

Estudio sobre
Derechos sexuales y
Derechos reproductivos
en las personas con
discapacidad: Conceptualización,
acceso y restricciones.



Estudio sobre
“Derechos Sexuales y
Derechos Reproductivos de las personas
con discapacidad”
Conceptualización, accesos y restricciones

Estudio: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad: Conceptualización, accesos y restricciones.

Es una publicación del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Tania Nava Burgoa

Coordinadora del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Investigadora

Patricia Tellería

Responsable de la Publicación

Claudia Arroyo

RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN Y EXIGIBILIDAD DEL OBSERVATORIO DSDR

Impreso en Bolivia - diciembre de 2008

Esta publicación se ha realizado con la asistencia financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Los puntos de vista que en ella se exponen reflejan exclusivamente la opinión del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y, por tanto, no representan en ningún caso el punto de vista oficial de los financiadores.

El Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos es un programa de Católicas por el Derecho a Decidir Bolivia.

Índice

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS	9
METODOLOGIA	10

MARCO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL

Pincelazos historiográficos sobre discapacidad	14
Conceptualizando discapacidad	17
Las personas con discapacidad reflejadas en cifras	19
Algunos elementos sobre las organizaciones de personas con discapacidad y sus conquistas	24
Conceptualizando sexualidad	27
Conceptualizando salud sexual y salud reproductiva	31
Sobre derechos sexuales y derechos reproductivos	32
Breve análisis del marco normativo que vincula discapacidad, derechos sexuales y derechos reproductivos	36

RESULTADOS

Personas con discapacidad	37
Centros de educación especial	45
Instituciones de salud sexual y salud reproductiva	46
Condiciones de los servicios de salud sexual y salud reproductiva	51

CONCLUSIONES.....53

Sobre las instituciones de salud sexual y salud reproductiva.....53

Sobre los centros de educación especial.....53

Sobre las personas con discapacidad54

RECOMENDACIONES55

BIBLIOGRAFIA56

ANEXOS.....58

1.Marco normativo nacional e internacional sobre discapacidad59

2..Guía entrevistas individuales a personas con discapacidad62

3.Guía entrevistas grupales a personas con discapacidad.....64

4.Guía entrevista familiares de personas con discapacidad intelectual66

5.Guía entrevista instituciones de discapacidad.....68

6.Guía entrevistas a instituciones de salud.....70

7.Guía de observación a instituciones de salud sexual y salud reproductiva72

Presentación

Al momento de elegir cuál sería el tema de investigación para la presente gestión dentro del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, muchos fueron aquellos que podrían constituirse en el objeto de estudio que prendía la mecha para que el conocimiento sobre éstos derechos generen mayores luces para iniciar acciones de incidencia política y de exigibilidad efectiva, que tiendan a garantizar los mismos.

Por qué se cuenta con un componente de investigación dentro del Observatorio? Por la falta de miradas profundas académicas nacionales, relativas a las problemáticas emergentes que en nuestra realidad han sido invisibilizadas causando serios vacíos jurídicos, sociales, económicos y culturales. Los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad no son la excepción.

Con el afán de contribuir a que desde el colectivo de las personas con discapacidad se trabaje sobre el conocimiento y reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos, el Observatorio presenta a ustedes la investigación denominada: ***“Derechos Sexuales y Derechos reproductivos de las personas con discapacidad: Conceptualización, accesos y restricciones”*** centrada únicamente en los aspectos conceptuales básicos pero necesarios que pretenden generar una relectura de éstos derechos al momento de reconocer que las personas con discapacidad no son sujetos asexuados, descorporalizados y menos aún ajenos a la problemática emergente por la desinformación, invisibilización y falta de garantía de estos derechos.

Por tal motivo es importante que quienes promueven, atienden, defienden o garantizan éstos derechos, pero también las familias y la sociedad en general, asuma el reto de leer los datos y conclusiones que arroja el presente trabajo, que desde lo académico de los conceptos, lo frío de las estadísticas y normas está matizado y enriquecido por la opinión de quienes son actoras y actores directos del colectivo de personas con discapacidad que emiten su opinión al momento de hablar sobre avances y restricciones en materia de sexualidad y reproducción como los más humanos de todos los derechos.

Que estas páginas contribuyan a generar el interés necesario para trabajar la problemática en cuestión, profundizando desde distintos ámbitos la posibilidad de deconstruir imaginarios en lo personal y tendiendo puentes para encontrarnos en la posibilidad de generar cambios sociales, en el marco de una ciudadanía boliviana plena.

Tania Nava Burgoa
Coordinadora Observatorio

Introducción

Estamos en deuda, no hay duda, con las personas con discapacidad. En deuda por el escaso acercamiento a sus cotidianidades desde el ámbito investigativo en el país; por su ausencia en las estadísticas nacionales; porque cuando dibujamos Bolivia, los rostros que reflejamos en ella y de ella difícilmente reflejan también a las personas con discapacidad.

En ese sentido, la presente investigación constituye un indicio serio y de decisión política de ir revirtiendo desde el espacio de la investigación la invisibilización de las personas con discapacidad. Así, este estudio constituye una primera aproximación a un terreno poco o nada explorado ni local ni nacionalmente, y que tiene que ver con los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad.

El estudio impulsado y encomendado por el Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos a cargo de Católicas por el Derecho a Decidir – Bolivia es de orden cualitativo, realizado en la ciudad de La Paz, basado en la metodología de evaluación rápida, en el que se incluyeron como actores protagonistas a las personas con discapacidad hombres y mujeres de diversas edades, fundamentalmente las incorporadas al sistema educativo nacional a través de los centros de educación especial.

El documento está estructurado en cuatro cuerpos. Inicialmente se plantean los objetivos y la metodología. Un segundo momento lo constituye el marco teórico-referencial que sustenta la mirada con la que se realizó la investigación. Un tercer momento está definido por los hallazgos, los cuales están organizados por actores, es decir, personas con discapacidad, centros de educación especial, e instituciones de salud sexual y salud reproductiva. Y un cuarto cuerpo son las conclusiones, por actores, y recomendaciones.

Por último, en la sección de “Anexos” se encuentra los instrumentos de recolección de información utilizados, así como un listado actualizado de la normativa nacional e internacional vinculada al área de la discapacidad.

Objetivos

Objetivo general

Realizar una investigación sobre cómo las personas con discapacidad (PCD) conceptualizan la sexualidad y la reproducción –como derechos humanos- y qué posibilidades de acceso tienen a educación y salud sexual y reproductiva, así como determinar las restricciones existentes en esa materia en la ciudad de La Paz.

Objetivos específicos

- Identificar la percepción de las PCD respecto a sexualidad y reproducción
- Identificar si las PCD tienen acceso a información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos
- Determinar si los servicios de salud sexual y salud reproductiva estatales y privados –sin fines de lucro- se adecuan a necesidades de PCD
- Identificar necesidades de PCD respecto a derechos sexuales y derechos reproductivos
- Elaborar conclusiones y recomendaciones que planteen líneas generales de acción

Metodología

En función de los objetivos planteados y del tiempo especificado, se planteó el presente estudio como una primera aproximación a la temática, circunscrita al municipio de La Paz, y centrada en centros de educación especial (con el fin de facilitar el acceso a las personas con discapacidad) y en instituciones sin fines de lucro que brindan servicios de salud sexual y salud reproductiva a nivel nacional.

Se utilizó la metodología de evaluación rápida entendida como aquella que permite una primera aproximación en la valoración de la temática a indagar, con el fin de disponer de manera sencilla y fácil, de información pertinente que posibilite articular una respuesta social traducida en estrategias específicas y eficaces de la problemática en cuestión. En definitiva, se buscó lograr una comprensión para poder contar con insumos que estén orientados a la acción y aporten al proceso de toma de decisiones.

El presente estudio no busca establecer generalizaciones, sino dar cuenta desde una metodología cualitativa de algunos elementos que se perfilan en lo que al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad se refiere.

Dado que no hay un solo tipo de discapacidad se buscó incorporar las diversas discapacidades que están incluidas en el ámbito de la educación: discapacidad sensorial (sordera, ceguera y sordoceguera), física, e intelectual. Se ha excluido discapacidad múltiple debido a que la mayoría de los casos se encuentran en instituciones como el Instituto de Adaptación Infantil (IDAI) en la que muchos/as están institucionalizadas/os, lo cual hubiera agregado otra variable que no se ajustaba a los objetivos del estudio.

Asimismo, para el caso de la discapacidad intelectual se definió entrevistar sólo a madres, pues aunque sí se podría haber buscado personas con discapacidad intelectual leve, dada la temática de sexualidad se imponía, necesariamente, trabajar con los padres/madres de manera previa. De hecho, constituye otro estudio específico trabajar los derechos sexuales y derechos reproductivos desde la discapacidad intelectual y supone de igual manera el abordaje con los padres y/o madres.

En lo que se refiere a los criterios de selección de las personas con discapacidad sensorial el estudio se ha centrado en quienes tienen acceso al sistema educativo a través de las escuelas de educación especial, y no así al sistema regular, debido a que dada la dispersión de

quienes están integrados en el sistema regular se dificultaba el contacto con los/las mismas. Asimismo, el establecer los centros de educación especial facilitó el acceso a personas con dicha discapacidad.

En el caso de discapacidad física, que suelen no acudir a centros de educación especial, y quienes mayormente acceden al sistema regular, se buscó personas que estén insertas laboralmente o que sean parte de alguna organización de personas con discapacidad, sólo con el fin de tener más fácil acceso.

Sobre los criterios que determinaron la elección de las instituciones de salud, se eligieron aquellas ONGs que brindan principalmente servicios de salud sexual y salud reproductiva y que tienen presencia a nivel nacional. En el área de servicios estatales, se eligió el Hospital General, específicamente el Hospital de la Mujer; en el área de atención diferenciada a adolescentes, dado que es principalmente allí donde combinan los servicios médicos y educativos en ésta materia.

Categorías de análisis

Se plantearon las siguientes categorías, en función de los objetivos del estudio:

Actores	Percepciones discapacidad	Percepciones sobre sexualidad y SS y SR* de PCD	Necesidades y valoración sobre DSDR**	Acceso a información sobre DSDR	Acceso de PCD a servicios de SS y SR	Condiciones de los servicios de SS y SR
Personas con discapacidad	X	X	X	X	X	
Personal de área estatal y ONGs de SS y SR*	X	X	X	X	X	X
Centros de educación especial	X	X	X	X		

*Salud Sexual y Salud Reproductiva

**Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Entrevistas realizadas a personas con discapacidad

Técnica	Tipo De Discapacidad	Ubicación	No. Participantes	Distribución Por Sexo
Entrevistas grupales	Discapacidad sensorial (ciega y sordociega)	Santa Cecilia y Luis Braille	7	4 hombres y 3 mujeres
	Discapacidad sensorial (sorda y sordociega)	Escuela Huascar Cajías	7	4 mujeres y 3 hombres
	Discapacidad sensorial (ciega)	Santa Cecilia y Luis Braille	4	2 hombres y dos mujeres
Entrevistas semi-estructuradas	Discapacidad intelectual	Red Equidad	2	2 madres
	Discapacidad sensorial (ciega y sordociega)	Red Equidad	2	Persona ciega (hombre)
				Persona sordociega (hombre)
	Discapacidad sensorial (sorda y ciega)	Red Equidad	2	Persona sorda (hombre)
				Persona ciega (mujer)
	Discapacidad física	Red Equidad	4	hombre
				hombre
				mujer
mujer				
		TOTAL	28	14 mujeres 14 hombres

Entrevistas realizadas a instituciones de salud sexual y salud reproductiva y a centros de educación especial del estudio

Técnica	Instituciones	Número de participantes
Entrevista semi-estructurada	Marie Stopes Bolivia	2
	CIES Salud Sexual y Reproductiva – La Paz	2
	PROSALUD Tejada Sorzano	1
	Hospital de la Mujer: Atención diferenciada para adolescentes	2
	Luis Braille y Santa Cecilia	2
	Aprecia La Paz	1
	Huascar Cajías	1
	TOTAL	11

Observaciones de campo de instituciones de salud sexual y salud reproductiva

Técnica	Instituciones	Nº. de observaciones
Observación de campo (accesibilidad)	Marie Stopes Bolivia	1
	CIES Salud Sexual y Reproductiva	1
	PROSALUD (Tejada Sorzano)	1
	Hospital de la Mujer	1
	Hospital General ¹	1
	TOTAL	5

¹ Se incluyó el Hospital General en la observación (y no como parte del estudio en sus otros componentes) porque al ir a realizar el levantamiento de información, esa fue la primera referencia que se obtuvo.

Marco Conceptual y Referencial

Incursionar en el área de discapacidad supone en primera instancia plantear algunas precisiones respecto a su evolución conceptual así como a las cifras que dan cuenta de la situación en la que se encuentran en el país. De igual manera corresponde precisar la conceptualización de sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, además de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Pincelazos historiográficos sobre discapacidad

La historia de la discapacidad y su abordaje revelan una trayectoria cuya tendencia guarda coincidencias en muchas culturas² en las que supuso su ocultamiento, su invisibilización, e incluso su eliminación.

El recorrido de las diversas nominaciones que han recibido y también construido las personas con discapacidad, estuvo marcada durante siglos por su asociación a la noción de salud/enfermedad, siendo asignada por una de las ciencias más desarrolladas en la cultura griega: la medicina.

De acuerdo con Gonzalo Piédrola Gil³, el extraordinario desarrollo de la salud pública en la época griega y romana “está íntimamente ligado a las ideas de mejorar tanto el bienestar individual como el refinamiento y la estética presentes en estas civilizaciones. Sin embargo, en ocasiones el concepto positivo de mejora de la salud coexiste con uno negativo de eliminación deliberada de débiles e inválidos, fundamentalmente en la cultura griega” (Piédrola: 7).

Esta noción de una estética y una corporalidad opuesta a los cánones greco-romanos les valió a las personas con discapacidad, hasta incluso nuestro siglo, un confinamiento que ha tenido diversas expresiones. En Francia por ejemplo, en la Edad Media se confinaban a las personas con discapacidad en construcciones destinadas para ello, donde se aseguraban que estuvieran aisladas, en preservación del bienestar social.

2 “Durante la época de florecimiento de las primeras civilizaciones, los espartanos de la antigua Grecia, arrojaban desde el Monte Taigeto a las personas con discapacidad... Los Indios Masai asesinaban a sus niños discapacitados, los Chagga de África Oriental utilizaban a sus discapacitados para ahuyentar al demonio, los antiguos Hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado, los Jukun de Sudán consideraban que eran obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran”. es.geocities.com/lmr_herraiz82/historia_discapacidad.htm, 2008

3 “Medicina preventiva y salud pública”, Piédrola Gil, 10ª edición, MASSON, p. 7. books.google.com.bo

Hacia el siglo XVI y XVII, se continuó con esta política de segregación y asilamiento con grandes construcciones amuralladas, cuyo objeto era resguardar la seguridad de la sociedad, confinando así a quienes ponían en peligro el funcionamiento “normal” de la sociedad.

