



**UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY**



**Universidad de la República
Facultad de Psicología**

**Trabajo Final de Grado
ARTÍCULO CIENTÍFICO DE PRODUCCIÓN EMPÍRICA**

**“Mujeres en situación de discapacidad y barreras percibidas en el acceso a los
servicios de salud”**

**Estudiante: Luciana Mainero CI: 5.439.105-1
Tutora: Eugenia Barbosa
Revisora: María José Bagnato**

Montevideo, 2023

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1 Conceptualización de discapacidad.....	5
3.2 La discapacidad desde una perspectiva de género.....	6
3.3 Accesibilidad.....	9
3.4 Atención en salud.....	10
4. METODOLOGÍA.....	12
5. RESULTADOS.....	13
5.1 Accesibilidad.....	13
5.2 Salud Sexual y Reproductiva.....	16
5.3 ¿La maternidad como una posibilidad?.....	18
5.4 La condición de salud como centro.....	21
6. DISCUSIÓN.....	23
7. REFERENCIAS.....	25

1. RESUMEN

El presente artículo de investigación busca profundizar en las barreras percibidas por mujeres en situación de discapacidad física en la atención brindada por los servicios de salud. Se aborda la temática desde una perspectiva de género en intersección con la situación de discapacidad. El objetivo de la investigación radica en conocer distintas barreras identificadas particularmente en la atención en los servicios de salud. La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, siendo la entrevista en profundidad la principal herramienta para recabar los relatos de las participantes. Los principales resultados dan cuenta de la presencia de barreras físicas, comunicacionales, de información y actitudinales en la atención hacia las usuarias en las áreas de la salud sexual y reproductiva, la maternidad y la condición de salud. Pese a un significativo avance normativo a nivel nacional sobre la temática, se identifican desigualdades en lo que refiere a la atención hacia las mujeres con discapacidad. Se visualiza la importancia de la sensibilización del personal de la salud, con el fin de generar condiciones que eliminen las barreras existentes, para un abordaje que reconozca sus derechos y garantice una atención en igualdad de condiciones que el resto de las personas.

Palabras clave: discapacidad, perspectiva de género, atención en salud, barreras.

ABSTRACT

This research article seeks to delve into the barriers perceived by women with physical disabilities in the care provided by health services. The topic is addressed from a gender perspective in intersection with the disability situation. The objective of the research lies in knowing different barriers identified particularly in care in health services. The methodology used was qualitative, with the in-depth interview being the main tool to collect the participants' stories. The main results show the presence of physical, communication, information and attitudinal barriers in the care provided to users in the areas of sexual and reproductive health,

maternity and health condition. Despite significant regulatory progress at the national level on the subject, inequalities are identified regarding care for women with disabilities. The importance of raising awareness among health personnel is visualized, in order to generate conditions that eliminate existing barriers, for an approach that recognizes their rights and guarantees care on equal terms with the rest of the people.

Keywords: disability, gender perspective, health care, barriers.

2. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está enmarcado en una investigación mayor llevada adelante a través del Grupo I+D “Componentes psicosociales de los cuidados”, siendo la línea de trabajo el análisis de la autopercepción de los conceptos de discapacidad, dependencia y cuidados en adultos con discapacidades físicas, financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República (UdelaR).

La presente investigación se propone conocer la percepción de las mujeres con discapacidades físicas acerca del acceso a los servicios de salud. Para llevar adelante este objetivo se realizaron entrevistas en profundidad a 14 mujeres en situación de discapacidad física comprendidas en un margen de 24 a 73 años de edad, residentes de Montevideo y el interior del país. A partir de los distintos relatos de las mujeres participantes, surge a lo largo de este trabajo el interés por indagar acerca de las barreras percibidas en la atención en salud desde su perspectiva, siendo el género una categoría de análisis que parece observarse específicamente en el área de la salud sexual y reproductiva.

Se pretende generar visibilidad, por un lado, acerca de cómo la atención en salud aborda la sexual y reproductiva, cuando las usuarias son mujeres en situación de discapacidad. Por otra parte, pretende aproximarse a las barreras percibidas por las propias mujeres. Se presentan aquí los principales hallazgos de la investigación, arrojando resultados que se sistematizan en cuatro dimensiones identificadas: accesibilidad, salud sexual y reproductiva, maternidad y condición de salud.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Conceptualización de discapacidad

El concepto de discapacidad ha variado a lo largo de la historia, representando hoy un cambio de paradigma en la comprensión del término, y en el modo de nombrarlo. Se han dejado de lado explicaciones centradas meramente en el individuo, para ubicarlo ahora en un contexto social. Sin embargo, nos posicionamos desde un modelo que trasciende polarizaciones que escindan las perspectivas individual y social, para dar paso a una conjunción de ambas encarnando un nuevo enfoque: el modelo biopsicosocial.

Si bien se han efectuado considerables avances en términos de legislación y visibilización de la temática en nuestro país, también existen limitaciones que siguen reproduciéndose sin tomar en cuenta otras aristas transversales, como lo es la perspectiva de género.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2001) y la Convención sobre los Derechos sobre las Personas con Discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006) son el punto de partida clave a la hora de dar cuenta de la presente temática.

La CIF (2001) presenta la situación de discapacidad desde un punto de vista que pone de relieve la salud, dejando de ver la discapacidad como sinónimo de enfermedad. En otras palabras, esta clasificación corresponde a un cambio de paradigma integrando un abordaje biopsicosocial que se guía por el funcionamiento de la salud y no por las consecuencias de una enfermedad (Domínguez, Mattioli y Sosa, 2011).

Define a la situación de discapacidad como un proceso dinámico y multidimensional donde coexisten una condición de salud y factores contextuales que facilitarán o actuarán como barrera para el desarrollo óptimo de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2001).

En la misma línea, la Convención se ubica desde un enfoque de derechos humanos que considera que ciertas actitudes, ya sea por falta de información o sensibilización a nivel social, constituyen las barreras que se instalan y construyen la discapacidad. De esta manera, desde el entorno se generan restricciones en la percepción propia de la persona en situación de discapacidad (Domínguez, Mattioli y Sosa, 2011). En síntesis, es necesario pensar este proceso en términos de interrelación entre la deficiencia de un sujeto y el entorno que oficia

como obstáculo en la participación del mismo en la sociedad (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Posicionándonos desde este paradigma integrador y complejo, se considera a la persona en situación de discapacidad en función a la relación de su condición de salud y su entorno, en vez de un enfoque que concentre el problema en el individuo. Por este motivo es menester hacer referencia al modelo biopsicosocial de la discapacidad como aquel que visualiza la salud desde la conjugación de múltiples dimensiones del ser humano: biológicas, psicológicas y sociales. Este modelo contribuye a una concepción de la salud que no es sinónimo de ausencia de enfermedad, sino que constituye un proceso dinámico donde interactúan los diversos determinantes tanto de la salud y la enfermedad incidentes en su estado de bienestar (Vanegas y Obando, 2007).

