		-	99	72	
Santa Sede	-	-		-	-	-	
Santo Tomé y Príncipe	107	90		94	113	50	
Senegal	106	64		112	98	44	
Serbia	108	99		100	101	25	
Seychelles	113	101	x	103	107	-	
Sierra Leona	102	60		101	86	38	
Singapur	105	97		-	-	-	
Somalia	106	-		-	-	-	
Sri Lanka	109	97	x	98	105	69	x
Sudáfrica	112	98		95	127	81	x
Sudán	105	-		90	95	30	
Sudán del Sur	104	55	x	71	54	6	x
Suecia	104	-		104	114	-	
Suiza	105	-		100	97	-	
Suriname	109	96		98	127	73	x
Swazilandia	112	98	x	92	99	81	
Tailandia	111	96		94	94	89	
Tayikistán	109	100	x	99	90	51	
Timor-Leste	105	83	x	99	107	38	x
Togo	103	66		95	-	32	
Tokelau	-	-		-	93	-	

PAÍSES Y ÁREAS	ESPERANZA DE VIDA: MUJERES A UN % DE HOMBRES	TASA DE ALFABETIZACIÓN EN ADULTOS: MUJERES A UN % DE HOMBRES		PROPORCIONES DE INSCRIPCIÓN: MUJERES A UN % DE HOMBRES		DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA CON MÉTODOS MODERNOS (%)	
				GER PRIMARIO	GER SECUNDARIO		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Tonga	109	100		99	109	48	
Trinidad y Tobago	110	-		-	-	55	x
Túnez	106	84		97	105	73	
Turkmenistán	111	-		98	96	76	
Turquía	109	94		99	97	60	
Tuvalu	-	-		101	128	41	x
Ucrania	115	100		102	98	68	
Uganda	108	78		102	91	48	
Uruguay	110	101		98	111	-	
Uzbekistán	108	100		96	98	-	
Vanuatu	106	-		98	106	51	
Venezuela (República Bolivariana de)	112	100		97	108	-	
Viet Nam	113	95	x	99	-	70	
Yemen	105	-		84	69	47	
Zambia	108	88	x	101	-	64	
Zimbabwe	106	99		98	98	85	
RESUMEN							
África Occidental y Central	104	-		95	81	35	
África Oriental y del Sur	107	88		94	94	61	
África Subsahariana	106	78		95	87	50	
Asia Oriental y el Pacífico	106	-		99	102	89	
Europa Occidental	107	-		100	100	82	
Europa Occidental y Asia Central	113	98		100	98	68	
Europa y Asia Central	109	-		100	99	75	

PAÍSES Y ÁREAS	ESPERANZA DE VIDA: MUJERES A UN % DE HOMBRES	TASA DE ALFABETIZACIÓN EN ADULTOS: MUJERES A UN % DE HOMBRES		PROPORCIONES DE INSCRIPCIÓN: MUJERES A UN % DE HOMBRES		DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA CON MÉTODOS MODERNOS (%)	
				GER PRIMARIO	GER SECUNDARIO		
	2016	2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	
Latinoamérica y el Caribe	109	99		98	105	83	
Norteamérica	106	-		100	102	86	
Oriente Medio y Norte de África	105	84		98	95	71	
Países menos desarrollados	105	77		94	89	58	
Sur Asiático	104	75		107	99	71	
Mundo	106	85		100	98	78	

Para ver una lista completa de países y áreas de las categorías de regiones, subregiones y países, consultar data.unicef.org/regionalclassifications.

No se recomienda comparar datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

Notas:

- Datos no disponibles

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los especificados en el encabezamiento de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales. No se muestran estimaciones de años anteriores a 2000.

+ El método de recogida de datos para este indicador varía entre las encuestas y puede afectar a la comparabilidad de las estimaciones de cobertura. Para una explicación detallada, consulte Nota General sobre los Datos en el informe El Estado de los Niños del Mundo 2017.

† Los datos de mortalidad materna en el encabezado de la columna “reportados” se refiere a los datos reportados por autoridades nacionales. Los datos en el encabezado de la columna “ajustados” se refieren a las estimaciones de mortalidad inter-agencia de las Naciones Unidas 2015. Periódicamente, El Grupo inter-agencia de estimación de la mortalidad materna de las Naciones Unidas (WHO, UNICEF, UNFPA, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas) produce conjuntos comparables internacionalmente de datos de mortalidad materna que cuentan los problemas bien documentados de escasez de información y falta de clasificación de los fallecimientos maternos, incluyendo estimaciones para países sin datos. Debe tenerse en cuenta que gracias a una metodología en evolución, estos valores no son comparables con los valores “ajustados” del índice de mortalidad materna reportado. Las series comparables de tiempo sobre los índices de mortalidad materna para los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2015 están disponibles en < <http://data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality.html>>.

* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el encabezado de la columna.

** Excluye China.

‡ Excluye India.

Definiciones de los indicadores:

Esperanza de vida – Número de años que los recién nacidos viven si están sujetos a los riesgos de mortalidad que prevalecen para la sección transversal de la población en el momento de su nacimiento.

Índice de alfabetización en adultos – Porcentaje de la población de 15 años y más que puede leer y escribir con la comprensión de una afirmación breve y sencilla sobre su vida cotidiana.

Proporción de inscripción bruta primaria (GER) – Inscripciones totales en la escuela primaria, sin importar la edad, expresada como porcentaje de la población oficial en edad de escuela primaria.

Proporción de inscripción bruta secundaria (GER) – Inscripciones totales en la escuela secundaria, sin importar la edad, expresada como porcentaje de la población oficial en edad de escuela secundaria.

Índice de supervivencia hasta el último curso de primaria – Porcentaje de niños que entran en primer grado de la escuela primaria que eventualmente llegan al último curso (datos administrativos).

Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos – Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfecha con métodos modernos.

Fuentes de datos principales:

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.

Alfabetización adulta – Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS).

Inscripción en escuela primaria y secundaria – UIS

Índice de supervivencia hasta el último curso de primaria – UIS

De planificación familiar satisfecha con métodos modernos – Base de datos global SDG basada en Encuestas demográficas y sanitarias (DHS), Encuestas de clúster con indicador múltiple (MICS), Encuestas sobre la salud reproductiva, otras encuestas nacionales, Sistemas de información sanitaria nacional (HIS).

TABLA 6. MUJERES (CONTINUACIÓN)

PAÍSES Y ÁREAS	ATENCIÓN PRENATAL (%)				ATENCIÓN AL PARTO (%)				REVISIÓN SANITARIA POSTNATAL (%)				PROPORCIÓN DE MORTALIDAD MATERNAL†					
	AL MENOS UNA VISITA		AL MENOS CUATRO VISITAS		ASISTENTE AL PARTO DEBIDAMENTE FORMADO		PARTO INSTITUCIONAL		CESÁREA		PARA RECIÉN NACIDOS		PARA MADRES		REPORTADO	AJUSTADO	RIESGO DURANTE LA VIDA DE MUERTE MATERNAL (1 EN:)	
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	2015	2015	
Afganistán	59		18		51		48		3		9		40		1.300		396	52
Albania	97	x	67	x	99	x	97	x	19	x	1	x	83	x	6		29	1.900
Alemania	100	x	99		-		99		29	x	-		-		-		6	11.700
Andorra	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Angola	82		61		50		46		4		21		23		-		477	32
Anguila	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Antigua y Barbuda	100	x	100		100		-		-		-		-		0	x	-	-
Arabia Saudita	97	x	-		98		-		-		-		-		14		12	3.100
Argelia	93		67		97		97		16		-		-		-		140	240
Argentina	98		90		100		99		29		-		-		39		52	790
Armenia	100		96		100		99		18		98		97		17		25	2.300
Australia	98	x	92	x	-		99		31	x	-		-		-		6	8.700
Austria	-		-		99		99		24	x	-		-		-		4	18.200
Azerbaiyán	92		66		100		93		20		3	x	83		14		25	1.600
Bahamas	98	x	85		98		-		-		-		-		37		80	660
Bahrein	100	x	100		100		98	x	-		-		-		17	x	15	3.000
Bangladesh	64		31		42		37		23		32		36		180		176	240
Barbados	93		88		99		100		21		98		97		52		27	2.100
Bélgica	-		-		-		-		18	x	-		-		-		7	8.000
Belice	97		93		97		96		34		96		96		45		28	1.300
Benin	83		59		77		87		5		80		78		350		405	51
Bhután	98		85		86	x	74		12	x	30	x	41	x	86		148	310

PAÍSES Y ÁREAS	ATENCIÓN PRENATAL (%)		ATENCIÓN AL PARTO (%)				REVISIÓN SANITARIA POSTNATAL (%)		PROPORCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA†							
	AL MENOS UNA VISITA	AL MENOS CUATRO VISITAS	ASISTENTE AL PARTO DEBIDAMENTE FORMADO		PARTO INSTITUCIONAL	CESÁREA	PARA RECIÉN NACIDOS	PARA MADRES	REPORTADO	AJUSTADO	RIESGO DURANTE LA VIDA DE MUERTE MATERNAL (1 EN:)					
			2013-2016*	2011-2016*								2011-2016*	2011-2016*	2011-2016*	2015	
Bielorrusia	100	100	100		100	25		100	100	0	4	13.800				
Birmania	81	59	60		37	17		36	71	230	178	260				
Bolivia (Estado Plurinacional de)	90	75	85	x	71	27		76	x	77	x	310	206	160		
Bosnia y Herzegovina	87	84	100		100	14		-	-	0	11	6.800				
Botswana	94	x	73	x	99	x	100	-	-	130	129	270				
Brasil	97		91		99		56	-	-	55	44	1.200				
Brunei Darussalam	99	x	93		100	x	-	-	-	-	23	2.300				
Bulgaria	-	-	100		94	36		-	-	6	11	6.200				
Burkina Faso	93		47		80		82	4	33	74	330	371	48			
Burundi	99		49		85		84	4	x	8	x	49	500	x	712	23
Cabo Verde	98	x	72	x	92		76	x	11	x	-	-	10	42	900	
Camboya	95		76		89		83	6	79	90	170	161	210			
Camerún	83		59		65		61	2	69	65	780	596	35			
Canadá	100	x	99	x	100	x	98	26	x	-	-	11	7	8.800		
Chad	55		31		20		22	1	5	16	860	856	18			
Chile	-	-			100		100	50	-	-	14	22	2.600			
China	97		69		100		100	41	-	-	20	27	2.400			
Chipre	99	x	-		-		97	-	-	-	-	7	9.400			
Colombia	97		90		99		99	46	7	x	1	54	64	800		
Comoras	92		49		82	x	76	10	14	49	170	335	66			
Congo	93		79		94		92	5	86	80	440	442	45			
Costa Rica	98		90		99		99	22	-	-	28	25	2.100			
Côte d'Ivoire	91		44		59	x	57	3	34	70	610	645	32			

PAÍSES Y ÁREAS	ATENCIÓN PRENATAL (%)				ATENCIÓN AL PARTO (%)				REVISIÓN SANITARIA POSTNATAL (%)			PROPORCIÓN DE MORTALIDAD MATERNAL†						
	AL MENOS UNA VISITA		AL MENOS CUATRO VISITAS		ASISTENTE AL PARTO DEBIDAMENTE FORMADO		PARTO INSTITUCIONAL		CESÁREA		PARA RECIENTES NACIDOS		PARA MADRES		REPORTADO	AJUSTADO	RIESGO DURANTE LA VIDA DE MUERTE MATERNAL (1 EN:)	
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015			
Croacia	-		92		100		-		21		-		-		3		8	7.900
Cuba	99		98		99		100		40		98		99		42		39	1.800
Dinamarca	-		-		-		-		21	x	-		-		-		6	9.500
Djibouti	88		23		87	x	87		11		-		-		380		229	140
Dominica	100	x	-		100		-		-		-		-		110		-	-
Ecuador	84	x	58	x	96		93		46		-		-		46		64	580
Egipto	90		83		92		87		52		14		82		49		33	810
El Salvador	96		90		98		98		32		97		94		42		54	890
Emiratos Árabes Unidos	100	x	-		100	x	100		-		-		-		0	x	6	7.900
Eritrea	89	x	57	x	34	x	34	x	3	x	-		5	x	490	x	501	43
Eslovaquia	97	x	-		99	x	-		24	x	-		-		0		6	12.100
Eslovenia	100	x	-		100	x	100		-		-		-		0		9	7.000
España	-		-		-		-		26	x	-		-		-		5	14.700
Estado de Palestina	99		96		100		99		20		94		91		-		45	490
Estados Unidos	-		97		99		-		31	x	-		-		28		14	3.800
Estonia	-		97		100	x	99		-		-		-		7		9	6.300
Etiopía	62		32		28		26		2		0		17		410		353	64
ex República Yugoslava de Macedonia	99		94		100		100		25		-		-		4		8	8.500
Federación de Rusia	-		-		100	x	99		13		-		-		11		25	2.300
Fiji	100	x	94		100		99		-		-		-		59		30	1.200
Filipinas	95		84		73		61		9		53		72		220		114	280
Finlandia	100	x	-		-		100		16	x	-		-		-		3	21.700