Para el siglo XVIII se inicia un proceso de institucionalización, basado en la caridad; y en el siglo XX se pasa del asistencialismo (enfoque médico) a un enfoque de derechos, de autodeterminación, autonomía e independencia en el marco ya no sólo de la integración (entendida como la adaptación del individuo a su entorno) sino también de la inclusión, entendida funcionalmente como el proceso por el cual la sociedad se reconfigura para facilitar la inclusión de la persona, en este caso, en situación de discapacidad.

En nuestro continente, en la época precolombina, a semejanza de las monarquías europeas, los incas se decían descendientes del sol lo cual les asistía en derecho un atributo divino. Su estructuración era vertical, el máximo exponente de la nobleza era el Inca y su familia; en una suerte de paralelismo pero siempre menor estaban los sacerdotes; por debajo estaba el pueblo; y en su base los esclavos. Esta estratificación era hereditaria e inamovible. No obstante esta jerarquía rigurosa de la sociedad inca estaba fundada sobre la base de la reciprocidad y la redistribución.

El Estado incaico (que no laico), era quien sostenía a la iglesia (sacerdotes). El objetivo principal de los sacerdotes era incrementar las reservas alimenticias y la curación de los enfermos, curación que respondía a un sistema mágico medicinal depositado en ellos, y es de suponer que entre estos enfermos se encontraban personas con discapacidad.

Hay pocas referencias sobre la discapacidad en la época del incario, existiendo mayor información sobre la salud mental. Se sabe que para los incas una enfermedad (ergo discapacidad) era el resultado de una alteración en la relación con las fuerzas sobrenaturales, y su tratamiento respondía a una combinación de religión, magia y experiencia práctica (utilización de hierbas medicinales).

Guamán Poma de Ayala refiere con cierto detalle las enfermedades mentales, no obstante, no hay referencia específica a la discapacidad y sus diferenciaciones tal cual las conocemos hoy. Se cuenta con una clasificación de la discapacidad intelectual en quechua y sobre todo de desórdenes mentales.

De la sociedad incaica, lo que reportan los cronistas es que la discapacidad era atendida desde la lógica del trabajo. Lo que se evidencia, en términos de discapacidad es que los incas incorporaban a las personas con discapacidad sensorial y mental en los trabajos del campo, dado que el trabajo era considerado un deber social y un valor fundante, cada uno debería producir según sus posibilidades. En esta perspectiva, en el ámbito del trabajo, no educativo, las personas con discapacidad se integraban a la sociedad incaica, puesto que ocupaban un sitio igual en la producción.

En lo que concierne a la educación, su acceso también era estratificado, quedaba para los sacerdotes y la familia incaica. La población restante, tenía acceso a la información, mas no a la educación. Con la llegada de la conquista española durante la colonia, la educación siguió los patrones europeos: católico-religioso, memorístico, disciplina severa y también clasista, donde las personas con discapacidad no tenían cabida.

Las niñas, niños y jóvenes con discapacidad durante la primera etapa colonial estaban sujetos a un proceso de selección natural, “tan alta su mortalidad y tan corta su expectativa de vida, no constituían un problema ni de salud ni de educación”⁴. Quienes sobrevivían, su discapacidad era interpretada como castigo del cielo, y solían ocultarlos de la vista pública.

De las pocas referencias que se tiene en cuanto a la discapacidad, de acuerdo con el trabajo sobre los esclavos negros en América durante 1784 de Daniel Contreras (2000:33), citado por Carlos Gamero Esparza⁵ señala que “...la expresión “Alma de boca” significaba que un esclavo era vendido con todas sus facultades físicas y mentales, aunque si se le denominaba “costal de huesos” lo definía como enfermo o con alguna discapacidad”⁶.

La colonia, a diferencia de la concepción andina, consideraba a las personas con discapacidad como seres humanos “desechables”. No obstante, había cierta similitud entre la Europa de entonces en función de que en la concepción europea la enfermedad, la discapacidad era resultado de un pecado, y la sociedad incaica para quienes la enfermedad, discapacidad respondía a una relación alterada con las fuerzas sobrenaturales, que hoy se consigna como una suerte de “maldición” (entrevista con Felisa Alí, ex-directora de CONALPEDIS – Comité Nacional de las Personas con Discapacidad, julio 2007).

4 Luis Pérez Álvarez, Proyecto Esperanza, Camagüey 2004, www.cadenagramonte.cubaweb.cu/proyecto_esperanza

5 Esclavitud de por acá (la de ébano y la de los otros) y la historia paralela (Primera Parte: Años 1000 a. C.—1824 d. C.), Carlos Gamero Esparza, Lima Perú. www2.uah.es/vivatacademia/antiores/n80/docencia.htm

Conceptualizando discapacidad

Estos condicionamientos históricos determinaron también las diferentes definiciones y enfoques del abordaje de la discapacidad. En función de ésta se encuentra un recorrido desde un enfoque médico que primó hasta fines del siglo XX, y que persiste en la CIDDM (Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, 1976) que aún está siendo utilizada para la calificación y la gradación de la discapacidad, particularmente en Bolivia, ante la ausencia de parámetros específicos para la nueva concepción establecida en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF (OMS/OPS 1980; 2001)⁷

El enfoque médico, fundamentalmente asistencialista, se centra en la rehabilitación individualizada. En su momento fue una posición de vanguardia, cuya virtud fue introducir la diferenciación entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, lo que contribuyó a la no sustantivación (el/la mongólica, por ejemplo), y abrió el lenguaje hacia la persona con discapacidad. Su mayor debilidad, no reconocer el entorno social como un elemento vital, quedándose así como una definición atrapada y circunscrita al concepto salud-enfermedad, priorizando una lógica unidireccional⁸; ignorando las condiciones sociales y ambientales que la generan y/o la profundizan.

En mayo de 2001, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la CIF⁹, que re-orienta la concepción de discapacidad hacia la consideración de la interacción entre la persona y su entorno. Lo que generó espacios de autocuestionamiento y reposicionamiento, de desafíos a las sociedades, convocadas a transformarse para generar democracias inclusivas.

La concepción que plantea la CIF refiere que la condición de discapacidad supone la presencia de un déficit (por ejemplo, el sentido del oído ha perdido su característica de oír); la limitación en la actividad (no escucha cuando le hablan), y la restricción en la participación (no puede comprender –sin interpretación– lo que se habla). Es decir, “indica los aspectos negativos de la interacción del individuo, *con una condición de salud* y, sus factores contextuales (ambientales y factores personales)”¹⁰.

7 Páginas oficiales de la CIF en el sitio de la OMS: <http://www3.who.int/cif/ciftemplate.cfm>

8 Psicología de la discapacidad (I). Conceptualización. Ps. Ana Lía Trujillo, Universidad Católica de La Plata, Sede Rosario, Facultad de Psicología. Este artículo proviene de Isabel Acosta <http://www.isabelacosta.com>

La dirección del artículo es <http://www.isabelacosta.com/modules.php>

9 Pag. web de la ONU, buscar “Discapacidad y Naciones Unidas”, 2001

10 Política Pública en Discapacidad, 2002, Cf. CIF, 2001.

Para el 2006, surge el nominativo de persona en situación de discapacidad, la misma que en el país tiene aún poca vigencia y se mantiene actualmente el nominativo de persona con discapacidad.

Hasta la fecha una de las aproximaciones más adecuadas constituye la elaborada por la ONU¹¹, OMS/OPS en la que se plantea que discapacidad es un término genérico que reúne tres condiciones en interacción: un déficit, limitación en la actividad y restricciones en la participación; lográndose así una definición que rompe con el enfoque biomédico y contextualiza a la persona con discapacidad, ya no sólo considerada enferma y contada como un acontecimiento médico, y por ende de tuición exclusiva de galenos, sino como una persona que con su o sus deficiencias, se desarrolla en un marco social y afectivo.

Estas diversas nominaciones han ido buscando, sobre todo, la no estigmatización de las personas con discapacidad, el uso no discriminatorio del lenguaje, la mirada no compasiva, lo que ha generado, también que no haya un consenso en la concepción actual. Hay variadas acepciones en las legislaciones por ejemplo, en España se sigue manteniendo el término de minusvalía, que en Latinoamérica se considera básicamente superado y poco apropiado para referirse a las personas con discapacidad.

Dada esta variación de concepciones legales, la Convención de las Naciones Unidas por los derechos de las personas con discapacidad, aprobada en diciembre 2006, no plantea una definición de discapacidad y sólo reconoce, acertadamente, “que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (inciso “e” del mencionado texto).

Esta igualdad de condiciones supone la construcción de sociedades más inclusivas, considerando que mientras más obstáculos encuentra una persona con discapacidad, más se acentúa la discapacidad y más se disminuye a la persona, vulnerando así sus derechos.

Las personas con discapacidad reflejadas en cifras

A nivel global:

De manera general, a nivel global se cuenta con los siguientes datos, consignados por la ONU¹²:

- Aproximadamente 10% de la población mundial (650 millones de personas) vive en situación de discapacidad, constituyéndose en la primera minoría del mundo.
- El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) señala que 80% de las personas con discapacidad vive en países en desarrollo, lo que equivale a 520 millones de personas.
- En la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)¹³, se reporta que las mujeres tienen una incidencia más alta de discapacidad que los hombres.
- El Banco Mundial estima que el 20% de las y los más pobres del mundo tienen alguna discapacidad.
- Las mujeres y las niñas con discapacidad son particularmente vulnerables al abuso. De acuerdo con una pequeña encuesta realizada en Orissa (India), se encontró que prácticamente todas las mujeres y niñas con discapacidad habían sido objeto de palizas en el hogar; 25% de las mujeres con discapacidad intelectual habían sido violadas; y 6% de las mujeres con discapacidad habían sido esterilizadas de manera obligada.
- Según UNICEF, 30% de las y los jóvenes de la calle tienen discapacidad.
- El Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido afirma que la mortalidad correspondiente a niños y niñas con discapacidad puede alcanzar hasta un 80% en países en los que la mortalidad de menores de cinco años ha disminuido por debajo del 20%; y añade que en algunos casos parecería que se los y las estuviera “eliminando”¹⁴.
- Los estudios comparativos sobre la legislación en materia de discapacidad indican que sólo 45 países cuentan con leyes contra la discriminación y otro tipo de leyes específicas a ese respecto.
- Sólo 5% de las causas de la discapacidad son atribuibles a factores genéticos. El 95% se vinculan con factores prevenibles.

¹² www.un.org/spanish/disabilities

¹³ La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos es una organización internacional intergubernamental que agrupa a los países más industrializados de economía de mercado. Es la instancia de mayor producción mundial de publicaciones en economía y asuntos sociales.

¹⁴ Las comillas pertenecen a la ONU.

A nivel nacional:

No existen datos que den cuenta del número de personas con discapacidad de manera precisa. Una primera aproximación integral a nivel nacional constituye el Censo de Población y Vivienda (CNPV) 2001.

De acuerdo con la relación hecha en el “Informe País 2007 para la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, tanto en los censos de 1900 y 1950 la única pregunta que se incluyó referente a las personas con discapacidad fue circunscrita a su inserción laboral, extrayendo datos única y exclusivamente sobre su impedimento de trabajar; donde el objetivo de la pregunta era observar los “defectos” que les imposibilitaba tal actividad.

20

En el CNPV 2001 si bien se incluyó sólo una pregunta, se considera que constituye un primer intento de contar a las personas con discapacidad. No obstante, la pregunta sólo incluía a las personas ciegas, sordomudas¹⁵ y las paralíticas o que tenían un brazo o pierna amputados. Las personas con discapacidad intelectual, discapacidad múltiple y sordoceguera parcial no fueron incluidas.

En 1998, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) se buscó identificar sólo lo que entonces llamaron “discapacidad extrema”; y en la Encuesta de Hogares MECOVI 2001 se buscó la categoría de discapacidad permanente.

Según los datos del INE (2001), 61.145 hogares señalaron tener una o más personas con alguna discapacidad, de éstos 26.016 hogares se encuentran en el área urbana y 35,129 en el área rural.

La mayor frecuencia por tipo de discapacidad se presenta en hogares con personas con discapacidad sólo física en el área urbana, 9479; y en el área rural con discapacidad sólo auditiva 14.841.

Los tipos de discapacidad que se consigna a nivel nacional se refieren a “sordomudas”, 22.642; “paralíticas o amputadas”, 17.512; ceguera, 15.536; “ciegas y sordomudas”, 2.522; y

¹⁵ Es necesario señalar que las personas sordas no son necesariamente mudas. Evidentemente las hay, pero la mudez está asociada básicamente a problemas con las cuerdas bucales, problemas que son determinados sólo por médicos/as. Perpetuar su nominación como sordomudas es continuar alimentando en el imaginario social no sólo su “imposibilidad” de comunicación sino que la única comunicación válida es la oralización.

discapacidad múltiple 2.933 (que diferencia "sordomudas y amputadas"; "ciegas y amputadas"; "ciegas, sordomudas y amputadas").

Salvo Oruro que presenta mayor frecuencia de personas con ceguera, en los otros ocho departamentos del país, la mayor frecuencia es de discapacidad auditiva.

El eje central La Paz, Cochabamba y Santa Cruz son quienes presentan un mayor número de hogares con personas con discapacidad; 15,686 en La Paz; 10,623 en Santa Cruz y 6,634 en Cochabamba. Esta cifra está evidentemente en proporción a la densidad poblacional, siendo Oruro, Beni y Pando los departamentos con menos casos de discapacidad.

La Paz es el departamento que mayor cantidad de personas sordas registra, 6371 y personas ciegas, 6341

Según los datos de la encuesta de Hogar MECOVI 2001, 54% de los hogares con personas con discapacidad son varones y 46% mujeres.

En términos de acceso a educación, 54% de las personas con discapacidad es analfabeta (INE, 2001); y según el estudio¹⁶ realizado por Takako Kamijo, alrededor de 97% de niños, niñas con discapacidad no reciben ningún servicio educativo especializado, con excepción de niñas, niños y adolescentes que asisten a la educación formal.

