



Asamblea General

Distr. general
14 de julio de 2017
Español
Original: inglés

Septuagésimo segundo período de sesiones

Tema 73 b) del programa provisional*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros
medios de mejorar el goce efectivo de los derechos
humanos y las libertades fundamentales**

La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Sra. Catalina Devandas Aguilar, presentado de conformidad con la resolución 35/6 del Consejo de Derechos Humanos.

* A/72/150.



Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad

Resumen

En el presente informe, la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad examina los problemas que afrontan las niñas y las jóvenes con discapacidad respecto de su salud y derechos sexuales y reproductivos y brinda orientación a los Estados sobre la manera de lograr que los marcos jurídicos y de políticas fomenten su autonomía y corrijan los factores estructurales que las exponen a la violencia, el abuso y otras prácticas nocivas.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad	3
A. Contexto	3
B. Discapacidad y salud y derechos sexuales y reproductivos	4
C. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	6
III. Los problemas de las niñas y las jóvenes con discapacidad en la esfera de la salud y los derechos sexuales y reproductivos	8
A. Estigmatización y estereotipos	8
B. Obstáculos para acceder a la información y los servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos	10
C. Prácticas nocivas y forzadas	12
D. La violencia sexual y por razón de género contra las niñas y las jóvenes con discapacidad	15
IV. Medidas de promoción de la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad	16
A. Marco jurídico	16
B. Marco de políticas	17
C. Educación	18
D. Acceso a la justicia	19
E. Accesibilidad	20
F. No discriminación	20
G. Participación	21
H. Recopilación de datos	21
I. Movilización de recursos	22
V. Conclusiones y recomendaciones	23

I. Introducción

1. En su resolución 35/6, el Consejo de Derechos Humanos solicitó a su Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad que presentase un informe anual a la Asamblea General.

2. En sus informes temáticos, la Relatora Especial ha subrayado la importancia de que se incorpore una perspectiva de género en todas las intervenciones relacionadas con las personas con discapacidad, y ha hecho hincapié en que las mujeres y las niñas con discapacidad encuentran obstáculos adicionales de consideración que pueden impedirles disfrutar plenamente de sus derechos. Dado que la labor internacional y nacional relacionada con los derechos de las personas con discapacidad ha dejado de lado con demasiada frecuencia la perspectiva de género, es urgente prestar atención a la discriminación y marginación múltiples y agravadas por las violaciones de los derechos humanos que enfrentan en la mayoría de las sociedades las mujeres y las niñas con discapacidad (véase A/HRC/28/58, párr. 19 d)).

3. El presente informe se centra en la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad. La expresión “niñas con discapacidad” se refiere a las mujeres con discapacidad menores de 18 años y la de “jóvenes con discapacidad”, a las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años¹. La Relatora Especial subraya que esas mujeres tienen muchos problemas para decidir por sí mismas sobre su salud sexual y reproductiva y que sistemáticamente se ven expuestas a violencia, abuso y prácticas nocivas como la esterilización forzada, el aborto forzado y la anticoncepción forzada. Recuerda que los Estados tienen la obligación de invertir en la salud y derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad y de poner fin a todas las formas de violencia contra ellas.

4. Para elaborar su informe, la Relatora Especial analizó 47 respuestas a un cuestionario enviado a Estados Miembros, instituciones nacionales de derechos humanos y organizaciones de la sociedad civil, entre ellas organizaciones que representan a personas con discapacidad, así como los resultados de las consultas celebradas con niñas y jóvenes con discapacidad en tres países. Las tendencias principales se reflejan en el texto. También organizó una consulta con expertos en Nueva York en junio de 2017 a la que asistieron representantes de organismos de las Naciones Unidas, organizaciones de mujeres y organizaciones de personas con discapacidad. La Relatora Especial desea expresar su agradecimiento a Plan International por el apoyo prestado en las actividades de investigación emprendidas en el marco del estudio, coordinado por su Oficina.

II. La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad

A. Contexto

5. Actualmente hay en el mundo más de 1.000 millones de personas con discapacidad y se estima que la tasa media mundial de prevalencia de la discapacidad

¹ Véanse la Convención sobre los Derechos del Niño, art. 1, y el informe sobre el Plan de Acción del Sistema de las Naciones Unidas para la Juventud (2014), pág. 5 (se puede consultar en: www.unyouthswap.org/system/refinery/resources/2014/10/15/20_42_35_106_UN_Youth_SWAP_Report_2014.pdf).

es del 15,6%². En todo el mundo, las personas con discapacidad afrontan grandes desventajas sociales, como pobreza, leyes y prácticas discriminatorias, obstáculos derivados del entorno y dificultades en el acceso a la información, carencias en educación, salud y empleo, y mayor nivel de gasto por los costos adicionales que conlleva vivir con una discapacidad (véanse A/70/297, párrs. 25 a 32, y A/71/314, párrs. 13 a 16).

6. La discapacidad es más prevalente en las mujeres que en los hombres; casi la quinta parte de la población femenina mundial tiene alguna discapacidad³. En cuanto a la población infantil con discapacidad, no existen datos mundiales fiables y representativos⁴. Las estimaciones sugieren que en todo el mundo hay entre 93 y 150 millones de niños con discapacidad, pero la cifra podría ser mayor⁵. Además, hay muy pocas estadísticas nacionales e internacionales sobre la población de niñas con discapacidad, ya que en general los datos no se desglosan por género, edad y discapacidad. Esa falta de datos ha contribuido a que las acuciantes cuestiones de derechos humanos que afectan a la población infantil con discapacidad, sobre todo a las niñas, pasen desapercibidas.

7. En la confluencia entre edad temprana, discapacidad y género se dan formas más graves de discriminación y violaciones específicas de los derechos humanos de las niñas y las jóvenes con discapacidad. Si bien en todo el mundo las personas con discapacidad se enfrentan a violaciones de sus derechos y a obstáculos para participar en la sociedad en condiciones de igualdad, la situación de las niñas con discapacidad es considerablemente peor que la de los niños con discapacidad, sea cual sea el tipo o el grado de esta. Las niñas con discapacidad tienen más probabilidades de quedar excluidas de las interacciones y las actividades familiares, y menos probabilidades de asistir a la escuela, recibir formación profesional y encontrar empleo, o de disfrutar de una inclusión plena⁶.

8. Además, a las niñas y las jóvenes con discapacidad se les impide, casi sin excepciones, decidir por sí mismas sobre su salud sexual y reproductiva, lo que puede derivar en las prácticas altamente discriminatorias y nocivas que se describen en la sección III. Muchas de esas prácticas tienen lugar en instituciones residenciales, ya que las niñas y jóvenes con discapacidad tienen más probabilidades de ser internados en instituciones⁷.

B. Discapacidad y salud y derechos sexuales y reproductivos

9. En el caso de las mujeres con discapacidad, no se puede lograr la inclusión de la discapacidad y la igualdad de género sin ocuparse de la cuestión de la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva. Más concretamente, las niñas y las jóvenes con discapacidad pueden desarrollar identidades propias y realizar todo su

² Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad* (Ginebra, 2011), pág. 34. Se puede consultar en www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/.

³ OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad*, pág. 31.

⁴ C. Cappa, N. Petrowski y J. Njelesani, "Navigating the landscape of child disability measurement: a review of available data collection instruments", *ALTER, European Journal of Disability Research*, vol. 9, núm. 4 (octubre a diciembre de 2015).

⁵ OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad*, pág. 40.

⁶ *Estado Mundial de la Infancia: Niñas y niños con discapacidad* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.13.XX.1), pág. 1. Se puede consultar en https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf.

⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), "Niños, niñas y jóvenes con discapacidad", hoja informativa, mayo de 2013, pág. 23. Se puede consultar en https://www.unicef.org/disabilities/files/Factsheet_A5-o_spanish-r4.pdf.

potencial cuando se atienden sus necesidades de salud sexual y reproductiva y se respetan sus derechos en esa esfera, ya que así se favorece su salud y bienestar, se reducen las diferencias existentes en el acceso a la educación y al empleo y se logra empoderarlas. Cuando no se atienden esas necesidades y no se respetan esos derechos, quedan expuestas a embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual, violencia por razón de género y abuso sexual, matrimonio infantil y otras prácticas nocivas que obstaculizan su participación.

10. La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva son derechos humanos. No solo son parte integrante del derecho a la salud, sino que son necesarios para el goce de muchos otros derechos humanos, como el derecho a la vida, a la protección contra la tortura y los malos tratos, a la no discriminación, al igual reconocimiento como persona ante la ley, a la privacidad y al respeto de la vida familiar, la educación y el trabajo. Por consiguiente, la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva son universales e inalienables, indivisibles e interdependientes y están interrelacionados. Los Estados deben velar por la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud y derechos sexuales y reproductivos⁸.