PAÍSES Y ÁREAS	ATENCIÓN PRENATAL (%)				ATENCIÓN AL PARTO (%)					REVISIÓN SANITARIA POSTNATAL (%)			PROPORCIÓN DE MORTALIDAD MATERNAL†			
	AL MENOS UNA VISITA		AL MENOS CUATRO VISITAS		ASISTENTE AL PARTO DEBIDAMENTE FORMADO		PARTO INSTITUCIONAL		CESÁREA	PARA RECIÉN NACIDOS		PARA MADRES	REPORTADO		AJUSTADO	RIESGO DURANTE LA VIDA DE MUERTE MATERNAL (1 EN:)
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*	2011-2016*		2011-2016*	2011-2016*		2015	2015
Francia	100	x	99	x	-		98		21	x	-	-	-		8	6.100
Gabón	95		78		89	x	90		10		25	60	320		291	85
Gambia	86		78		57		63		2		6	76	430		706	24
Georgia	98	x	88		100		100		41		-	-	32		36	1.500
Ghana	91		87		71		73		13		23	81	450	x	319	74
Granada	100	x	-		99		-		-		-	-	23		27	1.500
Grecia	-		-		-		-		-		-	-	-		3	23.700
Guatemala	91		86		66		65		26		8	78	140		88	330
Guayana	91		87		86		93		17		95	93	86	x	229	170
Guinea	85		57		45	x	40		2		25	37	720		679	29
Guinea Bissau	92		65		45		44		4		55	48	900		549	38
Guinea Ecuatorial	91		67		68	x	67		7		-	-	310		342	61
Haití	90		67		49		36		6		19	32	380		359	90
Honduras	97		89		83	x	83		19		81	85	73	x	129	300
Hungría	-		-		99	x	-		31	x	-	-	15		17	4.400
India	74	x	51		81		79		17		24	62	170		174	220
Indonesia	95		84		93		80		12		48	80	360		126	320
Irán (República Islámica del)	97	x	94	x	96	x	95	x	46	x	-	-	25	x	25	2.000
Iraq	78		50		91	x	77		22		-	-	35		50	420
Irlanda	100	x	-		100	x	100		25	x	-	-	-		8	6.100
Islandia	-		-		-		-		17	x	-	-	-		3	14.600
Islas Cook	100	x	-		100	x	100	x	-		-	-	0		-	-

PAÍSES Y ÁREAS	ATENCIÓN PRENATAL (%)				ATENCIÓN AL PARTO (%)						REVISIÓN SANITARIA POSTNATAL (%)				PROPORCIÓN DE MORTALIDAD MATERNAL†				
	AL MENOS UNA VISITA		AL MENOS CUATRO VISITAS		ASISTENTE AL PARTO DEBIDAMENTE FORMADO		PARTO INSTITUCIONAL		CESÁREA		PARA RECIÉN NACIDOS		PARA MADRES		REPORTADO		AJUSTADO		RIESGO DURANTE LA VIDA DE MUERTE MATERNAL (1 EN:)
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015				
Islas Marshall	81	x	77	x	90	x	85	x	9	x	-	-	-	-	110	-	-	-	
Islas Salomón	89		69		86		85		6		16	69	150	x	114	220			
Islas Turks y Caicos	-		-		-		-		-		-	-	-		-	-	-	-	
Islas Vírgenes Británicas	-		-		-		-		-		-	-	-		-	-	-	-	
Israel	-		-		-		-		-		-	-	-		5	6.200			
Italia	99	x	68	x	-		100		40	x	-	-	-		4	19.700			
Jamaica	98		86		99	x	99		21		-	-	80		89	520			
Japón	-		-		-		100		-		-	-	-		5	13.400			
Jordania	99		95		100	x	99		28		75	82	19	x	58	490			
Kazajstán	99		95		99		99		15		99	98	13		12	3.000			
Kenya	94		58		62		61		9		36	53	360		510	42			
Kirguistán	98		95		98		98		7		99	98	36		76	390			
Kiribati	88	x	71	x	98	x	66	x	10	x	-	-	33		90	300			
Kuwait	100	x	-		99	x	99		-		-	-	2		4	10.300			
Lesotho	95		74		78		77		10		18	62	1.000		487	61			
Letonia	92	x	-		100	x	98		-		-	-	24		18	3.500			
Líbano	96	x	-		98	x	100	x	-		-	-	-		15	3.700			
Liberia	96		78		61		56		4		35	71	1.100		725	28			
Libia	93	x	-		-		100		-		-	-	-		9	4.200			
Liechtenstein	-		-		-		-		-		-	-	-		-	-	-	-	
Lituania	100	x	-		100	x	-		-		-	-	7		10	6.300			
Luxemburgo	-		97		100	x	100	x	29	x	-	-	-		10	6.500			
Madagascar	82		51		44		38		2		13	x	46	x	480	353	60		
Malasia	97		-		99		99		-		-	-	24		40	1.200			

PAÍSES Y ÁREAS	ATENCIÓN PRENATAL (%)				ATENCIÓN AL PARTO (%)				REVISIÓN SANITARIA POSTNATAL (%)				PROPORCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA†					
	AL MENOS UNA VISITA		AL MENOS CUATRO VISITAS		ASISTENTE AL PARTO DEBIDAMENTE FORMADO		PARTO INSTITUCIONAL		CESÁREA		PARA RECIÉN NACIDOS		PARA MADRES		REPORTADO	AJUSTADO	RIESGO DURANTE LA VIDA DE MUERTE MATERNAL (1 EN:)	
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*	2015	2015	
Malawi	95		51		90		91		6		60		42		440		634	29
Maldivas	99	x	85	x	96	x	95	x	32	x	1	x	70	x	110		68	600
Malí	48		38		44		65		2		63		58		460	x	587	27
Malta	100	x	-		-		100		-		-		-		-		9	8.300
Marruecos	77		55		74	x	73		16		-		1	x	110	x	121	320
Mauricio	-		-		100		98	x	-		-		-		22	x	53	1.300
Mauritania	85		63		64		69		5		58		57		630		602	36
México	99		94		98		97		41		95		95		35		38	1.100
Micronesia (Estados Federados de)	80	x	-		100	x	87	x	11	x	-		-		160		100	310
Mónaco	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Mongolia	99		90		98		98		23		99		95		26		44	800
Montenegro	92		87		99		99		20		99		95		0	x	7	8.300
Montserrat	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Mozambique	91		51		54	x	55		4		-		5	x	410		489	40
Namibia	97		63		88		87		14		20		69		390		265	100
Nauru	95	x	40	x	97	x	99	x	8	x	-		-		0		-	-
Nepal	84		69		58		57		9		58		57		280	x	258	150
Nicaragua	95		88		88	x	71		30		-		3	x	51		150	270
Níger	83		38		40		59		1		13		37		520		553	23
Nigeria	61		51		35		36		2		14		40		550		814	22
Niue	100	x	-		100	x	-		-		-		-		0		-	-
Noruega	-		-		-		99		16	x	-		-		-		5	11.500
Nueva Zelandia	-		-		-		97		23	x	-		-		-		11	4.500

PAÍSES Y ÁREAS	ATENCIÓN PRENATAL (%)				ATENCIÓN AL PARTO (%)				REVISIÓN SANITARIA POSTNATAL (%)				PROPORCIÓN DE MORTALIDAD MATERNAL†						
	AL MENOS UNA VISITA		AL MENOS CUATRO VISITAS		ASISTENTE AL PARTO DEBIDAMENTE FORMADO		PARTO INSTITUCIONAL		CESÁREA		PARA RECIÉN NACIDOS		PARA MADRES		REPORTADO		AJUSTADO		RIESGO DURANTE LA VIDA DE MUERTE MATERNAL (1 EN:)
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015				
Omán	99		94		99		99		19		98		95		18		17		1.900
Países Bajos	-		-		-		-		14	x	-		-		-		7		8.700
Pakistán	73		37		55		48		14		43		60		280	x	178		140
Palau	90	x	81	x	100		100	x	-		-		-		0	x	-		-
Panamá	93		88		94		91		28		93		92		81		94		420
Papua Nueva Guinea	79	x	55	x	53	x	43		-		-		-		730	x	215		120
Paraguay	96	x	83		96	x	97		49		-		-		82		132		270
Perú	97		96		92		91		32		96		93		93	x	68		570
Polonia	-		-		100	x	100		21	x	-		-		2		3		22.100
Portugal	100	x	-		100	x	99		31	x	-		-		-		10		8.200
Qatar	91		85		100		99		20		-		-		11		13		3.500
Reino Unido	-		-		-		-		26	x	-		-		-		9		5.800
República Árabe Siria	88	x	64	x	96	x	78	x	26	x	-		-		65	x	68		440
República Centroafricana	68	x	38	x	40	x	53	x	5	x	-		-		540	x	882		27
República Checa	-		-		100	x	100		20	x	-		-		1		4		14.800
República de Corea	-		97		-		100		32	x	-		-		-		11		7.200
República de Moldova	99		95		100		99		16		-		87	x	30		23		3.200
República Democrática del Congo	88		48		80		80		5		8		44		850		693		24
República Democrática Popular Lao	54		37		40	x	38		4		41		40		210		197		150

PAÍSES Y ÁREAS	ATENCIÓN PRENATAL (%)				ATENCIÓN AL PARTO (%)				REVISIÓN SANITARIA POSTNATAL (%)				PROPORCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA†					
	AL MENOS UNA VISITA		AL MENOS CUATRO VISITAS		ASISTENTE AL PARTO DEBIDAMENTE FORMADO		PARTO INSTITUCIONAL		CESÁREA		PARA RECIÉN NACIDOS		PARA MADRES		REPORTADO		AJUSTADO	RIESGO DURANTE LA VIDA DE MUERTE MATERNAL (1 EN:)
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015		2015	2015
República Dominicana	98		93		98		98		58		95		95		110		92	400
República Popular Democrática de Corea	100	x	94	x	100	x	95	x	13	x	-		-		77	x	82	660
República Unida de Tanzania	91		51		64		63		6		42		34		560		398	45
Rumania	76		76	x	95		95		34		-		-		14		31	2.300
Rwanda	99		44		91		91		13		19		43		210		290	85
Saint Kitts y Nevis	100	x	-		100		-		-		-		-		310		-	-
Samoa	93		73		83		82		5		-		63		29	x	51	500
San Marino	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
San Vicente y las Granadinas	100	x	100	x	99		-		-		-		-		45		45	1.100
Santa Lucía	97		90		99	x	100		19		100		90		34		48	1.100
Santa Sede	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-
Santo Tomé y Príncipe	98		84		93		91		6		91		87		160	x	156	140
Senegal	95		47		53		75		5		50		74		430		315	61
Serbia	98		94		98		98		29		-		-		12		17	3.900
Seychelles	-		-		99	x	-		-		-		-		57	x	-	-
Sierra Leona	97		76		60		54		3		39		73		1.200		1.360	17
Singapur	-		-		-		100		-		-		-		-		10	8.200
Somalia	26	x	6	x	9	x	9	x	-		-		-		1.000	x	732	22
Sri Lanka	99	x	93	x	99	x	100		32		-		-		32		30	1.600
Sudáfrica	94		76		97		96		26		-		84		580		138	300

PAÍSES Y ÁREAS	ATENCIÓN PRENATAL (%)				ATENCIÓN AL PARTO (%)					REVISIÓN SANITARIA POSTNATAL (%)				PROPORCIÓN DE MORTALIDAD MATERNAL†					
	AL MENOS UNA VISITA		AL MENOS CUATRO VISITAS		ASISTENTE AL PARTO DEBIDAMENTE FORMADO		PARTO INSTITUCIONAL		CESÁREA		PARA RECIENTES NACIDOS		PARA MADRES		REPORTADO		AJUSTADO		RIESGO DURANTE LA VIDA DE MUERTE MATERNAL (1 EN:)
	2011-2016*		2011-2016*		2013-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2011-2016*		2015				
Sudán	79		51		78		28		9		28		27		220	x	311	72	
Sudán del Sur	62		17	x	19	x	12	x	1	x	-		-		2.100	x	789	26	
Suecia	100	x	-		-		-		-		-		-		-		4	12.900	
Suiza	-		-		-		-		30	x	-		-		-		5	12.400	
Suriname	91	x	67	x	90	x	92	x	19	x	-		-		130		155	270	
Swazilandia	99		76		88		88		12		90		88		590	x	389	76	
Tailandia	98		91		99		99		33		-		-		12	x	20	3.600	
Tayikistán	79		53		98		77		4		54		81		29		32	790	
Timor-Leste	84	x	55	x	29	x	21	x	2	x	2	x	24	x	570	x	215	82	
Togo	73		57		45		73		7		35		71		400		368	58	
Tokelau	-		-		-		-		-		-		-		-		-	-	
Tonga	99		70		96	x	98		17		-		-		36	x	124	230	
Trinidad y Tobago	96	x	100		100		97	x	-		-		-		84		63	860	
Túnez	98		85		74	x	99		27		98		92		-		62	710	
Turkmenistán	100		96		100		100		6		100		100		7	x	42	940	
Turquía	97		89		97		97		48		72		88		29	x	16	3.000	
Tuvalu	97	x	67	x	93	x	93	x	7	x	-		-		0	x	-	-	
Ucrania	99		87		99	x	99		12		99		96		14		24	2.600	
Uganda	97		60		57	x	73		5		11		54		340		343	47	
Uruguay	97		77		100		100		30		-		-		17		15	3.300	
Uzbekistán	99		-		100		100		14		-		-		19		36	1.000	
Vanuatu	76		52		89		89		12		-		-		86	x	78	360	
Venezuela (República Bolivariana de)	98		84		100		99		52		-		-		69		95	420	