En salud, sólo las personas ciegas que cuentan con un seguro de salud a corto plazo, las personas beneficiarias del SUMI y el Seguro de Salud del Adulto Mayor cubren una parte de las necesidades en salud de las personas con discapacidad. Otros grupos étnicos se ven excluidos del sistema de salud. Aún para las personas que tienen acceso vía el SUMI, no obstante su ampliación a partir de Enero 2007, éste no incluye la atención de niños, niñas y adolescentes con discapacidad que requieren servicios como fonoaudiología, fisioterapia u otros con diversos grados de especialización. Por otro lado, el proyecto del Seguro Universal de Salud, que se encuentra pendiente de aprobación en el Congreso Nacional excluye del nivel de atención secundario y de tercer nivel a discapacidades de origen genético.

Sobre las condiciones laborales, se cuenta con un sólo estudio realizado por el Defensor del Pueblo sobre el grado de cumplimiento del Decreto Supremo N° 27477 que obliga a

16 Kamijo, Takako. 2006. Estudio Estadístico de la Población con Necesidades Educativas Especiales que asisten a Centros de Educación Alternativa; Ministerio de Educación y Culturas y JICA

instituciones públicas y a privadas que prestan servicio público a que por lo menos el 4% del total de su personal sea destinado a la contratación de personas con discapacidad. El estudio refleja que únicamente el 11% de tales instituciones, a nivel nacional, cumple con lo estipulado en el decreto, y que la cantidad de los y las trabajadoras con discapacidad contratados en el sector público 73.1% son varones y sólo un 26.9% son mujeres. No se cuenta con un estudio que de datos sobre la tasa de desocupación de empleo formal e informal.

Del total de hogares con personas con discapacidad (CNPV 2001), 39% vive en la indigencia, lo que refleja la estrecha relación entre la discapacidad y las condiciones de pobreza.

Los datos, sin duda, no son alentadores y reflejan las condiciones de exclusión que persisten en el país. Uno de los elementos que nutre esta exclusión, entre otros no menos importantes, es la actual estructura del sistema educativo boliviano, estructura que no se ha transformado en la propuesta de la Nueva Ley de Educación Avelino Siñani y Elizardo Pérez. En ambas, la estructura asegura que en su mayoría, los niños, niñas y adolescentes (NNA) con discapacidad en edad escolar permanezcan en “sus” centros de educación especial, siendo pocos los casos en los que participan en los centros educativos formales; y cuando participan, no se integran, no están incluidos.

Es importante aclarar brevemente que la integración en educación supone fundamentalmente la adaptación del estudiante al entorno escolar y aunque sí establece, a partir de la Declaración de Salamanca en 1994, la importancia de responder a las necesidades educativas especiales de NNA asociadas o no a discapacidad, permanece la idea de los centros de educación especial como los primeros espacios para los NNA con discapacidad.

En la educación inclusiva, el entorno se transforma, se configura desde otras bases para incluir a todos los NNA sin discriminación en razón de discapacidad o de otra índole.

Como suele suceder en las definiciones, principalmente en lo social y educativo, no hay consensos respecto a las diferencias entre la educación integradora y la inclusiva, ambas conviven, pero en lo que sí se reflejan diferencias es en la educación tradicional y la inclusiva. En este marco, Gordon Porter es uno de los teóricos y activistas canadienses más importantes en el continente, quien de manera muy gráfica plantea el siguiente cuadro comparativo para diferenciar el enfoque tradicional del enfoque inclusivo¹⁷:

17 — <http://www.iadb.org/sds/doc/Rev2bEditedDisability-EducationPorter.pdf>

TRADICIONAL	INCLUSIVO
Se centra en el /la estudiante	Se centra en el aula
Se asigna un/a especialista al/la estudiante	Tiene en cuenta los factores de cada estudiante
Se basa en el diagnóstico	Se basa en la resolución de problemas en colaboración
Se elabora un programa individual	Se elaboran estrategias para el profesorado
Se ubica al/la estudiante en programas especiales	Se apoya a los/las estudiantes en el aula ordinaria

Si el contexto natural para el acceso a la educación es el aula, ¿por qué entonces crear espacios separados con educación especial para los NNA con discapacidad?. Esta mirada inclusiva, que ha tenido una manifestación importante precisamente desde la Mesa de Trabajo de Educación Especial en el Primer Encuentro Pedagógico realizado del 17 al 21 de noviembre 2008, es vital en los pasos que se están dando hacia la inclusión de las personas con discapacidad a través de la atención de las necesidades educativas especiales asociadas o no a discapacidad.

No obstante, se cuenta con una primera base de datos en el INE con el CNPV 2001 y la Encuesta de Hogares MECOVI 2001, la relación de la discapacidad en cifras en Bolivia aún permanece invisibilizada. De los datos extraídos de la página web del INE, la discapacidad no se encuentra en las líneas estadísticas y no aparece ni en el ítem de “Estadísticas Sociales”. Asimismo, como ejemplo en el cuadro 6.17 sobre “Bolivia: distribución porcentual de la población de 5 a 39 años matriculada por razones de inasistencia, según condición de pobreza y grupos de edad”, los resultados, en la categoría de “otro” (razón) incluyen: “huelga o paro, enfermedad o discapacidad, establecimientos distantes, edad no apropiada y falta de maestro”¹⁸, siendo imposible tener acceso a información sobre la situación de la discapacidad en los diferentes ámbitos.

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)¹⁹, incluye en su mapa epidemiológico diversas enfermedades que suelen ser causales de discapacidad, pero no consigna datos de discapacidad.

El desafío actual, como lo fue el de las mujeres para incluir datos de violencia contra la mujer en el SNIS, es lograr que se incluyan datos de discapacidad.

¹⁸ INE Bolivia. www.ine.org.bo

¹⁹ www.sns.gov.bo

Actualmente, el Ministerio de Salud y Deportes está implementando con el apoyo de la cooperación japonesa JICA, el Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad, que en el marco de la Ley 1678 para las personas con discapacidad, con Resolución Ministerial No. 28521 se inició el 16 de noviembre de 2005, y pese a la disposición establecida en la Ley 1678, y a la oposición tanto de CONALPEDIS (ente ejecutor de tal disposición) así como de la COBOPDI (Confederación Boliviana de las Personas con Discapacidad) se logró finalmente iniciar su implementación en junio de 2007.

Para marzo de 2007, en la primera fase piloto en la ciudad de La Paz, se inscribieron aproximadamente 4200 personas, calificándose alrededor de 2000; y lográndose carnetizar sólo a 220 personas²⁰.

Algunos elementos sobre las organizaciones de personas con discapacidad y sus conquistas

En Bolivia, uno de los colectivos que históricamente ha visto postergadas sus demandas de inclusión ha sido el de las personas con discapacidad cuya articulación como movimiento ha sido débil y sectorializada por tipo de discapacidad.

Las primeras acciones coordinadas que se realizan en función de las personas con discapacidad, específicamente de las personas con ceguera se remonta a 1925, con la enseñanza de la lectura en alto relieve, es decir, con una propuesta de educación y rehabilitación realizada por personas voluntarias.

Mientras ya para mediados del siglo XIX (1840) se había empezado a difundir el sistema braille en el mundo, casi un siglo después, a partir de 1930 llega a Bolivia, año en que se crea en La Paz la primera escuela para ciegos del país a cargo del Ministerio de Educación y en la que se incorpora el sistema braille.

Para los años 1946-1947 se establecen "Mutuales de ciegos", una suerte de cooperativas de ahorro y crédito que, posteriormente, darían paso al surgimiento de la actual FENACIEBO (1954-Federación Nacional de Ciegos de Bolivia).

No es sino en 1957 que se puede hablar de la primera movilización de personas con discapacidad, es decir, como la primera acción articulada, expresada en una huelga de hambre,

²⁰ Entrevista en marzo 2007 a responsable del Registro en CONALPEDIS.

con la cual consiguen la creación del IBC (Instituto Boliviano de la Ceguera), encargado de atender las necesidades de las personas ciegas.

Entre 1986 y 1987 se da una segunda movilización (segunda por su impacto) en la que las personas ciegas logran el “bono de indigencia” otorgado por el Estado.

De 1985 a 1995 se realizan diversas movilizaciones, principalmente en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, demandando la creación de la ley para las personas con discapacidad, en la que participaron los centros de rehabilitación existentes y lo que vendría a ser una ONG (Fraternidad Cristiana de Enfermos e Impedidos), sin contar para ese momento con organizaciones de sordos ni de otras discapacidades. Finalmente la Ley No. 1678²¹ se promulga en 1995, y su reglamentación dos años después, en 1997.

Salvo estos “hitos” para el colectivo de las personas con discapacidad, no se registra una articulación alrededor de otras demandas que no sean de carácter estrictamente reivindicativo al sector, y que no logran articularse con los movimientos sociales del país. Se produce una ausencia de las organizaciones de las personas con discapacidad en los movimientos sociales, en la COB, en la lucha de los pueblos indígenas, en los movimientos de mujeres.

De acuerdo con los postulados de Boaventura de Sousa Santos sobre la “sociología de las ausencias”²² y en los modos de producción de éstas, varios (de estos modos) pueden dar cuenta de la –ausencia- e –invisibilidad- de las personas con discapacidad, como movimiento así como en los movimientos sociales del país y mismo como personas.

La “monocultura del saber y del rigor” que plantea la ignorancia como la “primera forma de producción de inexistencia, de ausencia...” (Boaventura de Sousa Santos, 2000: 24) se aplica a la situación de las personas con discapacidad en Bolivia. Se trata de una ignorancia y una invisibilización del “otro”, de las personas con discapacidad, pero también una ignorancia e invisibilización de si mismo como sujetos de derechos, una ignorancia producida a partir de la exclusión, y a partir del “inevitable” proceso de negación frente a la discapacidad. Una ignorancia de las posibilidades de producción de saberes desde la condición de diferencia.

Así también, la “monocultura de la naturalización de las diferencias” remite a la posibilidad de “pensar las diferencias con igualdad”, y plantea como su forma de producir ausencia el “inferiorizar”. En el colectivo de discapacidad se ve expresado en su demanda, no casual, de

21 Ley de la persona con discapacidad., 1995, Bolivia.

22 Todas las comillas corresponden al autor: Boaventura de Sousa Santos y al mismo texto citado.

tener igualdad y equiparación de oportunidades, es decir, son uno de los reflejos de pensar las diferencias como desigualdad. Las discursividades manejan términos inferiorizantes como impedidos, minusválidos, discapacitados, centrándose en la condición de discapacidad y no en la persona, como ellos y ellas reclaman, centrándose en lo que no pueden hacer y no en lo que les es posible hacer. En la estructuración de sociedades hechas para la perfección, las personas con discapacidad no encajan; no cumplen el requisito estético; así se entiende la tendencia institucionalizadora de los 60s, reclusora en centros de internación prácticamente panópticos, aún vigentes en el imaginario social porque ha sido la manera más eficaz de invisibilizarlos.

La estética uniforme, en vigencia, de contornos corporales con medidas milimétricas, de corporalidades disciplinadas para un molde, para producir y reproducir en el mercado, para la eficiencia y la eficacia en la lógica del mayor rendimiento con el menor esfuerzo es incompatible con las personas con discapacidad.

Desde la “monocultura del productivismo”, cuya forma de producir ausencia es “con la –improductividad–” ¿qué más improductivo que una persona con discapacidad?. Esa es la lectura del modo de producción capitalista. No se cumple con la eficacia ni con la condición de celeridad; nuevamente de perfección del producto, de sujetos de consumo. Al contrario, son una “carga” social; lo negado, lo tachado, lo no deseado, lo invisibilizado, lo ausente. Son seres que perjudican la producción, la retardan, no alineados a la temporalidad occidental. Sus ritmos son ritmos que rompen con la productividad moderna capitalista.

Estas formas de producir ausencia de las personas con discapacidad se han expresado, sin duda, en una invisibilización para la sociedad, para el ejercicio de su sexualidad, para los movimientos sociales y para sí mismos como movimiento social.

Esta invisibilización tiene su más extrema manifestación en los cuerpos de las personas con discapacidad pues son cuerpos no deseados, temidos, rechazados, despojados de su sexualidad, despojados de la posibilidad del ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, donde la dimensión del placer resulta ser una esfera ajena a ellos y ellas; y para quienes proveen servicios e información al respecto, ellos y ellas les suelen ser ajenos, tanto en lo sexual como en lo reproductivo.

Conceptualizando sexualidad

Los conceptos de sexualidad tienen que ver con los momentos históricos y culturales en los que fueron contruidos. De concepciones basadas en discursos morales de prohibiciones y castigos que restringían la sexualidad al ámbito del matrimonio y con fines puramente reproductivos hasta aquellas que legitiman la relación sexual pasando del objetivo de la reproducción al consentimiento, el placer y los derechos.

En la actualidad encontramos diferentes conceptualizaciones de sexualidad que son integrales, holísticas y que trascienden los criterios morales religiosos y los biomédicos que sesgaron por mucho tiempo el conocimiento y sus vivencias:

“La sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”. (Grupo de consulta internacional de la OMS)

La sexualidad es “el conjunto de manifestaciones del ser humano cuya interacción permite el desarrollo de sus potencialidades en las dimensiones reproductiva, relacional, erótica y de género. Las cuales se construyen de manera interdependiente de acuerdo al lugar y al momento histórico en que las personas se desarrollan” (Sociedad Mexicana de Sexología Humanística Integral 2002)

“La sexualidad no es ni biológica, ni psicológica, ni social, sino que puede ser estudiada desde todos esos puntos de vista, de acuerdo a los métodos de estas ramas científicas, y por otras más, pero para acercarnos a un conocimiento más completo, se necesita integrar estos conocimientos” (Eusebio Rubio).

Desde estas concepciones y con base en la Teoría del Sistema General se propone que la sexualidad está formada por sistemas integrados por elementos en interacción, y que estos elementos son a su vez sistemas.

Ellos son denominados "holones" para subrayar el hecho de que son partes constituyentes de un sistema pero que tienen en sí mismos, un alto grado de complejidad e integración ("Holos" en griego significa todo).

Eusebio Rubio (1984), propone que: "la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones sexuales: la reproductividad, el género, el erotismo (o el placer sexual y sensual) y la vinculación afectiva interpersonal (o el amor)".

La integración en el pensamiento sistémico, significa que un elemento no puede ser correctamente representado si se considera aisladamente, pues su actuar depende de los otros elementos del sistema. La integración en los sistemas se hace presente gracias a los significados de la experiencia.

La integración es sobre todo mental, producto de la adscripción de sentido, significado y afecto a aquello que el individuo en lo personal, y el grupo social en general, viven como resultado de que las potencialidades sexuales que están biológicamente determinadas y son compartidas por la mayoría de individuos. En este sentido la sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y su interacción con el grupo le hacen vivir. (Rubio, 1996).