11. La salud y los derechos en materia sexual y reproductiva implican un conjunto de libertades y derechos. Conllevan el derecho a decidir autónomamente sobre la sexualidad y la reproducción sin discriminación, coacción ni violencia, y el derecho a acceder a toda una serie de establecimientos, servicios, bienes e información relacionados con la salud sexual y reproductiva⁹. Los servicios de salud sexual y reproductiva abarcan, entre otras cosas, asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, parto sin riesgo y atención después del parto; prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; servicios de aborto sin riesgo; prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y del aparato reproductivo; e información, educación y asesoramiento sobre la salud sexual y reproductiva (véase A/CONF.171/13/Rev.1, cap. VII).

12. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como otros instrumentos internacionales y regionales, establecen normas para garantizar la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad y proteger su derecho a no ser sometidas a ningún tipo de violencia por razón de género.

13. La salud sexual y reproductiva, los derechos humanos y el desarrollo sostenible están interrelacionados. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible se exhorta explícitamente a garantizar “el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos” y se contemplan metas conexas en los Objetivos 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades), 4 (garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos) y 5 (lograr la igualdad de

⁸ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párrs. 11 a 21.

⁹ *Ibid.*, párr. 5; E/CN.4/2004/49, párrs. 22 a 40.

género y empoderar a todas las mujeres y las niñas). Además, en el Objetivo 5 se destaca la necesidad de poner fin a todas las formas de discriminación y de violencia contra las mujeres y las niñas (incluidas aquellas con discapacidad). Las inversiones en salud y derechos sexuales y reproductivos salvan vidas y empoderan a las niñas y las jóvenes con discapacidad. En consecuencia, los Estados deberían hacer de la protección y promoción de su salud y derechos sexuales y reproductivos una de sus principales prioridades.

C. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

14. La aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad supuso un hito fundamental para el goce pleno y efectivo de la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva por las niñas y las jóvenes con discapacidad. Al incorporar los principios básicos de los derechos humanos, la Convención abandona los criterios médicos y paternalistas en favor de un enfoque de la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva basado en los derechos humanos. La Convención rechaza todas las formas de adopción de decisiones sustitutiva en lo que atañe al goce de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (véanse los arts. 12 y 25); prohíbe las prácticas nocivas y discriminatorias contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, incluido el derecho a mantener su fertilidad y decidir el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro (véase el art. 23); pide que se ponga fin a todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género (véase el art. 16); y promueve el acceso a programas y atención de la salud sexual y reproductiva asequibles y de calidad (véase el art. 25).

15. En la Convención se abordan los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad transversalmente y con un enfoque doble. Por un lado, se incluyen artículos específicos sobre las mujeres y los niños y niñas con discapacidad (véanse los arts. 6 y 7); por otro, se los menciona en los principios generales y en otros artículos sustantivos (véanse los arts. 3, 4, 8, 13, 16, 18, 23, 25 y 30). En el artículo 6 se reconoce que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y se exige a los Estados que adopten medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de los derechos, y asegurar su pleno desarrollo, adelanto y potenciación. Los Estados deben incorporar sistemáticamente los intereses y los derechos de las niñas con discapacidad en todos los planes de acción, estrategias y políticas nacionales relativos a la mujer, la infancia y la discapacidad, así como en sus planes sectoriales. También deben adoptar medidas selectivas y supervisadas dirigidas específicamente a las niñas con discapacidad en las que se tengan también en cuenta su salud y derechos sexuales y reproductivos¹⁰.

16. En el artículo 7 de la Convención se establece que los Estados deben tomar medidas para asegurar que los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos, tener en cuenta el principio del interés superior del niño y respetar la evolución de sus facultades. También se exige que los Estados garanticen que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que deberá recibir la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho (véase el art. 7, párr. 3). En la Convención se refuerzan, por tanto, las obligaciones que incumben a los

¹⁰ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 3 (2016) sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, párr. 27.

Estados de reconocer y respetar la evolución de las facultades de los niños y niñas con discapacidad y de prestar el apoyo necesario para desarrollarlas a fin de que puedan adoptar decisiones de manera independiente. Como señaló el Comité de los Derechos del Niño, el hecho de que un niño o niña sea pequeño o tenga una discapacidad no le priva del derecho a expresar su opinión ni reduce la importancia que debe concederse a sus opiniones al determinar su interés superior¹¹.

17. Aunque la atención a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas con discapacidad aumentó a raíz de la aprobación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, es en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad donde los Estados y el sistema internacional de derechos humanos reafirmaron su compromiso de promover y proteger los derechos de las niñas y las jóvenes con discapacidad en esa esfera. Por ejemplo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales publicó una observación general relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva que contiene referencias específicas a las personas con discapacidad, entre ellas la accesibilidad y los ajustes razonables¹². El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de los Derechos del Niño también han puesto de relieve la importancia de garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva y de poner fin a la violencia sexual y las prácticas nocivas contra las mujeres y las niñas con discapacidad¹³. Los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos también han prestado atención a la cuestión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas con discapacidad, por ejemplo en informes recientes como los del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, centrado en los derechos de los adolescentes (véase A/HRC/32/32, párrs. 86 y 94); el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, que examina la cuestión de la tortura en entornos de atención de la salud (véase A/HRC/22/53, párrs. 48 y 57 a 70); la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, relacionado con la violencia contra las mujeres con discapacidad (A/67/227); y el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, centrado en la discriminación contra la mujer con respecto a la salud y la seguridad (véase A/HRC/32/44, párrs. 45 a 47).

¹¹ Véase Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial.

¹² Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22, párrs. 2, 8 a 9, 16, 19 a 20, 24 y 30.

¹³ Véase Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, párrs. 31 a 32; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Comité de los Derechos del Niño, recomendación general núm. 31 y observación general núm. 18 sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, párrs. 9 y 88; Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrs. 1, 5, 8, 15, 22 y 114 b); Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13 (2011) sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, párrs. 8, 15 a), 16, 21 e), 23, 41 a), 43 a) ii), 47 a) i), 48, 54 b), 56, 60, 72 g) y 75 a); y Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 3 (2003) sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño, párrs. 6, 9, 17, 21 y 37.

III. Los problemas de las niñas y las jóvenes con discapacidad en la esfera de la salud y los derechos sexuales y reproductivos

A. Estigmatización y estereotipos

18. La estigmatización y los estereotipos contribuyen en gran medida a limitar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad¹⁴. La sexualidad de las personas con discapacidad se suele considerar un tema tabú, y los familiares, los docentes y el personal sanitario demuestran en general ansiedad y falta de calificación y confianza a la hora de tratar con ellas el tema de la sexualidad¹⁵. Además, predomina la tendencia a percibir a las personas con discapacidad, en especial las niñas y las jóvenes, como seres asexuales o sexualmente hiperactivos¹⁶. Esos estigmas están particularmente extendidos en el caso de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial. Los estudios empíricos demuestran, sin embargo, que los jóvenes y las jóvenes con discapacidad tienen las mismas preocupaciones y necesidades que sus pares en lo que respecta a la sexualidad, las relaciones y la identidad, y que su conducta sexual sigue pautas similares¹⁷.

19. Los estereotipos basados en el género y la discapacidad suelen dar lugar a una discriminación estructural o sistémica de las mujeres con discapacidad, en particular en la esfera de la salud y los derechos sexuales y reproductivos¹⁸. La estigmatización y las ideas erróneas acerca de la discapacidad y la sexualidad pueden tener un profundo efecto negativo en sus vidas y conducir a su desempoderamiento e infantilización. La naturaleza del perjuicio que ello les ocasiona menoscaba su autoestima y hace que sientan inseguras y socialmente aisladas¹⁹. Se considera que las niñas y las jóvenes con discapacidad no necesitan información acerca de su salud y derechos sexuales y reproductivos ni de los servicios disponibles, y que no están capacitadas para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. Además, como muchas de las niñas y jóvenes con las discapacidades más graves viven en el hogar o en instituciones, muchas veces en situación de total dependencia o bajo el control de otros, se las priva del pleno ejercicio de su autonomía e intimidad, sea o no de manera intencionada. En consecuencia, muchas niñas y jóvenes con discapacidad carecen de los conocimientos básicos y el apoyo necesarios para protegerse de los abusos sexuales, los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, y no están

¹⁴ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), "OHCHR commissioned report: gender stereotyping as a human rights violation", octubre de 2013. Se puede consultar en www.ohchr.org/Documents/Issues/./2013-Gender-Stereotyping-as-HR-Violation.doc.

¹⁵ M. Ballan, "Parental perspectives of communication about sexuality in families of children with autism spectrum disorders", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 42, núm. 5 (mayo de 2012); A. Dupras y H. Dionne, "The concern of parents regarding the sexuality of their child with a mild intellectual disability", *Sexologies*, vol. 23, núm. 4 (octubre a diciembre de 2014).

¹⁶ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 3, párr. 30.

¹⁷ E. Brunnberg, M. L. Boström y M. Berglund, "Sexuality of 15/16-year-old girls and boys with and without modest disabilities", *Sexuality and Disability*, vol. 27, núm. 3 (septiembre de 2009); A. C. B. Maia, "Vivência da sexualidade a partir do relato de pessoas com deficiência intelectual", *Psicologia em Estudo*, vol. 21, núm. 1 (2016).

¹⁸ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 3, párr. 17 e).