PAÍSES Y ÁREAS	ATENCIÓN PRENATAL (%)		ATENCIÓN AL PARTO (%)			REVISIÓN SANITARIA POSTNATAL (%)		PROPORCIÓN DE MORTALIDAD MATERNAL†			
	AL MENOS UNA VISITA	AL MENOS CUATRO VISITAS	ASISTENTE AL PARTO DEBIDAMENTE FORMADO	PARTO INSTITUCIONAL	CESÁREA	PARA RECIÉN NACIDOS	PARA MADRES	REPORTADO	AJUSTADO	RIESGO DURANTE LA VIDA DE MUERTE MATERNAL (1 EN:)	
											2011-2016*
Viet Nam	96	74	94	94	28	89	90	67	54	870	
Yemen	60	25	45	30	5	11	20	150	385	60	
Zambia	96	56	63	67	4	16	63	400	224	79	
Zimbabwe	93	76	78	77	6	73	57	650	443	52	
RESUMEN											
África Occidental y Central	75	52	52	56	3	24	50	-	679	27	
África Oriental y del Sur	85	52	60	57	7	24	40	-	409	52	
África Subsahariana	80	52	56	56	5	24	46	-	546	36	
Asia Oriental y el Pacífico	96	74	95	90	31	56	79**	-	59	930	
Europa Occidental	-	-	-	99	-	-	-	-	7	9600	
Europa Occidental y Asia Central	96	87	99	97	22	-	-	-	25	2000	
Europa y Asia Central	-	-	-	98	22	-	-	-	16	3400	
Latinoamérica y el Caribe	97	90	96	94	43	-	-	-	68	670	
Norteamérica	-	97	99	-	-	-	-	-	13	4100	
Oriente Medio y Norte de África	84	66	86	80	30	-	-	-	81	400	
Países menos desarrollados	79	46	56	54	7	25	42	-	436	52	
Sur Asiático	69	‡	46	73	70	17	28	59	-	182	200
Mundo	86	‡	62	78	75	20	34**	59**	-	216	180

Para ver una lista completa de países y áreas de las categorías de regiones, subregiones y países, consultar data.unicef.org/regionalclassifications. No se recomienda comparar datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

Notas:

- Datos no disponibles

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los especificados en el encabezamiento de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales. No se muestran estimaciones de años anteriores a 2000.

+ El método de recogida de datos para este indicador varía entre las encuestas y puede afectar a la comparabilidad de las estimaciones de cobertura. Para una explicación detallada, consulte Nota General sobre los Datos en el informe El Estado de los Niños del Mundo 2017.

† Los datos de mortalidad materna en el encabezado de la columna “reportados” se refiere a los datos reportados por autoridades nacionales. Los datos en el encabezado de la columna “ajustados” se refieren a las estimaciones de mortalidad inter-agencia de las Naciones Unidas 2015. Periódicamente, El Grupo inter-agencia de estimación de la mortalidad materna de las Naciones Unidas (WHO, UNICEF, UNFPA, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas) produce conjuntos comparables internacionalmente de datos de mortalidad materna que cuentan los problemas bien documentados de escasez de información y falta de clasificación de los fallecimientos maternos, incluyendo estimaciones para países sin datos. Debe tenerse en cuenta que gracias a una metodología en evolución, estos valores no son comparables con los valores “ajustados” del índice de mortalidad materna reportado. Las series comparables de tiempo sobre los índices de mortalidad materna para los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2015 están disponibles en < <http://data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality.html>>.

* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el encabezado de la columna.

** Excluye China.

‡ Excluye India.

Definiciones de los indicadores:

Esperanza de vida – Número de años que los recién nacidos viven si están sujetos a los riesgos de mortalidad que prevalecen para la sección transversal de la población en el momento de su nacimiento.

Índice de alfabetización en adultos – Porcentaje de la población de 15 años y más que puede leer y escribir con la comprensión de una afirmación breve y sencilla sobre su vida cotidiana.

Proporción de inscripción bruta primaria (GER) – Inscripciones totales en la escuela primaria, sin importar la edad, expresada como porcentaje de la población oficial en edad de escuela primaria.

Proporción de inscripción bruta secundaria (GER) – Inscripciones totales en la escuela secundaria, sin importar la edad, expresada como porcentaje de la población oficial en edad de escuela secundaria.

Índice de supervivencia hasta el último curso de primaria – Porcentaje de niños que entran en primer grado de la escuela primaria que eventualmente llegan al último curso (datos administrativos).

Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos – Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfecha con métodos modernos.

Atención prenatal – Porcentaje de mujeres (entre 15 y 49 años) que fueron asistidas al menos una vez durante el embarazo por personal sanitario formado (doctor, enfermera o matrona) y el porcentaje asistida por cualquier proveedor al menos cuatro veces.

Asistente al parto debidamente formado – Porcentajes de nacimientos asistidos por personal sanitario debidamente formado (doctor, enfermera o matrona).

Parto institucional – Porcentaje de mujeres (entre 15 y 49 años) que dieron a luz en una instalación sanitaria.

Cesárea – Porcentaje de nacimientos por cesárea. Nota: Las tasas de cesárea entre el 5 por ciento y el 15 por ciento son las previstas con niveles de atención obstétrica de urgencia adecuados.

Revisión sanitaria postparto para el recién nacido – Porcentaje de al menos cinco nacimientos en al menos dos años que han recibido revisión sanitaria en un plazo de 2 días tras el parto. Nota: Para MICS, revisión sanitaria se refiere a una revisión médica mientras está en la instalación o en casa tras el parto o una visita postparto.

Revisión sanitaria postparto para la madre – Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que recibieron una revisión médica en un plazo de dos días tras el parto de su nacimiento vivo más reciente en los últimos dos años. Nota: Para MICS, revisión sanitaria se refiere a una revisión médica mientras está en la instalación o en casa tras el parto o una visita postparto.

Proporción de mortalidad materna – Número de fallecimientos de mujeres por causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacimientos vivos durante el mismo período de tiempo. La columna “reportada” muestra las cifras reportadas por país que no están ajustadas para falta de información y error de clasificación. Para la columna “ajustada”, consulte la nota siguiente (f). Los valores de proporción de mortalidad materna han sido redondeados según el siguiente esquema: Reportada: <100, sin redondeo; 100-999, redondeado al 10 más cercano y >1.000 redondeado al 100 más cercano. Ajustada: <1000, redondeado al 1 más cercano, y ≥1.000 redondeado al 10 más cercano.

Riesgo durante la vida de muerte materna – El riesgo durante la vida de muerte materna tiene en cuenta la probabilidad de quedarse embarazada y la probabilidad de morir como resultado de ese embarazo, acumulado en los años reproductivos de la mujer. Los valores de riesgo durante la vida han sido redondeados según el siguiente esquema: <1000, redondeado al 1 más cercano, y ≥1.000 redondeado al 10 más cercano.

Fuentes de datos principales:

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.

Alfabetización adulta – Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS).

Inscripción en escuela primaria y secundaria – UIS.

Índice de supervivencia hasta el último curso de primaria – UIS.

De planificación familiar satisfecha con métodos modernos – Base de datos global SDG basada en Encuestas demográficas y sanitarias (DHS), Encuestas de clúster con indicador múltiple (MICS), Encuestas sobre la salud reproductiva, otras encuestas nacionales, Sistemas de información sanitaria nacional (HIS).

Atención prenatal – DHS, MICS y otras fuentes nacionalmente representativas.

Asistente al parto debidamente formado – Base de datos conjunta UNICEF/WHO, SBA, actualización de noviembre del 2017, según DHS, MICS y otras fuentes nacionalmente representativas.

Parto institucional – DHS, MICS y otras fuentes nacionalmente representativas.

Cesárea – DHS, MICS y otras fuentes nacionalmente representativas.

Revisión sanitaria postparto para recién nacido y madre – DHS y MICS.

Proporción de mortalidad materna (reportada) – Fuentes nacionalmente representativas, incluyendo encuestas en hogar y registro vital.

Proporción de mortalidad materna (ajustada) – Grupo interagencia de estimación de mortalidad materna de las Naciones Unidas (WHO, UNICEF, UNFPA, El Banco Mundial, y La División de Población de las Naciones Unidas).

Riesgo durante la vida de muerte materna – Grupo interagencia de estimación de mortalidad materna de las Naciones Unidas (WHO, UNICEF, UNFPA, El Banco Mundial, y La División de Población de las Naciones Unidas).

TABLA 7. ACTITUDES HACIA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

PAÍSES Y ÁREAS	ACTITUDES HACIA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	
	Hombres	Mujeres
Belice (2015)	5,4	5,2
Kazajistán (2015)	-	15,1
Malí (2015)		72,6
Mauritania (2015)	21,2	26,6
Nigeria (2016-17)	21,5	33,7
Pakistán (Gilgit-Baltistan) (2016-17)	-	78,1
Paraguay (2016)	-	6,0
Senegal (Dakar) (2015-2016)	-	23,2
Tailandia (2015-16)	8,7	8,6
Turkmenistán (2015)	-	26,3

Fuente: Encuestas de indicador multi clúster disponibles públicamente desde el 2015 en adelante, al 4 de febrero del 2018.

Notas: - Datos no disponibles.

Definiciones de los indicadores Actitudes hacia la violencia doméstica: Porcentaje de personas con edades entre los 15 y los 49 años que afirman que un marido puede golpear o pegar a su mujer al menos en una de las siguientes circunstancias: 1) sale sin decírselo a él, 2) descuida a los hijos, 3) discute con él, 4) se niega a tener sexo con él, 5) quema la comida.

TABLA 8. ANTICONCEPCIÓN Y NECESIDADES INSATISFECHAS

PAÍSES Y ÁREAS	TASA DE PREVALENCIA DE ANTICONCEPTIVOS	NECESIDAD INSATISFECHA
Belice (2015)	51,4	22,2
Kazajistán (2015)	55,7	9,8
Malí (2015)	15,6	15,8
Mauritania (2015)	17,8	33,6
Nigeria (2016-17)	13,4	27,6
Pakistán (Gilgit-Baltistan) (2016-17)	38,1	23,8
Paraguay (2016)	68,4	12,1
Senegal (Dakar) (2015-16)	33,3	23,3
Tailandia (2015-16)	78,4	6,2
Turkmenistán (2015)	50,2	12,1

Fuente: Encuestas de indicador multi clúster disponibles públicamente desde el 2015 en adelante, al 4 de febrero del 2018.

Notas: - Datos no disponibles.

Definiciones de los indicadores Tasa de prevalencia de anticonceptivos: Porcentaje de mujeres con edades entre los 15 y 49 años actualmente casadas o en una unión que están usando (o cuya pareja está usando) un método anticonceptivo (moderno o tradicional).

Necesidad insatisfecha: Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que están casadas o en una unión actualmente que son fértiles y desean espaciar sus nacimientos o limitar el número de niños que tienen y que no están usando actualmente anticonceptivos.