La sexualidad es entonces, un aspecto fundamental en el desarrollo de los seres humanos, sobre todo cuando se ejerce con apertura, respeto y libertad.

Los cuatro holones de la sexualidad tienen su origen en cuatro potencialidades humanas: la reproductividad, el género, la vinculación afectiva interpersonal y el erotismo:

- **La reproductividad** se refiere a la potencialidad para la reproducción y no se circunscribe al hecho biológico de engendrar o dar a luz hijos. Es una dimensión humana compleja. Hay seres que no se reproducen biológicamente pero pueden ser padres y madres adoptivas y en esa acción expresan su reproductividad. Otros no son padres biológicos ni adoptivos pero se ocupan del crecimiento de otros tanto biológica como emocionalmente y espiritualmente, y en esa acción expresan su reproductividad. Tampoco se limita a los eventos biológicos de la concepción embarazo y el parto, tiene manifestaciones psicológicas y sociales.

- **El género** son las construcciones sociales, los aprendizajes sociales de roles, ideas, responsabilidades, relaciones, prácticas que se dan a partir de las diferencias del sexo con el que se nace. Es como nos hacen ser hombres o mujeres. Esta construcción depende de las expectativas y percepciones culturales, políticas ambientales, económicas, sociales y religiosas. El género es aprendido y cambia a través del tiempo. La identidad genérica es un marco referencial de ideas y conceptos que todos tienen respecto a lo que son en tanto hombres como mujeres.
- **El erotismo** es la potencialidad de experimentar el placer sexual "capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan a los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y que por lo general se identifica con el placer sexual"(OPS WAS).

Todos los seres humanos nacen con esa potencialidad pero no todos la desarrollan, la viven y gozan. El placer sexual es una experiencia única en la vida, si bien se asocia la experiencia placentera erótica con el deseo de otra persona, no siempre sucede de la misma manera en las diferentes etapas de la vida

El placer sexual erótico es el resultado de los cambios de tipo neurobioquímicos, vasculares, sanguíneos y musculares que a su vez resultan de que se acepte las experiencias que sean estimulantes. La sociedad y la cultura organizan estas experiencias eróticas, las prescriben, regulan y/o prohíben.

Los cambios que experimenta el cuerpo, relacionados al erotismo son:

1. El deseo por el placer erótico.
2. La excitación al recibir la estimulación deseada, cambios en los genitales. Erección peneana y lubricación de la vagina.
3. El orgasmo.

El erotismo es la garantía biológica que hace que los y las seres humanos copulen, permitiendo de esta forma la preservación de la especie, sin embargo tiene significados y fines más complejos. Sobre la base biológica del erotismo hay muchas significaciones y representaciones sociales. Al principio la experiencia placentera erótica es producto de la estimulación físico táctil, luego se convierte en una experiencia que depende de

lo que representa lo que se vive, de lo que significa simbólicamente. Los significados se relacionan con lo que el placer representa, con todo lo que significa ser mujer u hombre, sean heterosexuales u homosexuales, con lo que el otro significa, lo que el otro ser amado, deseado, humillado significa.

- **La vinculación afectiva** relacionada con el amor; que se entiende como el vínculo afectivo, lazo y unión. El primer vínculo es físico/biológico (cordón umbilical), al romperse este vínculo aparecen otros con las personas que atienden, que están cerca. Este nuevo vínculo está conformado por respuestas afectivas evocadas por la presencia de ese otro ser humano.

Cada holón de la sexualidad se relaciona con otros, se integra interactuando dando lugar a otras dimensiones:

La orientación sexual: El género se integra con las vivencias eróticas y afectivas. Proceso que se completa alrededor de los 8 a los 12 años. Las vivencias de atracción afectiva y erótica se organizan en función al género, que provoca las atracciones y los deseos. Estas vivencias se organizan en lo que se llama la orientación sexual. La orientación sexual se define como "la organización específica del erotismo y/o el vínculo afectivo de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos" (OPS WAS 2000).

La identidad sexual: Que resulta de la integración de todos los componentes de la sexualidad organizados para darle a la persona respuesta a la pregunta ¿quién soy?, pregunta que tiene que ver con un marco referencial interno que integra todas las concepciones de todos los elementos de la sexualidad. La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre y como mujer o como una combinación de ambos y la orientación sexual de la persona.

La sexualidad, con sus cuatro potencialidades u holones y con sus dimensiones, se da en un marco de valores, que son personales y que se convierten en comunes a partir de acuerdos que se establecen en los grupos sociales. Dentro de la concepción sistémica de la sexualidad se han definido como valores:

La plenitud: Que significa desarrollar la sexualidad, plenamente sin que se la reprima.

La libertad: Tener el espacio propio de desarrollo y que las potencialidades se conviertan en acción. La acción permitirá delimitar los espacios y reconocer límites. La libertad es la cualidad resultante de poder buscar la satisfacción de los deseos, contando con un espacio propio a tiempo que se reconocen las limitaciones que el mundo presenta.

La congruencia y armonía: Compatibilidad entre la expresión de los componentes de la sexualidad con otras formas de expresión humana. Hay congruencia cuando la expresión sexual no se contrapone consigo misma y con otras expresiones humanas que se piensan deseables. Cuando en el erotismo hay significados mentales que lo hacen reprochable y determinan que la persona sienta culpa por su expresión, el componente biológico del erotismo no es congruente con el mental.

La integridad: Cuando las diversas dimensiones de la sexualidad se hacen presentes en las vivencias de la persona. Por ejemplo, un desarrollo pleno del erotismo hace a una persona diestra en las artes eróticas pero no sirve al bienestar individual y social si la persona ignora las implicaciones o las consecuencias de la reproducción.

La responsabilidad y respeto: No es posible una comunidad sexualmente saludable con personas que no saben o no pueden responder por las consecuencias de sus actos u omisiones en las expresiones de sus potencialidades sexuales.

La equidad: Como acceso a iguales oportunidades para expresar y vivir la sexualidad para hombres y mujeres.

Conceptualizando salud sexual y salud reproductiva

Las definiciones de salud sexual y salud reproductiva se encuentran en el capítulo VII del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1995):

“Salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencia o enfermedad en todas las cuestiones relativas al sistema reproductivo, sus funciones y procesos” (párrafo 7.2).

“La salud reproductiva supone que todas las personas están capacitadas para tener una vida sexual satisfactoria y sana y para reproducirse, y la libertad de decidir si desean hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (párrafo 7.2).

En relación a la salud sexual, se plantea que su "... propósito es el desarrollo de la vida y las relaciones personales, y no sólo el asesoramiento y la atención a la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual" (párrafo 7.2).

Sobre derechos sexuales y derechos reproductivos

Los derechos sexuales y derechos reproductivos fueron definidos y aprobados en diferentes documentos de consenso internacional.

En la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) en su art.16 se reconoce a mujeres y hombres los mismos derechos, a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo de los nacimientos y a tener acceso a la información, educación y a los medios que permitan ejercer éstos.

En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo del Cairo de 1994, se señala que los 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 en intervalos entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ellos y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Dentro de esta definición se incluye el 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. Como parte de este compromiso, se debe prestar atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres (Párrafo 7.3.)

En la Conferencia de la Mujer: Plataforma de Acción de Beijing 1995 visibilizan aspectos de la sexualidad como expresiones humanas que deben ser consideradas desde el enfoque de los derechos humanos. Los derechos sexuales son definidos en la Plataforma de Acción de Beijing como derecho humano fundamental de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente sobre estos temas, sin coerción, discriminación ni violencia. En Beijing se resalta la importancia de asegurar la protección de los derechos de la mujer sobre todo en el plano de la sexualidad reproductiva, además del derecho a la salud, específicamente en la esfera de la salud sexual y salud reproductiva, el derecho a la integridad física, a estar libre de violencia, a la igualdad y a la no discriminación, al matrimonio, a la educación y a estar libre de explotación sexual.

A partir de los acuerdos internacionales mencionados los derechos sexuales y derechos reproductivos incluyen el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona, el derecho a la integridad y a estar libre de violencia, explotación sexual, tortura y de tratamiento

inhumano y degradante, derechos a la intimidad, a la salud y a la salud sexual y salud reproductiva, y a decidir el número de hijos que se desea tener; como así el intervalo entre los mismos y el derecho a la educación.

En Bolivia:

En el marco del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, planes de acción y programas aprobados en las conferencias de Viena, El Cairo y Beijing se aprueba en el Congreso Nacional la Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos el 30 de abril de 2004, de manera unánime tanto en la Cámara de Diputados como de Senadores y es remitida al Poder Ejecutivo. En ese entonces, Carlos Mesa, devuelve la ley para que se **genere un debate más amplio** ya que se trataba de “valores fundamentales para el ser humano”.

En esta Ley se diferencian los derechos sexuales de los derechos reproductivos. Dentro los derechos sexuales se consideran el ejercicio de una sexualidad placentera responsable y libremente decidida, así como la integridad corporal y la autonomía en el control del cuerpo, el derecho al acceso de una educación integral para la vida afectiva y sexual desde la temprana edad para el desarrollo de una sexualidad plena, libre e informada, asimismo, el derecho a la confidencialidad en el tratamiento de la sexualidad, particularmente las y los adolescentes y jóvenes, además de acceder a la orientación y consejería para la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida, hepatitis B y C, cáncer cérvico-uterino, mamario y prostático. Como derechos reproductivos se consideran la decisión libre y responsable sobre el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, la elección libre e informada de los métodos anticonceptivos y el cuidado del embarazo, parto y posparto, el derecho de las mujeres a no ser discriminadas en el trabajo o el estudio por razón de embarazo o maternidad.

En el ejercicio de derechos se prohíbe toda forma de discriminación por el Estado, sus agentes o por particulares, entendiéndose por discriminación cualquier exclusión, menoscabo, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, edad, género, orientación sexual, estado civil, origen étnico, clase social, religión o creencias, discapacidad o cualquier causa análoga.

La ley considera la atención integral sexual y reproductiva, incluyendo los servicios confidenciales para adolescentes y jóvenes. Establece también el impulso de una cultura y educación no sexista, y a desarrollar acciones educativas destinadas a reconstruir los roles que mantienen la desigualdad de género. También plantea la promoción de una educación

que enfatice una valoración positiva de la sexualidad, de tal manera que hombres y mujeres puedan decidir plena, conciente, libre y responsablemente sobre el ejercicio de su vida sexual y reproductiva.

En el proyecto de la Nueva Constitución Política del Estado se constitucionalizan los derechos sexuales y derechos reproductivos a través del Artículo 14, Inciso II, y principalmente del Artículo 66 que dice: "Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos".

A partir de esta incorporación en la Nueva Constitución, la Mesa de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos elabora una propuesta para la consitucionalización de éstos, estableciendo como derechos fundamentales de toda persona:

- Derecho a una vida digna. No existe la pena de muerte. El Estado generará las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales que hagan posible que toda persona alcance un nivel de vida digno y tomará las medidas necesarias para proteger la vida de pérdidas no intencionales.
- Derecho a la libertad. Se prohíbe la esclavitud, la servidumbre, el tráfico y trata de seres humanos en todas sus formas.
- Derecho a la salud integral que comprende la salud física, psíquica, emocional y sexual.
- Derecho a la integridad personal. Quedan prohibidas, la tortura, las penas crueles trato inhumano, degradante o que implique violencia física, psicológica, sexual o coacción moral.
- Derecho a vivir libre de violencia. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar, en especial la violencia contra los niños, adolescentes y las mujeres, que ésta se cometa en el ámbito público o en privado.
- Derecho a desarrollar libremente su personalidad, sin más limitaciones que las impuestas por el orden jurídico y los derechos de los demás.
- Derecho a la honra, a la buena reputación y a la intimidad personal y familiar.
- Derecho a profesar la religión y practicar el culto de su preferencia con las únicas limitaciones que la ley prescribe para proteger los derechos de las/los demás.
- Derecho a guardar reserva sobre sus convicciones políticas y religiosas. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre ellas.
- Derecho a la confidencialidad. Nadie podrá utilizar la información personal de terceros sobre sus creencias religiosas, filiación política, salud, vida sexual, reproductiva y otra que en razón de su profesión o cargo le haya sido confiada.

- Derecho a la identidad. El Estado otorgará la identificación inmediatamente después del nacimiento, sin que la falta de documentos de la madre sea obstáculo para ellos. Se presume la paternidad del padre a quien señala la madre en tanto éste no demuestre lo contrario en proceso judicial contradictorio.
- Toda persona tiene derecho a formar familia. El Estado reconoce la diversidad de organización familiar: Las relaciones familiares se basan en igualdad de derechos y deberes y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en las familias será sancionada conforme a ley.
- Derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual y reproductiva. Nadie podrá ser objeto de intromisiones arbitrarias y abusivas en su vida sexual y reproductiva.
- Derecho a decidir tener o no tener hijos o hijas, el número de espaciamiento entre éstos. El Estado promoverá la maternidad y la paternidad responsables a cuyo fin pondrá a disposición de todas las personas información, orientación, educación y servicios de educación sexual y planificación familiar adecuadas a las necesidades de mujeres y hombres.
- Derecho a la educación. Ninguna mujer podrá ser impedida de continuar con sus estudios por su estado civil y embarazo.
- Derecho al trabajo. No podrán existir diferencias de salario por igual trabajo realizado por hombres y mujeres. Ninguna persona podrá ser despedida de su fuente de trabajo por embarazo, estado civil y orientación sexual. El Estado reconoce el valor productivo del trabajo doméstico.
- Derecho a participar en la conformación de los órganos del Estado, sea como electores o como elegibles, mediante la representación paritaria de hombres y mujeres.
- Derecho a la libertad de opinión y de expresión de pensamiento en todas sus formas a través de cualquier medio de comunicación, sin perjuicio de responsabilidades previstas en la ley.
- Derecho a rectificación y respuesta. La persona afectada por afirmaciones, pruebas inexactas, o agraviada en su honra por información o publicaciones no pagadas hechas por la prensa y otros medios de comunicación social, tendrá derechos a que estos hagan la rectificación correspondiente en forma obligatoria, inmediata y gratuita, y en el mismo espacio o tiempo de la información o publicación que se rectifica.
- Derecho de las víctimas de violencia de género a un recurso legal y efectivo que les permita acceder a la verdad, justicia y la reparación del daño causado.