Referido a nuestra normativa nacional vigente, desde el 2010 la Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad N° 18.651 respalda los derechos de esta población garantizando una protección integral que, entre otros aspectos, considera la atención médica como central para el desarrollo de la persona en situación de discapacidad en igualdad de condiciones que el resto de la población.

Si bien la presente ley significó un hito importante a nivel nacional en la conceptualización de la discapacidad, comprendiendo una transición desde un foco en el padecimiento y la enfermedad hacia una perspectiva de derechos y diversidades de la persona en situación de discapacidad, resulta pertinente agregar que carece de un enfoque de género. No sitúa a mujeres ni a niñas con discapacidad como grupo con mayor riesgo de sufrir cualquier tipo de violencia (Domínguez, Mattioli y Sosa, 2011).

3.2 La discapacidad desde una perspectiva de género

El género, según Scott (2002), representa una expresión de relación de poder basada en las diferencias existentes entre el sexo masculino y femenino, produciendo la dominación de uno sobre otro, lo que ha resultado históricamente en una opresión sobre las mujeres (Lagarde, 1996). En consecuencia, un conjunto de atributos y criterios de normalidad son asignados desigualmente a hombres y mujeres, y es posicionándose desde un enfoque de género la

manera de identificar, desnaturalizar y posteriormente intervenir para modificarlos (García Prince, 1997; Abero, et al., 2015).

En la década del 1990 algunos estudios feministas llevados adelante por mujeres con discapacidad problematizaron la distancia entre el género y la discapacidad como campos de investigación aislados. Se identificaron limitaciones que requerían una articulación que diera cuenta de la confluencia de diversos factores de desigualdad, reconociendo las experiencias de las mujeres en situación de desventaja frente a la de los hombres (Magnabosco, 2019).

Entrecruzar ambas áreas aportó un análisis que tomó en cuenta dichas complejidades, esencial para denunciar la interrelación de opresiones que conectan el género y la discapacidad, y así poder visibilizar legitimadas relaciones de poder, reproductoras de discriminación y sometimiento. En este sentido, al adoptar una perspectiva interseccional, se posibilita una complejización de la problemática que atañe a las mujeres en situación de discapacidad que sufren violencia de género. Según Crenshaw (2002) en palabras de Cavalcante (2018), la noción de interseccionalidad expone las consecuencias del entrecruzamiento entre dos o más expresiones de discriminación, ya que no pueden explicarse de manera aislada (La Barbera, 2015; Cavalcante, 2018). Al tomar esta postura se intenta visibilizar las diversas manifestaciones de la discriminación a la que las mujeres con discapacidad se encuentran sometidas. Esto se ha reproducido en base a prácticas sociales y prejuicios que históricamente han excluido a determinados grupos sociales, en este caso la posición de inferioridad de las mujeres y personas con discapacidad en general, respecto a los hombres y personas sin discapacidad (Pelletier, 2014; Cavalcante, 2018).

Es en el entrecruzamiento entre género y discapacidad, entonces, donde se ponen de relieve vivencias particulares (Grandón, 2017). Se identifica que, en primer lugar, las mujeres con discapacidad no suelen ser reconocidas como mujeres, siendo por el contrario infantilizadas y sobreprotegidas (Carvalho, et al., 2014; Cavalcante, 2018), y quedando por fuera de los intereses de los propios movimientos feministas. Por otro lado, los mandatos usualmente impuestos a las mujeres sin discapacidad (por ejemplo, la maternidad), les son negados a este colectivo de mujeres en situación de discapacidad (Carrasco, et al., 2006; Cavalcante, 2018).

En segundo lugar, no cumplir con los estándares impuestos por los cánones de normalidad las margina de los entornos sociales en general. Estas condiciones resultan en mayores limitaciones en el acceso a la información y en la asistencia sanitaria experimentadas por estas

mujeres. De este modo, la toma de decisiones respecto al cuidado del cuerpo se ve obstaculizada, como en el caso del ejercicio de su sexualidad y la decisión sobre tener hijos/as o no (Cruz, 2004; Grandón, 2017).

En lo que respecta a Uruguay, en el 2018 se promulgó la Ley N° 19.580, donde se reconoce a las mujeres con discapacidad como una de las poblaciones objetivo de su política de prevención, atención, protección, sanción y reparación ante las situaciones de violencia a las que puedan estar expuestas (MSP, 2020). Un apartado de la misma especifica la violencia institucional como toda acción u omisión por parte del personal de las instituciones, tanto en el ámbito público como en el privado, que discrimine u obstaculice el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres en su acceso a las mismas (Ley N° 19.580, 2018, art. 6, inc. q).

Es importante abordar aquí la intersección entre las mujeres en situación de discapacidad como factor de discriminación que vulnera sus derechos, y el ámbito de la salud como factor contextual que podría estar actuando como barrera en el funcionamiento de la persona. Mujeres y niñas con discapacidad se encuentran sometidas a diferentes expresiones de violencia de género en múltiples dimensiones, lejos de ser un fenómeno monolítico. Ante este hecho, la Convención procura garantizar un disfrute pleno y en igualdad de condiciones de estas mujeres que los demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (Organización de las Naciones Unidas, 2006). La misma cubre una serie de ámbitos relacionados con un enfoque de género que transversaliza artículos específicos, entre ellos el 25 referido a la salud, instando a los Estados Partes a tomar medidas que velen por el acceso de las personas en situación de discapacidad a los servicios de salud, respetando plenamente sus derechos sin distinción alguna por motivo de discapacidad, y sin perder de vista el género como aspecto fundamental para asegurar dichos derechos (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Históricamente la violencia contra las mujeres se ha sostenido sobre bases desiguales y asimétricas de poder, a raíz de diferencias sexuales entre varones y mujeres (De Barbieri, 1996, Scott, 2002, Lamas, 1999). Tal diferenciación ha sido producto de una construcción social de lo considerado femenino o masculino, estableciendo una relación dicotómica entre ambas categorías que resulta, como ya fue mencionado, en la jerarquización de una sobre otra (Facio y Fries, 1999). La violencia basada en género se expresa de múltiples maneras y en diferentes

ámbitos contra la mujer a nivel general. No obstante, cuando analizamos más de un eje de discriminación produciendo desigualdades concretas, resulta pertinente realizar un abordaje interseccional para hacer énfasis en la singularidad de cada caso donde se entrecruzan aspectos, en este caso, del género y la discapacidad. Al ser una problemática estructural, se hace presente la necesidad de producir respuestas integrales y abarcativas (Holoboff, et al., 2018).