TABLA 9. VIH/SIDA

PAÍSES Y ÁREAS	INCIDENCIA DE VIH POR CADA 1000 PERSONAS NO INFECTADAS 2016			EPIDEMIOLOGÍA								
				PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH 2016			NUEVOS CONTAGIOS DE VIH 2016			MUERTES RELACIONADAS CON EL VIH 2016		
	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)
Afganistán	0,03	0,01	0,02	7.500	<500	<500	<1.000	<100	<100	<500	<100	<100
Albania	0,08	0,04	0,16	1.700	-	-	<500	-	<100	<100	-	-
Alemania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	0,94	0,76	0,81	280.000	23.000	13.000	25.000	3.600	2.400	11.000	2.100	<500
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	0,02	0,01	0,01	8.200	<500	<200	<500	<100	<100	<500	<100	<100
Argelia	0,02	0,01	0,05	13.000	<500	<500	<1.000	<100	<200	<200	<100	<100
Argentina	0,13	0,02	0,28	120.000	1.200	3.700	5.500	<100	<1.000	2.400	<100	<100
Armenia	0,09	<0,01	0,18	3.300	-	-	<500	-	<100	<200	-	-
Australia	0,05	<0,01	0,02	25.000	<100	<100	1.100	<100	<100	<500	<100	<100
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	0,10	0,01	0,05	9.200	<200	<100	<1.000	<100	<100	<500	<100	<100
Bahamas	-	-	-	8.200	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	0,04	0,02	0,02	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Bangladesh	0,01	<0,01	<0,01	12.000	<500	<500	1.500	<100	<100	1.000	<100	<100
Barbados	0,58	0,08	0,33	2.600	-	-	<200	-	<100	<100	-	-
Bélgica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	0,75	0,46	1,48	4.300	<200	<500	<500	<100	<100	<200	<100	<100
Benin	0,34	0,25	0,58	67.000	6.300	5.100	3.600	<500	<1.000	2.400	<500	<200
Bhután	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bielorrusia	0,20	0,01	0,13	19.000	<100	<200	1.800	<100	<100	<200	<100	<100

PAÍSES Y ÁREAS	INCIDENCIA DE VIH POR CADA 1000 PERSONAS NO INFECTADAS 2016			EPIDEMIOLOGÍA								
				PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH 2016			NUEVOS CONTAGIOS DE VIH 2016			MUERTES RELACIONADAS CON EL VIH 2016		
	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)
Birmania	0,22	0,12	0,49	230.000	9.300	11.000	11.000	<1.000	2.300	7.800	<500	<200
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,10	0,01	0,21	19.000	<500	<1.000	1.100	<100	<500	<1.000	<100	<100
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	5,52	2,30	7,18	360.000	12.000	17.000	10.000	<1.000	1.400	3.900	<500	<500
Brasil	0,24	0,04	0,48	830.000	11.000	30.000	48.000	<1.000	8.200	14.000	<1.000	<500
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	3.500	-	-	<500	-	-	<200	-	-
Burkina Faso	0,19	0,18	0,47	95.000	10.000	12.000	3.400	<1.000	<1.000	3.100	<500	<500
Burundi	0,20	0,20	0,15	84.000	12.000	8.100	2.200	<500	<200	2.900	<1.000	<500
Cabo Verde	-	-	-	2.800	<200	<200	<200	<100	-	<100	<100	<100
Camboya	0,04	0,05	0,08	71.000	4.200	3.300	<1.000	<100	<200	1.800	<100	<100
Camerún	1,39	1,09	2,41	560.000	46.000	40.000	32.000	4.000	5.900	29.000	3.200	1.400
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	0,34	0,38	0,38	110.000	11.000	7.600	4.800	<1.000	<1.000	2.800	<1.000	<500
Chile	0,28	0,08	0,59	61.000	<500	2.200	5.000	<100	<1.000	-	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	0,12	0,01	0,22	120.000	<1.000	3.500	5.600	<100	<1.000	2.800	<100	<100
Comoras	0,01	0,01	0,02	<200	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Congo	1,65	1,39	1,38	91.000	6.000	4.100	7.600	1.100	<1.000	3.800	<1.000	<200
Costa Rica	0,19	0,02	0,36	13.000	<100	<500	<1.000	<100	<200	<500	<100	<100
Côte d'Ivoire	0,86	0,87	0,60	460.000	36.000	25.000	20.000	3.300	1.500	25.000	2.600	1.100
Croacia	0,02	<0,01	0,05	1.500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	INCIDENCIA DE VIH POR CADA 1000 PERSONAS NO INFECTADAS 2016			EPIDEMIOLOGÍA								
				PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH 2016			NUEVOS CONTAGIOS DE VIH 2016			MUERTES RELACIONADAS CON EL VIH 2016		
	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)
Cuba	0,29	0,05	0,68	25.000	<200	1.100	3.300	<100	<500	<200	<100	<100
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	0,58	0,68	0,40	8.600	<1.000	<1.000	<500	<100	<100	<1.000	<100	<100
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	33.000	<500	1.400	1.900	<100	-	<1.000	<100	<100
Egipto	0,02	<0,01	0,04	11.000	<500	<1.000	1.600	<100	<500	<500	<100	<100
El Salvador	0,16	0,09	0,31	24.000	<500	<1.000	<1.000	<100	<200	<1.000	<100	<100
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	0,15	0,22	0,11	15.000	1.500	1.300	<1.000	<200	<100	<1.000	<200	<100
Eslovaquia	0,02	<0,01	0,04	<1.000	-	-	<200	-	<100	<100	-	-
Eslovenia	0,03	<0,01	0,06	<1.000	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
España	0,09	<0,01	0,21	140.000	<100	1.200	3.900	<100	<500	-	-	-
Estado de Palestina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopía	0,33	0,26	0,23	710.000	62.000	67.000	30.000	3.800	2.700	20.000	2.900	2.500
ex República Yugoslava de Macedonia	0,02	<0,01	0,03	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	-	-	-	<1.000	-	-	<200	-	-	<100	-	-
Filipinas	0,11	0,01	0,25	56.000	<500	5.200	10.000	<200	2.400	<1.000	<100	<100
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	0,09	0,01	0,25	180.000	<500	2.800	6.000	<100	<1.000	<1.000	<100	<100

PAÍSES Y ÁREAS	INCIDENCIA DE VIH POR CADA 1000 PERSONAS NO INFECTADAS 2016			EPIDEMIOLOGÍA								
				PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH 2016			NUEVOS CONTAGIOS DE VIH 2016			MUERTES RELACIONADAS CON EL VIH 2016		
	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)
Gabón	0,92	0,95	1,57	48.000	3.700	2.900	1.700	<500	<500	1.500	<500	<100
Gambia	0,65	0,47	0,23	20.000	1.600	<1.000	1.300	<200	<100	1.100	<200	<100
Georgia	0,28	0,06	0,15	12.000	<100	<100	1.100	<100	<100	<500	<100	<100
Ghana	0,78	0,79	0,83	290.000	32.000	23.000	20.000	3.000	2.200	15.000	2.500	1.100
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	0,18	0,15	0,35	46.000	1.800	2.300	2.900	<500	<1.000	1.600	<200	<100
Guayana	0,77	0,32	1,62	8.500	<500	<1.000	<1.000	<100	<200	<200	<100	<100
Guinea	0,67	0,68	1,08	120.000	10.000	8.700	8.300	1.300	1.400	5.800	<1.000	<500
Guinea Bissau	0,72	0,72	0,56	36.000	4.200	2.100	1.300	<500	<200	2.000	<500	<200
Guinea Ecuatorial	2,71	1,35	2,36	35.000	2.400	1.300	2.300	<200	<200	<1.000	<200	<100
Haití	0,77	0,50	0,59	150.000	7.200	6.200	7.900	<1.000	<1.000	4.600	<500	<200
Honduras	0,11	0,05	0,21	21.000	<1.000	1.300	<1.000	<100	<200	<1.000	<100	<100
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	0,06	-	-	2.100.000	130.000	130.000	80.000	9.100	16.000	62.000	7.000	3.100
Indonesia	0,19	0,13	0,29	620.000	14.000	17.000	48.000	3.200	6.300	38.000	1.900	<500
Irán (República Islámica del)	0,06	0,01	0,03	66.000	1.000	<1.000	5.000	<100	<200	4.000	<100	<100
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	0,06	<0,01	0,03	6.200	<100	<100	<500	<100	<100	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	INCIDENCIA DE VIH POR CADA 1000 PERSONAS NO INFECTADAS 2016			EPIDEMIOLOGÍA								
				PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH 2016			NUEVOS CONTAGIOS DE VIH 2016			MUERTES RELACIONADAS CON EL VIH 2016		
	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)
Islas Turks y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	0,06	0,02	0,04	130.000	<1.000	<500	3.600	<100	<200	-	-	-
Jamaica	-	-	-	30.000	<500	1.300	1.700	<100	-	1.300	<100	<100
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	<0,01	<0,01	0,01	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Kazajstán	0,16	0,03	0,08	26.000	<500	<500	2.900	<100	<100	<1.000	<100	<100
Kenya	1,46	0,87	2,69	1.600.000	120.000	140.000	62.000	6.100	14.000	36.000	4.800	3.300
Kirguistán	0,13	0,02	0,07	8.500	<200	<200	<1.000	<100	<100	<500	<100	<100
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	0,02	0,01	0,03	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Lesotho	12,68	7,57	13,73	330.000	-	-	21.000	-	2.900	9.900	-	-
Letonia	0,23	0,02	0,63	6.600	<100	<200	<500	<100	<100	<500	<100	<100
Líbano	0,02	0,02	0,05	2.200	-	-	<200	-	<100	<100	-	-
Liberia	0,66	0,47	1,49	43.000	4.200	5.000	2.900	<500	<1.000	2.800	<500	<500
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	0,09	<0,01	0,05	2.900	-	-	<500	-	<100	<200	-	-
Luxemburgo	0,18	0,03	0,40	-	-	-	<200	<100	<100	<100	<100	<100
Madagascar	0,18	0,09	0,37	31.000	1.900	3.200	4.300	<500	<1.000	1.600	<500	<100
Malasia	0,19	0,01	0,07	97.000	<500	<1.000	5.700	<100	<200	7.000	<100	<100
Malawi	2,29	1,61	2,58	1.000.000	110.000	90.000	36.000	4.300	4.800	24.000	4.100	3.200
Maldivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	INCIDENCIA DE VIH POR CADA 1000 PERSONAS NO INFECTADAS 2016			EPIDEMIOLOGÍA								
				PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH 2016			NUEVOS CONTAGIOS DE VIH 2016			MUERTES RELACIONADAS CON EL VIH 2016		
	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)
Malí	0,33	0,51	0,62	110.000	14.000	9.900	5.900	1.600	1.200	6.100	<1.000	<500
Malta	-	-	-	<500	-	-	<100	-	-	<100	-	-
Marruecos	0,03	0,01	0,06	22.000	<500	<1.000	<1.000	<100	<200	<1.000	<100	<100
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	-	-	-	11.000	<1.000	<1.000	<500	<100	-	<1.000	<100	<100
México	0,10	0,02	0,19	220.000	2.500	7.200	12.000	<500	2.200	4.200	<200	<100
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	0,01	<0,01	0,02	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Montenegro	0,11	0,05	0,30	<500	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	3,63	2,77	3,03	1.800.000	200.000	120.000	83.000	13.000	9.000	62.000	9.200	4.400
Namibia	4,37	1,32	5,31	230.000	15.000	13.000	9.600	<500	1.300	4.300	<500	<500
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	0,03	0,02	0,02	32.000	1.200	<1.000	<1.000	<100	<100	1.700	<100	<100
Nicaragua	0,06	0,01	0,13	8.900	<200	<500	<500	<100	<100	<500	<100	<100
Níger	0,09	0,13	0,18	48.000	5.800	4.400	1.800	<1.000	<500	3.400	<500	<500
Nigeria	1,23	1,19	2,18	3.200.000	270.000	240.000	220.000	37.000	40.000	160.000	24.000	7.900
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	0,03	<0,01	0,07	23.000	<100	<500	<500	<100	<100	<200	<100	<100
Pakistán	0,10	0,04	0,05	130.000	3.300	2.300	19.000	<1.000	<1.000	5.500	<500	<100