¹⁹ M. M. Cheng y J. R. Udry, "Sexual behaviors of physically disabled adolescents in the United States", *Journal of Adolescent Health*, vol. 31, núm. 1 (julio de 2002).

equipadas para tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo, su salud y su vida²⁰.

20. Los modelos patriarcales dominantes según los cuales el papel primordial de la mujer es el de esposa y madre también dificultan que las niñas y las jóvenes con discapacidad tengan una vida sexual y reproductiva sana. Como se considera que las niñas y las jóvenes con discapacidad tienen pocas probabilidades de ser esposas, madres o cuidadoras —o que no tienen capacidad para serlo—, se les suele prestar menos atención que a otros miembros de la familia, lo que profundiza las desigualdades de género²¹. El ideal social de belleza predominante también afecta a muchas niñas y jóvenes con discapacidad, que se consideran poco atractivas e indignas. La preeminencia de esos modelos e ideales puede tener efectos muy profundos en las niñas y las jóvenes con discapacidad, que pueden verse incapaces de alcanzarlos, lo que genera un círculo de bajas expectativas y relegación por sus familias y la sociedad que es difícil quebrar. Algunas jóvenes con discapacidad señalan que, debido al estigma de la discapacidad, están dispuestas a aceptar a una pareja que podría maltratarlas²².

21. Las niñas y las jóvenes con discapacidad pertenecientes a grupos históricamente desfavorecidos o discriminados, como los pueblos indígenas, las minorías religiosas y étnicas, las poblaciones pobres o rurales, los migrantes y refugiados, y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, experimentan formas de discriminación múltiple e interseccional en la esfera de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, las niñas y mujeres indígenas con discapacidad están más expuestas al matrimonio precoz, la violencia sexual y el embarazo no deseado²³. Las niñas con discapacidad, en particular las que presentan discapacidades intelectuales, también deben afrontar importantes obstáculos para afirmar su orientación sexual, porque sus padres y tutores suelen rechazar y reprimir sus opiniones²⁴.

22. Las niñas y las jóvenes con deficiencias múltiples y las que están sordas, sordociegas o tienen autismo, lepra o una discapacidad intelectual o psicosocial son víctimas de formas más graves de estigmatización y discriminación. Por ejemplo, la opinión generalizada de que las niñas y las jóvenes con discapacidad intelectual carecen de la capacidad necesaria para comprender la sexualidad y entender su propio cuerpo, sumada al temor de sus familiares a que se los haga responsables por permitirles tener actividad sexual, somete a esas niñas y jóvenes a una supervisión y un control excesivos. Además, en algunos países, las niñas y las jóvenes con discapacidad, especialmente las que tienen albinismo, corren mayor riesgo de sufrir

²⁰ S. Altundağ y N. Ç. Çalbayram, “Teaching menstrual care skills to intellectually disabled female students”, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 25, núms. 13 y 14 (julio de 2016); M. Á. A. Rodríguez, A. A. Díaz y B. A. Martínez, “Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual”, *Análisis y modificación de conducta*, vol. 32, núm. 142 (2006); J. Duh, “Sexual knowledge of Taiwanese adolescents with and without visual impairments”, *Journal of Visual Impairment and Blindness*, vol. 94, núm. 6 (2000).

²¹ K. F. Linton y H. A. Rueda, “Dating and sexuality among minority adolescents with disabilities: an application of sociocultural theory”, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, vol. 25, núm. 2 (enero de 2015); J. A. McKenzie, “Disabled people in rural South Africa talk about sexuality”, *Culture, Health and Sexuality*, vol. 15, núm. 3 (2013).

²² P. Chappell, “How Zulu-speaking youth with physical and visual disabilities understand love and relationships in constructing their sexual identities”, *Culture, Health and Sexuality*, vol. 16, núm. 9 (2014).

²³ Grupo de Apoyo Interinstitucional sobre Cuestiones de los Pueblos Indígenas, “Thematic paper on sexual and reproductive health and rights of indigenous peoples”, 2014.

²⁴ L. Löfgren-Mårtenson, “The invisibility of young homosexual women and men with intellectual disabilities”, *Sexuality and Disability*, vol. 27, núm. 1 (marzo de 2009).

violencia sexual en razón del mito de que mantener relaciones sexuales con ellas puede curar el VIH/SIDA (véase A/71/255, párr. 17).

B. Obstáculos para acceder a la información y los servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos

23. Muchas niñas y jóvenes con discapacidad no tienen posibilidad de obtener información y educación sobre la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva, ni sobre los servicios conexos. En varios estudios se ha determinado que los jóvenes con discapacidad, especialmente las niñas y las jóvenes con discapacidad intelectual, tienen un nivel bajo de educación sexual y escasos conocimientos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular sobre la prevención y la transmisión del VIH²⁵. El hecho de que no se ofrezca una educación inclusiva impide que las niñas y las jóvenes con discapacidad accedan a una educación sexual integral, ya que los programas en esa materia no se suelen impartir en los centros de educación especial. Además, la educación sexual integral no siempre se ofrece en formatos accesibles y lenguajes alternativos, y casi nunca se ocupa de las necesidades relacionadas específicamente con la discapacidad²⁶. La estigmatización y los estereotipos sobre la sexualidad femenina también pueden dar lugar a que los padres, tutores y docentes excluyan a las niñas y las jóvenes con discapacidad de los programas de educación sexual integral existentes²⁷. En general no se ofrece orientación alguna ni a las familias ni a los docentes sobre cómo abordar el tema de la sexualidad y la igualdad con las niñas y las jóvenes con discapacidad.

24. Además, en muchos lugares del mundo es habitual que se excluya por completo del sistema educativo a las niñas y las jóvenes con discapacidad o se las aisle de sus comunidades manteniéndolas en el hogar o en instituciones, con lo que quedan totalmente al margen de cualquier educación sexual. La imposibilidad de acceder en condiciones de igualdad a una educación inclusiva y de calidad afecta sobre todo a las niñas y jóvenes con discapacidad en las situaciones de conflicto, posteriores a un conflicto o humanitarias de otro tipo, especialmente a las refugiadas, desplazadas internas, migrantes o solicitantes de asilo; las que se hallan privadas de libertad en hospitales, instituciones residenciales y centros de menores o correccionales; o las que no tienen hogar o viven en la pobreza. Las niñas y las jóvenes en situaciones de ese tipo corren mayor riesgo de ser objeto de maltrato físico o abuso sexual y de contraer infecciones de transmisión sexual²⁸.

²⁵ T. Alemu y M. Fantahun, "Sexual and reproductive health status and related problems of young people with disabilities in selected associations of people with disability", *Ethiopian Medical Journal*, vol. 49, núm. 2 (abril de 2011); A. Jahoda y J. Pownall, "Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers", *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 58, núm. 5 (mayo de 2014).

²⁶ C. Alquati Bisol, T. M. Sperb y G. Moreno-Black, "Focus groups with deaf and hearing youths in Brazil: improving a questionnaire on sexual behavior and HIV/AIDS", *Qualitative Health Research*, vol. 18, núm. 4 (abril de 2008); C. Krupa y S. Esmail, "Sexual health education for children with visual impairments: talking about sex is not enough", *Journal of Visual Impairment and Blindness*, vol. 104, núm. 6 (2010).

²⁷ A. Lafferty, R. McConkey y A. Simpson, "Reducing the barriers to relationships and sexuality education for persons with intellectual disabilities", *Journal of Intellectual Disabilities*, vol. 16, núm. 1 (marzo de 2012); S. Mall y L. Swartz, "Attitudes toward condom education amongst educators for deaf and hard-of hearing adolescents in South Africa", *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, vol. 6, núm. 1 (agosto de 2014).

²⁸ Handicap International, "Disability in humanitarian context: views from affected people and

25. Las niñas y las jóvenes con discapacidad suelen tener un acceso limitado a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. Los obstáculos más habituales que deben afrontar son las actitudes negativas y hostiles del personal sanitario; los problemas relacionados con la accesibilidad física de los edificios y el equipo (por ejemplo, mesas de examen y equipo de diagnóstico); la falta de información en formatos accesibles (como Braille o lenguaje sencillo); las barreras de comunicación (como la falta de capacitación del personal de los servicios para comunicarse con niñas y jóvenes con discapacidad intelectual y su desconocimiento de la lengua de señas); el papel de guardianes de la información y los servicios que asumen los familiares y cuidadores; la inexistencia de un transporte accesible para acudir a los servicios; la asequibilidad de los servicios; y el aislamiento de las niñas y las jóvenes con discapacidad en instituciones, campamentos, hogares funcionales o el hogar familiar. Además, muchas mujeres y niñas con discapacidad indican que los servicios ginecológicos no satisfacen sus necesidades y expectativas específicas²⁹.

26. Las niñas y las jóvenes con discapacidad se enfrentan a problemas específicos en lo que concierne a la higiene menstrual. La inexistencia de instalaciones sanitarias adecuadas en las escuelas, como retretes separados, accesibles y protegidos, que se suma a la falta de educación, recursos y apoyo para la higiene menstrual, limitan su capacidad para ocuparse debidamente de ella y las hace especialmente propensas a contraer enfermedades³⁰. En consecuencia, muchas niñas y jóvenes con discapacidad permanecen en el hogar o son enviadas a escuelas especiales, lo que refuerza su exclusión de la educación sexual integral.