Por la complejidad de la temática, es preciso un posicionamiento político capaz de orientar acciones en diferentes niveles, y asegurar un verdadero cumplimiento del ejercicio de los derechos de las mujeres en situación de discapacidad.

3.3 Accesibilidad

La accesibilidad debe ser entendida de manera universal, como condición necesaria que deben cumplir todos los espacios, incluidos los servicios de salud, para ser utilizados por todas las personas, en igualdad de condiciones y de derechos. El objetivo es que cada sujeto alcance un grado de autonomía en términos de seguridad y comodidad al hacer uso, en este caso, de los centros de salud de manera de verse contenidos y asistidos con atención de calidad. En este sentido, la prestación de estos servicios debe ser equitativa para efectuar un trato no excluyente ni desigual (Sánchez-Torres, D., 2017).

No obstante, existen diversas barreras al momento de la atención en salud que vulneran las condiciones, en este caso, de las mujeres en situación de discapacidad. Entre ellas:

Físicas: aquellas de carácter arquitectónico, de ingreso a los centros, de infraestructura edilicia y pertenecientes a los equipos médicos.

De comunicación: limitando una comunicación fluida entre médico y usuario, principalmente en casos de personas en situación de discapacidad sensorial o intelectual.

De información: basada en la ausencia de información brindada desde el prestador de salud hacia la consultante.

Actitudinales: generadas por desinformación sobre necesidades y derechos, acompañado de prejuicios y estereotipos sobre las personas en situación de discapacidad (MIDES - PRONADIS, 2012).

Estas no son excluyentes unas de las otras, sino que coexisten perpetuando las relaciones desiguales que limitan el acceso de las mujeres en situación de discapacidad a la salud (MIDES - INMUJERES - PRONADIS, s.f.). Al encontrarse con este tipo de barreras, se genera

un proceso de exclusión de las personas de sus entornos fundamentales para el desarrollo de su autonomía (Peláez, *et al.*, 2018), limitando el acceso a sus libertades fundamentales e imposibilitando una participación plena en diferentes ámbitos de la vida cotidiana (Scavino, 2020).

Peralta (2006) plantea que en el encuentro con dichas barreras, las personas con discapacidad podrán ver dificultada su capacidad de movilidad, de comunicarse, de recibir información, y de comprender mensajes y/o instrucciones que, entre otras, tendrán como efecto la exclusión de las mismas. Es así que el intento de erradicar estas barreras identificadas en todas las dimensiones de la accesibilidad, se aproxima a la promoción de una sociedad justa y en equidad.

Se identifican numerosos obstáculos para que estas personas, y particularmente las mujeres en situación de discapacidad, puedan acceder en igualdad de condiciones a estos servicios esenciales. De este modo se genera una restricción importante en la participación activa de estos grupos minoritarios, tornándose una lucha para que sus derechos efectivamente se vean asegurados (Olivar, F., 2018). Las barreras para la accesibilidad encontradas en los servicios de atención en salud, junto a los diferentes mitos y estereotipos reproducidos a nivel social que las sostienen, conforman una de las expresiones de la violencia institucional (MSP, 2020) a las que las mujeres se encuentran sometidas. Este conjunto de limitaciones desembocan en la perpetuación de la exclusión de las personas con discapacidad poniendo en un riesgo mayor su salud con respecto a las demás.

Es primordial habilitar la accesibilidad no sólo en el espacio físico de los centros de salud, sino en el trato brindado hacia las personas. Incluir una atención en salud desde un enfoque de derechos humanos es la herramienta necesaria para la detección y eliminación de las múltiples barreras que la población con discapacidad encuentra en los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública, 2020).

3.4 Atención en salud

En nuestro país se llevó a cabo una reforma estructural del sistema de salud, creando en el año 2008 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), dentro del cual se elaboró, entre otras, la Ley N° 18.211. Entre sus principios rectores destacan la cobertura universal, accesibilidad, equidad, prevención, calidad de atención integral y el respeto al derecho de los usuarios a recibir información sobre su situación de salud (Ley N° 18.211, 2008, art. 3). Además, el SNIS prioriza (Córdoba, *et al.*, 2022) y cuenta con un primer nivel de atención de contacto inicial entre los usuarios y el sistema de salud, pudiendo oficiar como puerta de entrada o como la

barrera inaugural que el usuario enfrentará, tratándose de un servicio que reproduce situaciones de discriminación (Farías, M. C., 2021).

Por otro lado, la Ley de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud N° 18.335 (Uruguay, 2008) plantea que debe garantizarse a los usuarios un tratamiento equitativo y justo, sin distinción de ningún tipo. Además manifiesta la necesaria capacitación adecuada de los trabajadores del personal de salud para ofrecer una atención de calidad a todos los pacientes. Expresa lo indispensable de un trato respetuoso y digno hacia los mismos como su derecho inherente.

Sin embargo, según las observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el informe de Uruguay, correspondiente al año 2016, el equipo manifiesta su preocupación en primer lugar respecto a la accesibilidad para las personas en situación de discapacidad en los servicios de salud. Por otro lado, plantean su inquietud hacia la formación insuficiente de los profesionales de la salud para garantizar el derecho al consentimiento libre e informado, en consonancia con los derechos expresados en la Convención.

Si bien Uruguay consta de un amplio marco legal para promover y proteger los derechos de las personas en situación de discapacidad, y de las mujeres en particular, son notorias las limitaciones y carencias al momento de evaluar la atención en salud en intersección con el género y la discapacidad.

En este sentido, algunos estudios (Bárcena, et al., 2018) concluyen en el rol relevante que poseen los equipos de profesionales de la salud para promover los derechos de las personas en situación de discapacidad, siendo quienes brindan la atención médica, y por tanto de ellos depende la calidad de la misma. Otras investigaciones (Farías, M. C. et al., 2021) han indicado, desde la perspectiva de los profesionales, el hecho de no saber cómo dirigirse a las usuarias en situación de discapacidad, llevando a un desconocimiento sobre cómo intervenir a nivel de consulta médica. Como consecuencia, pueden existir situaciones de vulnerabilidad y exclusión expresadas en una desigualdad en la relación médico-usuario, generando por ejemplo barreras comunicacionales que podrían oficial como potenciadoras de estas situaciones de discriminación (Olivar, F., 2018). Por este motivo se recalca la importancia de brindar orientación a los equipos conformados por profesionales en el tema.