PAÍSES Y ÁREAS	INCIDENCIA DE VIH POR CADA 1000 PERSONAS NO INFECTADAS 2016			EPIDEMIOLOGÍA								
				PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH 2016			NUEVOS CONTAGIOS DE VIH 2016			MUERTES RELACIONADAS CON EL VIH 2016		
	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	0,34	0,08	0,70	21.000	-	-	1.300	-	<500	<1.000	-	-
Papua Nueva Guinea	0,37	0,42	0,27	46.000	3.400	2.000	2.800	<500	<500	1.100	<500	<100
Paraguay	0,20	0,05	0,38	19.000	<500	<1.000	1.300	<100	<500	<1.000	<100	<100
Perú	-	-	-	70.000	1.300	2.400	2.700	<100	-	2.200	<100	<100
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	0,02	0,03	0,04	<100	-	-	<100	-	<100	<100	-	-
Reino Unido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	1,80	0,80	1,51	130.000	9.200	8.700	8.700	<1.000	<1.000	7.300	<1.000	<500
República Checa	0,04	<0,01	0,08	3.400	-	-	<500	-	<100	<100	-	-
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	0,38	0,06	0,19	15.000	<200	<200	1.600	<100	<100	<500	<100	<100
República Democrática del Congo	0,17	0,21	0,24	370.000	48.000	32.000	13.000	2.900	2.100	19.000	2.800	1.400
República Democrática Popular Lao	0,10	0,10	0,10	11.000	<1.000	<500	<1.000	<100	<100	<500	<100	<100
República Dominicana	0,24	0,07	0,52	67.000	1.700	3.100	2.500	<100	<500	2.200	<100	<100
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	INCIDENCIA DE VIH POR CADA 1000 PERSONAS NO INFECTADAS 2016			EPIDEMIOLOGÍA								
				PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH 2016			NUEVOS CONTAGIOS DE VIH 2016			MUERTES RELACIONADAS CON EL VIH 2016		
	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)
República Unida de Tanzania	1,19	1,28	1,04	1.400.000	110.000	98.000	55.000	10.000	5.500	33.000	6.500	3.200
Rumania	0,04	<0,01	0,10	16.000	<100	<500	<1.000	<100	<200	<200	<100	<100
Rwanda	0,70	0,50	0,85	220.000	16.000	16.000	7.500	<1.000	<1.000	3.300	<1.000	<500
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	0,08	0,16	0,12	41.000	4.800	2.900	1.100	<500	<200	1.900	<500	<200
Serbia	0,03	0,01	0,06	2.700	-	-	<500	-	<100	<100	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	-	-	-	67.000	4.400	5.000	5.300	<500	-	2.800	<500	<200
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	0,17	0,18	0,13	24.000	2.500	1.400	1.800	<500	<200	1.700	<500	<100
Sri Lanka	0,03	<0,01	0,06	4.000	-	-	<1.000	-	<100	<200	-	-
Sudáfrica	5,58	2,19	10,51	7.100.000	320.000	370.000	270.000	12.000	50.000	110.000	9.300	6.200
Sudán	0,13	0,10	0,26	56.000	3.000	3.800	5.000	<1.000	1.100	3.000	<500	<100
Sudán del Sur	1,35	1,25	1,08	200.000	18.000	10.000	16.000	2.400	1.500	13.000	1.700	<500
Suecia	0,06	<0,01	0,14	11.000	<100	<200	<1.000	<100	<100	<100	<100	<100
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	INCIDENCIA DE VIH POR CADA 1000 PERSONAS NO INFECTADAS 2016			EPIDEMIOLOGÍA								
				PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH 2016			NUEVOS CONTAGIOS DE VIH 2016			MUERTES RELACIONADAS CON EL VIH 2016		
	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)
Suriname	0,62	0,17	1,35	4.900	<200	<500	<500	<100	<100	<200	<100	<100
Swazilandia	9,37	4,50	11,91	220.000	15.000	15.000	8.800	<1.000	1.400	3.900	<1.000	<500
Tailandia	0,10	0,01	0,23	450.000	4.100	9.700	6.400	<100	<1.000	16.000	<100	<100
Tayikistán	0,15	0,02	0,07	14.000	<500	<500	1.300	<100	<100	<1.000	<100	<100
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	0,59	0,65	0,49	100.000	12.000	7.600	4.100	<1.000	<500	5.100	<1.000	<500
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tobago	0,29	0,05	0,60	11.000	<100	<500	<500	<100	<100	<500	<100	<100
Túnez	0,03	0,01	0,06	2.900	-	-	<500	-	<100	<100	-	-
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turquía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	0,38	0,17	0,57	240.000	4.000	5.100	17.000	<500	1.200	8.500	<200	<100
Uganda	1,50	0,69	2,55	1.400.000	130.000	120.000	52.000	4.600	10.000	28.000	5.800	3.800
Uruguay	-	-	-	12.000	<100	<500	<1.000	<100	-	<500	<100	<100
Uzbekistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	0,21	0,10	0,44	120.000	2.500	4.400	6.500	<500	1.200	2.500	<200	<100
Viet Nam	0,12	0,04	0,06	250.000	5.800	3.200	11.000	<500	<500	8.000	<200	<100
Yemen	0,04	0,02	0,08	9.900	<500	<1.000	1.100	<100	<500	<500	<100	<100
Zambia	4,08	3,28	6,46	1.200.000	94.000	95.000	59.000	8.900	11.000	21.000	5.700	2.300
Zimbabwe	3,03	1,36	3,50	1.300.000	-	-	40.000	-	5.800	30.000	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	EPIDEMIOLOGÍA											
	INCIDENCIA DE VIH POR CADA 1000 PERSONAS NO INFECTADAS 2016			PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH 2016			NUEVOS CONTAGIOS DE VIH 2016			MUERTES RELACIONADAS CON EL VIH 2016		
	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	Todas las edades	niños <5	Adolescentes (15-19)	Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)
RESUMEN												
África Occidental y Central	0,78	0,74	1,25	6.100.000	540.000	450.000	360.000	60.000	62.000	300.000	43.000	16.000
África Oriental y del Sur	1,68	1,01	2,34	19.600.000	1.400.000	1.300.000	800.000	79.000	130.000	420.000	59.000	34.000
África Subsahariana	1,23	0,87	1,83	25.700.000	1.900.000	1.700.000	1.200.000	140.000	190.000	730.000	100.000	50.000
Asia Oriental y el Pacífico	0,07	0,03	0,11	2.800.000	48.000	60.000	160.000	5.100	15.000	100.000	3.000	<1.000
Europa Occidental	0,06	0,01	0,11	840.000	-	-	29.000	-	2700	8.400	-	-
Europa Occidental y Asia Central	0,47	0,03	0,28	1.600.000	-	-	190.000	-	7200	41.000	-	-
Europa y Asia Central	0,25	0,02	0,19	2.400.000	-	-	220.000	-	9900	49.000	-	-
Latinoamérica y el Caribe	0,19	0,05	0,36	2.100.000	34.000	77.000	120.000	2.600	19.000	45.000	2.000	<1.000
Norteamérica	-	0,01	0,24	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	0,03	0,01	0,04	150.000	3.000	4.000	11.000	<500	1.100	6.300	<200	<100
Países menos desarrollados	0,54	0,46	0,70	10.800.000	980.000	800.000	490.000	69.000	68.000	320.000	52.000	27.000
Sur Asiático	0,06	0,02	0,03	2.300.000	140.000	130.000	100.000	10.000	18.000	71.000	7.600	3.100
Mundo	0,26	0,29	0,55	36.700.000	2.100.000	2.100.000	1.800.000	160.000	260.000	1.000.000	120.000	55.000

Para ver una lista completa de países y áreas de las categorías de regiones, subregiones y países, consultar data.unicef.org/regionalclassifications. No se recomienda comparar datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

Notas:

- Datos no disponibles.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los especificados en el encabezamiento de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales. No se muestran estimaciones de años anteriores a 2006.

p Según denominadores pequeños (normalmente entre 25 y 49 casos no ponderados). Los datos basados en menos de 25 casos no ponderados no se muestran.

* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el encabezado de la columna.

Definiciones de los indicadores:

Incidencia de VIH por cada 1000 personas afectadas – Número estimado de nuevos contagios de VIH por cada 1000 personas no contagiadas, 2016. Datos reportados para niños (menores de 5 años), adolescentes (entre 15 y 19 años) y todas las edades.

Personas que viven con el VIH 2016 – Número estimado de personas que viven con el VIH 2016. Datos reportados para niños (de 0 a 14 años), adolescentes (entre 10 y 19 años) y todas las edades.

Nuevos contagios de VIH 2016 – Número estimado de nuevos contagios de VIH 2016. Datos reportados para niños (menores de 5 años), adolescentes (entre 15 y 19 años) y todas las edades.

Muertes relacionadas con el SIDA – Número estimado de muertes relacionadas con el SIDA, 2016. Datos reportados para niños (de 0 a 14 años), adolescentes (entre 10 y 19 años) y todas las edades.

Fuentes de datos principales:

Incidencia de VIH por cada 1000 personas no afectadas – estimaciones de UNAIDS, julio del 2017

Personas que viven con el VIH – estimaciones de UNAIDS 2017, julio del 2017

Nuevos contagios de VIH – estimaciones de UNAIDS 2017, julio 2017

Muertes relacionadas con el SIDA – estimaciones de UNAIDS 2017, julio 2017

TABLA 10. VIH/SIDA (CONTINUACIÓN)

PAÍSES Y ÁREAS	COBERTURA DE INTERVENCIÓN										
	MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ARV POR PMTCT (%) 2016	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) (%) 2016			USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES CON MÚLTIPLES PAREJAS (%) 2011-2016*				ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIERON LOS RESULTADOS (%) 2011-2016*		
		Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	hombre		mujer		hombre		mujer
Afganistán	5	7	17	16	-	-	-	-	<0,1	1	-
Albania	-	30	-	-	-	-	-	-	0	x	0
Alemania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	44	22	14	-	39	-	31	-	4	-	16
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	100	x	54	x	-	-	-
Arabia Saudita	39	60	48	>95	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	49	76	>95	77	-	-	-	-	-	-	1
Argentina	91	64	>95	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	-	36	-	-	-	-	-	-	0	-	1
Australia	>95	90	93	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	75	30	76	36	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	COBERTURA DE INTERVENCIÓN											
	MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ARV POR PMTCT (%) 2016	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) (%) 2016			USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES CON MÚLTIPLES PAREJAS (%) 2011-2016*				ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIERON LOS RESULTADOS (%) 2011-2016*			
		Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	hombre		mujer		hombre		mujer	
Bangladesh	17	16	39	23	-		-		-		-	
Barbados	-	46	-	-	-		-		-		10	
Bélgica	-	-	-	-	-		-		-		-	
Belize	35	32	64	-	-		-		-		14	
Benin	>95	57	32	-	43		38		6		7	
Bhután	-	-	-	-	-		-		-		3	x
Bielorrusia	92	45	>95	-	-		-		15		15	
Birmania	87	55	78	-	-		-		2		1	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	68	25	43	40	43	x	-		1	x	-	
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-		-		<0,1		<0,1	
Botswana	>95	83	60	77	-		-		-		-	
Brasil	89	60	37	32	-		-		-		-	
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-		-		-		-	
Bulgaria	-	26	-	-	-		-		-		-	
Burkina Faso	83	60	24	-	76	x,p	57	x,p	4	x	8	x
Burundi	84	61	25	-	-		-		8		13	
Cabo Verde	>95	57	65	40	-		-		-		-	
Camboya	75	80	87	-	-		-		3		7	
Camerún	74	37	18	-	70		52		7		15	
Canadá	-	-	-	-	-		-		-		-	
Chad	63	39	14	-	-		54		2		5	
Chile	38	53	35	7	-		-		-		-	
China	-	-	-	-	-		-		-		-	
Chipre	-	-	-	-	-		-		-		-	
Colombia	>95	-	-	-	-		45	x	-		8	x

PAÍSES Y ÁREAS	COBERTURA DE INTERVENCIÓN											
	MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ARV POR PMTCT (%) 2016	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) (%) 2016			USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES CON MÚLTIPLES PAREJAS (%) 2011-2016*				ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIERON LOS RESULTADOS (%) 2011-2016*			
		Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	hombre		mujer		hombre		mujer	
Comoras	-	35	-	-	51	p	-	-	3	-	2	-
Congo	16	23	25	-	56	-	46	-	4	-	8	-
Costa Rica	65	49	80	-	-	-	59	p	-	-	9	-
Côte d'Ivoire	73	41	25	-	70	-	32	-	5	-	10	-
Croacia	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	63	70	24	9	-	-	79	p	16	-	19	-
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	35	26	9	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	74	x	86	x	-	-	-	-
Ecuador	>95	52	>95	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	18	27	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador	44	48	50	-	-	-	31	p	8	-	8	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	37	59	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovaquia	-	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	>95	77	>95	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado de Palestina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopía	69	59	35	-	57	p	-	-	9	-	12	-
ex República Yugoslava de Macedonia	-	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	COBERTURA DE INTERVENCIÓN											
	MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ARV POR PMTCT (%) 2016	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) (%) 2016			USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES CON MÚLTIPLES PAREJAS (%) 2011-2016*				ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIERON LOS RESULTADOS (%) 2011-2016*			
		Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	hombre		mujer		hombre		mujer	
Fiji	-	32	-	-	-		-		-		-	
Filipinas	12	32	10	3	-		-		-		<0,1	
Finlandia	-	-	-	-	-		-		-		-	
Francia	>95	78	>95	-	-		-		-		-	
Gabón	76	63	39	61	77		58		6		20	
Gambia	69	30	33	-	-		-		2		6	
Georgia	46	32	50	62	-		-		-		2	x
Ghana	56	34	15	-	-		22	p	1		5	
Granada	-	-	-	-	80	x	92	x	-		-	
Grecia	-	-	-	-	-		-		-		-	
Guatemala	19	36	42	25	66		38		2		5	
Guayana	66	58	69	-	83	p	-		10		16	
Guinea	43	35	18	-	46	p	30		1		3	
Guinea Bissau	85	33	15	-	60		41		2		5	
Guinea Ecuatorial	90	43	16	-	31		17		7		27	
Haití	71	55	49	53	58		42		4		9	
Honduras	54	51	69	60	73		39		3		10	
Hungría	-	-	-	-	-		-		-		-	
India	41	49	33	-	39	x	-		0	x	1	x
Indonesia	14	13	21	-	-		-		-		-	
Irán (República Islámica del)	51	14	28	19	-		-		-		-	
Iraq	-	-	-	-	-		-		-		0	
Irlanda	>95	77	>95	-	-		-		-		-	
Islandia	-	-	-	-	-		-		-		-	
Islas Cook	-	-	-	-	-		-		-		-	