27. La prevalencia de las infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes con discapacidad, incluidas las niñas y las jóvenes con discapacidad, es preocupante. Los datos demuestran que los niños y jóvenes con discapacidad tienen un riesgo similar o mayor de contraer infecciones de transmisión sexual que otros jóvenes, pero que las niñas con discapacidad presentan porcentajes mayores que los niños con discapacidad³¹. Sin embargo, es menos probable que los jóvenes con discapacidad, incluidas las niñas, reciban información sobre la prevención del VIH/SIDA o preservativos u otros métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Los datos indican, por ejemplo, que la prueba del VIH es menos habitual en la población juvenil con discapacidad (hombres y mujeres) que en la población general³². Las campañas de prevención de las infecciones de transmisión sexual y el cáncer no suelen estar dirigidas a las niñas y las jóvenes con

field organisations”, Study – 2015, Advocacy (2015), pág. 9. Se puede consultar en www.handicap-international.org.uk/sites/uk/files/documents/files/2015-07-study-disability-in-humanitarian-context-handicap-international.pdf.

²⁹ F. Williams, G. Scott y A. McKechnie, “Sexual health services and support: the views of younger adults with intellectual disability”, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, vol. 39, núm. 2 (2014).

³⁰ OHCHR, “Realisation of the equal enjoyment of the right to education by every girl” (2017), pág. 12. Se puede consultar en www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/ReportGirlsEqualRightEducation.pdf.

³¹ U. Agarwal y S. Muralidhar, “A situational analysis of sexual and reproductive health issues in physically challenged people, attending a tertiary care hospital in New Delhi”, *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, vol. 37, núm. 2 (julio a diciembre de 2016); J. B. Munymana, V. R. P. M’kumbuzi, H. T. Mapira, I. Nzabanterura, I. Uwamariya y E. Shema, “Prevalence of HIV among people with physical disabilities in Rwanda”, *Central African Journal of Medicine*, vol. 60, núms. 9 a 12 (septiembre a diciembre de 2014).

³² T. J. Aderemi, M. Mac-Seing, S. A. Woreta y K. A. Mati, “Predictors of voluntary HIV counselling and testing services utilization among people with disabilities in Addis Ababa, Ethiopia”, *AIDS Care*, vol. 26, núm. 12 (2014); Y. Bat-Chava, D. Martin y J. G. Kosciw, “Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard-of-hearing people”, *AIDS Care*, vol. 17, núm. 5 (julio de 2005).

discapacidad. El problema es grave sobre todo en el caso de las sordas o sordociegas, ya que habitualmente se ven excluidas de toda la información disponible en medios convencionales.

28. El error generalizado de pensar que los adolescentes, con discapacidad y sin ella, no están en condiciones de tomar decisiones autónomas sobre el cuidado de su propia salud es uno de los principales obstáculos a que se enfrentan las niñas y las jóvenes, con discapacidad y sin ella, cuando intentan acceder a información sobre la salud sexual y reproductiva y los servicios conexos. Muchos Estados limitan por ley la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones autónomas sobre su salud y sus derechos en materia sexual y reproductiva, condicionando la transmisión de la información o la prestación de los servicios a que se presente previamente una notificación o autorización de los padres, o permitiendo que los proveedores sanitarios se nieguen a proporcionar la información, los bienes y los servicios a los adolescentes. Además, en el caso de las jóvenes con discapacidad que han alcanzado la mayoría de edad, la legislación que pone límites a su capacidad jurídica en razón de su discapacidad o de ideas erróneas sobre su supuesta falta de facultades les impide en muchos casos tomar decisiones autónomas sobre los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. Esas limitaciones suponen un obstáculo infranqueable para las niñas y las jóvenes con discapacidad, especialmente las que necesitan apoyo para expresar su voluntad y sus preferencias, ya que suelen ser los familiares quienes prestan ese apoyo. Por consiguiente, en muchos casos, las niñas y las jóvenes con discapacidad no tienen control sobre su propia vida sexual y reproductiva y se decide en su nombre con el pretexto paternalista de que se hace “por su propio bien” (véase A/67/227, párr. 36). Negar a las niñas y las jóvenes con discapacidad el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva constituye una forma de violencia que además las expone a los riesgos del embarazo no deseado, el matrimonio precoz y la deserción escolar.

C. Prácticas nocivas y forzadas

29. La esterilización forzada de las niñas y las jóvenes con discapacidad es una violación de los derechos humanos generalizada en todo el mundo. Las niñas y las jóvenes con discapacidad se ven sometidas de manera desproporcionada a procedimientos de esterilización forzada por diversas razones, entre ellas eugenésicas, de higiene menstrual o de prevención del embarazo³³. Las mujeres con discapacidad intelectual y psicosocial, así como las que están internadas en instituciones, son particularmente vulnerables a la esterilización forzada. A pesar de que se dispone de pocos datos sobre las prácticas actuales, los estudios demuestran que la esterilización de mujeres y niñas con discapacidad sigue siendo frecuente y que los porcentajes son hasta tres veces mayores que en el caso de la población en general³⁴.

30. Si bien los instrumentos, mecanismos y organismos de derechos humanos de las Naciones Unidas han reconocido que la esterilización forzada de las personas con discapacidad constituye discriminación y una forma de violencia, tortura y otros

³³ Open Society Foundations, Human Rights Watch, Women with Disabilities Australia e International Disability Alliance, “Sterilization of women and girls with disabilities: a briefing paper” (noviembre de 2011). Se puede consultar en www.opensocietyfoundations.org/publications/sterilization-women-and-girls-disabilities-0.

³⁴ L. Servais, R. Leach, D. Jacques y J. P. Roussaux, “Sterilisation of intellectually disabled women”, *European Psychiatry*, vol. 19, núm. 7 (noviembre de 2004); L. Lennerhed, “Sterilisation on eugenic grounds in Europe in the 1930s: news in 1997 but why?”, *Reproductive Health Matters*, vol. 5, núm. 10 (noviembre de 1997).

tratos crueles, inhumanos o degradantes³⁵, la práctica sigue siendo legal y aplicándose en numerosos países³⁶. En todo el mundo, muchos ordenamientos jurídicos permiten a los magistrados, profesionales de la salud, familiares y tutores autorizar procedimientos de esterilización en nombre de las personas con discapacidad por redundar en su “interés superior”, en particular en el caso de las niñas con discapacidad que se encuentran bajo la autoridad legal de sus padres. Las prácticas suelen basarse en el argumento de que son una medida de precaución debido a la vulnerabilidad de las niñas y las jóvenes con discapacidad a los abusos sexuales y en la falsedad de que la esterilización mejora la calidad de vida de las niñas y las jóvenes con discapacidad al librarlas de la “carga” del embarazo, ya que “no están en condiciones de afrontar la maternidad”³⁷. Sin embargo, la esterilización no las protege de la violencia o los abusos sexuales ni exime al Estado de la obligación de protegerlas de tales abusos³⁸. La esterilización forzada es una práctica inadmisibles que tiene consecuencias de por vida en la integridad física y mental de las niñas y las jóvenes con discapacidad y debe erradicarse y tipificarse como delito de manera inmediata.

31. Otras intervenciones o procedimientos médicos a que se suele someter a las niñas y las jóvenes con discapacidad sin su consentimiento libre e informado son la anticoncepción forzada y el aborto forzado. En general, la anticoncepción tiene por objeto controlar la menstruación y se realiza a petición de los profesionales de la salud o los padres³⁹. Además, aunque las necesidades anticonceptivas de las niñas y las jóvenes con discapacidad son las mismas que las de las niñas y las jóvenes sin discapacidad, en el caso de las primeras se suele optar por los anticonceptivos inyectables o los dispositivos intrauterinos en lugar de los anticonceptivos por vía oral, ya que resulta menos engorroso para las familias y los proveedores de servicios⁴⁰. Por otro lado, es habitual que se presione a las niñas y las jóvenes con

³⁵ Véanse: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 5, 12, 23 y 25; Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 3, párrs. 10, 32, 44 y 45; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22, párr. 30; Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 20, párr. 31, Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13, párr. 23; CEDAW/C/CZE/CO/5, párrs. 34 a 35, 37 y 42; CEDAW/C/AUL/CO/7, párrs. 35 y 43; A/63/175, párrs. 40 a 41 y 70 a 76; A/HRC/22/53, párr. 48; A/67/227, párr. 28; A/HRC/32/32, párr. 94; y ACNUDH, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF y OMS, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement* (OMS, Ginebra, 2014). Se puede consultar en www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf.

³⁶ Véanse las observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad relativas a los informes de Alemania, la Argentina, Australia, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, el Canadá, Colombia, Costa Rica, Croacia, Chequia, Chile, China, El Salvador, Eslovaquia, España, Honduras, Hungría, Irán (República Islámica del), las Islas Cook, Jordania, Kenya, Lituania, Mauricio, México, Mongolia, Nueva Zelandia, el Perú, Portugal, Qatar, la República de Corea, la República de Moldova, la República Dominicana, Serbia, Tailandia, Turkmenistán, Ucrania, el Uruguay y la Unión Europea.