4. METODOLOGÍA

La presente investigación utilizó una metodología de tipo cualitativa. Se llevó a cabo mediante la utilización de entrevistas en profundidad como técnica de recolección de datos. Este tipo de entrevistas se caracterizan por ser abiertas y flexibles (Taylor y Bogdan, 1987), y en este caso fueron individuales. Gaínza (2006) la define como una técnica social utilizada en una situación de encuentro co-construida, donde se establece una relación dialógica entre el entrevistador y el entrevistado donde el conocimiento se comparte.

Dado que la metodología cualitativa privilegia un proceso de indagación donde se recoge una vasta cantidad de significados y situaciones, al decir de Sabariego-Puig (2014), nos solemos encontrar frente a numerosos datos a partir de los relatos verbales (Taylor y Bogdan, 1987) obtenidos. Ante esta situación, una herramienta como el software ATLAS.ti permite transformar dicha información en cantidades viables para poder ordenarlos, exponerlos y luego extraer conclusiones (Sabariego-Puig, et al., 2014).

El tipo de entrevista empleada fue semiestructurada, siguiendo un guión elaborado a utilizar por igual con todas las participantes entrevistadas. Este integró la presentación de la persona, el lugar de la discapacidad en su vida, la noción de dependencia, la autonomía, el sistema de cuidados y asistencia personal, la interacción con otras personas y la sexualidad. A raíz de estos temas generales se desglosan preguntas que intentan aprehender, a través de los relatos, el sentido que cada persona le atribuye a cada punto mencionado, referidos a los objetivos de la investigación, aunque sin condicionar las respuestas.

Dichas entrevistas fueron realizadas desde el mes de julio a octubre en el año 2021. Los encuentros fueron individuales y se estipularon en modalidad virtual, vía zoom. La muestra fue de conveniencia, reuniendo tras una convocatoria abierta 20 personas participantes en situación de discapacidad física, de las cuales un 65% pertenecen al sexo femenino, población en la cual se centrará este trabajo. Entre los diagnósticos de la población descrita se encuentran: amputación de miembros inferiores y superiores, artritis reumatoidea, cuadriparesia, cuadriplejía, esclerosis múltiple, lesión medular, osteogénesis imperfecta, parálisis cerebral, cuadriparesia espástica, paraplejía y poliartritis juvenil.

Con respecto a los aspectos éticos, la presente investigación cuenta con el aval del comité de Ética de la Facultad de Psicología. Previo a los encuentros mencionados se solicitó a la población participante la firma de un consentimiento informado, indicando éste que toda la información recogida es resguardada conforme a la legislación actual de protección de datos y que en ningún caso se revelará la identidad de los/as participantes, amparado por la Ley de Protección de Datos Personales N° 18.331 (Uruguay, 2008).

5. RESULTADOS

5.1 Accesibilidad

Se pudieron recoger diversos relatos que presentaron puntos en común que convergen, en primer lugar, en la accesibilidad como punto clave en sus experiencias como usuarias de salud. Las mujeres participantes enunciaron más de una situación donde, por ejemplo, la accesibilidad física se ve obstaculizada. Hay relatos de usuarias que utilizan silla de ruedas para su movilidad que expresan dificultades al momento de ingresar al consultorio:

“En la mayoría de los consultorios la silla de ruedas no entra, es muy ancha” (entrevistada 2).

Surge por otra parte el consultorio ginecológico, específicamente la camilla, como primera barrera detectada al momento de la atención:

“No es habitual que vayas y puedas pasarte a la camilla y abrirte de piernas y que te hagan el estudio ginecológico. Siempre necesitas la asistencia de alguien porque las camillas son muy altas” (entrevistada 14).

Este relato da cuenta de una persona que, si bien no se considera dependiente, sí reconoce situaciones como la mencionada donde, al encontrarse con tales barreras al momento de realizarse un estudio, efectivamente se genera una situación de dependencia en la que requiere ayuda.

“Ya subirte a la camilla implica que haya alguien asistiéndote, así sea sosteniéndote el banquito que usas para impulsarte y subir a la camilla. Y como son tan angostas para desvestirse, siempre tienen que ayudarte porque el espacio es reducido y muy incómodo” (entrevistada 14).

A su vez, esta incomodidad se vivencia como una situación de exposición a la que se ven sometidas:

“En esas situaciones me siento muy vulnerable porque ya vas a un lugar donde vas a estar expuesta, a hacerte un estudio ginecológico y encima te expone más porque no están dadas las condiciones de accesibilidad” (entrevistada 14).

Situaciones como estas son reiteradas por otras participantes:

“Me pasó una situación con el ginecólogo porque me quería hacer subir a la camilla y no podía, y él pensaba que tenía vergüenza. Y la realidad era que no, era que tenía la barrera de poder subirme, pero él no lo podía ver así” (entrevistada 6).

“El personal de salud no está capacitado para trabajar con personas que están en situación de discapacidad y que son activas(...)” (entrevistada 2).

“Las camillas no son accesibles, ¿no podés hacer algo para que las camillas sean accesibles y que ya quede establecido? Para que quede para el resto de las mujeres también. Creo que tiene que ver con que no se pone en el lugar de la discapacidad. Tiene que ver con que es hombre también, y no se pone en el lugar” (entrevistada 14), referido a su ginecólogo de referencia.

A su vez, algunas mujeres han llegado a preguntarse cómo harán el día que tengan que realizarse un estudio, dado que desde su propia percepción, manifiestan que su funcionalidad no se adapta a la metodología de atención en salud:

“No tengo la funcionalidad que se requiere para estar en la posición que tengo que estar sobre la mesa de trabajo del profesional (...) En las condiciones que están dadas, mi funcionalidad no se adapta a la metodología de trabajo” (entrevistada 9).

Por otro lado, hay relatos que describen barreras actitudinales desde el accionar del personal de la salud, al no saber cómo asistir adecuadamente a las usuarias:

“Te quieren ayudar y no te preguntan, a veces te mueven la silla o te dicen 'yo te llevo' y cosas así (...) La única vez que alguien me preguntó si necesitaba ayuda fue una vacunadora que me la acuerdo porque me dijo 'vos si precisas ayuda me decís, con lo que sea'. El resto enseguida se te viene arriba o te quieren agarrar la silla” (entrevistada 2).