PAÍSES Y ÁREAS	COBERTURA DE INTERVENCIÓN											
	MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ARV POR PMTCT (%) 2016	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) (%) 2016			USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES CON MÚLTIPLES PAREJAS (%) 2011-2016*				ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIERON LOS RESULTADOS (%) 2011-2016*			
		Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	hombre		mujer		hombre		mujer	
Islas Marshall	-	-	-	-	-		-		-		-	
Islas Salomón	-	-	-	-	54	x,p	15	x,p	-		-	
Islas Turks y Caicos	-	-	-	-	-		-		-		-	
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-		-		-		-	
Israel	-	-	-	-	-		-		-		-	
Italia	58	80	94	-	-		-		-		-	
Jamaica	>95	35	>95	-	75		56	p	20		35	
Japón	-	-	-	-	-		-		-		-	
Jordania	-	55	-	-	-		-		-		-	
Kazajstán	87	31	89	>95	94	p	-		-		11	
Kenya	80	64	65	-	64		26		27		35	
Kirguistán	-	28	88	>95	-		-		-		11	
Kiribati	-	-	-	-	29	x	-		-		-	
Kuwait	-	80	-	-	-		-		-		-	
Lesotho	66	53	-	-	80		58		25		41	
Letonia	>95	26	93	-	-		-		-		-	
Líbano	-	51	-	-	-		-		-		-	
Liberia	70	19	11	-	22	p	27		4		13	
Libia	-	-	-	-	-		-		-		-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-		-		-		-	
Lituania	-	23	-	-	-		-		-		-	
Luxemburgo	56	-	-	-	-		-		-		-	
Madagascar	3	5	2	52	5		6	p	1		2	
Malasia	73	37	>95	71	-		-		-		-	
Malawi	84	66	49	-	59		44		22		32	

PAÍSES Y ÁREAS	COBERTURA DE INTERVENCIÓN											
	MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ARV POR PMTCT (%) 2016	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) (%) 2016			USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES CON MÚLTIPLES PAREJAS (%) 2011-2016*				ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIERON LOS RESULTADOS (%) 2011-2016*			
		Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	hombre		mujer		hombre		mujer	
Maldivas	-	-	-	-	-		-		-		-	
Malí	35	35	21	7	47		26		1		8	
Malta	-	75	-	-	-		-		-		-	
Marruecos	62	48	>95	-	-		-		-		-	
Mauricio	-	-	-	-	-		-		-		-	
Mauritania	34	23	23	15	-		-		-		-	
México	58	60	74	28	-		36	p	-		7	
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-		-		-		-	
Mónaco	-	-	-	-	-		-		-		-	
Mongolia	-	33	-	-	78	p	-		-		-	
Montenegro	-	60	-	-	64	p	-		<0,1		0	
Montserrat	-	-	-	-	-		-		-		-	
Mozambique	80	54	38	-	39		43	p	10		25	
Namibia	>95	64	66	-	75		61		14		29	
Nauru	-	-	-	-	-		-		-		-	
Nepal	64	40	83	-	-		-		3		3	
Nicaragua	>95	43	71	33	-		-		-		-	
Níger	52	32	17	14	-		-		2		4	
Nigeria	32	30	21	-	46	p	38		2		4	
Niue	-	-	-	-	-		-		-		-	
Noruega	-	-	-	-	-		-		-		-	
Nueva Zelandia	-	-	-	-	-		-		-		-	
Omán	-	-	-	-	-		-		-		-	
Países Bajos	>95	80	>95	-	-		-		-		-	
Pakistán	4	7	10	85	-		-		-		-	
Palau	-	-	-	-	-		-		-		-	

PAÍSES Y ÁREAS	COBERTURA DE INTERVENCIÓN											
	MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ARV POR PMTCT (%) 2016	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) (%) 2016			USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES CON MÚLTIPLES PAREJAS (%) 2011-2016*				ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIERON LOS RESULTADOS (%) 2011-2016*			
		Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	hombre		mujer		hombre		mujer	
Panamá	-	54	-	-	-		-		-		-	
Papua Nueva Guinea	33	52	37	-	-		-		-		-	
Paraguay	71	35	55	25	-		50	x	-		-	
Perú	85	60	73	15	-		20		-		-	
Polonia	-	-	-	-	-		-		-		-	
Portugal	-	-	-	-	-		-		-		-	
Qatar	-	86	-	-	-		-		-		-	
Reino Unido	-	-	-	-	-		-		-		-	
República Árabe Siria	-	-	-	-	-		-		-		-	
República Centrafricana	81	24	18	25	50	x	28	x	7	x	15	x
República Checa	-	52	-	-	-		-		-		-	
República de Corea	-	-	-	-	-		-		-		-	
República de Moldova	>95	29	83	55	-		-		6		10	
República Democrática del Congo	70	42	30	-	17		12		1		5	
República Democrática Popular Lao	50	41	34	-	-		-		1		1	
República Dominicana	83	46	45	30	-		40		-		11	
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-		-		-		-	
República Unida de Tanzania	84	62	48	-	45		38		13		21	
Rumania	>95	68	>95	66	-		-		-		-	
Rwanda	82	80	55	-	-		-		22		27	

PAÍSES Y ÁREAS	COBERTURA DE INTERVENCIÓN											
	MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ARV POR PMTCT (%) 2016	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) (%) 2016			USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES CON MÚLTIPLES PAREJAS (%) 2011-2016*				ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIERON LOS RESULTADOS (%) 2011-2016*			
		Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	hombre		mujer		hombre		mujer	
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	54	x	50	x	-		-	
Samoa	-	-	-	-	-		-		1	x	0	x
San Marino	-	-	-	-	-		-		-		-	
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-		-		-		-	
Santa Lucía	-	-	-	-	-		-		-		12	
Santa Sede	-	-	-	-	-		-		-		-	
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	79		-		8		22	
Senegal	55	52	26	31	-		-		6		10	
Serbia	-	62	-	-	63	x	-		1	x	1	x
Seychelles	-	-	-	-	-		-		-		-	
Sierra Leona	87	26	18	-	24		10		3		11	
Singapur	-	-	-	-	-		-		-		-	
Somalia	7	11	5	-	-		-		-		-	
Sri Lanka	-	27	-	-	-		-		-		-	
Sudáfrica	>95	56	55	-	88		-		29		38	
Sudán	4	10	16	-	-		-		-		-	
Sudán del Sur	29	10	5	-	-		6	x,p	-		4	x
Suecia	>95	83	>95	-	-		-		-		-	
Suiza	-	-	-	-	-		-		-		-	
Suriname	89	48	81	36	-		86	x,p	-		11	X
Swazilandia	95	79	64	91	-		-		30		41	
Tailandia	95	69	86	>95	-		-		4		6	
Tayikistán	85	30	88	90	-		-		-		1	
Timor-Leste	-	-	-	-	-		-		-		-	
Togo	86	51	26	27	-		-		7		11	
Tokelau	-	-	-	-	-		-		-		-	

PAÍSES Y ÁREAS	COBERTURA DE INTERVENCIÓN									
	MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ARV POR PMTCT (%) 2016	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) (%) 2016			USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES CON MÚLTIPLES PAREJAS (%) 2011-2016*			ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIERON LOS RESULTADOS (%) 2011-2016*		
		Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	hombre	mujer	hombre	mujer		
Tonga	-	-	-	-	-	-	2	0		
Trinidad y Tobago	95	62	>95	-	-	-	-	-		
Túnez	-	29	-	-	-	-	-	<0,1		
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-	5		
Turquía	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-		
Ucrania	84	37	64	-	90	-	10	7		
Uganda	>95	67	47	-	52	26	28	39		
Uruguay	83	53	>95	-	-	67	p	7		
Uzbekistán	-	-	-	-	-	-	-	-		
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-		
Venezuela (República Bolivariana de)	48	-	-	-	-	-	-	-		
Viet Nam	66	47	84	-	-	-	-	4		
Yemen	8	18	21	-	-	-	-	-		
Zambia	83	65	52	-	38	33	19	33		
Zimbabwe	93	75	-	-	71	-	19	30		
RESUMEN										
África Occidental y Central	49	34	21	-	43	32	3	6		
África Oriental y del Sur	88	60	51	-	54	-	16	24		
África Subsahariana	78	54	42	-	49	32	10	15		
Asia Oriental y el Pacífico	54	48	62	-	-	-	-	-		
Europa Occidental	-	77	-	-	-	-	-	-		

PAÍSES Y ÁREAS	COBERTURA DE INTERVENCIÓN									
	MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ARV POR PMTCT (%) 2016	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ART) (%) 2016			USO DE PRESERVATIVOS EN ADOLESCENTES CON MÚLTIPLES PAREJAS (%) 2011-2016*		ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y RECIBIERON LOS RESULTADOS (%) 2011-2016*			
		Todas las edades	niños <15	Adolescentes (10-19)	hombre	mujer	hombre	mujer		
Europa Occidental y Asia Central	-	29	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-
Latinoamérica y el Caribe	75	57	53	-	-	-	-	-	-	-
Norteamérica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	37	33	62	-	-	-	-	-	-	-
Países menos desarrollados	81	56	40	-	-	-	8	13	-	-
Sur Asiático	38	46	33	-	-	-	-	-	-	-
Mundo	76	53	43	-	-	-	-	-	-	-

Para ver una lista completa de países y áreas de las categorías de regiones, subregiones y países, consultar data.unicef.org/regionalclassifications. No se recomienda comparar datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

Notas:

- Datos no disponibles.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos de los especificados en el encabezamiento de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales. No se muestran estimaciones de años anteriores a 2006.

p Según denominadores pequeños (normalmente entre 25 y 49 casos no ponderados). Los datos basados en menos de 25 casos no ponderados no se muestran.

* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el encabezado de la columna.

Definiciones de los indicadores

Mujeres embarazadas que reciben ARV para PMTCT – Porcentaje del número estimado de mujeres embarazadas que padecen VIH y reciben regímenes efectivos (excluye nevirapina de dosis única) de medicinas antirretrovirales (ARV) para prevenir la transmisión madre a hijo (PMTCT) de VIH 2016.

Personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral (ART) – Porcentaje del número estimado de personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral (ART) 2016. Datos reportados para niños (de 0 a 14 años), adolescentes (entre 10 y 19 años) y todas las edades.

Uso del preservativo entre adolescentes con múltiples parejas – Entre hombres y mujeres adolescentes (con edades entre 15 y 19 años) que reportaron haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, el porcentaje que reportó el uso de un preservativo la última vez que tuvieron sexo con cualquier pareja 2011-2016.

Adolescentes que se sometieron a pruebas de VIH en los últimos 12 meses y recibieron los resultados – Porcentaje de adolescentes (chicos y chicas) (con edades entre los 15 y 19 años) que se sometieron a pruebas de VIH en los últimos 12 meses y recibieron el resultado de la prueba más reciente, 2011-2016.

Fuentes de datos principales:

Mujeres embarazadas que reciben ARV para PMTCT – estimaciones de UNAIDS 2017, julio del 2017.

Personas que viven con el VIH y reciben ART – estimaciones de UNAIDS 2017, julio del 2017.

Uso del preservativo entre adolescentes con múltiples parejas – bases de datos globales de UNICEF basadas en las Encuestas de clúster de indicadores múltiples (MICS), Encuestas demográficas y sanitarias (DHS), Encuestas de indicadores de SIDA (AIS), y otras encuestas del hogar nacionales.

Adolescentes que se sometieron a pruebas del VIH en los últimos 12 meses y recibieron los resultados – bases de datos globales de UNICEF basadas en MICS, DHS, AIS y otras encuestas del hogar nacionales.