³⁷ Véanse, por ejemplo, la sentencia C-182 de 13 de abril de 2016 de la Corte Constitucional de Colombia y la sentencia 215/1994 de 14 de julio de 1994 del Tribunal Constitucional de España.

³⁸ ACNUDH, *et al.*, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*, pág. 6.

³⁹ H. M. J. Van Schrojenstein Lantman-de Valk, F. Rook y M. A. Maaskant, “The use of contraception by women with intellectual disabilities,” *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55, núm. 4 (abril de 2011).

⁴⁰ M. McCarthy, “‘I have the jab so I can’t be blamed for getting pregnant’: contraception and women with learning disabilities,” *Women’s Studies International Forum*, vol. 32, núm. 3 (mayo y junio de 2009); M. Morad, I. Kandel y J. Merrick, “Residential care centers for persons with intellectual disability in Israel: trends in contraception methods 1999-2006”, *Medical*

discapacidad para que interrumpen sus embarazos debido a los estereotipos negativos acerca de su capacidad para la crianza de los hijos y por la preocupación eugenésica de que den a luz a un niño con discapacidad⁴¹. Durante las visitas oficiales a los países, la Relatora Especial recibió información sobre la obligatoriedad de los controles ginecológicos periódicos y la práctica del aborto forzado en las instituciones residenciales como medio para controlar su población⁴².

32. El número de casos de procedimientos quirúrgicos y tratamientos hormonales practicados con el fin de inhibir el crecimiento de las niñas y las jóvenes con deficiencias graves es preocupante y va en aumento. La histerectomía, por ejemplo, se considera un método eficaz para que las niñas y las jóvenes con discapacidad no tengan que lidiar con la menstruación⁴² y se justifica con la discriminatoria alegación de que no pueden manejar el dolor, la incomodidad y el trauma que ocasiona; un argumento que no se aplica en el caso de las niñas y mujeres sin discapacidad. El tratamiento con estrógenos también se administra cada vez más como “terapia de atenuación del crecimiento” para evitar la pubertad de las niñas y reducir su talla y su peso definitivos a fin de facilitar los cuidados⁴³. Esas prácticas constituyen violaciones flagrantes de los derechos humanos que van mucho más allá del paternalismo y la infantilización; dan prioridad a los intereses de los cuidadores en detrimento y negación de la dignidad y la integridad de la persona. Como ha subrayado el Comité de los Derechos del Niño, la interpretación del interés superior del niño no puede aducirse para justificar prácticas que están reñidas con la dignidad humana y el derecho a la integridad física del niño⁴⁴. Retrasar el crecimiento de una niña no es, de ninguna manera, una respuesta adecuada a la falta de apoyo que pueden encontrar las familias a la hora de cuidar a sus hijas con discapacidad.

33. En las regiones y comunidades en que se practica el matrimonio infantil también es habitual que se ofrezca en matrimonio a niñas con discapacidad. De hecho, las familias son más proclives a obligar a las niñas con discapacidad a contraer matrimonio porque lo consideran una manera de garantizar la seguridad y la protección de sus hijas a largo plazo⁴⁵. Además, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha condenado enérgicamente la práctica de la mutilación genital femenina que afecta a las niñas y las mujeres con discapacidad en varios países⁴⁶.

Science Monitor, vol. 15, núm. 6 (junio de 2009).

⁴¹ J. O’Connor, “Literature review on provision of appropriate and accessible support to people with an intellectual disability who are experiencing crisis pregnancy”, Autoridad Nacional sobre la Discapacidad (Údarás Náisúnta Míchumais). Se puede consultar en <http://crisispregnancy.ie/wp-content/uploads/2012/05/Literature-Review-on-Provision-of-Appropriate-and-Accessible-Support-to-People-with-an-Intellectual-Disability-who-are-Experiencing-Crisis-Pregnancy.pdf>.

⁴² L. Lin, J. Lin, C. M. Chu y L. Chen “Caregiver attitudes to gynaecological health of women with intellectual disability”, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, vol. 36, núm. 3 (septiembre de 2011); A. Albanese y N. Hopper, “Suppression of menstruation in adolescents with severe learning disabilities”, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 92, núm. 7 (julio de 2007).

⁴³ A. Pollock, N. Fost y D. Allen, “Growth attenuation therapy: practice and perspectives of paediatric endocrinologists”, *Archives of Disease in Childhood*, vol. 100, núm. 12 (diciembre de 2015); N. Kerruish, “Growth attenuation therapy: views of parents of children with profound cognitive impairment”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 25, núm. 1 (enero de 2016).

⁴⁴ Véase Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13, párr. 61.

⁴⁵ E. Shrestha, A. Singh, B. Maya y P. Koyu, “Uncovered realities: Exploring experiences of child marriage among children with disabilities” (Plan International Norway, 2017).

⁴⁶ Véanse CRPD/C/GAB/CO/1, párrs. 40 y 41; CRPD/C/KEN/CO/1, párrs. 33 y 34; CRPD/C/ETH/CO/1, párrs. 39 y 40; y CRPD/C/UGA/CO/1, párrs. 34 y 35.

D. La violencia sexual y por razón de género contra las niñas y las jóvenes con discapacidad

34. Las niñas y las jóvenes con discapacidad se ven afectadas de manera desproporcionada por las diferentes formas de violencia por razón de género, que incluyen maltrato físico, psicológico y emocional y abusos sexuales; acoso; coacción; privación arbitraria de la libertad; internamiento; infanticidio de niñas; trata; descuido; violencia doméstica; y prácticas nocivas como el matrimonio infantil y forzado, la mutilación genital femenina, la esterilización forzada y los tratamientos forzados invasivos e irreversibles (véase A/HRC/20/5, párrs. 12 a 27). Muchas de esas formas de violencia tienen su origen en la confluencia de la discapacidad con el género y pueden ocurrir mientras la niña o la joven con discapacidad se ocupa de su higiene diaria, recibe tratamiento o se encuentra sobremedicada. La violencia por razón de género tiene lugar en el hogar y en las instituciones residenciales, en las escuelas, los centros de salud y otros establecimientos públicos y privados, a manos generalmente de los miembros de la familia, cuidadores o profesionales a cuyo cargo pueda estar la niña o la joven.

35. Las pruebas de que se ejerce violencia sexual y por razón de género contra las niñas y las jóvenes con discapacidad son contundentes. Según diversos estudios realizados en todo el mundo, el riesgo de violencia, abuso y explotación es mayor en su caso que en el de las personas sin discapacidad, o en el de los niños y los jóvenes con discapacidad⁴⁷. En términos generales, la probabilidad de ser objeto de violencia es cuatro veces más alta en el caso de los niños con discapacidad que en el de los niños sin discapacidad⁴⁸. Sin embargo, el riesgo es sistemáticamente mayor cuando se trata de niñas sordas, ciegas y autistas, niñas con discapacidad psicosocial e intelectual y niñas con varias deficiencias⁴⁹. La pertenencia a una minoría racial, religiosa o sexual, o el hecho de ser pobres, también aumenta el factor de riesgo de abuso sexual de las niñas y las jóvenes con discapacidad⁵⁰. Las crisis humanitarias y las situaciones de conflicto y posteriores a conflictos exacerbaban los riesgos de violencia sexual y trata que afectan a las niñas con discapacidad.

36. Las niñas y las jóvenes con discapacidad también tienen muchas dificultades para acceder a la justicia, los mecanismos de prevención y los servicios de respuesta a la violencia sexual y por razón de género. Muchas agresiones sexuales no se denuncian, sobre todo cuando afectan a personas con discapacidad⁵¹. Las niñas y las jóvenes con discapacidad se enfrentan a muchos obstáculos a la hora de denunciar los abusos, como el riesgo de que las saquen de sus hogares y las internen; la estigmatización; los temores a la maternidad sin pareja o a la pérdida de la custodia del hijo; la inaccesibilidad o la no disponibilidad de programas y centros de prevención de la violencia; el temor a la pérdida de los dispositivos asistenciales y

⁴⁷ E. A. Davies y A. C. Jones, "Risk factors in child sexual abuse", *Journal of Forensic and Legal Medicine*, vol. 20, núm. 3 (abril de 2013); K. M. Devries, N. Kyegombe, M. Zuurmond, J. Parkes, J. C. Child, E. J. Walakira *et al.*, "Violence against primary school children with disabilities in Uganda: a cross-sectional study", *BMC Public Health*, vol. 14, núm. 1 (septiembre de 2014); I. Hershkowitz, M. E. Lamb y D. Horowitz, "Victimization of children with disabilities", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 77, núm. 4 (octubre de 2007).

⁴⁸ Lisa Jones *et al.*, "Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies", *The Lancet*, vol. 380, núm. 9845 (julio de 2012).

⁴⁹ E. Brunnberg *et al.*, "Sexuality of 15/16-year-old girls and boys with and without modest disabilities"; S. J. Caldas y M. L. Betsy, "The sexual maltreatment of students with disabilities in American school settings", *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 23, núm. 4 (2014).