Breve análisis del marco normativo que vincula discapacidad, derechos sexuales y derechos reproductivos²³

Considerando como los instrumentos internacionales más importantes en relación con discapacidad (Convención de la OEA sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad 1999; y la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad 2006), se encuentra que en la Convención de la OEA no se menciona el ámbito de la salud sexual y reproductiva ni de derechos sexuales y derechos reproductivos. En cambio, como una muestra de avance y en el reconocimiento de la inclusión de estos derechos de las personas con discapacidad, la Convención de las Naciones Unidas, tanto en su artículo 23 como en el artículo 25 inciso “a”, incorporan el derecho a la salud sexual y reproductiva, y el reconocimiento del derecho al ejercicio de su sexualidad:

“Artículo 23: Es menester eliminar la discriminación relacionada con el matrimonio, la familia y las relaciones personales. Las personas con discapacidad disfrutarán de igualdad de oportunidades de tener relaciones sexuales e íntimas, experimentar la procreación, contraer matrimonio y fundar una familia, decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, tener acceso a educación y medios en materia reproductiva y de planificación de la familia, y disfrutar de igualdad de derechos y responsabilidades con respecto a la tutela, el pupilage, el régimen de fideicomiso y la adopción de niños”.

“Artículo 25. Salud. 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 población”.

En materia normativa nacional salvo en el PNIEO (Plan Nacional de igualdad y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, 2006) no se incluye en ninguna ley, decreto o resolución ministerial ningún artículo relacionado con el ámbito de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad.

Asimismo, en el estudio sobre “Los derechos de las personas con discapacidad en la legislación comparada de la legislación comparada²⁴ a excepción de la Ley de Discapacidad de México que manteniendo un enfoque biomédico refiere que “...el Programa de Desarrollo e Integración para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal, que contemple acciones en materia de

²³ Para ver en detalle la normativa nacional e internacional en discapacidad ver Anexo I.

²⁴ Los derechos de las personas con discapacidad en la legislación comparada. Comisión Especial de estudio sobre discapacidad del congreso de la república. Fondo editorial del congreso del Perú. Fondo Editorial del Congreso del Perú, 2006. Correo electrónico: ondoeditorial@congreso.gob.pe; <http://www.congreso.gob.pe>

rehabilitación sexual (2.VI.c)” y la de Costa Rica que señala que “...se garantiza que las personas con discapacidad agredidas física, emocional o sexualmente, tratadas con negligencia, que no cuenten con una familia o se encuentren en estado de abandono, tengan acceso a los medios que les permitan ejercer su autonomía y desarrollar una vida digna”, no se encuentra, en los 17 países del estudio (Perú, Ecuador; Chile, Costa Rica, Colombia, Argentina, México, Panamá, Bolivia, Guatemala, España, El Salvador; Brasil, Korea, India, Inglaterra, Estados Unidos) ninguna referencia a salud sexual y salud reproductiva y menos a derechos sexuales y derechos reproductivos. En ambas legislaciones se mantiene la mirada de la victimización, donde lo sexual se inscribe en el ámbito de la agresión sexual, sino a qué otra cosa se refiere la “rehabilitación sexual”.

En definitiva, no hay un marco normativo nacional sólido referido al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad. El PNIEO es el único instrumento de política pública nacional que plantea la educación sexual y el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, pero no existe ningún mecanismo que asegure la implementación de tal política. En nombre de la “priorización” se ha establecido en el Ministerio de Salud sólo el registro de las personas con discapacidad, lo cual constituía una medida urgente, pero se ha postergado el acceso a salud sexual y reproductiva. En el ámbito de la educación sexual, los y las que tienen suerte de estar integrados probablemente han recibido información, pero quienes permanecen en los centros de educación especial no tienen acceso puesto que no existe una normativa sobre la currícula de educación especial. No se hable del disfrute pleno de su sexualidad, eso no está escrito ni reivindicado.

Resultados

Los resultados se han organizado con base en las categorías de análisis planteadas: Percepciones sobre sexualidad, reproducción, salud sexual y salud reproductiva; acceso a información en DS y DR; necesidades y valoración sobre DS y DR de PCD; acceso de PCD a servicios en SS y SR; condiciones de los servicios de SS y SR (sólo en el caso de las instituciones de SS y SR); y percepciones sobre discapacidad.

Personas con discapacidad

La mayoría de los y las participantes tanto en las entrevistas grupales como individuales está estudiando el nivel escolar.

Salvo cuatro personas que superaban los 35, la edad promedio fue de 21 años, teniendo la de menor edad 15 años.

Todas las personas que participaron en las entrevistas grupales están estudiando en algún CEMA y paralelamente van a centros de educación especial. Ninguno ha salido bachiller y salvo un caso, se encuentran cursando primaria.

Las personas con discapacidad física presentan menos dificultades de acceso al sistema escolar; 3 de los 4 entrevistados concluyeron el nivel universitario.

La participación grupal, en general, ha sido positiva. Cuando se tocaba el tema de sexualidad la primera respuesta era ruborizarse, ocultar el rostro, sonreír. Ninguna otra pregunta ha generado esa respuesta.

Todo y todas las participantes mostraron una amplia disposición de participar; dificultándose únicamente el factor tiempo, en los profesionales por sus actividades laborales que suponían el cierre de gestión y los ajustes a sus planes anuales; y en los y las estudiantes por estar en período de exámenes y en proceso de concluir sus labores escolares.

Las respuestas no manifiestan diferencias sustanciales entre lo que responden los hombres y lo que responden las mujeres. Pese a que los grupos fueron mixtos, las participaciones fueron equitativas entre ambos.

Las respuestas más elaboradas, en general, han sido de las madres entrevistadas, las cuales también son profesionales y líderes de la "Red Equidad por la inclusión de las personas con discapacidad" de la ciudad de La Paz.

Percepciones sobre discapacidad

En general, la percepción que los y las entrevistados/as tienen sobre discapacidad, se refiere a su condición de diferentes. Las personas entrevistadas con discapacidad sensorial son quienes más hablan de "impedimento", de algo menos, de lo normal y no normal:

"...es pues bien diferente, necesito siempre mi intérprete" (persona con sordera)

"...es un impedimento..." (persona con ceguera)

"O sea cómo lo puedo explicar...un sentido menos" (grupo personas con sordoceguera y ceguera)

"...es la verdad así, con otra persona vidente no podemos igualar" (grupo personas con sordoceguera y ceguera)

“..Nada es normal y siempre necesitamos un ayuda” (grupo personas con sordoceguera y ceguera)

“...es algo normal. Lo único que nos impide acceder a muchas cosas, especialmente en estudio...” (persona con discapacidad física)

“...es algo misterioso, algo diferente” “...y para mí es algo...experimentar algo bueno, lindo, sí, como decir...algo triste” (persona con sordoceguera)

En muchos casos la reacción frente a la pregunta no ha sido inmediata, y en varias ocasiones personas ciegas no han asociado el concepto de discapacidad a su condición considerándose como personas no videntes:

“Las personas que tienen problemas mentales, eso” (persona con ceguera)

“...nosotros..... no podemos ver pero no tenemos otro..defecto... únicamente tenemos dificultades de ver pues somos como cualquier persona normal” (persona con ceguera)

“Para mí es cuando estás en silla de ruedas, para nosotros creo que tenemos otro nombre” (persona con ceguera)

“Discapacidad es lo que no puede combinar bien...” (persona con ceguera)

Las personas con discapacidad física y las mamás de hijos con discapacidad intelectual son quienes han referido una concepción más positiva, es decir, planteándola como diferencia pero no como impedimento ni como enfermedad.

“..no se...es una forma de vida creo ¿no?” (persona con discapacidad física)

“es una diferencia en hacer algunas actividades de la vida diaria, no es enfermedad” (física)

“es una forma más de la diversidad humana” (madre I, con hijo con discapacidad mental)

“limitación que existe en el desarrollo...físico o mental,...que no le impide desarrollarse íntegra como persona...sino que requiere de algunos apoyos, no es una carencia”(madre, con hijo con discapacidad mental)

Se observa que para definir la discapacidad se mantiene como referencia la “normalidad”, lo que sugiere la necesidad de reafirmación de que son, en un sentido, “iguales” a las personas sin discapacidad.

Manifiestan también sus sueños, sus proyectos, su voluntad de enfrentar la vida, y aunque se refleja también sentimientos de tristeza en sus expresiones, tienden a primar su voluntad de lograr “hacer cosas”, de mantener una mirada más esperanzadora y de trabajar consigo mismos:

“no vale la pena de sentirse mal porque como somos no hay que lamentar...hay que seguir la vida como es!” (persona con sordoceguera)

“...es de ambos lados, es la sociedad que cree que es enfermedad pero también las personas con discapacidad, también nos desvalorizamos”(persona con discapacidad física)

“...eso tenemos que demostrar, que nosotros somos personas iguales y que...tenemos que hacer nuestra vida”(persona con discapacidad física)

Esta última frase refleja, sin duda, los efectos de una sociedad discriminatoria y segregadora, en la que las personas con discapacidad tienen que “demostrar” que son personas, lo cual remite a la idea de que si tienen que demostrar que lo son, es porque viven en un entorno, una sociedad que no las reconoce como tales.

40

Percepciones sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva

Una tendencia marcada es el asociar tanto la sexualidad como la salud sexual y salud reproductiva con sexo y principalmente asociar sólo a la pareja la relación sexual, el “contagio sexual”, la prevención, y la anticoncepción.

No diferencian la sexualidad de sexo, muchos y muchas manifiestan no saber qué es sexualidad o que han escuchado hablar del tema alguna vez y no se acuerdan. La asociación inmediata recurrente está referida a evitar infecciones, las mismas que se mencionan sólo de manera genérica, sin referirse a que son de transmisión sexual o “venéreas”, y en el mejor de los casos las personas entrevistadas hablan del VIH/Sida.

“he escuchado pero no me acuerdo”(grupo personas ciegas)

“evitar enfermedades”(grupo personas ciegas y sordociegas)

“de oído sé, hay que cuidarse del SIDA que es incurable eso he escuchado”

“Cuando hay sexo” (persona con sordera)

“No se mucho”(persona ciega)

“por sexualidad... entonces hacen entre parejas relación sexual”(grupo personas ciegas)

“relación sexual”(grupo personas con sordera)

“no he escuchado”(grupo personas con sordera)

“creo que la sexualidad es diferente al sexo, no sé en realidad”(persona con discapacidad física)

“métodos anticonceptivos” (personas con discapacidad física)

Un elemento que llama la atención y que se manifestó en los tres grupos, es el tema de la higiene, asociada a la salud sexual y salud reproductiva, elemento que también estuvo presente en algunas entrevistas individuales.

“Hay que cuidar la higiene”(grupo personas con sordera)

“la higiene es importante”(persona sordociega)

Aunque no ha sido una constante, un elemento que surgió denota la desinformación desde el enfoque de género puesto que han mencionado que son las mujeres quienes “contagian”, quienes serían transmisoras de enfermedades:

“les ataca a las que están con varias personas”(grupo personas con ceguera)

“...la mujer se casa con su enamorado y...tiende a traicionar” (cuando se estaba hablando de salud sexual y reproductiva) (grupo personas con sordera)

“...es muy difícil el cuidado del cuerpo, la salud de un sordo es mejor...ejemplo, las prostitutas... he visto muchas, buscando, voy a visitarles siempre, yo les pago”(persona con sordera)

“a mí me han hablado que no hay que estar con cualquier mujer”(persona con ceguera)

“algo que las mujeres producen enfermedades” (cuando se estaba hablando de salud sexual y salud reproductiva) (grupo personas con sordoceguera y ceguera)

“...me han hablado que las mujeres producen enfermedades”(persona con sordera)

Ambas madres manejan el concepto de la sexualidad en su acepción más amplia, es decir, diferenciada de la categoría de sexo y la consideran como parte del desarrollo humano. Manifiestan que los y las jóvenes con discapacidad intelectual sienten lo mismo que cualquier otro joven.

“la sexualidad es una cosa hermosa del ser humano, son las cosas que ha movido a la humanidad, hace gozar de tus edades, empieza cuando naces ytermina cuando mueres”(madre 1)

“tiene que ver desde cómo te percibes a ti mismo...esa manera de ser que la vamos desarrollando”(madre 2)

A excepción de una de las mamás, solo una persona ha hecho referencia al sentirse bien con el sexo (no la sexualidad): “hay que sentir el sexo, se siente bien comunicar, explicar y continuar”, es decir, que la dimensión del placer ha estado básicamente ausente del discurso de las personas con discapacidad.

Necesidades y valoración sobre derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad

Se observa poco conocimiento sobre el concepto de derechos sexuales y derechos reproductivos, y en general en reconocerse como sujetos de derechos. Su discurso no reivindica, por ejemplo, su derecho a la información, su cuestionamiento respecto a que han tenido escaso acceso a la educación sexual. Tienden a describir lo que saben o no saben, sin expresar sus demandas, y más bien asumiendo una suerte de resignación cuando manifiestan que en sus centros de educación especial o en los CEMA no les han hablado de sexualidad ni de salud sexual y salud reproductiva, y menos de derechos. Muy pocos hablan de sus derechos como tales, o los asocian con defenderse:

“Tenemos derecho, no podemos obligar” (grupo personas con ceguera)

“Si, tenemos derecho a defendernos y hacer el amor” (grupo personas con sordoceguera y ceguera)

En general, expresan necesitar información en salud sexual y salud reproductiva, están interesados e interesadas fundamentalmente en anticoncepción y prevenir infecciones de transmisión sexual.

Asimismo, han planteado necesidades de información sobre el aborto, la responsabilidad, sobre los gays, tener charlas, de que se de más información, a nivel nacional, sobre las relaciones sexuales y trabajar con los padres/madres.

“eso yo quisiera preguntarme, para no tener harta familia” (personas con ceguera)

“Aborto” (personas con ceguera)

“Saber por dónde van los espermatozoides” (personas con sordera)

“Cómo es el embarazo, cómo prevenirlo” (personas con sordoceguera y ceguera)

“Cómo hay que ser responsable” (persona con discapacidad física)

“Hay que hacer más propaganda, más información en toda Bolivia” (personas con sordera y sordoceguera)

“sobre los gays” (persona sordociega)

“Tener una charla porque una se asusta la primera vez...” (persona con discapacidad física)

“cómo se lleva el proceso de un bebé” (persona con discapacidad física)

“tener relaciones, qué no se debe hacer, qué se debe hacer, todo eso” (personas con ceguera)

Señalan, por último, su necesidad de acceder a información en braille, macrotipos y discos compactos, y sugieren trabajar con las personas con discapacidad física sobre autoimagen y autoestima.

Acceso a información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos

El acceso a información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos por las personas con discapacidad es escaso. Frente a la pregunta sobre tales derechos tienden a vertir las mismas percepciones que expresaron en salud sexual y salud reproductiva, y en general, salvo dos excepciones, no identifican los derechos como tales.