En la misma línea, se identifican barreras en la información que debe ser brindada en momentos de solicitar asesoramiento, por ejemplo sobre una lesión, produciendo cierta discontinuidad en la atención en salud:

“Estoy tomando escitalopram desde el cti, y consulté con una psiquiatra el año pasado para intentar dejarlo y me dijo que no porque en situación de pandemia no era bueno. Pero después no hacen un seguimiento. Me lo recetaron porque había tenido una lesión medular y hasta ahora lo estoy tomando. Creo que hace falta un poco de control o seguimiento en este tipo de situaciones” (entrevistada 2).

Teniendo en cuenta estas situaciones, según lo manifestado por las participantes, el caso que destaca en general en las experiencias recogidas es el de la accesibilidad física, con la entrada al consultorio en general, y en particular las camillas como principal ejemplo de barrera al momento de una consulta ginecológica. Junto a esto, se pueden observar barreras actitudinales y en la información al recepcionar las consultas, que podrían darse debido a falta de conocimiento o sensibilización del personal de la salud.

Los obstáculos en la accesibilidad pueden observarse entonces tanto en el entorno físico y los mobiliarios convencionales utilizados, como en el trato brindado a las consultantes.

5.2 Salud sexual y reproductiva

En lo referido al área de la salud sexual y reproductiva, se interrogó sobre la sexualidad en relación al sistema de salud, indagando a partir de las siguientes preguntas: ¿ha logrado referirse a su sexualidad sin inconveniente? ¿cree que la atención es la adecuada?

Respecto a esta dimensión, algunas de las entrevistadas postulan no haber recibido información de ningún tipo en lo referido al área de la sexualidad, dando cuenta de cierta omisión en cuanto a la orientación y asesoramiento desde los propios servicios de salud:

“Ni el doctor ni nadie nunca han hablado de eso” (entrevistada 14).

“Siento que les cuesta aún, el sistema de salud está muy cerrado en ese aspecto” (entrevistada 13).

Experiencias como la anterior son reafirmadas por demás participantes:

“Es un tema tabú donde además la gente nos mira con perspectiva de incapaz, desde el lugar de que no podemos, que somos angelitos o somos asexuados. Nos ven como personas que no podemos” (entrevistada 14).

Por otra parte, hay quienes afirman vivir una sexualidad libre, plena e informada por sus propios medios debido a una circulación de la información que lo permite:

“Mi sexualidad siempre la experimenté libremente (...) en el tema de la sexualidad y de todas esas prácticas hace tiempo que me vengo informando por mis propios medios porque me interesa mucho trabajar esa parte” (entrevistada 12).

En la misma línea, surge la familia como entorno facilitador de dichas experiencias positivas:

“Por parte de mi familia mi madre particularmente siempre fue muy abierta, siempre tuve ese apoyo y esa información necesaria, por lo menos la que ella tenía en los momentos en los que yo lo requería” (entrevistada 12).

“Me considero una persona plena, completamente libre, porque siempre tuve además una familia muy habilitadora, y fuimos formadas yo y mi hermana con educación sexual” (entrevistada 5).

“Nunca acudí al sistema de salud para consultar cosas. Mi hermana ha sido una aliada, mi madre, mis primas, pero el sistema de salud no. Para cuidarme sí, siempre accedía a toda la información, nunca igual me fue proporcionada de antemano digamos” (entrevistada 14).

Relatos como este evidencian la relevancia que toma para las participantes las redes de sostén en estos momentos, siendo el entorno una dimensión clave para las mujeres donde encuentran información útil, No obstante, emerge el relato sobre las carencias en este sentido desde el punto de vista de la atención recibida en los servicios de salud:

“Siento que en esto de la discapacidad hay un déficit en la parte de la educación sexual, en la sexualidad. Hay desinformación y creo que la hay porque no hay quien enseñe. Los médicos no tienen idea. Ahora hay gente que ha dado alguna charla, pero sexólogos que estén vinculados a la discapacidad no conozco” (entrevistada 13).

Se describen situaciones de desinformación por parte de los equipos médicos hacia las consultantes, y se añade un mito que suele reiterarse sobre la sexualidad a partir de una discapacidad adquirida:

“En realidad me parece que falta eso y que hay como un mito que después que vos quedaste con una discapacidad quedaste asexualado” (entrevistada 13).

Las experiencias relatadas dan cuenta de la autopercepción de las mujeres como personas plenas, libres al experimentar su sexualidad y abiertas a aprender nuevas formas de vivirla, aunque el entorno considere a las personas con discapacidad, como se dijo, desde una perspectiva de asexualidad.

“Después te das cuenta que podés tener pareja, hijos, sexo, podés bañarte, hacer las actividades de la vida, ir, venir, ser totalmente independiente, ser feliz y tener una vida plena. Me parece super importante la sexualidad en todas las personas, en los convencionales y en las personas en situación de discapacidad. Cambia la relación sexual y cambia el goce, te redescubris y encontras otras cosas que llegas a la plenitud de cualquier manera, te conocés diferente, está de más” (entrevistada 13).

Teniendo presente lo mencionado, al relegar a un segundo plano la sexualidad de las personas con discapacidad desde los equipos médicos, se pueden vislumbrar desafíos existentes a la hora de detectar incluso situaciones asociadas a enfermedades:

“Está establecido que se haga el PAP como forma de control (...) y cuando llegas a la camilla no es accesible, eso es discriminación también. Te están prohibiendo el saber si tienes una enfermedad, si tienes algo, solo porque la camilla no es accesible” (entrevistada 14).

Creencias y/o mitos como el que detallan las participantes pueden ser la base de barreras actitudinales a los que las personas en situación de discapacidad suelen enfrentarse frecuentemente. Dichos tabúes podrían obturar el derecho inherente a toda persona a disfrutar y gozar plenamente su sexualidad en igualdad de condiciones, tal como a recibir un trato adecuado y digno que permita cuidar su salud.

5.3 ¿La maternidad como una posibilidad?

Las preguntas guionadas sobre esta dimensión fueron las siguientes: ¿Tiene o ha pensado en la posibilidad de tener hijos/as? Si tiene, ¿considera que por su condición de salud la parentalidad se ha visto afectada? Si le gustaría tenerlos, ¿piensa que su condición de salud limitaría de alguna forma ese deseo? Si no, ¿es por causa de su condición de salud?

Ante las preguntas realizadas sobre la posibilidad de tener hijos/as, algunas entrevistadas relatan no sentir el deseo de ser madres, independientemente de su situación de discapacidad:

“En mi caso me siento muy plena no teniendo hijos, no es algo que siento como un deber. En el momento que no se dio no fue por la condición de salud, sino quizás por las diferencias en ese momento del vínculo que tenía” (entrevistada 4).