TABLA 11. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

PAÍSES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*			MATRIMONIO INFANTIL (%) * 2010-16*		REGISTRO DE NACIMIENTO (%)+ 2010-16*	MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%)* 2004-16*			JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%)+ 2010-16*														
	total	hombre	mujer	casados antes de los 15 años	casados antes de los 18 años		PREVALENCIA	ACTITUDES	MULTRATO A LA MUJER	total	hombre	mujer	total	hombre	mujer											
						mujeres ^a										niñas ^b	soporte para la práctica ^c									
Afganistán	29	34	24	9	35	42	-	-	-	72	y	80	y	74	y	75	y	74	y							
Albania	5	y	6	y	4	y	0	x	10	x	99	x	-	-	-	36	x	30	x	77	x,y	81	x,y	73	x,y	
Alemania	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Andorra	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	23	22	25	8	30	25	-	-	-	20	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Argelia	5	y	6	y	5	y	0	3	100	-	-	-	-	59	y	86	y	88	y	85	y	88	y	85	y	
Argentina	4	y	5	y	4	y	-	-	100	y	-	-	-	2	72	y	74	y	71	y	74	y	71	y	71	y
Armenia	9	y	11	y	6	y	0	5	99	-	-	-	23	10	69	71	67	67	67	67	67	67	67	67	67	
Australia	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Austria	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Azerbaiyán	7	x,y	8	x,y	5	x,y	2	11	94	x	-	-	-	28	77	x,y	80	x,y	74	x,y	74	x,y	74	x,y	74	x,y
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bahrein	5	x,y	6	x,y	3	x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bangladesh	4	y	5	y	4	y	22	59	20	-	-	-	-	28	y	82	83	82	82	82	82	82	82	82	82	
Barbados	2	y	3	y	1	y	1	11	99	-	-	-	-	3	75	y	78	y	72	y	72	y	72	y	72	y
Bélgica	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Belice	3	y	5	y	1	y	3	26	96	-	-	-	5	5	65	67	63	63	63	63	63	63	63	63	63	
Benin	53	54	51	7	26	85	9	0	3	17	36	91	92	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	

PAISES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*						MATRIMONIO INFANTIL (%) * 2010-16*		REGISTRO DE NACIMIENTO (%)++ 2010-16*		MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%) * 2004-16*			JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%) + 2010-16*						
	total		hombre		mujer		casados antes de los 15 años		casados antes de los 18 años		PREVALENCIA		ACTITUDES	hombre	mujer	total	hombre	mujer				
											mujeres ^a	niñas ^b	soporte para la práctica ^c									
Bhután	3	y	3	y	3	y	6		26	100	-	-	-	-	68	-	-	-				
Bielorrusia	1	y	1	y	2	y	0		3	100	y	-	-	-	4	4	65	y	67	y	62	y
Birmania	9	y	10	y	9	y	2		16	81	-	-	-	49	51	77	y	80	y	75	y	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	26	x,y	28	x,y	24	x,y	3	x	22	x	76	x,y	-	-	-	16	x	-	-	-	-	
Bosnia y Herzegovina	5	x,y	7	x,y	4	x,y	0		4	100	x	-	-	-	6	5	55	y	60	y	50	y
Botswana	9	x,y	11	x,y	7	x,y	-		-	83	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Brasil	7	y	9	y	5	y	11	x	36	x	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Brunei Darussalam	-		-		-		-		-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bulgaria	-		-		-		-		-	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Burkina Faso	39	y	42	y	36	y	10		52	77		76	13	9	34	44	83	x,y	84	x,y	82	x,y
Burundi	26	y	26	y	27	y	3		20	75		-	-	-	44	73	-	-	-	-	-	
Cabo Verde	6	y	-		-		3	x	18	x	91	-	-	-	17	x,y	17	x,y	-	-	-	
Camboya	19	y	20	y	19	y	2		19	73		-	-	-	27	y	50	y	-	-	-	
Camerún	47		50		44		10		31	66		1	1	y	7	39	36	85	85	85		
Canadá	-		-		-		-		-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chad	52		51		52		30		67	12		38	10	29	51	74	71	72	71			
Chile	7	y	-		-		-		-	99	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
China	-		-		-		-		-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chipre	-		-		-		-		-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Colombia	8	y	10	y	5	y	5		23	99		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Comoras	22	y	20	y	24	y	10		32	87		-	-	-	17	39	-	-	-	-	-	

PAÍSES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*			MATRIMONIO INFANTIL (%) * 2010-16*		REGISTRO DE NACIMIENTO (%)+ 2010-16*		MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%)* 2004-16*			JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%) + 2010-16*											
	total	hombre	mujer	casados antes de los 15 años	casados antes de los 18 años	total	PREVALENCIA		ACTITUDES soporte para la práctica ^c	hombre	mujer	total	hombre	mujer										
							mujeres ^a	niñas ^b																
Congo	23	-	-	6	33	96	-	-	-	40	54	83	-	-										
Costa Rica	4	y	4	y	5	y	7	21	100	y	-	-	-	4	46	y	52	y	39	y				
Côte d'Ivoire	26	y	25	y	28	y	10	33	65		38	10	14	42	48	91	x,y	91	x,y	91	x,y			
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Cuba	-	-	-	5	26	100		-	-	-	7	y	4	y	36	37	35							
Dinamarca	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Djibouti	8	x,y	8	x,y	8	x,y	2	x	5	x	92	x	93	49	y	37	-	-	72	x,y	73	x,y	71	x,y
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Ecuador	5	y	5	y	5	y	4	x	22	x	94		-	-	-	-	-	-	-					
Egipto	7		8		6		2		17		99		87	14	y	54	-	36	y	93	93	93		
El Salvador	9	y	13	y	5	y	6	26	99		-	-	-	-	8	52	55	50						
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
Eritrea	-	-	-	13	41	-		83	33	12	45	51	-	-	-	-	-	-						
Eslovaquia	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Eslovenia	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
España	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Estado de Palestina	6	y	7	y	4	y	1	15	99		-	-	-	-	92	93	92							
Estados Unidos	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Estonia	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Etiopía	27	y	31	y	24	y	14	40	3	65	16	18	28	63	-	-	-	-						
ex República Yugoslava de Macedonia	13	y	12	y	13	y	1	7	100		-	-	-	-	15	69	y	71	y	67	y			

PAISES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*			MATRIMONIO INFANTIL (%) * 2010-16*		REGISTRO DE NACIMIENTO (%)+ 2010-16*		MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%)* 2004-16*			JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%) + 2010-16*		
	total	hombre	mujer	casados antes de los 15 años	casados antes de los 18 años	total	PREVALENCIA		ACTITUDES soporte para la práctica ^c	hombre	mujer	total	hombre	mujer	
							mujeres ^a	niñas ^b							
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	
Fiji	-	-	-	-	-	-		-	-	-	72	x,y	-	-	
Filipinas	11	y	14	y	8	y	2	15	90	-	-	-	13	-	
Finlandia	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	
Francia	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	
Gabón	13	y	15	y	12	y	6	22	90	-	-	-	40	50	
Gambia	19	y	21	y	18	y	9	30	72	75	56	65	33	58	
Georgia	4	y	6	y	2	y	1	14	100	-	-	-	-	7	
Ghana	22	y	23	y	21	y	5	21	71	4	1	2	13	28	
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Grecia	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	26	y	35	y	16	y	6	30	96	y	-	-	-	7	
Guayana	18		20		17		4	30	89	-	-	-	10	10	
Guinea	28	y	29	y	27	y	21	52	58	97	46	76	66	92	
Guinea Bissau	51		50		53		6	24	24	45	30	13	29	42	
Guinea Ecuatorial	28	x,y	28	x,y	28	x,y	9	30	54	-	-	-	52	53	
Haití	24	y	25	y	24	y	3	18	80	-	-	-	15	17	
Honduras	14	y	21	y	8	y	8	34	94	-	-	-	10	12	
Hungría	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	
India	12	x,y	12	x,y	12	x,y	18	x	47	x	72	-	-	-	
Indonesia	7	x,y	8	x,y	6	x,y	1	14	73	y	-	49	y	-	

PAÍSES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*						MATRIMONIO INFANTIL (%) * 2010-16*		REGISTRO DE NACIMIENTO (%)++ 2010-16*		MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%)* 2004-16*				JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%) + 2010-16*							
	total		hombre		mujer		casados antes de los 15 años		casados antes de los 18 años		PREVALENCIA		ACTITUDES				total		hombre	mujer				
											mujeres ^a	niñas ^b	soporte para la práctica ^c		hombre	mujer								
Irán (República Islámica del)	11	y	13	y	10	y	3		17	99	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Iraq	5	y	5	y	4	y	5		24	99		8	3	y	5	-	51	79	y	81	y	77	y	
Irlanda	-		-		-		-		-	100	v	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islandia	-		-		-		-		-	100	v	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Cook	-		-		-		-		-	-		-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Marshall	-		-		-		6	x	26	x	96	x	-	-		-	58	x	56	x	-	-	-	
Islas Salomón	48	y	47	y	49	y	6		21	88		-	-		-	57	77	86	y	86	y	85	y	
Islas Turcas y Caicos	-		-		-		-		-	-		-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Vírgenes Británicas	-		-		-		-		-	-		-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Israel	-		-		-		-		-	100	v	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Italia	-		-		-		-		-	100	v	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaica	3	y	4	y	3	y	1		8	100		-	-		-	-	5	85	y	87	y	82	y	
Japón	-		-		-		-		-	100	v	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jordania	2	y	3	y	0	y	0		8	99		-	-		-	-	70	y	90	y	91	y	89	y
Kazajstán	2	x,y	2	x,y	2	x,y	0		7	100		-	-		-	-	14	53		55		50		
Kenya	26	x,y	27	x,y	25	x,y	4		23	67		21	3		6	36	42	-	-	-	-	-	-	
Kirguistán	26		30		22		1		12	98		-	-		-	-	33	57		60		54		
Kiribati	-		-		-		3	x	20	x	94	x	-	-		-	60	x	76	x	81	x,y	-	-
Kuwait	-		-		-		-		-	-		-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lesotho	23	x,y	25	x,y	21	x,y	1		17	43		-	-		-	40	33	-	-	-	-	-	-	

PAISES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*			MATRIMONIO INFANTIL (%)* 2010-16*			REGISTRO DE NACIMIENTO (%)+ 2010-16*		MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%)* 2004-16*			JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%) + 2010-16*										
	total	hombre	mujer	casados antes de los 15 años	casados antes de los 18 años	total	mujeres ^a	niñas ^b	actitudes soporte para la práctica ^c	hombre	mujer	total	hombre	mujer										
Letonia	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-										
Líbano	2	x,y	3	x,y	1	x,y	1	x	6	x	100	x	-	-	-	10	x,y	82	x,y	82	x,y	82	x,y	
Liberia	21	x,y	21	x,y	21	x,y	9		36		25	y	50	-	39	24	43	90	x,y	90	x,y	90	x,y	
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Madagascar	23	y	23	y	23	y	12		41		83		-	-	-	46	y	45	-	-	-	-	-	
Malasia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	y	74	y	67	y	
Malawi	39		42		37		9		42		67		-	-	-	13		16	72		73		72	
Maldivas	-	-	-	-	0	x	4	x	93	x	-	-	-	-	-	14	x,y	31	x,y	-	-	-	-	
Malí	56		59		52		17		52		87		83	76	75	51	73	73	73	73	73	73	73	
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Marruecos	8	x,y	9	x,y	8	x,y	3	x	16	x	94	y	-	-	-	-	64	x	91	x,y	92	x,y	90	x,y
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	38		-		-		14		34		66		67	53	36	21	y	27	y	80	-	-	-	-
México	12		16		9		4		26		95		-	-	-	-	5		63		63		63	
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	17		19		15		0		5		99		-	-	-	9	y	10	49		52		46	
Montenegro	13		15		10		1		5		99		-	-	-	5		3	69		73		66	
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PAÍSES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*			MATRIMONIO INFANTIL (%)* 2010-16*		REGISTRO DE NACIMIENTO (%)+ 2010-16*		MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%)* 2004-16*			JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%)+ 2010-16*												
	total	hombre	mujer	casados antes de los 15 años	casados antes de los 18 años	total	PREVALENCIA		ACTITUDES soporte para la práctica ^c	hombre	mujer	total	hombre	mujer											
							mujeres ^a	niñas ^b																	
Mozambique	22	x,y	21	x,y	24	x,y	14		48		48		-	-	-	20		23		-	-	-			
Namibia	-		-		-		2		7		87	y	-	-	-	22		28		-	-	-			
Nauru	-		-		-		2	x	27	x	83	x	-	-	-	-		-		-	-	-			
Nepal	37		37		38		10		37		58		-	-	-	-		43		82		83		81	
Nicaragua	15	x,y	18	x,y	11	x,y	10	x	41	x	85		-	-	-	-		14	x,y	-		-	-		
Níger	31	y	31	y	30	y	28		76		64		2	2	y	6	27	60		82	y	82	y	81	y
Nigeria	25	y	24	y	25	y	17		43		30	y	25	17		23	25	35		91	y	91	y	90	y
Niue	-		-		-		-		-		-		-	-	-	-		-		-		-	-	-	
Noruega	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-		-		-		-	-	-	
Nueva Zelandia	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-		-		-		-	-	-	
Omán	-		-		-		-		-		-		-	-	-	-		8		-		-	-	-	
Países Bajos	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-		-		-		-	-	-	
Pakistán	-		-		-		3		21		34		-	-	-	32	y	42	y	-		-	-	-	
Palau	-		-		-		-		-		-		-	-	-	-		-		-		-	-	-	
Panamá	3	y	4	y	1	y	7		26		96		-	-	-	-		6		45		47		43	
Papua Nueva Guinea	-		-		-		2	x	21	x	-		-	-	-	-		-		-		-	-	-	
Paraguay	28	y	32	y	24	y	2	x	18	x	85	y	-	-	-	-		-		-		-	-	-	
Perú	22	y	24	y	19	y	3		22		98	y	-	-	-	-		-		-		-	-	-	
Polonia	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-		-		-		-	-	-	
Portugal	3	x,y	4	x,y	3	x,y	-		-		100	v	-	-	-	-		-		-		-	-	-	
Qatar	-		-		-		0		4		100	y	-	-	-	-	16	7		50	y	53	y	46	y
Reino Unido	-		-		-		-		-		100	v	-	-	-	-		-		-		-	-	-	
República Árabe Siria	4	x,y	5	x,y	3	x,y	3	x	13	x	96	x	-	-	-	-		-		89	x,y	90	x,y	88	x,y