Asimismo, en general no han tenido acceso a información ni en salud sexual y salud reproductiva ni en derechos sexuales y derechos reproductivos, siendo escasa o nula la información vía algún personal de salud o sus familias.

“mi hermano me habló de usar condón para prevenir enfermedades y el SIDA”(persona con discapacidad física)

“nunca me han hablado mis papás”(persona con discapacidad física)

Tanto en los centros de educación especial como en los CEMA señalan no haber recibido ninguna información este año (2008) y algunos refieren que les hablaron una vez en años anteriores. También refieren en el caso de las personas ciegas que en su escuela no les dejan hablar de sexualidad:

“eso es delito, no tenemos derechos”(personas ciegas)

“en mi escuela no nos dejan hablar”(personas sordociegas y ciegas)

De quienes recibieron alguna información recuerdan que les hablaron sobre el condón, teniendo algunos la oportunidad de sentir los modelos de los órganos genitales tanto de la mujer como del hombre, y a otros/as sólo tuvieron una charla. Unos/as pocos (de discapacidad física únicamente) refieren haber tenido acceso a información en espacios públicos:

“he escuchado del CIES” (cuando fue a encontrarse con una amiga que trabaja allí) (persona con discapacidad física)

“he escuchado en campañas, ferias, en la calle, las plazas”(persona con discapacidad física)

Ninguno recibió información en braille o lengua de señas. En la experiencia de una de las personas sordas, tuvo acceso a un video, pero que no tenía el recuadro en lengua de señas.

De las personas que manifestaron haber recibido información en un centro de salud, eran mujeres y habían estado embarazadas, motivo por el cual asistieron a un centro de salud y allí les hablaron de anticoncepción. Unos pocos refieren haber oído sobre derechos en la televisión.

En el caso del grupo de las personas sordas entrevistadas se ubicaban en la palabra “derechos” haciendo ellos mismos referencia a los derechos de los niños. No conocían las palabras derechos sexuales y derechos reproductivos en lengua de señas; asimismo, tampoco conocían en señas el término sexualidad, pensaban que era sexo, término para el cual si tenían una seña. Para ellos es lo mismo sexo y sexualidad, tampoco en la lengua de señas boliviana (que aún no es oficial) existe tal diferenciación.

Sólo dos de los entrevistados hablaron sobre derechos. Las personas mayores de 30 años tendieron a hablar más en función de otras personas más que de sí mismas:

“derecho de tener pareja, de tener hijos”(persona con discapacidad física)

“derecho a la identidad sexual, a decidir sobre la reproducción, a la no violencia”(persona con discapacidad física)

“mi cuerpo es un derecho”(persona con sordera)

“decidir cuándo ella quiere y cuándo no”(personas ciegas)

Uno de los testimonios que plantea un cuestionamiento al respecto es de una de las personas entrevistadas con discapacidad física adquirida, quien señala que a partir de su condición de discapacidad no ha vuelto a recibir información alguna sobre sexualidad ni derechos sexuales y derechos reproductivos:

“...desde el momento que me he accidentado nadie me ha hablado ¿no? como si ya no tendría ese derecho porque estoy en una silla de ruedas, que estoy enferma... piensan que las personas con discapacidad no tenemos relaciones sexuales...y creen...que no están expuestas a que puedan adquirir algún tipo de enfermedad (sexual)” (persona con discapacidad física)

Asimismo, la mayoría señala que no han recibido información en espacios de encuentro de personas con discapacidad, aunque la tendencia es que las personas con discapacidad física tienen menos problemas de acceso a información.

Acceso de personas con discapacidad a servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Salvo las mujeres que estuvieron embarazadas y el caso de dos de ellos en los que aparentemente se tuvo una molestia a nivel de los genitales, y otro cuya familia sí le ha hablado sobre el tema, ninguno/a ha ido a buscar servicios de salud sexual y reproductiva.

De las personas sordas que asistieron a buscar servicios médicos en general, no recibieron apoyo de interpretación, llevaron a alguien porque el hospital no tenía intérprete.

En general, ningún personal de salud les ha hablado de salud sexual y salud reproductiva.

Dado que en lo que se refiere a discapacidad intelectual se abordó su situación desde las voces de las madres, y en ese sentido, difieren de las de las personas con discapacidad, cabe señalar que ellas sí reivindicaron fuertemente el derecho de sus hijos e hijas, planteando críticas constructivas a la posición de padres y madres en su situación quienes suelen ser los primeros en oponerse a los derechos sexuales y derechos reproductivos de sus hijos e hijas. La recomendación de ambas es trabajar principalmente con los padres y madres.

Centros de educación especial

Respecto a la concepción de discapacidad no hay un consenso. No se visualiza un enfoque de derechos, y menos la inclusión de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Las tres instituciones refieren no tener un programa específico sobre educación sexual, ni tampoco que esté incorporada en la currícula que manejan. La incorporación o no de contenidos en educación sexual depende de la posición personal que tengan el plantel educativo.

Las acciones que se han realizado han surgido básicamente de ofertas que han realizado otras instituciones, y no han respondido a una línea programática que se hayan planteado.

Es recientemente, 2007 y 2008, que se realizaron acciones en función de la necesidad de trabajar en educación sexual y de los procesos de enamoramiento que viven los y las jóvenes en sus instituciones.

Ninguna conoce centros de salud sexual y salud reproductiva donde saben que pueden referir a sus estudiantes con discapacidad. En todas se manifiesta una voluntad importante para encarar el tema.

Instituciones de salud sexual y salud reproductiva

Percepciones sobre discapacidad

Las definiciones sobre discapacidad son generales, se visibiliza con mayor énfasis a la discapacidad física y mental. Se considera a las personas con discapacidad como sujetos de derechos, que necesitan igual que todos recibir información y atención en salud sexual y salud reproductiva.

“...pienso que la discapacidad es alguna limitación que tiene una persona respecto al común de la gente... Que hace a esta persona diferente, pero que no le hace una persona que no puede ejercer sus derechos...”

“Discapacidad es que una persona que le falta una mano digamos, es una persona que le falta un pie, es una persona que tiene una dificultad para hablar o para escuchar, pero no por eso no tiene la capacidad intelectual... la discapacidad por lo general es física...”

“Es una carencia no siempre puede ser física... A veces puede ser espiritual o emocional también que tal vez son las más difíciles de llevar adelante...”

“Es una limitación que puede tener una persona, ya sea física o mental”.

Sobre las necesidades de información en temas de salud sexual y salud reproductiva todas y todos los entrevistados manifiestan que las personas con discapacidad tienen derecho a recibir toda la información como cualquier otra persona, que para ello se debe adaptar el currículo y en algunos casos enfatizar más algunos temas.

“Todos los que le pueden interesar a cualquier otro joven, en realidad la discapacidad no limita el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la persona... puede haber algunos temas en los que hay que hacer más énfasis tal vez; por ejemplo el tema de la vulnerabilidad. Por ejemplo una adolescente que tenga alguna discapacidad puede estar expuesta en mayor grado a una violación por ejemplo”

“...Para mí si bien tiene una discapacidad, es como cualquier joven y todo lo que es sexo tiene curiosidad y hay que enseñarles de la mejor forma posible...tienen cierta discapacidad en alguna área, nada más, pero sienten todo como cualquier persona; es una persona”.

Una de las personas entrevistadas considera que es el Estado el encargado de formular normas, políticas y programas para la atención de las personas con discapacidad, de esta manera se daría la línea de trabajo para las instituciones que brindan atención en salud sexual y salud reproductiva.

“...no hay políticas, no hay leyes, no hay normas que permitan que personas con discapacidad accedan a servicios de salud sexual y salud reproductiva integrales...el Estado es la instancia que debería liderizar este proceso. Si el Estado incluiría en sus normas estos elementos, obviamente, está cumpliendo su mandato y está ayudando a que nosotros como instituciones contribuyamos a esas políticas”

47

Percepciones sobre sexualidad y salud sexual y salud reproductiva

En general, en las instituciones se concibe la sexualidad de manera integral, se plantea que tiene que ver con la capacidad humana de relacionarse como seres sexuados con el mundo y con otros seres humanos, que toca aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y que tiene que ver con el ejercicio de derechos.

“La sexualidad es el ejercicio pleno que tiene una persona respecto a su vida, al ejercer su sexualidad de manera integral y/o psicosocial, que le permite desarrollarse como una persona dentro de la sociedad...nuestro enfoque sobre la sexualidad es que la persona ejerza su sexualidad de manera libre y voluntaria...”

“Es una forma de vida en sí, abarca nuestra propia existencia, es la forma de cómo nos expresamos, percibimos nuestro entorno, nos relacionamos con los unos y los otros”.

“La sexualidad se refiere a todo lo que es relaciones sexuales, autoestima, las relaciones interpersonales, se refiere a un completo estado físico, mental y social...”.

“No solamente las relaciones sexuales, si no las relaciones interpersonales... es toda tu vivencia que vas teniendo. Desde que eres niño hasta que mueres...”

La reproducción la relacionan con los aspectos del potencial reproductivo de las personas, que tiene que ver con procesos como el embarazo, parto y principalmente la libre decisión de las personas de determinar el número de hijos y el mejor momento para tenerlos.

“La parte reproductiva está más relacionada con el proceso en el cual puede existir el completo bienestar, igual físico y mental y relacionado a lo que son los órganos reproductores, el embarazo, el desarrollo del embarazo; incluye también lo que es el parto”.

“La reproducción es una decisión de una persona de determinar el número de hijos que quiere tener, cuándo y qué espaciamiento quisiera darle”.

“Es una edad donde mujer u hombre están en plena edad para reproducirse siempre que ellos lo consideren así”.

Sobre la salud sexual y salud reproductiva el enfoque de las instituciones es de derechos. Se refieren al estado de bienestar de las personas y su derecho a recibir atención en temas referidos a su sexualidad, en el área médica como en la educativa. La salud sexual y salud reproductiva es concebida como el ejercicio del derecho que posibilita vivir la sexualidad de manera responsable y libre.

“Es el ejercicio de la sexualidad y la reproducción de manera libre de las personas”.

“Es ese bienestar físico, biológico, psicológico y social...es la forma en que nosotros vamos a vivir nuestra sexualidad en relación con nosotros mismos, nuestra pareja...viene a ser la parte de tener hijos o no..., prevención de las infecciones de transmisión sexual y últimamente se ha incluido la detección de cáncer cuello intrauterino, de mamas, de testículos...Es la opción de cada persona de cómo lleva su forma de vida”.

“...es el derecho que tienes como persona a...decidir cuántos hijos tener, cuándo en qué momento los vas a tener, sin ningún tipo de presión, sin ningún tipo de cosas que altere tu decisión”.

Necesidades y valoración sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de personas con discapacidad

Todas las instituciones que manifiestan la importancia que tiene el brindar atención a las personas con discapacidad, sin embargo, no tienen una estrategia definida para hacerlo de manera adecuada.

Una sola institución, CIES La Paz, manifiesta haber trabajado educación sexual con personas con discapacidad y haber hecho adaptaciones a su currículo para atender a esta población. No obstante, no constituye una de las poblaciones de alcance en sus metas.

“...hemos hecho trabajo con el Instituto Boliviano de la Ceguera...ahí se ha hecho una capacitación con 40 personas entre hombres y mujeres que también han venido a los servicios de CIES”.

“...otro trabajo que hicimos este año fue trabajar con el IDAI²⁵ y el Erick Boulter pero desde su personal administrativo, educativo y médico. El instituto Erick Boulter atiende a personas discapacidad de audio...entonces ahí...se ha adaptado unos módulos el “Para vivir bien nuestra sexualidad”...hemos trabajado en base a dibujos, las técnicas eran dibujos, rompecabezas, claro pero los temas del módulo eran igual, lo que se hacía era la adaptación de la técnica”.

Todas las instituciones están interesadas y tienen apertura para atender a personas con discapacidad. Consideran la necesidad de visibilizar y posibilitar el ejercicio de derechos de esta población. Reconocen que para hacerlo requieren mayor conocimiento y capacitación en el tema.

“Sería interesante dar la importancia que se merece este grupo de personas para poderles brindar el mismo derecho a la información y que ellos son capaces de tomar sus decisiones y que se los está invisibilizando...”

“...de hecho la nueva clínica que tenemos hemos pensado en personas con discapacidad física sobre todo y ahí estamos haciendo construir los baños para personas con discapacidad, después se ha pensado también en lugares o espacios o de que forma podemos tener que las personas tengan un mejor acceso a la clínica...”

“...sería excelente aunque esa es la dificultad; ahora me recuerda hemos tenido una cantidad aunque no masiva... entonces no sabíamos cómo comunicarnos con ella y más bien que escribía... hemos venido tratando estos pacientes y la dificultad está en que nos limita la comunicación...”

“No había mucho esto, ha hecho que lo vea, ¿en qué sentido? En que las capacitaciones cuando uno las quiere las recibe, hay muchas instituciones que están dispuestas a hacerlas siempre y cuando uno vaya y las solicite, entonces al visibilizarlas uno las puede agarrar y hacerla reales en el centro”.

En CIES La Paz han incorporado dentro de su personal voluntario a dos personas con discapacidad para realizar trabajo con jóvenes líderes.

“Hasta ahora, tenemos dos personas con discapacidad que están viniendo a CIES y que son líderes juveniles...que están años en nuestra institución”.

Acceso a información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos

En todas las instituciones se brinda atención e información en derechos sexuales y derechos reproductivos. Cada una define sus prioridades de acción de acuerdo a su misión institucional, se enfatiza el tema de derechos y de brindar servicios integrales que no sólo abarca la anticoncepción.

“brindar a las instituciones y a las personas; la posibilidad de acceder a servicios integrales de SSYR con un pleno ejercicio de derechos”.

“... estamos enfocados en lo que es SSYR, entregando servicios de planificación familiar... todos los métodos anticonceptivos, toda la gama de métodos anticonceptivos, normado y regido por el Ministerio de Salud”.

“...también servicios de SSYR las cuales integran el Papanicolaou, control prenatal, detección de cáncer precoz, infecciones de transmisión sexual y todo ese tipo que es la SR”.

Ninguna produce material de información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en braille o lengua de señas, lo que limita el acceso a información de las personas con discapacidad sensorial. Asimismo, no tiene material dirigido a padres/madres de personas con discapacidad intelectual.

Acceso de personas con discapacidad a servicios en salud sexual y salud reproductiva

Todas las instituciones refieren la atención de personas con discapacidad pero no existe un registro que permita la visibilización de las atenciones, a excepción de los casos de anticoncepción definitiva a personas con discapacidad mental que requieren consentimiento informado.