Se aclara además que, en el caso de tener, los cuidados y la asistencia necesarios al momento de ser madre serían los mismos que para cualquier otra madre sin discapacidad:

“Siendo madre siento que todos necesitamos de asistencia para la crianza de nuestros hijos, y en nuestro caso sería lo mismo” (entrevistada 4).

Por el contrario, hay mujeres que relatan tener decidido no tener hijos a raíz de su situación de discapacidad: “porque no puedo ni cuidarme yo, ¿para qué voy a traer una criatura a este mundo que está bastante feo? No, no quisiera traer a alguien para que sufra” (entrevistada 10).

En lo que concierne a quienes ya son madres, al profundizar acerca de su situación de discapacidad en relación a su rol materno, algunas mujeres manifiestan vivirlo como una experiencia positiva:

“Yo a veces me miro y digo yo pude ser madre...porque mirás a otras madres que son sanas y no pueden tener hijos, o tienen hijos y no los cuidan bien, y mis hijos son divinos, como personas y muy inteligentes. Miro para atrás y digo... ¿cómo hice? Te juro que sentís como un orgullo...” (entrevistada 11).

Al mismo tiempo, se señalan situaciones donde la maternidad se vio limitada solamente en algunas actividades básicas, requiriendo ayudas necesarias: “cuando eran más bebitos mi mamá o el papá me tenían que acompañar a los controles porque no podía subir al ómnibus con ellos, no podía tenerlos mucho a upa, o cuando tenía que ir a algún lado, pero nada, en eso...” (entrevistada 11).

Otras entrevistadas afirman su deseo de tener hijos/as en un futuro, considerando que su situación de discapacidad no afectaría su rol como madre: “todavía no tengo pero sí, he pensado en la posibilidad de tener. No he hablado con ningún especialista pero creo que no afecta” (entrevistada 12).

Por otro lado, algunas participantes consideran que en el momento de ser madres van a tener un mayor nivel de dependencia que en otras circunstancias no tendrían:

“Me proyecto a ser madre en algún momento, y ahí creo que durante el proceso de embarazo creo que sí voy a ser dependiente. Ya se me ocurren cuestiones para calzarme, para vestirme, para rotar en la cama, para pasarme a la ducha. Creo que ahí sobre todo, pero creo que hay mecanismos, herramientas, técnicas para hacerlo” (entrevistada 14).

A lo anterior se agrega el entorno como limitante a la hora de ejercer la maternidad, y no tanto la situación de discapacidad en sí misma. Se refiere asimismo a la búsqueda de lugares accesibles que tendrá que hacer necesariamente para la futura inserción de sus hijos/as en el ámbito educativo, remarcando esto como una decisión más entre otras que debe tomar a diario en la vida cotidiana:

“No veo la limitante por mi situación de discapacidad, sino en el entorno. Por ejemplo, el jardín que elijamos va a tener que ser accesible para la silla de ruedas (...) vamos a tener que elegir lugares que tengan esas condiciones, pero nos pasa en la vida en general. Pero no veo una limitante, sino condiciones con las que va a tener que cumplir el entorno” (entrevistada 14).

Existen también situaciones de parejas que explican que en su deseo de ser padres, y en el proceso que incluye consultas médicas, se encuentran con una falta de información desde técnicos de los servicios de salud para orientar a personas con discapacidad que quieren tener hijos/as. Esto podría deberse a un desconocimiento desde los propios profesionales de la salud sobre las particularidades que conlleva el transcurso de la maternidad en situación de discapacidad:

“Mi pareja y yo ahora estamos en un proceso de querer ser padres, y lo primero que hicimos fue ir a un urólogo que sabe un poco más de lesión medular (los dos tenemos) para hacerle unas consultas y él nos derivó a un ginecólogo. El ginecólogo menos sabía del tema, como que conoce menos de la discapacidad” (entrevistada 14).

Entre otros de los datos recogidos en cuanto al rol de madre en situación de discapacidad, aparece el entorno como sobreprotector al momento de decidir tener hijos:

“Creo que va a ser un desafío enorme, no tanto por nosotros (padres) sino por el entorno. Creo que el entorno nos va a querer sobreproteger y ayudar demasiado” (entrevistada 14).

Si bien se identifica la posibilidad de pedir asistencia en un futuro en relación a la crianza, también hay necesidad de una puesta de límites hacia su entorno por dicha protección que oficiaría como un obstáculo a una maternidad autónoma.

5.4 La condición de salud como centro

A lo largo de las preguntas realizadas a las entrevistadas, se profundizó sobre el lugar que toma la condición de salud de las mujeres en relación a la atención en salud recibida. Hay relatos que explican: “Para mí no es lo mismo mi situación de salud que mi discapacidad” (entrevistada 14). Desde esta perspectiva se entiende a la salud desde una concepción integral que no se asocia únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que contempla otras dimensiones que la componen.

Sin embargo, algunos relatos manifiestan situaciones de consultas médicas donde el foco de la misma se vierte sobre la condición de salud, relegando u omitiendo otro tipo de asesoramientos y/o dimensiones que, como ya fue mencionado, también son parte inherente de la salud, como lo es el área de la salud sexual y reproductiva:

“Lo mío es la artritis y me hablan sólo de la artritis... ya está. Si me controlo con ginecóloga sí, pero nunca me dicen nada” (entrevistada 10).

Considerando este tipo de situación, se podría advertir cierta centralización en la condición de salud, dejando en un segundo plano otro tipo de asesoramientos, cuidados o dimensiones que, de igual manera, forman parte de la situación de salud de la persona, como lo puede ser la sexualidad.

Algunos relatos manifiestan situaciones de consultas médicas, como la siguiente:

“He tenido controles puntuales con médicos tratantes, pero bueno porque yo le manifesté pero no porque sea parte de lo que brinda el servicio médico, y eso justamente colabora a la invisibilidad del asunto” (entrevistada 7).

A su vez, se identifican reiteradas situaciones donde las mujeres consultantes perciben dificultades en lo que respecta a la comunicación con sus médicos tratantes:

“Pasan situaciones de entrar con mi madre a la consulta y que en algún momento estén hablándole a ella en vez de hablarme a mí” (entrevistada 2).

Este factor da cuenta de las barreras al momento de la atención vinculadas a la comunicación directa entre el médico y la consultante en situación de discapacidad. Al dirigir la información a la persona acompañante en lugar de referirse a la usuaria en primera persona, por un lado podría verse afectada la posibilidad de la mujer consultante a la hora de comunicar cuestiones del orden de lo privado y/o íntimo. Por otra parte, puede quitar a la mujer el rol protagónico que se le debería otorgar en su atención y consulta. De este modo, podría verse afectada su autonomía y condición de sujeto de derecho, tanto en lo referido a la toma de decisiones como en ser receptora de información.