⁵⁰ S. L. Martin, N. Ray, D. Sotres-Alvarez, L. L. Kupper, K. E. Moracco, P. A. Dickens *et al.*, "Physical and sexual assault of women with disabilities", *Violence Against Women*, vol. 12, núm. 9 (septiembre de 2006).

⁵¹ I. Hershkowitz *et al.*, "Victimization of children with disabilities".

otras formas de apoyo; y el miedo a que las personas de las que dependen emocional y económicamente tomen represalias o persistan en la violencia (véase A/67/227, párr. 59). Además, cuando, como supervivientes de la violencia sexual, denuncian los abusos o solicitan la ayuda o la protección de funcionarios de justicia o agentes de policía, docentes, profesionales de la salud, asistentes sociales u otras personas, su declaración, sobre todo en el caso de las niñas y las mujeres con discapacidad intelectual, no se suele considerar digna de crédito y no se las tiene por testigos competentes, lo que lleva a que los autores eludan el enjuiciamiento⁵².

37. Los obstáculos físicos y de comunicación del sistema judicial dificultan el acceso a la justicia de las niñas y las jóvenes con discapacidad y limitan sus posibilidades de pedir y obtener reparación. Entre esos obstáculos se cuentan la falta de accesibilidad y de ajustes razonables y procesales, como servicios de interpretación en la lengua de señas, formas alternativas de comunicación y servicios de apoyo adaptados a la edad y el género. Así, la falta de un servicio de interpretación en la lengua de señas puede limitar considerablemente las posibilidades de éxito de las demandantes sordas. Por otro lado, los prejuicios y estereotipos suelen dar lugar a que los tribunales descarten el testimonio de las niñas y las jóvenes con discapacidad en los casos de agresión sexual, por motivos que van desde cuestionarse que las niñas y las jóvenes con discapacidad intelectual puedan comprender el juramento que se hace antes de prestar declaración hasta restar credibilidad a la declaración de las testigos ciegas por considerarlas “incapaces” de conocer o percibir la secuencia de los acontecimientos. En muchos casos, los tribunales tampoco establecen procedimientos orientados a los niños en los que se tengan en cuenta las circunstancias particulares de las niñas con discapacidad, sobre todo en lo que respecta al suministro y la transmisión de información adaptada a los niños y que tenga en cuenta las cuestiones de género⁵³.

IV. Medidas de promoción de la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad

38. Los Estados pueden adoptar diversas medidas para promover la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad, como revisar sus marcos jurídicos y de políticas; adoptar medidas concretas en los ámbitos de la educación y la información, el acceso a la justicia, la accesibilidad, la no discriminación y la participación; y asignar presupuestos específicos para la ejecución de esas medidas.

A. Marco jurídico

39. Los Estados deben garantizar un marco legislativo y reglamentario de apoyo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad. Las leyes y los reglamentos generales en vigor que limitan el libre acceso de las niñas y las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los que exigen el consentimiento conyugal o parental o establecen una edad mínima, deben modificarse de modo que se favorezca el acceso universal y

⁵² B. L. Bottoms, K. L. Nysse-Carris, T. Harris y K. Tyda, “Jurors’ perceptions of adolescent sexual assault victims who have intellectual disabilities”, *Law and Human Behavior*, vol. 27, núm. 2 (abril de 2003).

⁵³ Véanse Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 3, párr. 52, y Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 12 (2009) sobre el derecho del niño a ser escuchado, párrs. 32 a 34.

equitativo a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva⁵⁴. Las definiciones restrictivas de violencia sexual, incluidas las de agresión sexual y violación, deben revisarse a fin de que contemplen todas las formas de violencia que enfrentan las niñas y las jóvenes con discapacidad.

40. Los Estados deben derogar de manera inmediata todas las leyes y disposiciones reglamentarias que autoricen la administración de anticonceptivos y la práctica de abortos, procedimientos de esterilización u otros procedimientos quirúrgicos a las niñas y las jóvenes con discapacidad sin su consentimiento libre e informado, o por decisión de terceros. Además, los Estados deben plantearse la posibilidad de establecer protocolos que regulen y exijan el consentimiento libre e informado de las niñas y las jóvenes con discapacidad a todos los procedimientos médicos. En Colombia, por ejemplo, se ha adoptado recientemente una norma sobre la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a las personas con discapacidad que contiene referencias a la provisión de ajustes razonables y de apoyo para la toma de decisiones⁵⁵. También deben revocarse las leyes que contemplan la adopción de decisiones por persona interpuesta y el tratamiento forzado de las personas con discapacidad.

B. Marco de políticas

41. Los Estados deben tener en cuenta los derechos y necesidades de las niñas y las jóvenes con discapacidad en todos los programas y políticas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, y atenderlos. Muchos Estados cuentan con una serie de políticas y estrategias que se ocupan específicamente de los derechos de las personas con discapacidad y de su salud y derechos sexuales y reproductivos, pero normalmente no están interrelacionadas y no incorporan una perspectiva infantil, juvenil o de género. Además, aun en los casos en que en esas políticas y estrategias se incluye específicamente a las personas con discapacidad entre los principales grupos vulnerables, no se suele prestar demasiada atención a los problemas concretos de las niñas y las jóvenes con discapacidad. Los Estados deben velar por que sus sistemas y servicios de asistencia sanitaria atiendan las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes con discapacidad.

42. Se deben prestar a todas las niñas y jóvenes con discapacidad servicios de salud sexual y reproductiva gratuitos o a precios asequibles, que comprendan el acceso a productos y medicamentos⁵⁶. La cobertura sanitaria universal puede mejorar su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. Los sistemas de protección social también ayudan a reducir los costos adicionales a que deben hacer frente las niñas y las jóvenes con discapacidad a la hora de acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a facilitar servicios de apoyo a las que los necesiten (véanse A/70/297, párrs. 4 a 9, y A/HRC/34/58, párr. 68). Los Estados también deben velar por que las niñas y las jóvenes con discapacidad disfruten de servicios y programas de salud sexual y reproductiva de la misma variedad y calidad que las demás niñas y mujeres⁵⁷.

43. Los Estados deben asegurar que los servicios de salud sexual y reproductiva se presten lo más cerca posible de las comunidades de las niñas y las jóvenes con

⁵⁴ Véanse Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22, párr. 44; Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 15, párr. 31; y A/54/38/Rev.1, párr. 14.

⁵⁵ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, resolución 1904 de 31 de mayo de 2017.

⁵⁶ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22, párr. 17.

⁵⁷ *Ibid.*, párr. 24.

discapacidad⁵⁸. La distancia a los establecimientos de atención sanitaria en las zonas rurales y apartadas constituye un obstáculo considerable para las personas con discapacidad a causa de la pobreza, la inexistencia de medios de transporte accesibles y asequibles y la falta de apoyo. Los Estados deben velar por que sus estrategias de desarrollo rural contemplen medidas para promover el acceso de las niñas y mujeres con discapacidad a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que comprendan estrategias comunitarias y servicios de divulgación (por ejemplo, clínicas móviles, caravanas de salud, telemedicina e iniciativas telefónicas).

C. Educación

44. Los Estados deben proporcionar a las niñas y jóvenes con discapacidad una educación sexual integral y no discriminatoria, tanto en la escuela como fuera de ella (véase A/65/162, párrs. 62 y 87). Esa educación debería incluir información sobre la autoestima y las relaciones sanas; la salud sexual y reproductiva, la contracepción y las enfermedades de transmisión sexual; la prevención de la explotación, la violencia y el abuso, ya sean sexuales o de otra índole; la estigmatización y los prejuicios contra las personas con discapacidad; el papel asignado al género; y los derechos humanos. De hecho, se ha demostrado que la educación sexual es eficaz para mejorar los conocimientos y aptitudes sexuales de los jóvenes con discapacidad, y para reducir la violencia sexual contra ellos⁵⁹. Los Estados deben velar por que sus programas de educación sexual tengan en cuenta a las niñas y las jóvenes con discapacidad y sus necesidades, y por que se impartan en formatos de comunicación accesibles y alternativos. Los programas de educación por pares son un medio eficaz para aumentar los conocimientos y aptitudes en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad.

45. Los Estados deberían instruir al personal sanitario y docente, los trabajadores comunitarios y otros funcionarios públicos sobre la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad. Todos los trabajadores de los servicios primarios de salud que se ocupen de la salud sexual y reproductiva, en especial en las zonas rurales y apartadas, deben recibir la instrucción, la preparación y el apoyo apropiados para el desarrollo de su labor⁶⁰. En Guwahati (India), por ejemplo, se impartió formación a un equipo de proveedores de servicios para que pudiera ayudar a los jóvenes con discapacidad a acceder a la información y los servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos y detectar conductas sexuales abusivas. Se recomienda elaborar directrices técnicas sobre las maneras de proporcionar información y servicios adecuados en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos a las niñas y las jóvenes con discapacidad. En el Uruguay, por ejemplo, el Gobierno elaboró una guía sobre la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las personas con discapacidad que se ha hecho llegar a todos los centros de salud del país.