PAISES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*			MATRIMONIO INFANTIL (%) * 2010-16*		REGISTRO DE NACIMIENTO (%)+ 2010-16*	MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%)* 2004-16*			JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%) + 2010-16*								
	total	hombre	mujer	casados antes de los 15 años	casados antes de los 18 años		PREVALENCIA	ACTITUDES		hombre	mujer	total	hombre	mujer						
						mujeres ^a		niñas ^b	soporte para la práctica ^c											
República Centroafricana	29	y	27	y	30	y	29	68	61	24	1	11	75	80	92	y	92	y	92	y
República Checa	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	16	x,y	20	x,y	12	x,y	0	12	100	-	-	-	13	11	76	y	77	y	74	y
República Democrática del Congo	38		36		41		10	37	25	-	-	-	61	75	82		82		81	
República Democrática Popular Lao	10	y	9	y	11	y	9	35	75	-	-	-	49	58	76	y	77	y	74	y
República Dominicana	13		17		9		12	36	88	-	-	-	-	2	63		64		61	
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	100	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzanía	29	y	29	y	28	y	5	31	26	10	0	3	40	58	-	-	-	-	-	-
Rumania	1	x,y	1	x,y	1	x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	29	y	27	y	30	y	0	7	56	-	-	-	18	41	-	-	-	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	1	11	59	-	-	-	30	37	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	4	y	5	y	3	y	1	8	92	-	-	-	-	7	68	y	71	y	64	y

PAÍSES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*			MATRIMONIO INFANTIL (%) * 2010-16*		REGISTRO DE NACIMIENTO (%)+ 2010-16*	MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%)* 2004-16*			JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%) + 2010-16*			
	total	hombre	mujer	casados antes de los 15 años	casados antes de los 18 años		total	PREVALENCIA		ACTITUDES soporte para la práctica ^c	hombre	mujer	total	hombre	mujer
						mujeres ^a		niñas ^b							
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	26	25	28	8	35	95	-	-	-	14	19	80	80	79	
Senegal	23	29	17	9	31	68	24	15	19	25	57	-	-	-	
Serbia	10	12	7	0	3	99	-	-	-	-	4	43	44	42	
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leona	37	y 38	y 37	y 13	39	77	90	31	y 69	34	63	82	y 81	y 82	y
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Somalia	49	x,y 45	x,y 54	x,y 8	x 45	x 3	x 98	46	y 65	-	76	x,y -	-	-	
Sri Lanka	1	y 1	y 1	y 2	x 12	x 97	x -	-	-	-	53	x,y -	-	-	
Sudáfrica	-	-	-	1	x 6	x 85	y -	-	-	-	-	-	-	-	
Sudán	25	28	22	12	34	67	87	32	41	-	34	64	65	63	
Sudán del Sur	-	-	-	9	52	35	-	-	-	-	79	-	-	-	
Suecia	-	-	-	-	-	100	v -	-	-	-	-	-	-	-	
Suiza	-	-	-	-	-	100	v -	-	-	-	-	-	-	-	
Suriname	4	y 4	y 4	y 5	19	99	-	-	-	-	13	86	y 87	y 85	y
Swazilandia	7	y 8	y 7	y 1	5	54	-	-	-	17	20	88	89	88	
Tailandia	8	x,y 8	x,y 8	x,y 4	23	100	y -	-	-	9	9	75	77	73	
Tayikistán	10	x,y 9	x,y 11	x,y 0	12	88	-	-	-	-	60	78	x,y 80	x,y 75	x,y
Timor-Leste	4	x,y 4	x,y 4	x,y 3	19	55	-	-	-	81	86	-	-	-	
Togo	28	29	27	6	22	78	5	0	1	18	29	81	81	80	
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tonga	-	-	-	0	6	93	-	-	-	21	29	-	-	-	
Trinidad y Tobago	1	x,y 1	x,y 1	x,y 2	x 8	x 97	x -	-	-	-	8	x 77	x,y 78	x,y 77	x,y

PAISES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*			MATRIMONIO INFANTIL (%)* 2010-16*		REGISTRO DE NACIMIENTO (%)+ 2010-16*		MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%)* 2004-16*			JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%)+ 2010-16*		
	total	hombre	mujer	casados antes de los 15 años	casados antes de los 18 años	total	PREVALENCIA		ACTITUDES soporte para la práctica ^c	hombre	mujer	total	hombre	mujer	
							mujeres ^a	niñas ^b							
Túnez	2 y	3 y	2 y	0	2	99	-	-	-	-	30	93 y	94 y	92 y	
Turkmenistán	0	1	0	0	6	100	-	-	-	-	26	37 y	39 y	34 y	
Turquía	6 y	8 y	4 y	1	15	99 y	-	-	-	-	13	-	-	-	
Tuvalu	-	-	-	0 x	10 x	50 x	-	-	-	73 x	70 x	-	-	-	
Ucrania	2 y	3 y	2 y	0	9	100	-	-	-	9	3	61 y	68 y	55 y	
Uganda	16 y	17 y	16 y	10	40	30	1	1	9	44	58	-	-	-	
Uruguay	8 x,y	8 x,y	8 x,y	1	25	100	-	-	-	-	2	55 y	58 y	51 y	
Uzbekistán	-	-	-	0 x	7 x	100 x	-	-	-	61 x	70 x	-	-	-	
Vanuatu	15 y	15 y	16 y	3	21	43 y	-	-	-	60	60	84 y	83 y	84 y	
Venezuela (República Bolivariana de)	8 x,y	9 x,y	6 x,y	-	-	81 y	-	-	-	-	-	-	-	-	
Viet Nam	16	17	16	1	11	96	-	-	-	-	28	68	72	65	
Yemen	23 x,y	21 x,y	24 x,y	9	32	31	19	16 y	19	-	49	79 y	81 y	77 y	
Zambia	41 x,y	42 x,y	40 x,y	6	31	11	-	-	-	32	47	-	-	-	
Zimbabwe	-	-	-	4	32	44	-	-	-	33	39	63	63	62	
RESUMEN															
África Occidental y Central	32	32	32	14	41	45	31		23	35	48	86	87	86	
África Oriental y del Sur	26	27	24	9	35	41	45		17	32	48	-	-	-	
África Subsahariana	29	30	29	12	38	43	37		20	34	48	-	-	-	
Asia Oriental y el Pacífico	-	-	-	2 **	15 **	84 **	-		-	-	29 **	-	-	-	

PAÍSES Y ÁREAS	TRABAJO INFANTIL (%) 2010-16*			MATRIMONIO INFANTIL (%)* 2010-16*		REGISTRO DE NACIMIENTO (%)+ 2010-16*	MUTILACIÓN/ CORTE GENITAL FEMENINO (%)* 2004-16*		JUSTIFICACIÓN DE MALTRATO A LA MUJER (%) 2010-16*		DISCIPLINA VIOLENTA (%)+ 2010-16*			
	total	hombre	mujer	casados antes de los 15 años	casados antes de los 18 años		total	PREVALENCIA		soporte para la práctica ^c	hombre	mujer	total	hombre
						mujeres ^a		niñas ^b						
Europa Occidental	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental y Asia Central	-	-	-	1	11	99	-	-	-	14	-	-	-	-
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Latinoamérica y el Caribe	11	13	8	-	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-
Norteamérica	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	7	8	6	3	17	92	-	-	-	45	87	88	86	
Países menos desarrollados	26	26	24	12	40	40	-	-	39	49	79	79	78	
Sur Asiático	-	-	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-
Mundo	-	-	-	6	25	71	-	-	-	-	-	-	-	-

Para ver una lista completa de países y áreas de las categorías de regiones, subregiones y países, consultar data.unicef.org/regionalclassifications.

No se recomienda comparar datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

Notas:

- Datos no disponibles. v Las estimaciones del 100% fueron asumidas dado que los sistemas de registro civil en estos países son completos y todos los eventos vitales (incluyendo nacimientos) se registran. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de estadística, Informe de población y estadísticas vitales, Serie A, Vol. LXV, Nueva York, 2013.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos a los especificados en el encabezado de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren a solo parte de un país. Si caen en el período de referencia anotado, dichos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y globales.

+ Una explicación más detallada de la metodología y los cambios en el cálculo de estas estimaciones pueden encontrarse en la Nota General sobre los datos en el informe del Estado Mundial de la infancia de 2017.

++ Los cambios en la definición del registro de nacimientos se realizaron desde las rondas segunda y tercera de MICS (MICS2 y MICS3) a la cuarta ronda (MICS4). Para permitir comparabilidad con las últimas rondas, los datos de MICS2 y MICS3 sobre los registros de nacimiento se volvieron a calcular de acuerdo con la definición del indicador MICS4. Por tanto, los datos recalculados presentados aquí pueden diferir de las estimaciones incluidas en los informes nacionales MICS2 y MICS3.

* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el encabezado de la columna.

** Excluye China.

Los datos en cursiva son de fuentes diferentes que los datos presentados por los mismos indicadores en otras tablas del informe.

Definiciones de los indicadores:

Trabajo infantil – Porcentaje de niños entre 5 y 17 años implicados en trabajo infantil en el momento de la encuesta. Un niño se considera implicado en trabajo infantil bajo las siguientes condiciones: (a) niños entre 5 y 11 años que, durante la semana de referencia, realizaron al menos una hora de actividad económica o al menos 28 horas de tareas domésticas, (b) niños entre 12 y 14 años que, durante la semana de referencia, hicieron al menos 14 horas de actividad económica o al menos 28 horas de tareas domésticas, (c) niños entre 15 y 17 años que, durante la semana de referencia, hicieron al menos 43 horas de actividad económica o tareas domésticas, y (d) niños entre los 5 y 17 años en condiciones de trabajo peligrosas.

Matrimonio infantil – Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que se casaron o se unieron a un hombre antes de tener los 15 años y porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que se casaron o se unieron a un hombre antes de cumplir los 18 años.

Registro de nacimientos – Porcentaje de niños menores de 5 años que estaban registrados en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye niños que tenían un certificado de nacimiento, independientemente de si fueron vistos por el entrevistador, y aquellos sin certificado de nacimiento cuya madre o cuidador dice que el nacimiento ha sido registrado.

Mutilación/corte genital femenino (FGM/C) – (a) Mujeres: porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que se han sometido a FGM/C; (b) chicas: porcentaje de chicas entre 0 y 14 años que se han sometido a FGM/C (como informaron sus madres); (c) soporte para la práctica: porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que han oído sobre la FGM/C y piensan que la práctica debería continuar.

Justificación de maltrato a la mujer entre adolescentes – Porcentaje de mujeres y hombres entre 15 y 19 años que consideran que está justificado que un marido golpee o pegue a su mujer por al menos una de las razones especificadas: si la esposa quema la comida, discute con él, sale sin decírselo, descuida a los hijos o rechaza tener relaciones sexuales.

Disciplina violenta – Porcentaje de niños entre 1 y 14 años que han sufrido disciplina violenta (agresión psicológica y/o castigo físico).

Fuentes de datos principales:

Trabajo infantil – Encuestas Demográficas y Sanitarias (DHS), Encuestas de Clúster de Indicador Múltiple (MICS) y otras encuestas nacionales.

Matrimonio infantil – DHS, MICS, y otras encuestas nacionales.

Registro de nacimientos – DHS, MICS, otras encuestas nacionales, censos y sistemas de registro vital.

Mutilación/corte genital femenino – DHS, MICS, y otras encuestas nacionales.

Justificación de maltrato a la mujer – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

Disciplina violenta – DHS, MICS, y otras encuestas nacionales.