“No, si a lo largo de estos años hemos atendido personas con discapacidad, pero no tenemos un registro de cuántas personas hemos atendido”.

“...el registro de personas que han sido atendidas con discapacidad, no tenemos en relación al número de personas...o al número de opciones de métodos anticonceptivos modernos, exceptuando los métodos definitivos”.

“Ahí registramos, porque para optar a estos servicios como una vasectomía o una ligadura de trompas, nosotros tenemos el consentimiento informado...en la historia misma de consentimiento informado, puede ponerse que esta persona sufre una discapacidad y ya optar por este método anticonceptivo”.

“Vienen, pero generalmente vienen del psiquiátrico para el método de AQV (ligadura de trompas), generalmente lo que pretende la familia es de que esta señora con discapacidad no se embarace, aquí sí se da la orientación a la familia de lo que es AQV...pero aquí el Ministerio solicita que tiene que ser el que autorice el AQV el juez”.

En ninguna de las instituciones hay información específica para personas con discapacidad, ni se cuenta con personas que conozcan a profundidad el tema y maneje, por ejemplo, lengua de señas. Las capacitaciones del personal no incluyen en ningún punto referido la discapacidad.

Las instituciones mencionadas de referencia en atención a personas con discapacidad son el IDAI, Erick Boulter y el Instituto Boliviano de la Ceguera. Sin embargo no todos los entrevistados las conocen.

Condiciones de los servicios de salud sexual y salud reproductiva

Los resultados de las observaciones muestran de manera concreta lo siguiente:

Ninguno de los centros observados tiene material audiovisual en sala de espera con el recuadro en lengua de señas o subtítulo, ni cuenta con material impreso en braille.

Sólo uno de los centros observados tiene rampas de accesibilidad física en todos los pisos o espacios de consulta, y ninguno tiene ascensor; aún estando en tres pisos en algún caso.



Ninguno tiene pistas para personas ciegas, sordociegas y con baja visión.

Cuatro de los cinco centros tienen baño accesible para silla de ruedas.

Dos de las ONGs tienen un espacio dirigido a niños y niñas., y uno de los centros estatales cuenta con un parque infantil.

De la información escrita que proveen los centros, ninguno incluye alguna referencia a las personas con discapacidad.

Ninguno tiene señalizaciones en braille y/o en lengua de señas. Asimismo, no se cuenta con ninguna información sobre los derechos de las personas con discapacidad en cualquier formato.

52



La información ha permitido constatar que ninguno de los centros observados, ni estatal ni privado es accesible a las personas con discapacidad tanto en información y educación como en lo arquitectónico.

No obstante, los centros privados mostraron un alto interés en poder adaptar su información y el centro para aportar al acceso de personas con discapacidad. El Hospital de la Mujer fue uno de los centros que más barreras puso para lograr realizar la observación, y lo mismo sucedió con las entrevistas.



Conclusiones

Sobre las instituciones de salud sexual y salud reproductiva

- Pese a que la difusión sobre derechos que realizan se refiere a todos y todas, ésta no incluye estrategias de información para las personas con discapacidad.
- Ninguna de las instituciones que brinda servicios en salud sexual y salud reproductiva incluye a las personas con discapacidad.
- Salvo esfuerzos esporádicos, básicamente no incorporan en sus metas el alcance a personas con discapacidad.
- No ha habido ninguna línea programática en la que asigne presupuesto ni líneas de trabajo dirigidas a personas con discapacidad.
- Ninguna de las instituciones cuenta con un registro que visibilice a las personas con discapacidad que asisten a sus centros.
- Hay una manifiesta voluntad en las ONGs del estudio a desarrollar estrategias que incluyan a las personas con discapacidad.

53

Sobre los centros de educación especial

- Reconocen que no tienen ni programas ni líneas de trabajo en educación sexual.
- Reconocen la necesidad de incorporar contenidos de educación sexual para trabajar con los y las jóvenes.
- En la lengua de señas que manejan no se cuenta con términos referidos a cuestiones específicas de sexualidad, salud sexual, salud reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos.
- No cuentan con información en braille ni sobre sexualidad, ni salud sexual, salud reproductiva, ni sobre derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Abordan a los y las jóvenes de manera coyuntural, cuando los/las ven en parejas.
- Ninguna conoce centros de salud sexual y salud reproductiva donde puedan referir a los y las estudiantes.
- Los y las profesores no están informados ni capacitados en derechos sexuales y derechos reproductivos
- Se constata la voluntad y predisposición a trabajar en educación sexual tanto con los y las estudiantes como con padres y madres.

Sobre las personas con discapacidad

- La mayoría no ha tenido acceso a información en educación sexual.
- La mayoría no ha tenido acceso a información en salud sexual, salud reproductiva, sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.
- La mayoría no identifica que tiene derechos sexuales y derechos reproductivos.
- La mayoría percibe que el centro al que asisten no es un espacio en el que tienen derecho a hablar sobre sexualidad.
- Básicamente ninguno/a ha tenido acceso a información en sexualidad a través de sus padres/madres o vía algún personal de salud.
- Ninguno/a (excepto por embarazo) ha acudido en busca de servicios de salud sexual y reproductiva.
- Todos y todas manifiestan la necesidad de acceder a información en temas de sexualidad, salud sexual y salud reproductiva.

Recomendaciones

- Desarrollar e impulsar la implementación de estrategias sostenidas sobre educación sexual dirigida a la población con discapacidad en sus diversas manifestaciones y formas de aprendizaje.
- Desarrollar e impulsar la implementación de estrategias sostenidas de capacitación dirigida a los planteles docentes de los centros de educación especial y de educación alternativa donde acuden las personas con discapacidad.
- Desarrollar material de apoyo especializado de acuerdo con el tipo de discapacidad como audiolibros, videos subtitrulados, videos con recuadro de lengua de señas, macrotipos, información en medios magnéticos.
- Impulsar la incorporación de educación sexual en las adaptaciones curriculares para estudiantes con necesidades educativas especiales, asociada o no a discapacidad.
- Establecer alianzas con los gobiernos municipales, los centros de educación especial y de educación alternativa para garantizar la incorporación de educación sexual.
- Impulsar en la Dirección nacional de Comunicación la incorporación de lengua de señas y/o subtítulos en los programas de información sobre derechos y sobre sexualidad.
- Promover en los centros de salud sexual y reproductiva la eliminación de barreras arquitectónicas.
- Promover la incorporación de información y señalización en lengua de señas y en braille, así como pistas de referencia para el acceso de personas ciegas y sordociegas en los centros de salud sexual y salud reproductiva.
- Incorporar a las personas con discapacidad como una de las poblaciones objetivo en las estrategias de difusión del Observatorio de los derechos Sexuales y Reproductivos y en las instituciones de derechos humanos.
- Desarrollar capacitaciones al personal de los centros de salud sexual y salud reproductiva en atención a las personas con discapacidad.
- Impulsar que al menos una persona del plantel de los centros de salud sexual y salud reproductiva se encuentre capacitada en lengua de señas.

Bibliografía

Publicaciones impresas

1. Boaventura de Sousa Santos. "Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social", 2006
2. CONALPEDIS – Tukuypacha-TDH. *Discapacidad Directorio 2008*
3. CONALPEDIS. Programa Registro Unico Nacional de Personas con Discapacidad. 2007
4. Corona Vargas Esther, Ortiz Gema (Compiladoras). "Hablemos de educación y salud sexual. Manual para profesionales de la educación". Volumen I Contenidos. México 2005.
5. Defensor del Pueblo. Estado de Situación sobre la inserción laboral de personas con discapacidad. 2006.
6. Defensor del Pueblo. Investigación de oficio sobre la situación de los centros de educación especial. 2004.
7. Defensor del Pueblo. Ley de la persona con discapacidad No. 1678 y Decreto Supremo No. 24807 de Reglamento a la Ley 1678. Edición 2007.
8. Defensor del Pueblo. Situación actual de las personas con discapacidad. 2003.
9. Esther Corona Vargas, gema Ortiz (Compiladoras) "Hablemos de educación y salud sexual. Manual para profesionales de la educación". Volumen I Contenidos, México 2005
10. Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), Mesa Nacional de Vigilancia de los derechos sexuales y reproductivos "Propuesta para la constitucionalización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Primera edición La paz Bolivia 2008.
11. Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), Mesa Nacional de Vigilancia de los derechos sexuales y reproductivos "Propuesta para la constitucionalización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Primera edición. La Paz Bolivia 2008.
12. Kamijo, Takako. 2006. Estudio Estadístico de la Población con Necesidades Educativas Especiales que asisten a Centros de Educación Alternativa; Ministerio de Educación y Culturas y JICA
13. Mujica, Javier y Calle, Luz Elena. "Los derechos de las personas con discapacidad en la legislación comparada". Comisión especial de estudio sobre discapacidad (CEEDIS). Congreso de la República del Perú. 2004
14. Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. "Engrosando los hilos de la exigibilidad". Cecilia Terrazas. CTIC. La Paz, Bolivia. 2008
15. OPS/OMS. Política Pública en Discapacidad, 2002, Cf. CIF, 2001,
16. Respuestas de las instituciones de Derechos Humanos de Bolivia a las Directrices (e/c. I2/bol/2) planteadas por el Comité DESC al Estado boliviano sobre el cumplimiento del

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Capítulo Boliviano de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bolivia, Marzo 2008.

17. Salvador Camacho, artículo sobre la “Sexualidad en contexto” http://www.enkidumagazine.com/art/2006/010306/E_018_010306.htm
18. Tukuypacha-Tierra de Hombres Holanda. Compendio Discapacidad y Legislación. 2008
19. Vice-ministerio de Género y Asuntos Generacionales. “Bolivia: Informe de avance para la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”, 2007
20. Vice-ministerio de Género y Asuntos Generacionales. Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos “Bolivia Para Vivir Bien”, 2008

Páginas web (Todas las consultas se las realizó en noviembre, 2008)

1. Álvarez Luís Pérez, Proyecto Esperanza, Camagüey 2004, www.cadenagramonte.cubaweb.cu/proyecto_esperanza
2. Banco Interamericano de Desarrollo
3. <http://www.iadb.org/sds/doc/Rev2bEditedDisability-EducationPorter.pdf>
4. Banco Mundial. www.bancomundial.org/temas/resenas/discapacidad.htm
5. Camacho Salvador, artículo sobre la “Sexualidad en contexto” http://www.enkidumagazine.com/art/2006/010306/E_018_010306.htm
6. CIF. Páginas oficiales de la CIF en el sitio de la OMS: <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>.
7. es.geocities.com/mr_herraiz82/historia_discapacidad.htm
8. Esclavitud de por acá (la de ébano y la de los otros) y la historia paralela (Primera Parte: Años 1000 a. C.—1824 d. C.), Carlos Gamero Esparza, Lima – Perú. www2.uah.es/vivatacademia/anteriores/n80/docencia.htm
9. INE Bolivia. www.ine.org.bo
10. Piédrola Gil, “Medicina preventiva y salud pública”, , 10ª edición, MASSON, p. 7. books.google.com.bo
11. Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica www.sns.gov.bo
12. Trujillo Ana Lía, Ps. Psicología de la discapacidad (I). Conceptualización. Universidad Católica de La Plata, Sede Rosario, Facultad de Psicología. Este artículo proviene de Isabel Acosta <http://www.isabelacosta.com> La dirección del artículo es <http://www.isabelacosta.com/modules.php>
13. www.onu.org. “Discapacidad y Naciones Unidas”, 2001
14. www.un.org/spanish/disabilities

Anexos

1. Marco Normativo Discapacidad (nacional e internacional)
2. Guía entrevistas individuales a personas con discapacidad
3. Guía entrevistas grupales a personas con discapacidad
4. Guía entrevista familiares de personas con discapacidad intelectual
5. Guía entrevista instituciones de discapacidad
6. Guía entrevistas a instituciones de salud
7. Guía de observación a instituciones de salud sexual y salud reproductiva

Anexo 1

Marco normativo discapacidad

Marco normativo internacional

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948
- Convención Relativa a La Lucha Contra Las Discriminaciones En La Esfera De La Enseñanza, 1960. Pendiente de ratificación
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de 1966, Art. 13 y 14.
- Declaración sobre el progreso y el desarrollo en lo social, 1969
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1975
- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad 1999, ratificada por Ley N° 2344, 2002
- Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas de la Organización Internacional del Trabajo (Convenio 169)
- La Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. AG.26/2856, 1971
- Declaración de los Derechos de los Impedidos de las Naciones Unidas. Resolución N° 3447, 1975
- Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 37/52, 1982
- Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, 1988
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. AG 46/119, 1991
- Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las personas con discapacidad en el área Iberoamericana. Colombia, 30 de octubre, 1992.
- Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud, Resolución sobre la Situación de las Personas con Discapacidad en el Continente Americano. AG/RES. 1249 (XXIII-0/93), 1993
- Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. AG48/96, 1993
- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (7 de junio de 1999)

- Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de las Naciones Unidas (Parágrafos 13 y 24).
- Declaración de Managua, 1993
- Declaración de Viena y Programa de Acción aprobados por la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (157/93)
- Resolución sobre la Situación de las personas con discapacidad en el Continente Americano. AG/RES. 1356 (XX-0/95)
- Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (Resolución AG/RES. 1369(XXVI-0/96)
- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, que corresponde a la Resolución 3826/99 de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, texto aprobado por el Consejo Permanente en sesión celebrada el 26 de mayo de 1999.
- Declaración de Jomtien por una educación para todos, 1990
- Declaración de Salamanca sobre necesidades educativas especiales 1993
- CONFINTEA 1997 (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Quinta Conferencia Internacional sobre Educación de Adultos (Confintea V), Hamburgo, 14-18 de Julio De 1997. Declaración de Hamburgo sobre la Educación de Adultos.
- Declaración de Dakar 2000 (Foro Mundial sobre la Educación)
- Declaración de Cochabamba 2001 (VII Reunión del Comité Regional Intergubernamental del Proyecto Principal de Educación (PROMEDLAC VII)
- Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, 6 de diciembre 2006. Pendiente de ratificación por Bolivia.