En la misma línea, se describen situaciones de exigencia desde los profesionales de la salud, específicamente del área ginecológica, para que las mujeres concurren acompañadas a consulta:

“Una ginecóloga me dijo que yo no podía ir sola, que tenía que ir con alguien a hacerme el estudio. Hay un montón de cuestiones de violencia, no solo institucional (...) que no perciben a la persona con discapacidad” (entrevistada 14).

Este tipo de experiencias, al igual que demás situaciones mencionadas anteriormente, podrían deberse a falta de herramientas y/o conocimientos en lo que respecta a la autonomía de las usuarias que, como sujeto de derecho, deben tener garantizadas las condiciones de confidencialidad y seguridad al momento de la atención.

En sus respuestas expresan: “podría estar siendo una mujer víctima de violencia en mi casa y me estaban exigiendo que fuera con alguien. Si yo quiero contar esa situación no me voy a sentir en confianza” (entrevistada 14).

Teniendo en cuenta las experiencias relatadas vinculadas a un posible desconocimiento por falta de herramientas de los equipos de salud mencionados, se podría advertir el no saber cómo reaccionar o atender estas situaciones dadas en la relación médico-usuario.

Se ha podido observar la comunicación como trasfondo de situaciones de vulnerabilidad y exclusión percibidas en la desigualdad de la relación médico-usuario, conformando así barreras de tipo comunicacionales. Partiendo de dichas observaciones, se podría explicar a través de la

reiterada falta de formación de los profesionales sobre el tema, constituyendo restricciones en la atención brindada a las consultantes.

La falta de información y sensibilización para entender la discapacidad puede ocasionar limitaciones en la calidad de atención que las usuarias reciben en los servicios de salud. Se evidencia la necesidad de ser escuchadas y que se generen las adecuaciones necesarias que puedan oficiar como facilitadores en sus tránsitos por las instituciones.

“Creo que empieza con un cambio actitudinal. Creo que es importantísimo que se hagan estos espacios, que nos tomemos el tiempo y que haya conocimiento detrás de eso. Si ustedes escuchan de primera mano a las personas con discapacidad, hay mucho por hacer en el tema de discapacidad, porque creo que es así, en estos intercambios” (entrevistada 14).

6. DISCUSIÓN

El propósito del presente artículo fue aportar conocimiento sobre la percepción de las mujeres en situación de discapacidad sobre las barreras identificadas al acceder a los servicios de salud. Si bien se trató de una muestra reducida que imposibilita una generalización de toda la población, sí genera un acercamiento relevante a la perspectiva de las propias usuarias con respecto a su realidad en relación a su atención en los servicios de salud.

En primer lugar, se visualiza la falta de accesibilidad existente en los servicios de salud a través de barreras comunicacionales, actitudinales y físicas no adaptadas a las necesidades específicas de las usuarias. Además, tomando en cuenta la falta de información y herramientas que poseen los equipos de salud en lo referido a la discapacidad a nivel general, los requerimientos especiales de esta población podrían estar siendo invisibilizados.

Asimismo, lo vinculado a la salud sexual y reproductiva de las mujeres se observa relegado a un segundo plano en la atención médica, generando omisión sobre la temática y no incluyéndose en las consultas médicas. De la misma manera, en lo asociado al proceso de maternidad ligado a la situación de discapacidad se observó la falta de asesoramiento u orientaciones adecuadas. Por otro lado, el énfasis puesto en las consultas sobre la condición

de salud de las consultantes puede generar una centralización que no habilite el despliegue de otros ámbitos también relacionados al cuidado y la salud integral.

En suma, la desinformación a nivel del personal de salud puede ocasionar situaciones de vulneración de derechos ejercidas por los profesionales al no saber cómo atender pertinentemente a una usuaria con discapacidad en una situación de consulta médica.

Por otra parte, es relevante destacar que si bien a nivel nacional se cuenta con un amplio marco normativo que se compromete a garantizar todos los derechos referidos al acceso a los servicios de salud de las mujeres en situación de discapacidad, frente a los relatos de las mismas se encuentran contradicciones importantes. Las situaciones expresadas por las entrevistadas que asisten a los servicios de salud encarnan una serie de complejidades que, si bien se contemplan en lo legal, por ejemplo en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), en las experiencias recogidas no parecen ser tomadas en cuenta al momento de brindar la atención. Por este motivo, resulta necesario conocer desde sus propias voces las realidades que viven cuando se habla de accesibilidad en dichos servicios, y en lo que respecta al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Por su complejidad, se apela al desarrollo de políticas inclusivas en pos de una atención en salud que contemple una mirada interseccional, entre el género y la discapacidad, además de las particularidades de cada caso en concreto, para poder lograr cambios significativos en la atención integral que reciben las mujeres en situación de discapacidad.

Velar por la protección integral de los derechos de las mujeres con discapacidad exige el compromiso desde los servicios de salud para que desde su rol garanticen efectivamente un trato en igualdad de condiciones para estas personas que para el resto de la sociedad. Por ende, profundos cambios en la sensibilización y preparación del personal son requeridos para un abordaje con enfoque de derechos respecto a la discapacidad, que vele por un trato apropiado y digno.

No obstante, más allá de todo el trabajo a hacer con dichos profesionales de la salud, no se debe perder de vista la aproximación a las propias mujeres con discapacidad, lo primordial de sus voces para darles la oportunidad de desplegar relatos que, como en este caso, han permitido reconocer un conjunto de estereotipos reproducidos en el área de los servicios de

salud. Lo fundamental, por lo tanto, son sus experiencias para iniciar la construcción de un cambio posible.

Por último, se insiste en adoptar un posicionamiento con una perspectiva de género como categoría que permita visibilizar aquellos aspectos que, en confluencia con diversos factores, reproducen las desigualdades y sostienen las situaciones de vulneración a la que se ven sometidas las mujeres en situación de discapacidad. Considerar asimismo la interseccionalidad en clave analítica (Grandón, 2017) permite rescatar las particularidades construidas como producto de dos dimensiones (género y discapacidad) que deben entenderse articuladas para evitar posturas totalizantes sobre la discapacidad. Esto implica un proceso que requiere una postura ética y política (Magnabosco, 2019) para observar y reconocer tales prácticas donde se perpetúan las relaciones de poder, y aproximarse a ser promotor de cambio para transformarlas. Asimismo, la formación en estas temáticas es igualmente necesaria para adquirir herramientas que permitan cuestionar dichas prácticas. Para ello, también es necesaria la presencia de políticas públicas que garanticen un real ejercicio de todos los derechos de estas mujeres, al igual que el compromiso de las instituciones para situarse desde estas perspectivas de género y derechos humanos. Esto implica reconocer la heterogeneidad y las convergencias entre los campos abordados aquí, sin reducir y homogeneizar el colectivo diverso que componen las mujeres en situación de discapacidad.