46. Los Estados deben proporcionar información y asistencia a las familias de las niñas y las jóvenes con discapacidad en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. Las familias pueden precisar ayuda para comprender la sexualidad de sus hijas, saber cómo atender sus necesidades de salud sexual y reproductiva y

⁵⁸ Véase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 25.

⁵⁹ J. Duh, "Sexual knowledge of Taiwanese adolescents with and without visual impairments"; S. Altundağ y N. Ç. Çalbayram, "Teaching menstrual care skills to intellectually disabled female students".

⁶⁰ OMS, *Sexual and reproductive health core competencies in primary health care* (Ginebra, 2011).

aprender a prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso de índole sexual. Los estudios han demostrado que la formación puede cambiar las actitudes de los padres hacia la sexualidad de sus hijos con discapacidad y darles más confianza para tratar con ellos el tema de la sexualidad⁶¹. Los padres —y otros familiares— necesitan orientación para comprender la importancia de la educación sexual y de respetar el derecho de sus hijos a expresar libremente sus opiniones, lo que los ayudará a superar los temores derivados del riesgo de explotación y abuso sexual de las niñas y las jóvenes con discapacidad. Se debería implicar a las familias no solo como receptoras de la formación, sino también como destinatarios de las iniciativas de concienciación, a fin de que modifiquen sus propias actitudes y prácticas en relación con sus hijos con discapacidad.

D. Acceso a la justicia

47. Los Estados deben garantizar el acceso efectivo a la justicia de las niñas y las jóvenes con discapacidad que sean víctimas de violencia sexual y otras formas de violencia. El acceso a remedios jurídicos eficaces y accesibles y a otras reparaciones adecuadas es fundamental para luchar contra todas las formas de explotación, violencia o abuso contra las niñas y las jóvenes con discapacidad, tanto en la esfera pública como en la privada. Los Estados deben eliminar todas las restricciones que impiden a las niñas y las jóvenes con discapacidad acceder a la justicia, en particular las normas restrictivas sobre la capacidad jurídica por motivos de edad y discapacidad.

48. Los Estados han de adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole apropiadas que sean necesarias para que se proporcionen a las niñas y las jóvenes con discapacidad ajustes procesales y adaptados a la edad, pues son fundamentales para que puedan participar efectivamente tanto de manera directa como indirecta, incluso en calidad de testigos, en todas las acciones judiciales, desde la etapa de investigación y otras etapas preliminares hasta la de audiencia judicial. Todos los servicios de protección deben tener en cuenta la edad, el género y la discapacidad⁶². La Kenya Association for the Intellectually Handicapped, por ejemplo, ofrece capacitación a los agentes de policía, el personal sanitario y los proveedores de servicios sobre la provisión de ajustes razonables y procesales para las personas con discapacidad intelectual y sobre el respeto de su autonomía personal.

49. Los Estados tienen la obligación de prevenir, investigar y enjuiciar todos los actos de violencia, incluidos los de violencia sexual, y de proteger los derechos e intereses de las víctimas⁶³. Las instituciones nacionales de derechos humanos y las organizaciones de la sociedad civil pueden tener una función clave en la indagación e investigación de los actos de explotación, violencia o abuso cometidos contra niñas y jóvenes con discapacidad, y de prestación de asistencia a todas las mujeres con discapacidad para que puedan acceder a los recursos legales. La National Union of Women with Disabilities of Uganda, por ejemplo, formó a 32 mujeres con discapacidad para que se desempeñasen como personal parajurídico especializado en los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad en las esferas de la

⁶¹ K. Clatos y M. Asare, “Sexuality education intervention for parents of children with disabilities: a pilot training program”, *American Journal of Health Studies*, vol. 31, núm. 3 (junio de 2016); G. Yildiz y A. Cavkaytar, “Effectiveness of a sexual education program for mothers of young adults with intellectual disabilities on mothers’ attitudes toward sexual education and the perception of social support”, *Sexuality and Disability*, vol. 35, núm. 1 (marzo de 2017).

⁶² Véase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 16.

⁶³ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22, párr. 64.

salud sexual y reproductiva y derechos conexos y de la violencia por razón de género. Dicho personal ofrece ahora apoyo entre pares en la denuncia de las violaciones y el seguimiento necesario para que se haga justicia. Los Estados deberían considerar la posibilidad de instituir mecanismos de reparación y resarcimiento para las niñas y las jóvenes con discapacidad que hayan sido sometidas a prácticas nocivas, como la esterilización forzada y el aborto forzado, en particular dentro de instituciones residenciales (véase CEDAW/C/JPN/CO/7-8, párrs. 24 y 25).

E. Accesibilidad

50. Los Estados deben garantizar la accesibilidad universal de todos los servicios y toda la información vinculados a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Todos los servicios e instalaciones públicos o privados abiertos al público o de uso público, incluidos los servicios ginecológicos y obstétricos, deben tener en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las mujeres con discapacidad, incluida la accesibilidad de la infraestructura, el equipo y la información y las comunicaciones. El transporte para llegar a esos servicios debe ser accesible, pues de lo contrario las niñas y las jóvenes con discapacidad seguirán encontrándose en la práctica con obstáculos que les impidan disfrutar y ejercer sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva⁶⁴.

51. Los Estados deben velar por que toda la información y comunicación relativa a la salud y los derechos sexuales y reproductivos esté disponible en lengua de señas, Braille, formatos electrónicos accesibles, escritura alternativa, formatos fáciles de leer y modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos. Así, los centros de llamadas habilitados para la denuncia de los casos de violencia por razón de género deben garantizar la accesibilidad de las niñas y jóvenes sordas y con audición reducida mediante mensajes de texto u otros métodos alternativos. Illinois Imagines, por ejemplo, ha elaborado guías y otros materiales destinados a los centros de crisis para casos de violación, los organismos de servicios para los discapacitados y los autodefensores, que incluyen orientación para programas de educación preventiva y guías ilustradas sobre los exámenes que se practican en los casos de agresión sexual y sobre los derechos de los supervivientes de la violencia sexual⁶⁵. La Universidad de Tartu, en Estonia, ha impartido capacitación para docentes sobre la forma de proporcionar educación sexual integral en un lenguaje sencillo para que los niños con discapacidad intelectual puedan aprender en igualdad de condiciones.

F. No discriminación

52. Los Estados tienen la obligación de facilitar el acceso a los servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos a todas las niñas y jóvenes con discapacidad, sin ningún tipo de discriminación. Por consiguiente, deben eliminar la discriminación contra las niñas y las jóvenes con discapacidad de las leyes, políticas y prácticas; velar por que las políticas y los programas tengan en cuenta las necesidades de los niños y las cuestiones de género; y prohibir todas las formas de discriminación en la prestación de esos servicios. Asimismo, los Estados han de adoptar medidas para proporcionar apoyo y ajustes razonables adaptados a la

⁶⁴ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 2 (2014) relativa al artículo 9: accesibilidad, párr. 40.

⁶⁵ Véase Illinois Imagines, “Materials – toolkit and other material”. Se puede consultar en www.icasa.org/index.aspx?PageID 1045.

edad y la discapacidad para las niñas y las jóvenes con discapacidad, a fin de que puedan acceder a esos servicios e instalaciones y disfrutar de ellos en igualdad de condiciones con las demás.

53. Los Estados deben reconocer la diversidad de identidades existentes en la comunidad de personas con discapacidad a fin de afrontar adecuadamente las desigualdades y la discriminación interseccional de que son objeto las niñas y las jóvenes con discapacidad. Los Estados deberían estudiar la posibilidad de elaborar y aplicar políticas y prácticas dirigidas a los grupos más marginados de niñas y jóvenes con discapacidad (por ejemplo, las que tienen deficiencias múltiples o graves y las niñas y jóvenes sordociegas) para acelerar o lograr la igualdad de hecho.

G. Participación

54. Los Estados deben consultar a los niños con discapacidad, incluidas las niñas y adolescentes, y pedir su opinión en relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en consonancia con los artículos 4, párrafo 3, y 7 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Es fundamental que se consulte a las niñas y las jóvenes con discapacidad, ya que son las que más saben de sus propias vidas. Las niñas y las jóvenes con discapacidad, incluidas las de edades tempranas, tienen derecho a participar en la formulación de políticas, por lo que es preciso proporcionarles un apoyo adecuado a la edad y a la discapacidad. Plan International ha elaborado directrices para la celebración de consultas con los niños y los jóvenes con discapacidad que contienen sugerencias prácticas sobre la cuestión⁶⁶.

55. Los Estados deberían ser conscientes de que las opiniones de las niñas y las jóvenes con discapacidad pueden ser contrarias a las de sus familias y cuidadores. Si bien las organizaciones de padres de niños con discapacidad son esenciales para promover y lograr la autonomía y la participación activa de sus hijos, los Estados deben tener en cuenta en todo momento la voluntad y las preferencias de los niños con discapacidad (véase A/HRC/31/62, párr. 36). Del mismo modo, las opiniones de las organizaciones convencionales de personas con discapacidad pueden diferir de las de los niños con discapacidad, por lo que es importante consultar con las niñas y adolescentes con discapacidad y trabajar directamente con ellas.