Marco normativo nacional

- Constitución Política del Estado
- Proyecto de Nueva Constitución Política del Estado
- Ley de Ceguera 22 de enero de (1957)
- Decreto Supremo N° 08083 (Instituto Boliviano de la Ceguera –IBC) (1967)
- Decreto Supremo 18000 (Declaración Día del Impedido) (1981)
- Ley 1678 para las Personas con Discapacidad, 1995
- Decreto Supremo Reglamentario de la Ley 1678 N° 24807, 1997
- Decreto Supremo 27477 sobre el tema laboral, 2004

- Resolución Ministerial N° 0751 (Certificación médica gratuita trámite libreta de servicio militar), 2004
- Ley 3022 (Acido Fólico), 2005
- Decreto Supremo 28521 (Registro Nacional de personas con discapacidad), 2005
- Instructiva N° 007/2005 (Policía Nacional) atención al público, discapacitados y otros, 2005
- Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (PNIEO). D.S. 228671- 7 de abril de 2006

Recomendaciones de Organismos Internacionales

- Comité de Naciones Unidas para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales – Informe de 2008
- Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer – Informe de 2008
- Comité sobre los Derechos del Niño – Informe de 2005
- Campaña Latinoamericana por el Derecho a la Educación CLADE, 7, Octubre 2008

Anexo 2

Guía de entrevista individual semi-estructurada personas con discapacidad

Aclarar específicamente:

- a) Que el estudio se trata sobre los derechos sexuales y reproductivos y las personas con discapacidad
- b) Que se le van a hacer diversas preguntas sobre el tema
- c) Que no hay respuestas ni buenas ni malas
- d) Que no se le va a preguntar su nombre, va a ser anónima la entrevista
- e) Que lo que diga no va a haber forma de saber que el o ella lo dijeron (confidencialidad)
- f) Que va a durar alrededor de media hora a 45 minutos
- g) Que se va a grabar sólo con el fin de poder registrar lo que dice, anónimamente, porque al escribir se corre el riesgo de perder la riqueza de lo que dicen
- h) Se le pide que nos diga lo primero en lo que piense cuando se les pregunte

Datos generales

Hombre _____

Mujer _____

Edad (años cumplidos a la fecha de la entrevista) _____

Ocupación _____

Hasta que grado asistió al colegio: _____ N/A ()

Actualmente estudia SI () NO ()

Si la respuesta es si, donde _____

Tipo de discapacidad _____ (poner la que digan en la entrevista)

1. **¿Qué es la discapacidad para usted?**
2. **¿Qué discapacidad tiene? ¿La adquirió o es congénita?**
3. **Cuéntenos un poco de lo que hace en su tiempo libre**
4. **¿Ha oído hablar sobre reproducción? ¿Qué?**
5. **¿Ha oído hablar sobre salud reproductiva? ¿Qué?**

6. ¿Ha oído hablar sobre sexualidad? ¿Qué?
7. ¿Ha oído hablar sobre salud sexual? ¿Qué?
8. ¿Alguna vez ha ido a un centro de salud y le han hablado de salud sexual y reproductiva? ¿Qué?
9. ¿Alguna vez ha ido a un centro que ofrece servicios de salud sexual y reproductiva?
10. ¿Alguna vez ha oído hablar de derechos sexuales y reproductivos? ¿Qué?
11. ¿Alguna vez le han dado información sobre sexualidad y reproducción? ¿quien le informó? ¿de qué le informaron?
12. ¿En qué forma le han dado información? en braille, señas, magnético, una charla, taller...
13. ¿Les dan información (o ha recibido información) sobre sexualidad y reproducción en el colegio? ¿Que le dijeron?
14. ¿Alguna vez sus padres o algún familiar le han hablado de sexualidad y reproducción? ¿Que le dijeron?
15. ¿Algún personal de salud (médico, enfermera, promotor) le han hablado de sexualidad y reproducción? ¿Qué le dijeron?
16. ¿Qué temas le interesaría saber de la sexualidad y la reproducción?

Anexo 3

Guía de entrevista semi-estructurada Grupos de personas con discapacidad

Aclarar específicamente:

- a) Que el estudio se trata sobre los derechos sexuales y reproductivos y las personas con discapacidad
- b) Que se les van a hacer diversas preguntas sobre el tema
- c) Que no hay respuestas ni buenas ni malas
- d) Que no se les va a preguntar su nombre, va a ser anónima la entrevista
- e) Que lo que digan no va a haber forma de saber quien lo dijo (confidencialidad)
- f) Que va a durar alrededor de 1 hora y media
- g) Que se va a grabar sólo con el fin de poder registrar lo que dicen, anónimamente, porque al escribir se corre el riesgo de perder la riqueza de lo que dicen
- h) Se les pide que digan lo primero en lo que piensen cuando se les pregunte

Datos generales

Grupo hombres _____

Grupo mujeres _____

No. de participantes _____

Edades (anotar todas las edades) _____

Estudiantes () SI () NO especificar que hacen si no estudian

Hasta que grado asistieron al colegio (anotar todos) _____

Tipo de discapacidad _____ (poner la que digan, todos/as)

1. **¿Qué es la discapacidad para ustedes?**
2. **¿Van al colegio regular?**
3. **¿Qué les gusta hacer?**
4. **¿Han oído hablar sobre reproducción? ¿Qué?**
5. **¿Han oído hablar sobre la salud reproductiva? ¿Qué?**

- 
- 
- 
- 
6. **¿Han oído hablar de la sexualidad? ¿Qué?**
 7. **¿Han oído hablar sobre salud sexual? ¿Qué?**
 8. **¿Alguna vez han ido a un centro de salud y le han hablado de salud sexual y reproductiva?**
 9. **¿Alguna vez han ido a un centro que también ofrece servicios de salud sexual y reproductiva?**
 10. **¿Alguna vez han ido a un centro de salud sexual y reproductiva?**
 11. **¿Alguna vez han oído hablar de derechos sexuales y reproductivos?**
 12. **Si alguna vez ha oído ¿qué han oído?**
 13. **¿Alguna vez les han dado información sobre sexualidad y reproducción?**
 14. **Si ha recibido información ¿quien les informó? ¿qué les dijeron?**
 15. **En qué forma le han dado información? en braille, señas, magnético, una charla, taller...**
 16. **¿Les dan información (o ha recibido información) sobre sexualidad y reproducción en el colegio? ¿Que les dijeron?**
 17. **¿Alguna vez sus padres o algún familiar les han hablado de sexualidad y reproducción? ¿Que les dijeron?**
 18. **¿Algún personal de salud (médico, enfermera, promotor) les han hablado de sexualidad y reproducción? ¿Que les dijeron?**
 19. **¿Qué temas les interesaría saber de la sexualidad y la reproducción?**

Anexo 4

Guía De Entrevista Semí-Estructurada Madres/Padres De Personas Con Discapacidad Intelectual

Aclarar específicamente:

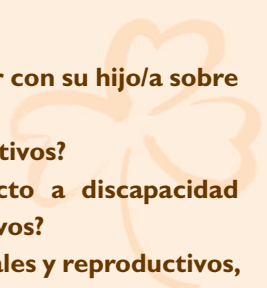
- a) Que el estudio se trata sobre los derechos sexuales y reproductivos y las personas con discapacidad
- b) Que se le van a hacer diversas preguntas sobre el tema
- c) Que no hay respuestas ni buenas ni malas
- d) Que no se le va a preguntar su nombre, va a ser anónima la entrevista
- e) Que lo que diga no va a haber forma de saber que el o ella lo dijeron (confidencialidad)
- f) Que va a durar alrededor de media hora a 45 minutos
- g) Que se va a grabar sólo con el fin de poder registrar lo que dice, anónimamente, porque al escribir se corre el riesgo de perder la riqueza de lo que dicen
- h) Se le pide que nos diga lo primero en lo que piense cuando se les pregunte

Datos generales

Hombre _____ Mujer _____

Tipo de discapacidad de hijo o hija _____ (poner la que digan en la entrevista)

1. ¿Qué es la discapacidad para usted?
2. ¿Qué discapacidad tiene su hijo/a? ¿La adquirió o es congénita?
3. ¿Qué es para usted la salud reproductiva?
4. ¿Qué es para usted la sexualidad?
5. ¿Qué es para usted la salud sexual?
6. ¿Qué cree usted que su hijo o hija deba saber sobre salud sexual y reproductiva?

- 
7. **¿Alguna vez le han informado sobre qué y cómo hablar con su hijo/a sobre salud sexual y reproductiva?**
 8. **¿Qué son para usted los derechos sexuales y reproductivos?**
 9. **¿Qué considera que es importante trabajar respecto a discapacidad intelectual y derechos sexuales y derechos reproductivos?**
 10. **¿Alguna vez ha visto información sobre derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y reproductiva en braille o en lengua de señas?**
 11. **Cómo madres/padres ¿han tenido acceso a través de instituciones locales estatales u ONGs sobre cómo abordar el tema de sexualidad con sus hijos/as con discapacidad intelectual?**
 12. **¿Qué temas les interesaría saber sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos pensando en sus hijos/as con discapacidad intelectual?**

Anexo 5

Guía de entrevista semi-estructurada Instituciones educación especial

Aclarar específicamente:

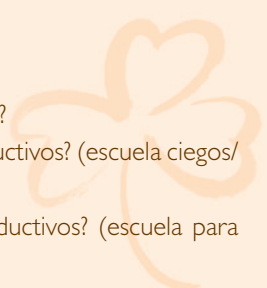
- a) Que el estudio se trata sobre los derechos sexuales y reproductivos y las personas con discapacidad
- b) Que se le van a hacer diversas preguntas sobre el tema
- c) Que lo que se busca es conocer la institución
- d) Que va a durar alrededor de media hora a 45 minutos
- e) Que se va a grabar con el fin de poder registrar lo que dicen

Datos generales

Institución _____

Cargo _____

1. ¿Cuál es su misión institucional?
2. ¿Qué servicios proveen? (si tienen material donde se especifica ya no se pregunta esto, sino con base en el tríptico, etc. se le pregunta si hay algún servicio que no esté especificado en el tríptico)
3. ¿Cuál es su población objetivo?
4. ¿Cuántas personas atienden en promedio en un año?
5. ¿Qué considera que es la discapacidad?
6. ¿Qué considera que es la reproducción?
7. ¿Qué considera que es la sexualidad?
8. ¿Qué considera que es la salud sexual y reproductiva?
9. ¿Qué enfoque plantea su institución? (biomédico, de derechos)
10. ¿Tienen alguna estrategia específica sobre educación para la sexualidad?
11. ¿Tienen información en braille sobre sexualidad?

- 
12. ¿Tiene información en señas sobre sexualidad?
 13. ¿Ha oído hablar sobre derechos sexuales y reproductivos? ¿Qué?
 14. ¿Tienen información en braille sobre derechos sexuales y reproductivos? (escuela ciegos/as y sordociegos/as)
 15. ¿Tiene información en señas sobre derechos sexuales y reproductivos? (escuela para sordos/as y sordociegos/as)
 16. ¿Conoce alguna institución privada (incluye ONGs) o gubernamental que de servicios a personas con discapacidad? Si es así, cuales identifica.
 17. Su estrategia de capacitación al personal ¿incluye un capítulo, sesión, información sobre sexualidad y/o sobre derechos sexuales y reproductivos?
 18. ¿Qué cree que los y las jóvenes con discapacidad estén interesados en saber respecto a sexualidad, reproducción y derechos sexuales y reproductivos?

Anexo 6

Guía de entrevista semi-estructurada Instituciones

Aclarar específicamente:

- a) Que el estudio se trata sobre los derechos sexuales y reproductivos y las personas con discapacidad
- b) Que se le van a hacer diversas preguntas sobre el tema
- c) Que lo que se busca es conocer la institución
- d) Que va a durar alrededor de media hora a 45 minutos
- e) Que se va a grabar con el fin de poder registrar lo que dicen

Datos generales

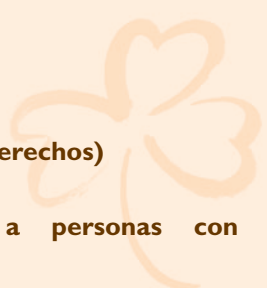
Institución _____

Tipo de institución:

- a) Centro de salud estatal de SS y SR ()
- b) ONG que provee servicios de SS y SR ()

Cargo _____

1. **¿Cuál es su misión institucional?**
2. **¿Qué servicios proveen? (si tienen material donde se especifica ya no se pregunta esto, sino con base en el tríptico, etc. se le pregunta si hay algún servicio que no esté especificado en el tríptico)**
3. **¿Cuál es su población objetivo?**
4. **¿Cuántas personas atienden en promedio en un año?**
5. **¿Tiene registrado cuántas han sido personas con discapacidad?**
6. **¿Sus registros consignan la identificación de sus clientes con discapacidad?**
7. **¿Qué considera que es la sexualidad?**

- 
- 
- 
- 
8. **¿Qué considera que es la reproducción?**
 9. **¿Qué considera que es la salud sexual y reproductiva?**
 10. **¿Qué enfoque plantea su institución? (biomédico, de derechos)**
 11. **¿Qué considera que es la discapacidad?**
 12. **¿Tienen alguna estrategia específica dirigida a personas con discapacidad?**
 13. **¿Tienen información en braille para personas con discapacidad?**
 14. **¿Alguien de su personal sabe lengua de señas o lenguaje dactilológico?**
 15. **¿Saben donde acudir para conseguir un o una intérprete en lengua de señas?**
 16. **¿Sabe donde acudir si necesita imprimir material en braille?**
 17. **¿Conoce alguna institución privada (incluye ONGs) o gubernamental que de servicios a personas con discapacidad? Si es así, cuales identifica.**
 18. **Su estrategia de capacitación a su personal ¿incluye un capítulo, sesión, información sobre discapacidad?**
 19. **¿Que temas cree que les interesaría a los y las jóvenes con discapacidad?**

Anexo 7

Observación centros de salud sexual y reproductiva

Institución _____

Tipo de institución:

c) Centro de salud estatal de SS y R ()

d) ONG que provee servicios SS y R ()

Mes: Noviembre, 2008

1. El material audiovisual en sala de espera contiene el recuadro en lengua de señas o subtitulado	Si	No
2. Tiene material impreso en braille	Si	No
3. El centro tiene rampas de accesibilidad física en todos los pisos	Si	No
4. Si el centro es de pisos y no tiene rampas, tiene ascensor	Si	No
5. Si tiene ascensor, la escritura en el mismo incluye braille	Si	No
6. El centro tiene pistas para personas ciegas, sordociegas y/o con baja visión	Si	No
7. Tiene un baño que permite el acceso de una silla de ruedas	Si	No

8. Tiene un “corral”, juguetes, para niños y niñas	Si	No
9. La información escrita incluye alguna referencia a las personas con discapacidad	Si	No
10. Tienen señalizaciones en braille	Si	No
11. Tienen señalizaciones en lengua de señas	Si	No
12. Tienen alguna información sobre los derechos de las personas con discapacidad en cualquier formato	Si	No



CATÓLICAS
POR EL DERECHO
A DECIDIR



Observatorio
DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

www.observadsdr.org.bo

LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS SON DERECHOS HUMANOS