Referencias:

- Abero, B., Pérez de Sierra, I., y Quesada, S. (2015). *Sexualidad y derechos: Aportes para el trabajo con adolescentes y jóvenes*. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/160_file1.pdf
- Barbieri De, T. (1996). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. En L. Guzmán y G. Pacheco, *Estudios Básicos de Derechos Humanos IV* (pp. 47-84) IIDH. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/47171>
- Bárcena Gaona, S. X., Cruz Torres, C. E., & Jenkins Charles, B. C. (2018). Actitudes y estereotipos en estudiantes del área de la salud hacia personas con

discapacidad motriz. *Revista Española de Discapacidad*, 6 (1): 199-219.
https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/396/pdf_102

Cavalcante, A. (2018). Discriminación interseccional: Concepto y consecuencias en la incidencia de violencia sexual contra mujeres con discapacidad. *Journal of Feminist: Gender and Women Studies*, (7), 15-25.
<https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/10385/10502>

Córdoba, J., Farías Rodríguez, M. C., Barboza, E., Delgado, V., & Buzeta, F. (2022). Discapacidad y salud sexual y reproductiva: sensibilización y capacitación a equipos de salud en Uruguay. *Integralidad Sobre Ruedas*, 8(1), 95–112.
<https://doi.org/10.37125/ISR.8.1.6>

Domínguez, M., Mattioli, N. y Sosa, F. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad: Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo*.
<http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/24018/1/derechos-sexuales-y-reproductivos-de-las-mujeres-con-discapa.pdf>

Facio, A., y Fries, L. (1999). Feminismo, género y patriarcado. En A. Facio y L. Fries (Eds.), *Género y derecho* (pp. 15-44). Lom.

Farías, M. C., Córdoba, J., Barbosa, E., Gelpi, G., Caillet-Bois, C., López, A. y Bagnato, M. (2021). Abordaje metodológico en salud sexual y reproductiva en situaciones de discapacidad con equipos de salud en Uruguay. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), 261-271.
[http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6392/Abordaje_metodo%
c3%b3gico_en_salud_sexual.pdf?sequence=1&rd=0031883246320506](http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6392/Abordaje_metodo%c3%b3gico_en_salud_sexual.pdf?sequence=1&rd=0031883246320506)

Gaínza, Á. (2006). La entrevista en profundidad individual. En M. Canales (Coor.), *Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios* (pp. 219-263). Lom.

- Grandón, D.E. (2017). Terapia Ocupacional, discapacidad y género: La interseccionalidad como apertura hacia reflexiones pendientes. *Revista Ocupación Humana*, 17(2), 34-45. <https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/170/115>
- Holoboff, A., Phillips, S. y Ortoleva, S. (2018). Mujeres y jóvenes con discapacidad: Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Disability_Guidelines_in_Spanish.pdf
- Lagarde, M. (1996). Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia. Horas y horas. <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/handle/123456789/259>
- Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de población*, 5(21), 147-178. <https://www.redalyc.org/pdf/112/11202105.pdf>
- Magnabosco, M. de B. y Souza de, L. (2019). Posibles aproximaciones entre los estudios de discapacidad y las teorías feministas y de género. *Revista Estudios Feministas*, 27 (2), 1-11. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n256147>
- Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de las Mujeres, Programa Nacional de Discapacidad. (s.f). Género y Discapacidad: Una vida sin violencia para todas las mujeres. Lineamientos y recomendaciones. Mamut. <https://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/34786/1/genero-y-discapacidad.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social, Programa Nacional de Discapacidad. (2012). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad. <https://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32256/1/guia-sobre-salud-sexual-y-reproductiva-en-personas-con-discapacidad.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2020) Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad. Segunda edición - Noviembre 2020.

https://inclusionydiscapacidad.uy/wp-content/uploads/2020/12/2da-edicion_Recomendaciones-para-el-abordaje-de-la-salud-sexual-y-salud-reproductiva_noviembre-2020.pdf

Olivar, F. (2018). La Lengua como determinante del acceso a la salud: El caso de la comunidad sorda uruguaya. *Trama*, (9), 36-49.
<https://www.auas.org.uy/trama/index.php/Trama/article/view/174/109>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: Versión abreviada*. Imsero.
https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad.
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Ortega Camarero, M. T. (2018). Discapacidad y sociología: una realidad en construcción: Modelos sociales que explican la discapacidad. *Inguruak*, 65, 44-61. <https://www.inguruak.eus/index.php/inguruak/article/view/123/81>

Peláez Narváez, A., Castellanos Torres, E., Caballero Pérez, I., y Biencito López, N. (2018). Guía para la incorporación de la perspectiva de género y discapacidad en la programación del Fondo Social Europeo.
http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/5268/Gu%c3%ada_incorporaci%c3%b3n_perspectiva_g%c3%a9nero.pdf?sequence=1&rd=0031803130657217

- Peralta, J. H. (2006). *Discapacidad y accesibilidad*. Fondo editorial del congreso del Perú. https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/920_gob422.pdf
- Sabariego-Puig, M., Vilà-Baños, R. y Sandín-Esteban, M. P. (2014). El análisis cualitativo de datos con Atlas.ti. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 7 (2), 119-133. <https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/download/reire2014.7.2728/13288>
- Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/457749297021.pdf>
- Scavino, S. (2020). Violencia de género y discapacidad. Análisis de los principales resultados de la 2da Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones en Uruguay. https://inclusionydiscapacidad.uy/wp-content/uploads/2021/09/CONSULTORIA_ANALISIS_DE_VBG_EN_MUJERES_CON_DISCAPACIDAD.pdf
- Scott, J. (2002). El género: Una categoría útil para el análisis. *Op. Cit: Revista Del Centro De Investigaciones Históricas*, (14), 9–45. <https://revistas.upr.edu/index.php/opcit/article/view/16994>
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Uruguay (2007, diciembre 13). Ley nº 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/71>
- Uruguay (2008, agosto 11). Ley nº 18.331: Ley de Protección de Datos Personales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>

Uruguay (2008, agosto 26). Ley n° 18.335: Ley de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>

Uruguay (2010, marzo 09). Ley n° 18.651: Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>

Uruguay (2018, enero 01). Ley n° 19.580: Ley de Violencia hacia las mujeres Basada en Género. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Vanegas García, J. H., y Gil Obando, L. M. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 51-61. <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126689005.pdf>