H. Recopilación de datos

56. Los Estados deben recopilar información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, para formular y aplicar programas y políticas inclusivos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos y vigilar y evaluar los avances en la promoción y protección de los derechos de las niñas y las jóvenes con discapacidad⁶⁷. La falta de datos estadísticos fiables y comparables sobre la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad es alarmante, sobre todo en los países de ingresos medianos y bajos. La bibliografía académica sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad también es escasa y tiende a centrarse en las experiencias y los problemas comunicados por las propias niñas y jóvenes, más

⁶⁶ Plan International, “Guidelines for consulting with children and young people with disabilities”. Se puede consultar en <https://plan-international.org/publications/guidelines-consulting-children-and-young-people-disabilities>.

⁶⁷ Véase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 31.

que en las intervenciones positivas⁶⁸. A este respecto, la Relatora Especial acoge con beneplácito el estudio mundial sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes con discapacidad que tiene previsto llevar a cabo próximamente el Fondo de Población de las Naciones Unidas y que abarcará también la violencia por razón de género.

57. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en los que se pide aumentar considerablemente la disponibilidad de datos de calidad, oportunos y fiables desglosados, entre otras cosas, por género, edad y discapacidad (Objetivo 17), representan una oportunidad única para recopilar mejores datos sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad. La lista breve de seis preguntas sobre discapacidad elaborada por el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad es un método de eficacia demostrada para desglosar los datos sobre discapacidad en los censos y encuestas nacionales, incluidas las encuestas por hogares, demográficas y de salud. Además, la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad han elaborado un módulo sobre la funcionalidad infantil para niños de 2 a 17 años, que puede incorporarse en las actividades de recopilación de datos existentes⁶⁹. El módulo se ha incluido en la ronda actual de la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados respaldada por el UNICEF que se realizará en más de 35 países de ingresos bajos y medianos a lo largo de los próximos tres años⁷⁰.

I. Movilización de recursos

58. Los Estados tienen la obligación de adoptar medidas inmediatas hasta el máximo de los recursos de que dispongan, incluidos los procedentes de la cooperación internacional, para garantizar que las niñas y las jóvenes con discapacidad puedan ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos y acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad⁷¹. Los planes y presupuestos gubernamentales deben incorporar políticas y estrategias en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos y tener en cuenta las necesidades específicas de las niñas y las jóvenes con discapacidad. Los procesos de presupuestación participativa y los fondos para fines específicos pueden ayudar a aumentar la asignación de fondos públicos en ese ámbito. Los Estados deberían comprobar periódicamente si los recursos disponibles se utilizan o no para lograr hacer de manera gradual plenamente efectivos los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad.

⁶⁸ S. Hellum Braathen, P. Rohleder y G. Azalde, “Sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities: a review of the literature”, SINTEF Technology and Society, 2017. Se puede consultar en www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/en-sintef-teknologi-og-samfunn/2017-00083-report-sintef-uel-literature-review-srhr-girls-disability-with-appendices.pdf.

⁶⁹ UNICEF, “A new way to measure child functioning”. Se puede consultar en <https://data.unicef.org/topic/child-disability/module-on-child-functioning>.

⁷⁰ El Programa de Encuestas Demográficas y de Salud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ha elaborado recientemente un nuevo módulo sobre la discapacidad basado en la lista breve de preguntas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, que se puede incluir en los cuestionarios para los hogares a fin de recopilar datos sobre la discapacidad respecto de todas las personas de 5 o más años de edad que viven en el hogar. Se puede consultar en <http://dhsprogram.com/Who-We-Are/News-Room/Collaboration-yields-new-disability-questionnaire-module.cfm>.

⁷¹ Véase Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 19 (2016) sobre la elaboración de presupuestos públicos para hacer efectivos los derechos del niño, párrs. 28 a 33.

59. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que incluyen metas específicas y referencias a la salud y los derechos sexuales y reproductivos y a las personas con discapacidad, brindan una oportunidad excelente para lograr la colaboración coordinada de los donantes internacionales para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad. De conformidad con el artículo 32, párrafo 1 a), de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los donantes internacionales deben velar por que toda la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, sea inclusiva y plenamente accesible para las personas con discapacidad.

V. Conclusiones y recomendaciones

60. Las niñas y jóvenes con discapacidad tienen los mismos derechos en materia de salud sexual y reproductiva que las demás. Sin embargo, se encuentran con importantes obstáculos para acceder a esos derechos y ejercerlos, como la estigmatización y los estereotipos, la legislación restrictiva y la falta de información y de servicios adaptados a su edad y discapacidad. Además, la pobreza o la exclusión social las privan de los conocimientos necesarios para entablar relaciones sanas y aumentan el riesgo de abuso sexual, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planeados y prácticas nocivas. Son frecuentes las violaciones graves de sus derechos humanos, como la esterilización forzada, el aborto forzado y la anticoncepción forzada, y la violencia a que se las somete sigue pasando en gran medida desapercibida.

61. El hecho de que no se preste atención a esas situaciones pone en grave peligro a esas niñas y mujeres. Los Estados tienen poder para desterrar esas prácticas, mediante el establecimiento de marcos jurídicos y de políticas en que se reconozcan y protejan la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva de las niñas y las jóvenes con discapacidad y se ponga fin a todas las prácticas nocivas y forzadas de que son objeto. Además, los Estados deben apoyar el proceso de empoderamiento de esas jóvenes y niñas a fin de que puedan tomar decisiones autónomas sobre su vida sexual y reproductiva. También deben examinarse las actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios, proveedores de servicios, personal docente y familias a la luz de las normas internacionales de derechos humanos, ya que, en muchos casos, sus respuestas impiden que las niñas y las jóvenes con discapacidad puedan disfrutar plenamente de sus derechos.

62. La Relatora Especial dirige a los Estados las recomendaciones siguientes:

a) Proteger mediante ley la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad y eliminar todos los obstáculos legales que les impiden acceder a la información, los bienes y los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular la legislación que limita su derecho a tomar sus propias decisiones;

b) Prohibir mediante ley la esterilización forzada de las niñas y las jóvenes con discapacidad, así como otras prácticas obligatorias o involuntarias que afecten a su salud y derechos sexuales y reproductivos, y velar por que existan garantías procesales adecuadas que protejan su derecho al consentimiento libre e informado;

c) Incorporar los derechos de las niñas y las jóvenes con discapacidad en todas las estrategias y planes de acción sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, a fin de que toda la información y los bienes y servicios

relacionados con la salud sexual y reproductiva sean accesibles y tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad;

d) Velar por que en los servicios de salud sexual y reproductiva se respeten los derechos de las niñas y las jóvenes con discapacidad, en particular su derecho a la no discriminación, a dar su consentimiento informado antes de cualquier tratamiento médico, a la intimidad y a la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes;

e) Elaborar y aplicar programas y materiales para la educación sexual integral inclusivos y accesibles para las niñas y las jóvenes con discapacidad dentro y fuera del sistema escolar;

f) Velar por que los servicios y programas destinados a proteger a las mujeres y las niñas de la violencia, como comisarías de policía, centros de acogida y tribunales, sean inclusivos y accesibles para las niñas y las jóvenes con discapacidad;

g) Capacitar adecuadamente a los agentes de policía, fiscales y magistrados sobre las maneras de proteger a las niñas y las jóvenes con discapacidad de la violencia;

h) Fomentar y apoyar la supervisión independiente efectiva por las instituciones nacionales de derechos humanos u otros órganos independientes de todos los programas y establecimientos públicos y privados que presten servicios a las personas con discapacidad; prevenir la explotación, la violencia y el abuso en todas sus formas; y adoptar medidas cuando se produzcan violaciones de los derechos humanos;

i) Ejecutar programas de concienciación destinados a modificar la percepción social de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad y a poner fin a todas las formas de violencia contra ellas, incluidas la esterilización forzada, el aborto forzado y la anticoncepción forzada;

j) Prestar apoyo a las familias, en particular proporcionándoles información, educación y servicios, a fin de fortalecer su capacidad para comprender y tener en cuenta la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad, sin ningún tipo de estigmatización ni estereotipo;

k) Adoptar estrategias para que las niñas y las jóvenes con discapacidad participen directamente en todos los procesos públicos de adopción de decisiones sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluida la formulación de medidas legislativas o de política relativas a la violencia sexual y por razón de género y otras formas de abuso, y garantizar que esa participación se lleve a cabo en un entorno seguro y con el apoyo preciso en función de la edad y la discapacidad;

l) Recopilar información, incluidos datos estadísticos y de investigación, sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad, en particular con respecto a las prácticas nocivas y todas las formas de violencia, desglosada por sexo, edad y discapacidad;

m) Movilizar recursos en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible e invertir en programas inclusivos que mejoren el acceso de las niñas y las jóvenes con discapacidad a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

63. La Relatora Especial recomienda que las Naciones Unidas, incluidos todos sus programas, fondos y organismos especializados, tengan debidamente en cuenta la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes con discapacidad en todas las esferas de su labor, en particular cuando ayuden a los Estados a aplicar programas y políticas de carácter general.
